

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

ÁLCOOL E REDUÇÃO DE DANOS

uma abordagem inovadora para países em transição

Título original:
Alcohol and harm reduction an innovative
approach for countries in transition

1.^a edição
traduzida e ampliada

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília – DF
2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Direitos patrimoniais de autoria cedidos ao Ministério da Saúde para edição desta obra traduzida e ampliada.

Título original: Alcohol and harm reduction an innovative approach for countries in transition

ICAHRE – International Coalition on Alcohol and Harm Reduction

Vijzelstraat 77, 1017 HG Amsterdam, The Netherlands

Tel: + (31) 20 3303 449

Fax: + (31) 20 3303 450

E-mail: info@icahre.org

Home page: www.icahre.org

Obra organizada por:

Ernst Buning, Mônica Gorgulho, Ana Glória Melcop, Pat O'Hare

Publicado por: ICAHRE (Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos)

Apoio financeiro: Quest for Quality BV Amsterdam (Q4Q www.q4q.nl) e International Harm Reduction Association (IHRA www.ihra.net)

Versão traduzida e ampliada:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde Mental

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 606

CEP: 70058-900, Brasília - DF

Tels.: (61) 315 2313 / 315 3319 Fax: (61) 315 2313

E-mail: saudemental@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Titragem: 1.ª edição – Traduzida em português – Ampliada – 2004 – 5.000 exemplares

Tradução: Mariane Arantes Rocha de Oliveira – Editora Universidade de Brasília (UnB)

Revisão técnica e textos adicionais: Francisco Cordeiro – Ministério da Saúde

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Conferência final: Mara Pamplona e Paulo Henrique de Castro

Diagramação: Sérgio Ferreira

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

144 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0776-9

ISBN: 90-77367-01-2: Alcohol and harm reduction an innovative approach for countries in transition

1. Álcool - prevenção e controle. 2. Transtornos relacionados ao uso de álcool. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WM 274

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774 / 233 2020

Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: http://www.saude.gov.br/editora

SUMÁRIO

Apresentação	5
Prefácio	7
Preâmbulo	11
Introdução	13
Consumo de álcool em países em transição	19
Álcool e redução de danos	29
Álcool e saúde	37
Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil	49
Redução de danos no ambiente de trabalho	73
Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito	85
O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool	103
Discussão	111
Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva	127
Lista de notas	141

Apresentação

É fato conhecido que os graves problemas de saúde pública decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas não vinham merecendo no Brasil, até o momento, uma resposta governamental efetiva, por meio de uma política pública enérgica e abrangente. Em geral, os danos sociais e à saúde relacionados ao álcool só encontram acolhida na saúde pública quando os problemas já são graves, e a intervenção se torna menos eficaz. Este diagnóstico o Ministério da Saúde do atual governo já fez, e iniciou o enfrentamento da questão, atento à sua gravidade, complexidade e à obrigatória abordagem intersetorial.

Bastam dois exemplos para nos darmos conta da imensidade do desafio. Primeiro, o exemplo de uma distorção: na população dos hospitais psiquiátricos brasileiros, quase um quarto dos pacientes foram internados por transtornos ligados ao consumo do álcool, e em torno de 40% apresentam o consumo prejudicial de álcool como parte do quadro clínico. Sabemos que a internação nos hospitais psiquiátricos apresenta inúmeras desvantagens para a recuperação destes pacientes, contribuindo para sua estigmatização e isolamento social. Entretanto, nossos hospitais gerais têm absoluta resistência a atenderem pacientes com este tipo de problema, resultando em um impasse assistencial grave, que só agora começa a ser energicamente enfrentado pelo SUS. Outro exemplo, este ainda mais trágico: no Brasil, os acidentes automobilísticos com vítimas, em mais de metade dos casos, apresentam a concomitância do uso de álcool pelo motorista. No caso dos atropelamentos, também as vítimas, em metade dos casos, usaram álcool. Poderiam ser mencionados também os acidentes de trabalho e acidentes domésticos relacionados ao álcool, e várias outras situações.

Por tudo isso, o Ministério da Saúde considera extremamente relevante que o paradigma da redução de danos se incorpore à política pública para o álcool. O governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva constituiu um Grupo Técnico Interministerial, coordenado pelo Ministério da Saúde, que vem propondo, de maneira integrada e articulada, as ações governamentais para enfrentar o problema. Trata-se de uma estratégia abrangente, envolvendo, além da saúde pública, a educação, os meios de comunicação

(com o inadiável controle da propaganda de bebidas), os órgãos que regulamentam o trânsito, no Ministério das Cidades, as ações pedagógicas compartilhadas com os profissionais de bares e restaurantes, tudo isto sob a ampla perspectiva da redução dos danos e dos riscos sociais.

A publicação no Brasil da presente coletânea vem se juntar a este esforço do governo e da sociedade para a construção efetiva de uma política pública intersetorial que reduza os danos associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Humberto Costa
Ministro da Saúde

Prefácio

Durante visitas a vários países em desenvolvimento nos últimos anos, geralmente com projetos relacionados ao uso de drogas injetáveis e HIV, sempre me espantei com a magnitude dos problemas decorrentes do uso de álcool. Em muitos países em desenvolvimento, o consumo de álcool cresce a cada dia, embora geralmente com uma base pequena. A maioria desses países não tem experiência em lidar com esse tipo de problema. Por exemplo, eles não têm a tradição de formar grupos de auto-ajuda para alcoolistas. O sistema de saúde em muitos países é deficitário. As pessoas geralmente viajam muito, por estradas esburacadas, em veículos lotados, com sede e calor. O consumo de álcool nessas condições é ainda mais alarmante que nos países desenvolvidos.

As últimas décadas presenciaram o surgimento de um novo grupo de países, chamados “países em transição”, para marcar sua passagem de um comando central para as economias de livre mercado. O consumo elevado de álcool acompanhou as crises políticas e sociais na transição dos países da ex-União Soviética, causando uma redução significativa na expectativa de vida e um aumento dos problemas sociais. Muitos outros países transnacionais passaram por experiências semelhantes, embora a maioria em menor escala. Tentativas para reduzir a demanda e a oferta de álcool continuam a ser implementadas nesses países, embora com grande dificuldade, e que precisam ser acompanhadas de outras medidas elaboradas principalmente e diretamente para reduzir os custos à saúde, sociais e econômicos do consumo prejudicial de álcool. Esses países possuem algumas características em comum com países desenvolvidos; há, por exemplo, um longo histórico em lidar com problemas relacionados ao álcool.

Estudos recentes, organizados pela Organização Mundial da Saúde, documentaram a destruição causada pelo álcool em países pobres. Como o crescimento da economia traz uma nova riqueza para esses países, o consumo de álcool geralmente aumenta. Novos portos,

aeroportos e estradas incentivam a importação de álcool de outros países. De repente, novas instalações industriais são construídas para produzir bebidas alcoólicas localmente em nome da substituição de importações. Isso age como um estímulo maior para o consumo de álcool. Com mais crescimento econômico, uma mudança maior do fluxo de população rural para áreas urbanas na busca por empregos resulta no aumento do consumo de álcool.

Durante os últimos 25 anos do século passado, houve grandes avanços na prevenção dos problemas relacionados ao álcool. A maioria desses avanços foi aplicada em países desenvolvidos, onde o consumo de álcool e os problemas decorrentes dele vêm caindo nas últimas décadas. Os países desenvolvidos geralmente possuem experiências com problemas decorrentes do álcool para basear suas políticas. A maioria das pesquisas sobre o controle desses problemas é realizada em países industrializados. A prevenção de problemas relacionados ao álcool nos países desenvolvidos baseia-se em um grande número de políticas de eficácia conhecida, inclusive tentativas de redução de demanda pelo aumento sutil de impostos, redução de oferta pela limitação de densidade de bares, horas de expediente e condições de trabalho de lugares que vendem álcool, diminuição da venda de álcool a pessoas embriagadas em locais com alvará, implementação de uma série de intervenções eficientes na redução de mortos e feridos em acidentes de trânsito causados por álcool e auxílio às pessoas que consomem álcool em níveis arriscados para que reduzam ou eliminem seu consumo.

Muitas dessas medidas são muito mais difíceis de serem implementadas em países com poucos recursos, onde as populações tendem a viver em zonas rurais. Nesses lugares, o álcool pode ser fácil e rapidamente fermentado a partir de frutas ou vegetais disponíveis em climas geralmente mais quentes. Como é difícil controlar a demanda e a oferta em países menos desenvolvidos e em transição, será que o papel da redução de danos para reduzir problemas decorrentes do álcool é mais importante nessas áreas?

Embora o conceito de redução de danos seja mais freqüentemente associado às drogas ilícitas, principalmente desde o surgimento do HIV/aids, as estratégias de redução de danos vêm sendo aplicadas em relação

ao álcool há muito tempo. Na China antiga, as autoridades levantavam barreiras em volta de canais para evitar que as pessoas embriagadas escorregassem dentro das águas geladas do inverno e morressem de hipotermia. Obviamente, isso não eliminava os esforços para diminuir a embriaguez, mas era estratégia bem sucedida para proteger a população. Aceitando que a embriaguez sempre estará presente, há algum tempo os pesquisadores levantaram o assunto de “deixar o mundo seguro para quem bebe”. Foi nessa época que os cintos de segurança foram desenvolvidos para garantir que, mesmo implementados os esforços para diminuir a incidência da mistura bebida-direção, eventuais motoristas embriagados e seus passageiros sobrevivessem ilesos a um acidente de carro ilesos. Na época, muitos criticaram a idéia, alegando que os motoristas iriam beber mais sabendo que sua segurança seria maior ao usar o cinto de segurança. A “hipótese da compensação de risco” ainda persiste tantos anos depois e deve sempre ser considerada quando medidas de redução de danos são implementadas. No entanto, deve-se sempre considerar que novas medidas introduzidas com a melhor das intenções podem ter efeitos imprevisíveis e negativos.

A Associação Internacional de Redução de Danos cresceu a partir de uma série de conferências anuais que tiveram início em 1990, na cidade de Liverpool. Já na terceira conferência, em Melbourne, em 1992, a aplicação de políticas de redução de danos em relação ao álcool (e tabaco e drogas ilícitas) estava presente na agenda. E permanece desde então. Quatro entre cinco pessoas moram em países em desenvolvimento ou em transição. Já é hora de se dar mais ênfase à elaboração de maneiras eficazes de se reduzir os problemas decorrentes do álcool nesses países. As abordagens de redução de danos precisam ser consideradas juntamente com o controle da demanda e da oferta. O objetivo deve ser reduzir os custos à saúde, sociais e econômicos das nossas bebidas favoritas reconhecendo a magnitude desses custos e especialmente a grande proporção da população que a cada ano passa por experiências negativas devido à embriaguez (própria ou de terceiros). As doenças cardiovasculares são, comparativamente, menos comuns nas populações mais jovens dos países em desenvolvimento (embora estejam aumentando) e, por isso, tentar reduzir a mortalidade da população mais velha por meio da promoção do consumo moderado não é uma questão tão séria como em países desenvolvidos ou em transição. Além disso, quase todos os estudos sobre consumo moderado e mortalidade são realizados em países desenvolvidos.

A Associação Internacional de Redução de Danos tem a honra de ter estado presente na 1ª Conferência Internacional sobre Redução de Danos e Álcool, e no livro que surgirá a partir daí. Esperamos que essa atividade leve a outros esforços, culminando em benefícios às vidas das pessoas que vivem nos países em desenvolvimento e em transição de todo o mundo.

Dr. Alex Wodak,
Presidente da Associação Internacional de Redução de Danos

Preâmbulo

Organizar um livro sobre álcool e redução de danos foi o primeiro desafio; focalizar os países em transição foi o segundo. Resolvemos publicar este livro por razões visíveis. Ficamos alarmados com o evidente sofrimento humano e com as perdas econômicas relacionadas ao consumo prejudicial de álcool. Ficamos chocados pela falta de atenção pública e a atitude aparentemente tendenciosa da mídia em não oferecer uma cobertura maior sobre o assunto, embora atenção e dinheiro público sejam investidos na área de substâncias psicoativas ilícitas e aids.

Muitos países em transição estão no momento desenvolvendo políticas públicas. Portanto, consideramos que esse seria o momento ideal para chamarmos atenção para o controle dos efeitos prejudiciais do consumo de álcool.

Agora que o livro está concluído, vemos que nossos esforços valeram a pena: é um livro que trata do assunto a partir de ângulos diferentes; é informativo e por vezes provocativo, com temas que serão muito debatidos. Aborda novas maneiras de complementar as políticas convencionais com intervenções pragmáticas e sem julgamentos de valor.

Esperamos que você, leitor, inspire-se a fazer parte da *ICAHRE* (Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos), para compartilhar suas experiências e conhecimentos com outros membros da coalizão. Pensar juntos, usar nosso bom senso e reforçar nosso compromisso certamente trará resultados mais eficientes em termos de políticas de redução das conseqüências danosas do consumo de álcool.

Abril, 2003
Os Editores

Introdução

A *ICAHRE* (Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos) espera que este livro contribua para o desenvolvimento de políticas inovadoras na redução dos danos decorrentes do álcool em países em transição. Tais políticas são inadiáveis. Convocamos políticos, formuladores de políticas e a mídia a implementar medidas ativas que tratem do problema, dando-lhe a atenção necessária. Não podemos mais fechar os olhos para os problemas decorrentes do uso do álcool e deixar que as questões relacionadas ao uso de drogas ilícitas atraiam atenção maior. Os danos causados pelo álcool também merecem atenção.

Os países desenvolvidos têm uma longa tradição de políticas relacionadas ao álcool que, até certo ponto, são eficientes. Países em transição, por outro lado, têm sua própria realidade e contexto cultural, seus históricos de consumo de álcool e sua própria forma de tratar os problemas individuais e sociais. Em vista disso, é que se discute (a) se as políticas ocidentais atuais são relevantes no contexto dos países em transição e (b) se novos conceitos devem surgir e ser desenvolvidos. A *ICAHRE* inova e apresenta um primeiro esboço de tais conceitos, que servirão de base à formulação de novas políticas.

A maioria dos autores que contribuiu com este livro é especialista na área de drogas e não de álcool. Por um lado, pode-se dizer que isso é um retrocesso e que um grupo novato na área terá que “inventar a roda novamente”. Por outro, a experiência coletiva dos colaboradores sobre redução de danos, uso de drogas e as realidades dos países em transição trará uma nova visão e abordagem sobre como responder a esses desafios de uma maneira não-convencional.

Os editores reconhecem esse dilema e convidam todos a fazerem parte da *ICAHRE* e a contribuírem com suas experiências no desenvolvimento de intervenções mais eficientes na redução dos danos decorrentes do álcool.

Histórico

Em agosto de 2000 foi realizado, em Recife, Brasil, o Seminário Itinerante Latino-Americano. O Seminário desenvolveu-se incentivando as políticas locais sobre drogas, com base nos princípios de criação de sinergia, direitos humanos, envolvimento da sociedade civil e pragmatismo. Durante o seminário, os organizadores depararam-se com inúmeras questões acerca do papel do álcool e opiniões sobre álcool e redução de danos. É indiscutível que os danos causados pelo álcool superam os danos causados pelas drogas e, ainda assim, o uso de drogas ilícitas recebe mais atenção. Desde agosto de 2000, os organizadores do seminário trabalham com a elaboração do conceito de “*Álcool e redução de danos*”. Como resultado desta iniciativa, uma grande conferência foi realizada em Recife em agosto de 2002: a “1ª Conferência sobre Álcool e Redução de Danos, em busca de uma política abrangente de álcool para os países em transição e em desenvolvimento”. Essa conferência atraiu mais de 600 participantes, representando não só especialistas em álcool, pesquisadores e formuladores de políticas, mas também grupos de pessoas que são diretamente afetadas pelas conseqüências danosas do álcool, como as populações prisionais e indígenas, profissionais do sexo, crianças de rua e representantes comunitários. Ao fim da conferência, foi criada a Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE).

Sobre a ICAHRE

Seus objetivos:

- Promover políticas de álcool com o objetivo de reduzir os danos decorrentes do consumo, que sejam:
 - pragmáticas: baseados em fatos e não em crenças;
 - realistas: o consumo de álcool faz parte de muitas sociedades, com seus efeitos positivos e negativos;
 - isentas de julgamento: aqueles que têm e/ou causam problemas relacionados ao álcool não devem ser condenados;
 - voltadas para a autonomia: fortalecimento de responsabilidade individual juntamente com medidas baseadas em controle externo;

- inclusivas: em vez de falar “sobre” os indivíduos e comunidades que enfrentam problemas relacionados ao álcool, incluí-los na elaboração de políticas e intervenções;
- criadoras de sinergia: estimular a cooperação entre todas as partes interessadas, reconhecendo e respeitando as diferenças e encarando essas diferenças como desafios e não obstáculos.
- Promover educação sobre o álcool de forma honesta, factual e voltada para o fortalecimento da responsabilidade individual;
- Reivindicar que a indústria de álcool:
 - evite promover o álcool entre os jovens;
 - evite associar o consumo de álcool a uma imagem bem sucedida;
 - incluir mensagens nas embalagens dos produtos alertando sobre (1) os riscos de beber e dirigir e (2) os riscos do consumo de álcool durante a gravidez.
- Promover a troca de informação e experiências;
- Incentivar a pesquisa e a avaliação das intervenções de redução de danos e os estudos de avaliação dos danos decorrentes do álcool, facilitando a divulgação dos resultados;
- Dar atenção especial ao desenvolvimento de políticas e intervenções de redução de danos do álcool em países em transição e em desenvolvimento.

Sobre este livro

O objetivo deste livro é facilitar e estimular a discussão sobre o tratamento de danos relacionados ao álcool, de maneira pragmática. É um livro que provoca debates em vez de dar soluções imediatas. É um primeiro passo para definir os danos decorrentes do álcool e se concentra principalmente nos países em transição. A justificativa é que a maioria dos países em transição está em processo de desenvolvimento de políticas de álcool mais abrangentes, onde escolhas ainda estão sendo feitas. Embora os países em transição possam se beneficiar de experiências bem sucedidas, que fique claro que suas realidades e ambientes culturais diferem muito dos países desenvolvidos, o que torna uma transferência direta de políticas

e intervenções menos eficiente. Este livro aborda a realidade dos países em transição e delinea questões específicas que devem ser consideradas na elaboração de políticas de álcool.

Aqui não se promove a abstinência, pois sabemos que há efeitos positivos no uso moderado de álcool, como relaxamento, socialização em festas, etc. Além disso, o uso moderado (3 ou 4 copos por semana), aparentemente protege as pessoas acima de 45 anos de doenças cardiovasculares.

Dito isso, não há razão para negar os efeitos prejudiciais do álcool a curto e longo prazos. Os efeitos relacionados ao uso crônico de álcool são conhecidos e documentados: problemas de saúde, como cirrose e doenças cardiovasculares, além de problemas sociais como distorção dos relacionamentos sociais, perda de emprego, etc. A Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ calcula que 50% dos danos relacionados ao álcool são atribuídos ao uso crônico. Notadamente, os outros 50% podem ser atribuídos à *embriaguez aguda*. Esse tipo de danos atinge pessoas que não são classificadas com alcoolistas ou consumidores prejudiciais, mas “pessoas normais” que causaram algum danos por beber muito como, por exemplo: violência interpessoal, sexo sem proteção, deficiências, ferimentos e mortes, acidentes causados por pedestres bêbados, quedas, envenenamento acidental, suicídio e abandono do emprego.

No Capítulo 3, Ernst Buning descreve a situação atual com relação ao álcool e aos danos em países em transição. É evidente que faltam dados confiáveis sobre o consumo *per capita*. Em casos onde os investimentos são baixos, o melhor é concentrar-se nos dados sobre os danos do álcool do que nos dados do consumo *per capita*.

Os dados sobre os danos relacionados ao uso crônico de álcool estão documentados e baseiam-se nas pesquisas realizadas em países desenvolvidos. Os dados sobre os danos relacionados à embriaguez aguda (de pessoas consideradas não alcoolistas) são poucos. Portanto, alguns casos são apresentados e recomendam-se mais pesquisas.

No Capítulo 4, Bill Stroach define claramente o que é redução de danos e discute o mérito do paradigma de redução de danos na área de álcool. É importante considerar que a redução de danos complementa as políticas tradicionais em vez de competir com ela.

No Capítulo 5, Ewa Osiatynska desenha um quadro conciso da situação dos danos à saúde decorrentes do consumo de álcool. Ela descreve grupos que não devem consumir nenhum álcool, como por exemplo, grávidas ou lactantes; crianças e jovens; motoristas; pessoas que operam máquinas e pessoas com doenças específicas onde o consumo de álcool é contraindicado. O capítulo encerra com seis recomendações.

No Capítulo 6, Mónica Franch trata da questão do álcool e violência do ponto de vista de um país em transição, o Brasil. Concentra-se na violência entre os jovens, descrevendo estratégias espontâneas que a juventude adota na tentativa de se proteger da violência quando bebem, e nas limitações dessas estratégias. O capítulo encerra com um lembrete ao leitor, de que as políticas de redução de danos em países em transição devem levar em conta as grandes desigualdades sociais e deve tentar melhorar a cidadania da população.

No Capítulo 7, Paulina Duarte discute a redução de danos no ambiente de trabalho. Ela apresenta dados alarmantes sobre a porcentagem de pessoas empregadas que têm problemas com álcool, seus efeitos e conseqüências (abandono do trabalho, acidentes, custos adicionais aos empregadores). A importância do papel dos profissionais de saúde do trabalhador e de recursos humanos também é salientada. Ela dá um exemplo de uma campanha muito prática antes do carnaval, onde os funcionários são incentivados a se divertir e se comportar de uma forma que não os prejudique nem a terceiros. O uso responsável do álcool é parte da campanha.

No Capítulo 8, Ana Glória Melcop trata da questão do álcool e do trânsito. Ela levanta uma questão importante: os acidentes de trânsito causados pelo álcool são intencionais ou não? Ela insiste que as pessoas que bebem e dirigem estão arriscando suas vidas e a de terceiros e que acidentes de trânsito causados por álcool devem ser classificados como intencionais e, portanto, como “violência”. Esse ponto de vista provocativo

certamente gerará debates. Ela resume algumas estratégias para evitar e/ou reduzir as situações de risco do trânsito para pedestres e motoristas.

No Capítulo 9, Mônica Gorgulho discute o papel da mídia. A mídia desempenha um papel importante na representação de substâncias psicoativas na população em geral. Ela descreve a grande diferença entre o tratamento que a mídia dá a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e recomenda que ações sejam tomadas para que a mídia se torne um aliado poderoso na mudança de percepção no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas e que abra as portas para políticas de álcool mais eficientes.

No último capítulo, são discutidos os vários ingredientes para uma política inovadora de redução de álcool em países em transição. Primeiramente, modelos diferentes, como o modelo médico, o modelo baseado na abstinência, o modelo do AA e o modelo da OMS. Logo depois, a realidade dos países em transição é destacada a partir de vários ângulos, seguida de um parágrafo sobre a diferença entre substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. O capítulo encerra com a elaboração do paradigma da redução de danos, sua utilidade para o desenvolvimento de políticas de álcool e um resumo dos desafios concretos que devem ser enfrentados na implementação das estratégias de redução de danos.

Consumo de álcool em países em transição

Ernst Buning

Este artigo traz informações sobre o consumo de álcool em países em transição e em desenvolvimento. A maioria dos dados refere-se ao consumo *per capita*. Discute-se o valor dos dados disponíveis sobre a elaboração de políticas públicas.

A Tabela 1 mostra o consumo oficial de álcool em várias regiões do mundo e as mudanças ocorridas no período 1990 – 1999. Embora tenha sido relatada uma queda na última década, o consumo oficial de álcool na Europa ainda lidera a lista.

Tabela 1. Consumo total de álcool por região do mundo (1990–1999)

Região	Número de países incluídos	Consumo total de álcool <i>per capita</i> - 1990 (litros de álcool puro)	Consumo de álcool <i>per capita</i> - 1999 (litros de álcool puro)	Porcentagem de mudança (1990–1999)
Europa Ocidental	20	8,60	8,09	-5,9
União Européia	15	9,89	9,29	-6,1
Europa Oriental	10	5,96	7,19	20,6
América Latina	11	3,84	3,99	3,9
América do Norte	2	7,38	6,66	-9,8
Australásia	2	8,55	7,48	-12,5
Resto do mundo	14	1,66	2,39	43,7
Total mundial	59	3,41	3,85	12,3

Vale observar que esses números são limitados pela disponibilidade de dados, e baseiam-se nos países listados no livro *World Drink Trends*, de 2000.

Nas tabelas seguintes, há um resumo do consumo de álcool em várias regiões, que podem ser consideradas “em transição” e “em desenvolvimento”. Alguns países da Europa Central e Oriental, como Eslovênia e República Checa, apresentam pontuações muito altas. Na América Latina e no Caribe o consumo de álcool é menor que na região da Europa Central e Oriental (ver Tabela 2). Na Ásia, apenas a República da Coreia e a Tailândia possuem pontuações altas.

Tabela 2. Consumo *per capita* de álcool puro (litros) maior que 4,0 por adulto acima de 15 anos de idade, em países em transição e em desenvolvimento (fonte: OMS)

Europa Central e Oriental, países de independência recente e Rússia		
Classificação	P a í s	T o t a l
1	Eslovênia	15,15
4	República Checa	14,35
8	Iugoslávia	13,17
9	Eslováquia	13,00
10	Hungria	12,85
15	Croácia	11,75
29	Bulgária	9,52
35	Latvia	8,70
39	Bósnia e Herzegovina	8,25
41	Belarus	8,14
42	Federação Russa	8,08
43	Estônia	8,07
44	Polônia	7,93
47	Cazaquistão	7,71
55	Lituânia	6,23
68	Ex-República Iugoslava da Macedônia	4,86
70	Georgia	4,50
72	Azerbaijão	4,16

Continua

América Latina e Caribe		
Classificação	País	Total
5	Guiana	14,03
12	Bahamas	12,09
25	Paraguai	9,71
27	Argentina	9,58
31	Venezuela	9,41
34	Antilhas Holandesas	8,78
37	Barbados	8,37
40	Uruguai	8,17
49	Chile	7,06
53	Haiti	6,55
54	Colômbia	6,41
57	República Dominicana	5,90
58	Belize	5,85
59	Panamá	5,74
60	Costa Rica	5,72
62	Brasil	5,57
65	México	5,04
69	Suriname	4,68
74	Peru	4,00
Ásia		
Classificação	País	Total
2	República da Coreia	14,40
36	Tailândia	8,64
51	Filipinas	6,77
64	China	5,39
73	Rep. Democrática Popular do Laos	4,12
África		
Classificação	País	Total
46	África do Sul	7,72
52	Gabão	6,76
61	Libéria	5,68
71	Maurício	4,33

Fontes: Bancos de Dados Estatísticos da FAO, 1998; *Produktschap voor Distilleerde Dranken*, 1997; Escritório Estatístico da ONU, 1997; Divisão de Populações da ONU, 1994.

Algumas questões relacionadas ao consumo *per capita*

Os dados apresentados acima baseiam-se em registros oficiais e não foram ajustados em relação a:

- contrabando;
- consumo de álcool por turistas;
- consumo além-mar;
- estoques;
- compras em *duty-free*;
- bebidas alcoólicas domésticas;
- álcool produzido e comercializado clandestinamente.

Se o mesmo método for utilizado todo ano, os dados sobre o consumo de álcool *per capita* serão úteis no monitoramento de tendências; por exemplo, o aumento ou a diminuição do consumo *per capita*, assim como variações no tipo de álcool consumido (cerveja, vinho, destilados). Esses dados podem vir a ser úteis na elaboração de políticas públicas de saúde. No entanto, os dados de consumo *per capita* não devem ser a única fonte de informação. Para dar um exemplo, incluímos dados da OMS sobre estudos voltados para o cálculo do consumo *per capita* real. Como pode ser visto na Tabela 3, há grandes diferenças entre o consumo oficial e o consumo real. Estima-se, para exemplificar, que no Brasil o consumo real seja mais de 2,5 vezes maior que o consumo oficial. No Equador, a proporção é 4 vezes maior e, no Quênia, 7,5 vezes maior.

Tabela 3 Consumo *per capita* de álcool puro (litros) por adulto acima de 15 anos de idade, atualizada para incluir a produção e comércio não-oficial

País	Ano	Oficial	Atualização	Fonte
Brasil (Dunn & Laranjeira, 1996)	1996	5,07	14,01	Atualizado pela estimativa do governo de que 1 bilhão de litros de pinga são produzidos sem permissão.
Chile (OPAS, 1990)	1990	7,86	9,43	Aumento de 20% para incluir a produção clandestina.
Equador (OPAS, 1990)	1990	2,10	8,40	Atualizado pela produção clandestina, estimada em 3 vezes a produção normal.
Estônia (Jernigan, 1997)	1995	8,07	10,74	Atualizado pelas estimativas da polícia de que o mercado negro representa 25% do total do mercado.
Hungria (Fekete, 1995)	1995	11,47	14,52	Aumento de 2,5 litros <i>per capita</i> reflete o consumo não-oficial de álcool.
Quênia (Partanen, 1993)	1990	2,29	17,29	Atualizado para refletir a estimativa de 80-90 (85%) do total de álcool derivado do setor informal.
República de Moldova (Vasiliev, 1994)	1993	12,67	18,1	Atualizado para refletir a estimativa de que o consumo não-oficial responde por 70% do consumo total.
Federação Russa	1993	6,99	14,49	Atualizado para refletir a estimativa de que o consumo não-oficial <i>per capita</i> era de 7,5 litros.
Eslovênia (Cesabek-Travnik, 1995)	1993	14,90	24,19	Atualizado para refletir a estimativa de que o consumo não oficial era entre 7 e 8 litros <i>per capita</i> .

Fonte: OMS

Continua

Continuação

África do Sul (Parry, 1997)	1995	7,81	10,0	Atualizado para incluir a estimativa da produção total de cerveja de Sorghum.
República da Macedônia	1992	6,33	12,66	Atualizado para refletir a estimativa de que 50% da produção total é caseira.
Ucrânia (Krasovsky & Viyevsky, 1994)	1993	4,17	13,00	Atualizado para refletir a estimativa de que a produção total não-oficial era de 7 litros <i>per capita</i> .

Fontes das estimativas de produção oficial: Bancos de Dados Estatísticos da FAO; Produktschap voor Distilleerde Dranken, 1997; Divisão de Populações da ONU, 1994.

O método atual, onde os dados de consumo *per capita* são coletados, é claramente insatisfatório. Neste sentido, a OMS recomenda que: “Devido à importância das estimativas do consumo *per capita* dos adultos no planejamento e avaliação de políticas públicas, a pesquisa colaborativa internacional deve ser incentivada a aprimorar os métodos de obtenção de informação para auxiliar os países a terem estimativas de consumo *per capita* mais exatas”. Embora esta seja uma boa recomendação, acreditamos que, se apenas os recursos mais limitados estão disponíveis, deve-se dar prioridade ao registro de danos relativos ao álcool em vez do consumo *per capita*. Afinal, o discernimento apropriado sobre os vários tipos de danos relacionados ao uso de álcool, sua prevalência e as situações nas quais eles ocorrem são melhores indicadores para a elaboração de políticas públicas que simplesmente o mero consumo *per capita*.

Danos oficiais relativos ao consumo de álcool

Dados sobre os danos relacionados ao álcool em países em transição e em desenvolvimento são difíceis de apurar. São raros os estudos sobre o assunto e não existem padrões internacionais claros. Uma primeira tentativa foi feita pela OMS na publicação *International Guide for Monitoring Alcohol Consumption and Related Harm* (2002).

Os indicadores de problemas atribuídos principalmente ao consumo, a longo prazo, do álcool são: doenças do fígado, problemas de saúde mental, síndrome fetal alcoólica, cânceres e doenças cardiovasculares. Os dados apresentados no relatório da OMS baseiam-se principalmente em pesquisas realizadas em países desenvolvidos, o que não deve ser visto como um obstáculo, pois elas tratam da influência do álcool no corpo humano e, provavelmente, as pesquisas em países em desenvolvimento não apresentariam resultados muito diferentes.

Na publicação *Global Burden of Disease (Carga Global de Doenças)*, de 1996, Murray e Lopez apresentaram uma visão geral dos anos de vida perdidos por morte prematura ou vida com incapacitação (do inglês *DALY - Disability-Adjusted Life Years*) para várias doenças. Eles calcularam que, em 1990, em escala mundial, mais de 47 milhões de anos de vida perdidos por incapacitação poderiam ser atribuídos ao consumo de álcool. Este número equivale aos anos de vida perdidos atribuídos à prática de sexo sem proteção. Mundialmente, estima-se que a mortalidade relacionada ao álcool seja de 774.000 pessoas/ano.

De acordo com o *Guia* da OMS, os indicadores de danos atribuídos principalmente dos efeitos de curto prazo do consumo de álcool são:

- acidentes de trânsito relacionados com bebida;
- ferimentos não-intencionais e mortes provocadas por uso de álcool;
- suicídio;
- violência interpessoal.

A maioria dos estudos (34 dos 39 citados) foi realizada em países desenvolvidos. Considerando que a OMS tem acesso aos bancos de dados das pesquisas, isso pode indicar que os países em transição e em desenvolvimento não possuem recursos para conduzir seus estudos sobre danos e efeitos do álcool a curto prazo ou ainda não consideram o tema prioridade. Em razão disso, alguns estudos de caso são apresentados a seguir.

Uganda

Pesquisadores do Programa de Aconselhamento em Pesquisa Médica sobre AIDS em Uganda entrevistaram 2.374 adultos sexualmente ativos, em 15 vilas do sudoeste desse país. De acordo com o estudo, o consumo de álcool pode aumentar o risco de infecção por HIV ao reduzir as chances de uso de preservativo, pelo aumento da atividade sexual e pela falta de controle pessoal.

México

Um estudo realizado em conjunto por México e Estados Unidos, conduzido por Cherpitel e colegas (1993), encontrou uma taxa maior de envolvimento com álcool entre pessoas que deram entrada em serviços de emergência no México (21% x 11%), e uma proporção ainda maior entre bebedores com padrão prejudicial nos mesmos locais nos Estados Unidos (21% x 6%).

Segundo a Pesquisa Domiciliar Nacional, 73% dos problemas relacionados ao álcool que incluem família, emprego, acidentes e problemas com a polícia foram causados por pessoas que ainda não eram consideradas dependentes. Calcula-se que essa alta taxa de problemas ocasionados por eventos de grave intoxicação por álcool seja fruto do padrão usual de consumo (MEDINA-MORA *et al*, 1991).

Zâmbia

Um estudo realizado com 1095 pessoas maiores de 15 anos em Zâmbia, Lusaka e Mwachisomp indicou as conseqüências sociais e individuais do consumo de álcool. 16% dos homens revelaram que em algumas situações ficaram intoxicados mesmo quando havia uma razão importante para ficar sóbrio (comparado com 4% entre as mulheres). Por volta de 17% dos homens (7% das mulheres) tiveram no ano anterior alguma situação negativa relacionada ao álcool durante o trabalho. A população rural referiu ter mais problemas comparada à população urbana (RITSON, 1985).

Índia

Chengappa (1986) estimou que na Índia 25% dos acidentes de trânsito estão associados ao consumo de álcool.

África do Sul

No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde discute-se a relação entre o álcool e a violência e a possibilidade do álcool ser um fator estimulante, reduzir a inibição, atrapalhar os julgamentos e diminuir a habilidade de interpretar sinais. Em algumas culturas, é discutida a expectativa coletiva de que beber justifica alguns comportamentos. Nesse sentido, um exemplo perturbador da África do Sul foi citado em um estudo de 1999, conduzido por Tyberberg, do Centro de Pesquisa Epidemiológica da África do Sul, Conselho de Pesquisa Médica, que diz: “... Na África do Sul, por exemplo, os homens falam do uso de álcool de forma premeditada para ter coragem de bater em suas parceiras, como a sociedade espera que eles façam...”.

Conclusão

Visto que não há dados confiáveis disponíveis, é difícil avaliar se os países em transição e em desenvolvimento possuem níveis semelhantes de consumo de álcool, se comparados aos dos países desenvolvidos. Em alguns casos, os danos relacionados ao consumo de álcool têm sido aferidos. Recomendamos que as Diretrizes da Organização Mundial da Saúde sejam obedecidas para que tenhamos um quadro mais claro da magnitude dos danos relacionados ao álcool nestes países. Tal informação é essencial para que se avance na construção de estratégias para o consumo de álcool.

Referências bibliográficas

ABRAHAMS, N.; JEWKES, R.; LAUBSHER, R. *I do not believe in democracy in the home: men's relationships with and abuse of women*. [Tyberberg]: Centre for Epidemiological Research in South Africa; Medical Research Council, 1999.

ALCOHOL *in developing countries, proceedings from a meeting*. [Norway]: [NAD], 1990. ISBN 95-147-3113-1. (NAD Publication, n. 18).

GLOBAL status report on alcohol. [S. l.]: WHO publication, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *Report on violence and health*. Edited by Etienne, G. Krug et al. Geneva, Switzerland: WHO, 2002

----- . *The measurement of alcohol consumption and harm in Mexico: a case study*. Published in *International Guide for monitoring alcohol consumption and related harm*. [S. l.]: WHO 2002.

Álcool e redução de danos

Bill Stronach

O álcool é a droga psicoativa mais usada na maioria dos países, tanto para a celebração como para o sofrimento, pois libera as inibições. As pessoas consomem álcool para relaxar e se divertir. Para muitos, o álcool é uma companhia nos eventos sociais e, na maior parte das vezes, o consumo de álcool implica riscos relativamente baixos, tanto para quem bebe como para terceiros.

Mas há um outro lado do uso de álcool. Ele é responsável por muitos danos nas esferas sociais e individuais. Depois do tabaco, o álcool é a segunda maior causa de mortes relacionadas a drogas. Na maioria dos países, o álcool tem um impacto ainda maior em termos de mortes, ferimentos e custos econômicos se comparado com as drogas ilícitas. O álcool tem impactos em qualquer estágio de doença, em todos os grupos etários, de maneira direta e indireta. Toda política abrangente e significativa de saúde pública deve ter como prioridade maior a mudança das quantidades de álcool consumidas, dos padrões de consumo e dos danos subseqüentes.

Algumas considerações preliminares

Para a maioria das pessoas de países onde o consumo de álcool é comum e lícito, o álcool é uma substância socialmente aceita. Até recentemente, muitas pessoas falavam de álcool e de outras drogas com a sugestão implícita de que o álcool era diferente das “outras drogas”.

Além disso, o fato de o consumo de álcool ser legal na maioria dos países significa que, de certa forma, ele é mais seguro que as outras drogas. Porém, legalidade não confere segurança.

É dever da comunidade entender o impacto do álcool além das consequências de acidentes de carros ou de reportagens que ocasionalmente saem na mídia sobre violência causada por álcool. Drogas como heroína e *ecstasy* são providas naturalmente de características e potenciais negativos muito maiores que os do álcool.

Então, quais são os danos provocados pelo consumo de álcool?

É importante iniciar com uma visão geral. Os danos e problemas a curto prazo do consumo de álcool são geralmente acidentes de carro traumáticos, violências e agressões, atividade sexual não planejada ou não desejada, conflitos com a lei ou com o padrão. Mortes acidentais, como afogamento, são freqüentemente associadas ao consumo de álcool. Em algumas comunidades, onde há uma grande produção de álcool ilícitamente, o envenenamento pode ser uma ocorrência comum. Geralmente, esses episódios são resultados de exagero de consumo ou de compulsão à bebida. Os danos a longo prazo são resultados de consumo pesado (ou de alto risco) por um período maior de tempo. Danos a órgãos físicos (coração, fígado), perda de relacionamentos pessoais ou de emprego ou problemas financeiros podem surgir a partir do consumo exagerado e prejudicial de álcool.

Respondendo às conseqüências do consumo de álcool

A resposta tradicional ao uso/abuso de álcool tem sido baseada no paradigma demanda/oferta. A maioria das sociedades possui restrições sobre a produção, venda e publicidade de álcool. No entanto, em muitas comunidades onde a produção ilícita de álcool é comum, as sanções do governo são, obviamente, ineficazes. Os detalhes de leis específicas variam de país para país ou de região para região; porém o controle sobre a oferta pode ser um importante passo no controle do consumo de álcool. Modificar a demanda de álcool através de programas comunitários ou escolares também é uma boa estratégia. No que diz respeito à redução de consumo, elas têm pouco impacto. Da mesma forma, a taxação e o aumento dos preços pode alterar os padrões de consumo. Existem sólidas evidências de que a redução do consumo pode reduzir os problemas associados.

Contudo, existem limitações importantes no contexto e no impacto do modelo demanda/oferta e é aí que a abordagem de redução de danos pode desempenhar um papel importante e complementar. Antes de qualquer comentário sobre o papel da redução de danos como estratégia complementar no controle de problemas relacionados ao álcool, é necessário definir as expressões usadas.

A definição operacional de redução de danos

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como “políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento” (ver *Policy Papers* em www.ihra.net). Esta é a definição mais sucinta e útil. Seu foco é no trato das conseqüências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas. Da mesma forma, também pode se aplicar à produção legal e clandestina de álcool.

Dois comentários são pertinentes à definição. Primeiro, ela não incentiva nem fecha os olhos para o uso de drogas, pois reconhece que existem danos e conseqüências envolvidas. Segundo, a redução de riscos, como definida acima, não rejeita a abstinência. De fato, algumas pessoas defendem que a maneira mais eficiente de reduzir os danos é, em primeiro lugar, não usar drogas.

Embora práticas e políticas de redução de danos venham sendo implementadas há anos, talvez com outro nome, foi a epidemia de aids que convergiu as áreas médicas e de saúde pública a reagir a uma ameaça global de forma específica e pragmática. A abstinência sexual e a interrupção do uso de drogas injetáveis não passavam pela cabeça das pessoas, por isso uma série de estratégias realistas e pragmáticas foi implementada. Essas características – realismo e pragmatismo – são o espírito da redução de danos.

Em países cuja reação à epidemia de aids foi relativamente eficaz, as políticas eram direcionadas tanto às conseqüências de determinados comportamentos quanto à mudança ou eliminação dos próprios comportamentos.

Redução de danos é uma estratégia cotidiana

Antes de analisar a aplicação da estratégia de redução de danos para o consumo de álcool, vale salientar que todos nós aplicamos os princípios da redução de danos na vida cotidiana. Um exemplo clássico é o da segurança nas estradas. Cintos de segurança, barreiras protetoras nas estradas e “zonas de impacto” na frente dos carros reduzem a possibilidade de ferimentos em um acidente. As pessoas ainda dirigirão os carros – algumas vão dirigir perigosamente, à despeito das leis de trânsito – porém, as possibilidades de danos serão reduzidas.

Beber água é necessário para a existência humana, mas em alguns lugares do mundo este é um comportamento de risco. Por isso se ferve a água para reduzir a contaminação ou bebe-se água engarrafada. O mesmo se aplica a andar de *skate* – um esporte potencialmente perigoso para os jovens. Ainda assim, eles procuram a adrenalina, mas se protegem com joelheiras e cotoveleiras, capacetes e outros equipamentos de segurança para reduzir os danos. A lista das atividades cotidianas que envolvem os princípios da redução de danos é infinita.

Redução de danos e álcool

A política da *IHRA*, mencionada anteriormente, é um bom ponto de partida. “A redução de riscos tem um longo e distinto registro de políticas de controle de álcool. Tentativas para reduzir diretamente os problemas relacionados ao álcool sem necessariamente reduzir o consumo são complementares, e não concorrentes, das estratégias conhecidas de demanda e oferta”.

Embora a redução de danos tenha sido tradicionalmente identificada com as drogas ilícitas, ela também se aplica ao álcool e a outras

substâncias, como o tabaco. Considerando que o consumo de álcool irá continuar, e que o abuso de álcool também, os princípios e estratégias de redução de danos são lógicos e comprovadamente eficientes. Os elementos-chave da redução de danos são universais. Tais elementos, ou características, devem permear as estratégias de políticas ou intervenções de saúde pública que buscam aplicar os princípios de redução de danos. Esses elementos são:

- A estratégia de redução de danos é complementar às estratégias de controle da demanda e da oferta;
- Seu foco é nas conseqüências e não nos comportamentos em si;
- A estratégia é realista e reconhece que o consumo de álcool não será interrompido em muitas comunidades, e continuará a criar problemas para indivíduos e comunidades;
- A estratégia de redução de danos não julga o consumo de álcool e sim a redução dos problemas advindos dele;
- É uma estratégia pragmática – ela não busca políticas ou estratégias que sejam inatingíveis ou que criem mais danos que benefícios.

A estratégia de redução de danos reconhece os direitos humanos individuais – ela está calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais.

Redução de danos e álcool: estratégia na prática

A substância

A produção de produtos com baixo teor alcoólico e sua disponibilidade imediata são opções. Muitas pessoas escolhem esses produtos para que possam continuar consumindo álcool, com uma possibilidade menor de embriaguez, doenças e riscos.

No entanto, existem desafios reais. Para muitos, e especialmente para os jovens, as bebidas de baixo teor alcoólico são uma afronta à sua masculinidade. É necessário mudar tal cultura e esse é um exercício de longo prazo, que inclui uma mudança na forma como o álcool é promovido, assim como uma mudança nas concepções aceitas pela comunidade.

Em alguns países, aditivos como tiamina (vitamina B) são adicionados ao produto e está comprovado que em alguns casos, os riscos à saúde são realmente reduzidos.

O ambiente

O ambiente onde se bebe deve ser mais seguro para que aqueles que optarem por consumir álcool possam fazê-lo com relativa segurança, o que também afetará quem não bebe – um ambiente mais seguro é a garantia de que eles não serão vítimas de danos. Estudos sugerem que bares barulhentos, lotados e inacessíveis criam problemas. Estabelecimentos que toleram a embriaguez e permitem que os funcionários do bar sirvam pessoas já embriagadas são propícios para problemas.

A ligação do álcool com a violência também está documentada. O álcool é servido em copos de vidro; os estabelecimentos comerciais poderiam servir as bebidas em copos de plástico ou de material mais resistente. Assim, o perigo de um copo quebrado ser usado como arma é eliminado, bem como a chance de que ocorra um acidente com cacos de vidro.

Muitos estabelecimentos de jogos, embora sirvam bebida alcóolica, criaram “áreas secas”, ou seja, áreas onde não é permitido o consumo de álcool. Este pode ser comprado no local, os gerentes só podem servir bebidas com baixo teor alcoólico, excluindo os destilados, ou então permitir a compra de apenas uma bebida por vez.

A atividade

Beber é geralmente uma atividade social realizada em grupos. Se o álcool é o ponto focal dessa atividade, ele pode criar problemas. Porém, se tal “atividade” também envolve comer e dançar, ou jogar sinuca, é provável que o álcool seja menos relevante e assim alguns problemas possam ser evitados.

Uma estratégia muito prática seria o consumidor planejar o seu nível de gastos antes de começar a beber – a maioria das pessoas consegue fazer isso.

Planejamento para beber

Uma das manifestações mais óbvias do uso excessivo de álcool são os acidentes, geralmente de carro. A maioria das pessoas sabe quando vai beber. O planejamento feito com antecedência é uma medida sensível e eficiente de redução de danos. Além do estabelecimento de limites para a bebida, outros planos podem evitar problemas relacionados ao álcool: não beber sozinho; garantir carona com um motorista que não tenha bebido; estabelecer um limite de gastos; saber o que está sendo servido (se a bebida está misturada ou não); e não aceitar bebidas de estranhos.

O conhecimento de quem bebe

A disseminação de informações sobre o álcool e a educação do público são promovidas como estratégias eficientes de prevenção há décadas. No entanto, seu impacto sobre o comportamento ainda é discutível. A hipótese de que a educação escolar sobre o álcool poderia afetar o hábito de beber (em anos futuros) é comprovadamente irreal.

Contudo, é razoável presumir a utilidade de se conhecer os efeitos do álcool no corpo e no comportamento humanos; assim, quem decidir beber estará, de alguma maneira, ciente dos problemas que poderão surgir, o que não significa que irão mudar seu comportamento, ou mesmo reduzir os problemas mas para algumas pessoas este será o resultado.

A divulgação de informações sobre como “manejar” o próprio consumo de álcool e o de amigos é importante. Muitos jovens são inexperientes e estão sujeitos à forte pressão dos colegas para assumir os “riscos da adolescência”. *Kits* de primeiros socorros são ferramentas pragmáticas que podem ser úteis entre amigos que bebem.

Álcool e saúde

Ewa Osiatynska

Vários fatores afetam a saúde, mas apenas problemas genéticos e malformações estão além do nosso controle. A maioria dos fatores que influencia a saúde pode ser controlada e ajustada. Obviamente, isso depende do conhecimento, da consciência e da maturidade, assim como das condições de vida de uma pessoa. As pessoas nem sempre pensaram assim; tal abordagem e compreensão da própria saúde são resultados do desenvolvimento da civilização, da consciência a respeito da saúde popular e do progresso da pesquisa médica.

A presença de álcool na cultura e os comportamentos habituais das pessoas em muitos países confere à substância justa cidadania. Apesar dos efeitos prejudiciais do abuso do álcool, é difícil imaginar sua total ausência em nossa vida. No entanto, alguns círculos de defensores antiálcool identificam qualquer uso de álcool como alcoolismo (ou alcoolismo em potencial). Essa abordagem, observada em vários países do Leste Europeu, é irreal e ineficiente. Ainda mais quando médicos e pesquisadores já afirmaram repetidas vezes que o uso moderado de álcool por adultos saudáveis pode contribuir para o bem-estar e a boa saúde, até mesmo na prevenção de várias doenças.

Grupos de alto risco

A discussão a respeito dos efeitos danosos do álcool sobre a saúde enfatiza quatro categorias de potenciais consumidores para qualquer quantidade de uso de álcool, mesmo que moderado e esporádico.

As crianças e os jovens que não atingiram maturidade física completa sofrerão uma sucessão de efeitos prejudiciais se consumirem álcool. Consumido com regularidade, o álcool pode obstruir o desenvolvimento emocional e psicológico e contribuir para uma variedade de doenças do

sistema nervoso central, podendo também prejudicar a função vital de órgãos internos.

As pesquisas revelam que os efeitos do álcool consumido por gestantes ou lactantes (mesmo que em doses moderadas) podem ser percebidos no desenvolvimento de fetos e no comportamento dos bebês. Duas doenças sérias – a síndrome alcoólica fetal e o efeito fetal do álcool – foram identificadas como conseqüências diretas do uso do álcool na gravidez.

Pacientes tratados por doenças que requerem a contra-indicação do consumo do álcool (diabetes, doenças tratadas com medicação psicotrópica, doenças do fígado e do pâncreas, inflamação da mucosa, doenças da laringe, traquéia e brônquios e doenças do sistema imunológico, etc.) fazem parte de uma categoria que também inclui um grupo muito específico: os alcoolistas em recuperação, cujas recaídas requerem abstinência total.

A quarta categoria inclui as pessoas que consomem álcool moderadamente, mas não em situações específicas. As situações que exigem abstinência total de álcool referem-se às atividades em que seja necessário dirigir ou operar máquinas industriais ou técnicas.

Danos decorrentes do consumo de álcool

A Organização Mundial da Saúde recomenda a substituição do termo “alcoolismo” por “síndrome da dependência de álcool” ou “dependência de em álcool” (estatísticas nº F10.2; ICD 10) e “consumo prejudicial de álcool” (nº F10.1).

O termo “consumo prejudicial” abarca os conceitos usados hoje, como “abuso de álcool”, “uso prejudicial de álcool” ou “problemas relacionados ao álcool”.

O consumo prejudicial pode resultar em uma série de complicações, como:

- Problemas de saúde: surgimento e/ou agravamento de doenças e maior incidência de traumatismos e/ou ferimentos;
- Problemas psicológicos e psiquiátricos, que incluem agressividade, depressão, doenças de ansiedade e crises psicóticas relacionadas ao álcool;
- Problemas sociais e interpessoais:
 - conflitos familiares relacionados com violência doméstica, resultados de uma variedade de efeitos físicos e /ou psicológicos traumáticos, tanto a curto quanto a longo prazo entre os membros da família do consumidor irresponsável;
 - fim da harmonia entre os vizinhos;
 - problemas no ambiente de trabalho (e também acidentes);
- Conflitos com a lei, como dirigir embriagado, crimes violentos cometidos após ou durante o consumo de álcool, delitos relacionados a comportamentos agressivos ou anti-sociais conseqüentes do abuso de álcool.

Vale mencionar que não são apenas as duas primeiras categorias que incluem danos à saúde relacionados ao álcool. Danos “sociais” e “conflitos com a lei” também incluem efeitos que podem, direta ou indiretamente, causar problemas físicos e/ou psicológicos de saúde (principalmente para terceiros). O consumo prejudicial de álcool por um funcionário pode levar a acidentes, causando danos aos colegas de trabalho e ao ambiente em si. Longos conflitos interpessoais, comuns para quem bebe exageradamente, podem afetar o bem-estar e a atmosfera geral do ambiente de trabalho.

Os danos listados na categoria “conflitos com a lei” geralmente causam problemas concretos de saúde, como nos casos em que o álcool é considerado um fator dos crimes violentos.

Portanto, a discussão sobre danos à saúde causados pelo “consumo prejudicial” deve considerar o danos em um contexto mais amplo, e não só considerar os efeitos do etanol em determinados órgãos ou sistemas internos de quem bebe. Este é assunto tratado na próxima parte deste capítulo.

Efeitos do álcool

Fígado

O fígado reage relativamente rápido ao consumo de álcool e é propenso aos seus danos. A patogênese dos problemas relacionados ao álcool tem sido pesquisada em detalhes; sabemos que os danos mais perigosos podem incluir degeneração do fígado, hepatite e cirrose. A cirrose é uma doença progressiva, irreversível e fatal. Mulheres que bebem são mais propensas a essa doença do que os homens.

Sistema digestivo

O consumo prolongado de álcool pode irritar a mucosa e, conseqüentemente, causar inflamação do esôfago. A relevância do álcool no desenvolvimento de câncer do esôfago ainda é desconhecida. A cirrose pode causar varizes no esôfago (quase sempre seguidas de hemorragias fatais). Também é comprovado que o consumo do álcool é um fator importante que contribui para úlceras gástricas, câncer de colón, pancreatite e, conseqüentemente, propicia um risco maior de hipoglicemia e diabetes.

Deficiências nutricionais

Os mecanismos de deficiências nutricionais em consumidores exagerados de álcool são complexos e pouco conhecidos. Vale mencionar o fato de que o álcool, como uma substância altamente energética, sacia a demanda urgente de calorias do corpo, saciando a fome. Tal fenômeno, combinado com a menor absorção e disfunção do canal alimentar, pode contribuir para uma deficiência de vitaminas, de absorção de proteínas, de zinco e de outras substâncias nutricionais.

O consumo exagerado de álcool causa deficiências graves de vitamina B1, ácido fólico e vitamina A.

Sistema circulatório

O álcool afeta os mecanismos que regulam a pressão sangüínea. É sabido que quanto maior a quantidade de álcool ingerida, maior a propensão ao aumento de pressão arterial. O consumo exagerado aumenta o risco de anemia.

Geralmente, diz-se que o álcool pode ter um efeito benéfico na prevenção de doenças coronárias; porém, aqueles que insistem nessa afirmação são os próprios consumidores compulsivos de álcool.

Sistema endócrino

O consumo pesado de bebidas alcoólicas pode causar uma série de doenças hormonais, inclusive secreção anormal de testosterona e luteotropina, assim como uma diminuição na motilidade dos espermatozoides e prejuízos em sua estrutura. Homens que consomem álcool podem sofrer efeminação (crescimento de glândulas mamárias, atrofia do testículo, anormalidades no crescimento dos pêlos, perda de barba, etc.). As mulheres podem sofrer atrofia do ovário e masculinização (pêlos no rosto, voz grossa, etc.). Essas mudanças podem vir acompanhadas de diminuição da libido, irregularidades no ciclo menstrual, esterilidade e menopausa prematura. O álcool também afeta o funcionamento da tireóide e das glândulas supra-renais.

Disfunção sexual

Apesar da noção popular de que o álcool é benéfico e estimula o desempenho sexual, os fatos provam o contrário. O álcool desinibe (diminui a timidez) e pode estimular a libido. No entanto, o uso pesado de álcool por muito tempo pode causar impotência. Altas concentrações de álcool no sangue causam disfunção erétil, ejaculação tardia e orgasmo brando. Muitas mulheres que bebem sofrem de perda de libido, pouca lubrificação vaginal e ovulação irregular.

Sistema imunológico

O consumo prolongado de álcool retarda as funções do sistema imunológico, que resulta em uma maior propensão para doenças infecciosas, pneumonia, tuberculose, e mesmo câncer. O álcool afeta a atividade dos linfócitos na produção de anticorpos e diminui sua atividade. Pode-se dizer que o consumo intenso de álcool afeta, de forma irreversível, todas as funções do sistema imunológico.

Problemas de pele e doenças sexualmente transmissíveis

Problemas de pele (rachaduras, coceiras, hiperpigmentação, etc.) são conseqüências diretas ou indiretas dos efeitos do álcool no fígado e em outros órgãos do sistema digestivo. Pesquisas confirmam que a população que bebe tem uma tendência 5 vezes maior de ter doenças venéreas do que os abstêmios; a proporção entre mulheres é de 29 vezes. O abuso do uso de álcool também é responsável pelo maior risco de infecção por HIV (e, por conta do fraco sistema imunológico, também é maior a incidência de todos os sintomas de aids).

Câncer

O papel oncológico do álcool é um dos assuntos mais estudados por pesquisadores. Provavelmente, devido à inquestionável significância do álcool como fator contribuinte de tantas doenças e enfermidades, pode-se deduzir que o álcool desempenha um papel importante no desenvolvimento de certas formas de câncer, especialmente de fígado, estômago, laringe, esôfago, traquéia, colón e próstata.

Tem-se observado câncer de mama entre mulheres que bebem com maior freqüência que entre as mulheres que não bebem; este fato pode ser atribuído ao efeito danoso do álcool no sistema imunológico, e não pela influência direta do álcool sobre o órgão.

Gravidez e feto

É comprovado que após 40-60 minutos da ingestão de álcool por uma gestante, a concentração de álcool no sangue fetal fica equivalente à concentração de álcool no sangue da mãe. Como o álcool intoxica principalmente organismos muito jovens, mulheres que bebem durante a gravidez têm uma incidência maior de parto prematuro, parto acelerado ou abortos retidos e abortos espontâneos.

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.). Outros problemas podem incluir retardo no crescimento,

dificuldades de concentração e atenção. As complicações mais sérias são decorrentes da síndrome alcoólica fetal (definida em 1968). Os sintomas incluem baixo peso, saúde instável, atraso no desenvolvimento e alta frequência de doenças do desenvolvimento.

Problemas psiquiátricos e psicológicos

Quadros psicóticos agudos decorrentes do álcool (*Delirium tremens*, ilusões ou paranóias, doença de Korsakoff, etc.) aparecem quase sempre em alcoolistas crônicos e caracterizam-se pelo padrão mais destrutivo de consumo. As pessoas também podem sofrer de depressões crônicas.

Aqueles que abusam de álcool, mas não são dependentes, no entanto, podem encobrir, com a compulsão por bebida, algumas doenças psiquiátricas. O efeito prolongado de embriaguez no cérebro pode causar mudanças de personalidade, como a deterioração da vida emocional, perda de interesses, diminuição de motivação social, perda da capacidade de planejamento e organização, etc.

Obviamente, as mudanças negativas afetam a qualidade das relações interpessoais e o estilo de vida (familiar, conjugal, profissional) e podem diminuir significativamente a harmonia da família e do ambiente de trabalho.

Ferimentos

Pessoas que bebem têm mais tendência a ferimentos acidentais. A razão para isso é causada diretamente pelo álcool, que diminui a concentração, percepção e avaliação da situação. Pesquisas indicam uma correlação entre a bebida e vários tipos de acidentes traumáticos (mesmo fatais) causados por acidentes de carro, quedas, incêndios, afogamentos ou ferimentos (além de acidentes de trabalho).

Os ferimentos causados por álcool são considerados problemas médicos e sociais sérios, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. As estatísticas nos países ocidentais mostram que os ferimentos são a quarta causa de morte (depois de ataque cardíaco, derrames e câncer). Na população abaixo de 40 anos, ferimentos causados por álcool são a causa mais freqüente de morte.

Há 1.500 anos a.C. um escriba egípcio escreveu que o consumo não moderado de álcool poderia causar fraturas e outros ferimentos. Sabemos qual é a principal causa de ferimentos entre motoristas que bebem. Motoristas bêbados causam muito mais acidentes com morte que motoristas que não haviam bebido no momento do acidente.

Violência relacionada ao álcool

Os comportamentos agressivos têm muito a ver com o consumo exagerado de álcool. Este fato pode ser observado tanto em um ambiente criminal como nos lares. Não é fácil interpretar relevância das palavras “violência”, “agressão”, “crime”, principalmente se elas se referem à intenção de machucar outra pessoa. No entanto, muitos estudos indicam que o consumo de álcool pode provocar comportamentos violentos acima do que se considera acidental.

Outro fato importante que deve ser levado em consideração é a porcentagem de pessoas que abusam do álcool entre reincidentes na prisão (em todos os países onde se levantaram as estatísticas). É interessante notar que não só o agressor como também a vítima podem ter consumido álcool antes ou durante o crime. Também foi detectado álcool na maioria das investigações de casos de estupro violento e também em outros crimes sexuais.

Violência doméstica

Vários estudos demonstram que mais de 50% dos casos de espancamento de esposas têm relação direta com consumo de álcool pelo espancador. Uma análise dos casos investigados de abuso ou negligência de crianças no Canadá revelou que o agressor havia consumido álcool em 87% dos casos. Abusos sexuais e atos incestuosos contra crianças também foram comprovadamente cometidos sob a influência do álcool. Estudos e dados estatísticos destacam os efeitos físicos mais comuns do abuso do álcool. No entanto, problemas psicológicos e doenças pós-traumáticas não devem ser minimizados ou ignorados. Vítimas de um estilo de vida baseado na violência doméstica podem apresentar problemas de longo prazo ou até incuráveis como doenças de natureza afetiva, neurótica e de desenvolvimento.

Recomendações

- É necessário informar (permanentemente) aos potenciais consumidores de álcool sobre fatos reais baseados em pesquisas acerca dos efeitos nocivos do consumo irresponsável do álcool;
- O governo deve priorizar a educação das equipes médicas (clínicos gerais ou médicos de família, residentes, ginecologistas, equipe de emergência e enfermeiros) na área de prevenção e avaliação precoce dos danos causados pelo abuso ou uso prejudicial de álcool;
- Programas no ambiente de trabalho sobre prevenção de abuso de álcool devem ser implementados por todas as empresas com grande número de funcionários. Devem ser oferecidos treinamento a gerentes e supervisores visando o reconhecimento precoce de problemas com álcool;
- Motoristas embriagados envolvidos em acidentes devem receber, além das punições legais, a oportunidade de participar de programas de educação sobre os efeitos do álcool no corpo e na mente humanos;
- Criminosos violentos, inclusive agressores domésticos, devem receber educação especial (com a possibilidade de tratamento de vários níveis de alcoolismo no local de trabalho), em todos os casos onde o álcool tiver sido o fator contribuinte da violência;
- A publicidade de bebidas alcoólicas é considerada um fator importante que influencia os jovens a se tornarem consumidores em potencial. Ela deve ser fiscalizada e, conseqüentemente, obrigada a obedecer às regulamentações legais para reduzir eventuais danos.

As recomendações acima podem exigir novas regulamentações nas legislações criminais, de família, ambiente de trabalho e trânsito em alguns países. Talvez seja útil o estabelecimento de um Conselho, não governamental, de profissionais qualificados para trabalhar com os respectivos órgãos no sentido de propor e aplicar ações concretas que abordem os problemas, objetivando encontrar as maneiras mais eficientes de reduzir os danos decorrentes do uso e, principalmente, do abuso de álcool em nossas sociedades.

Referências bibliográficas

ALCOHOL, infectious diseases and immunity. [NIAAA], Washington, DC, v. 16, n. 1, 1992.

CHEVILOTTE, G.; DURBEC, J. P.; GEROLAMI, A. et al. Interaction between hepatitis B virus and alcohol consumption in liver cirrhosis. An epidemiologic study. *Gastroenterology*, v. 85, n. 1, p. 141-145, 1983.

CHMIEL, J. S.; DETELS, R.; KASLOW, R. A. et al. The Multicenter AIDS cohort study group. Factors associated with prevalent human immunodeficiency virus (HIV) infection in the Multicenter AIDS cohort study. *American Journal of Epidemiology*, v. 126, n. 4, p. 568-577, 1987.

CROWE, L. C.; GEORGE, W. H. Alcohol and human sexuality: review and integration. *Psychological Bulletin*, v. 105, n. 3, p. 374-386, 1989.

GROSS, R. L.; NEWBERNE, P. M. Role of nutrition in immunologic function. *Physiological Reviews*, v. 60, n. 1, p. 188-302, 1980.

HABRAT, B. *Organizm w niebezpieczeństwie*. Warszawa, 1998.

HESELBROCK, M. N.; MEYER, R. E.; KEENER, J. J. Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of general Psychiatry*, v. 342, n. 11, p. 1.050-1.055, 1985.

HONKANEN, R.; ERTAMA, L.; KUOSMANEN, P. et al. The role of alcohol in accidental falls. *Journal of Studies on alcohol*, v. 44, n. 2, p. 231-245, 1983.

JASTRUN, E. *Alcohol, health e research world, polish*. Warszawa, 2001.

KLATSKY, A. L.; FRIEDMAN G. D.; SIEGELAUB, A. B. Alcohol and mortality. A ten-year Kaiser-Permanente experience. *Annals of Internal medicine*, v. 95, n. 8, p. 139-145, 1981.

ROMELSJO, A. *Epidemiological studies on the relationship between a decline in alcohol consumption. Social Factors and Alcohol-Related Disabilities in Stockholm County and the Whole of Sweden.* [S.l.: s.n.], [19- - ?].

STEELE, C. M.; SOUTHWICK, L. Alcohol and social behavior. The psychology of drunken excess. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 48, n. 1, p. 18-34, 1985.

STEFFEN, E. Alkoholizm a choroby weneryczne, Warszawa 1985. In: WOJTYNIAK, B.; CHANSKA, M.; TUCHOLSKA-ZALUSKA. et al. Ocena nadumieralnosci mezczyzn w polsce z uwzględnieniem sozycia alkoholu jako jednego z czynnikow sprawczych. *Alkoholizm i Narkomania.* [Warszawa], (Lato, 1991). p. 153-179.

SUNDYBERG, Carolinska Medico Chirurgiska Institutet. [S.l.: s.n.], 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Manual of the international classification of diseases, injuries, and causes of death.* 9th Revision. Geneva: the Organization, 1977.

ZAKHARI, S. Vulnerability to cardiac disease. In: GALANTER, M. (Ed.). *Recent Development in Alcoholism. Children of Alcoholics*, v. 9, New York: Plenum Pres, p. 225-262, 1991.

Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil

Mônica Franch¹

Gabriel perdeu a vida numa madrugada de domingo, a poucos metros da casa onde morava num bairro pobre da cidade do Recife, no Nordeste do Brasil. Conheceu seu assassino horas antes de morrer, num dos inúmeros bares com música ao vivo que proliferam nas periferias da metrópole. Quem me contou a história foi Lu, uma jovem de 17 anos que já namorou Gabriel e o acompanhou várias vezes em seus percursos de final de semana. Segundo a ex-namorada, o jovem não usava drogas nem fazia “coisas erradas”. Mas sempre que saía para beber, metia-se em confusão. “Ele ia muito pelos amigos. Se amigo dele brigasse, ele tinha que brigar também porque tinha que defender”. Na noite da sua morte, Gabriel honrou mais uma vez sua fama de valente trocando socos e pontapés em defesa de um amigo. O motivo da briga ninguém soube me explicar nem mesmo parecia ser de muita importância: “às vezes olhar feio pra uma pessoa já é o bastante”. Voltando para casa, foi baleado por um de seus oponentes. Tinha apenas 19 anos.²

Histórias semelhantes à de Gabriel se repetem diariamente nas principais capitais brasileiras. A concentração de mortes violentas na faixa etária dos 15 aos 24 anos nos autoriza a falar numa “corporificação” da violência na geração mais jovem,³ que vem assumindo dimensões epidêmicas no País. O problema, entretanto, vai muito além das nossas fronteiras. A violência que vitima jovens, sobretudo do sexo masculino, é um fenômeno que se expressa nos cinco continentes, principalmente nos chamados “países em desenvolvimento” e naquelas nações que passaram por rápidos processos de transição econômica e social, como é o caso dos países do Leste Europeu.⁴ Qual é a relação entre a violência que vitima jovens e o consumo do álcool, e o que pode ser feito para minimizar os riscos são as principais questões que norteiam este ensaio.

Apontamentos para uma crônica inquieta

Sobre as violências no Brasil de hoje

Nas últimas décadas, a violência passou a ser uma das principais preocupações dos brasileiros. Fala-se dela tanto nos grandes debates como nas rodas modestas de mesa de bar. Afeta os negócios, as bolsas, as relações afetivas, os lazeres, as dinâmicas familiares, as artes, o discurso religioso, o jornalismo e as agendas políticas. Até recentemente, os poetas cantavam um Brasil “abençoado por Deus”, cujas belezas naturais contracenavam com a alegria de um povo de natureza pacífica e sensual. Hoje, pelo contrário, dominam as metáforas da “cidade partida”, da guerra silenciada e do “apartheid social”. Os brasileiros passaram a viver imersos numa “cultura do medo”, cuja expressão mais evidente são os gastos na chamada “indústria de segurança”, que há muito deixaram de ser exclusividade das elites: grades, blindagens, policiamento privado, etc.⁵ Mudaram os brasileiros ou mudou o olhar sobre a violência?

Emaranhando o enredo – redefinições e indefinições

A História do Brasil, como a de tantos outros países pelo mundo afora, é pontilhada por evidências de práticas violentas. A violência fundadora do colonizador contra o colonizado, a violência infringida aos negros no sistema da escravatura, a violência sexual do homem branco contra as mulheres de outras etnias ilustram de que maneira, desde cedo, a prática de submeter o outro pela força fincou suas raízes no solo do País. Seria inútil pensar, entretanto, que todas essas manifestações foram reconhecidas, em seu tempo, como violações graves aos direitos humanos. Sendo a violência, antes de tudo, uma imposição de vontade, ela costuma ser exercida por quem tem mais poder. E quem tem mais poder consegue, não raro, legitimar socialmente suas práticas.

Perceber um determinado ato como uma forma de violência depende, destarte, do contexto social, histórico e cultural, variando consideravelmente entre diferentes grupos numa mesma sociedade. A definição de violência raramente é consensual ou estável. Ela se processa numa arena de lutas por significados, onde as normas, as instituições, os valores, as hierarquias sociais e a ação de diversos atores entram em jogo:

...[a violência] é representada por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos físicos, emocionais, morais e espirituais a outrem. Na verdade, entende-se, aqui, que não há um fato denominado violência e sim violências, como expressões de manifestação da exacerbação de conflitos sociais cujas especificidades necessitam ser conhecidas. Têm profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, e também nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre condições dadas e subjetividade [...] Este conceito pode ser compreendido, no campo das relações pessoais e institucionais, como um limitante dos direitos, de um lado, ou como um grito de expressão dos oprimidos, no outro lado da moeda. (MINAYO, 1998, 14).

A violência, portanto, não é única, mas plural, o que faz com que muitos autores prefiram usar o termo violências. Ela está ligada a práticas, a sensibilidades e à noção do outro. A violência silencia, oprime e nega a diferença, impedindo a possibilidade de uma vida democrática. Mas ela pode, também, veicular o descontentamento de um grupo com uma determinada realidade social. Neste ponto, a violência passa a ser uma linguagem acionada por aqueles que não têm acesso aos espaços hegemônicos de produção de significados.⁶ Acusar o outro de “violento” é uma estratégia comumente usada pelos detentores do poder para desqualificar lutas sociais que ameaçam seus privilégios. Diferenciar, refinar, redefinir o que o senso comum subsume no vago conceito de “violência” é um primeiro passo para desmascarar outras violências, ocultas ou simbólicas.

Freqüentemente, a visibilidade de uma determinada violência está ligada à ação de movimentos sociais que lutam para ampliar as esferas de efetivação dos direitos humanos. Foi assim que aconteceu no Brasil com a violência contra as mulheres, outrora considerada questão de ordem doméstica. O reconhecimento de uma “nova violência” é um processo que amiúde transborda as fronteiras nacionais, envolvendo grupos que lutam pelos direitos humanos, organismos multilaterais como a ONU e outros atores do cenário internacional. Da mesma maneira, as dinâmicas da violência também desconhecem alfândegas e controles. Negócios

clandestinos, como o tráfico de armas e de drogas ilícitas, movimentam complexas redes internacionais de produção, distribuição e consumo cujos lucros se depositam em paraísos fiscais espalhados pelo mundo afora.⁷

Repensar a violência no Brasil implica, por fim, tomar pé das enormes desigualdades que esfacelam o tecido social, servindo como pano de fundo contra o qual se desenham as violências do dia-a-dia. Segundo recente estudo do Ipea,⁸ as diferenças econômicas entre os brasileiros são imensas: os 10% mais ricos detêm 28 vezes mais renda do que os 40% mais pobres. No Relatório sobre o Desenvolvimento do Mundo 2000-2001, do Banco Mundial, o Brasil aparece em terceiro lugar em desigualdade, com um índice Gini de 60,0 (1996), perdendo apenas para Serra Leoa, 62,9 (1989) e República Centro-Africana, 61,3 (1983). Pela sua posição na sociedade, os jovens figuram entre os segmentos mais vulneráveis a essa violência primeira – embora também sejam capazes de oferecer as respostas mais criativas.

Viver é muito perigoso

O impacto das violências na juventude

Fazer um cruzamento entre violência e juventude demanda alguns cuidados. É verdade que os jovens são os mais atingidos pela violência, liderando todas as estatísticas de mortalidade por causas externas. Também é certo que o mundo do crime exerce um inegável fascínio entre jovens das periferias urbanas, que encontram nele uma maneira de conseguir acesso a bens de consumo e de obter prestígio e poder. Igualmente, a “juventude dourada” das grandes cidades tem galgado as manchetes de jornais pelo seu envolvimento em atos violentos que vão da chamada delinquência comum a violências de forte impacto entre a opinião pública, como o parricídio e o crime étnico.

Apesar dessas evidências, há de se extremar a vigilância para não incorrer no erro comum de atribuir à juventude, principalmente à juventude pobre, a responsabilidade pela sensação de insegurança pública que tomou conta do País nos últimos anos. Nossa proposta é deslocar o eixo da repressão para a compreensão, evitando incorrer na estigmatização

da juventude, que tão pouco acrescenta para a melhora das perspectivas de vida desse segmento.

Os números da morte

Desde meados dos anos 70, as taxas de homicídios dispararam no Brasil, assim como em muitos países da América Latina. Coincidindo com o esgotamento dos regimes militares, a violência política foi arrefecendo na região. Mas o advento da democracia não veio acompanhado da tão desejada paz social. As grandes metrópoles latino-americanas assistiram impotentes ao aumento da criminalidade e ao fortalecimento da organização social do crime. No Brasil, cresceram assustadoramente os assaltos e os furtos. Expandiram-se negócios clandestinos como o roubo a entidades financeiras, o tráfico de drogas e de armamentos sofisticados.⁹ Embora, como já dissemos, a violência não possa ser equacionada com a criminalidade, esta tem sido, sem dúvida, sua manifestação mais visível nos últimos tempos.

O grande salto nas taxas de homicídios tem preocupado bastante ao poder público e aos brasileiros de um modo geral. Segundo o Ministério da Justiça, no ano de 1979 aconteciam no Brasil 9,44 homicídios para cada 100.000 habitantes. Em 1985, a taxa já alcançava os 14,98 e, desde então, não parou de subir: em 1990, aconteceram 20,83 homicídios/100.000 habitantes; em 1995, a taxa foi de 23,85; e em 2000, de 27.¹⁰ Essas mortes têm uma geografia inequívoca: elas se concentram nos bairros social e economicamente deprimidos das grandes cidades. Têm também cor (os negros morrem mais), sexo e idade: as vítimas preferenciais são homens jovens.

No ano de 2000, por exemplo, 12,2% das mortes ocorridas no total da população foram consequência das chamadas “causas externas” (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios). Já no recorte de 15 a 24 anos de idade, o percentual atingiu nada menos que 70,3%, sendo que 39,2% das mortes aconteceram por homicídio. As mortes violentas estão aumentando mais nas faixas de 15 a 19 anos e de 20 a 24 do que na faixa dos 10 aos 14 anos. Quanto à distribuição por sexo, as taxas de homicídios falam por si: em 2000, aconteceram 97,1 assassinatos em cada 100.000 homens jovens (15 a 24 anos) e 6,0 em cada 100.000 mulheres jovens.

A maioria desses assassinatos (74,2%) foi causada por arma de fogo.¹¹ A raça na violência aparece, principalmente, quando se focaliza a vítima. Num levantamento feito por meio de notícias de jornais pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos, em Salvador (1996 a 1999), apenas 1% das vítimas de assassinato foi notificada como branca: 30,7% eram negros e 68,3% de cor não noticiada.¹²

O mapa internacional das mortes de jovens também apresenta uma distribuição bastante desigual. No ano de 2000, foram assassinados 9,2 de cada 100.000 jovens (15 a 29 anos) no mundo, segundo consta no *World report on violence and health* da World Health Organization. As menores taxas, com média de 0,9 homicídio por 100.000 habitantes, estão nos países ricos da Europa, em partes do continente asiático e do Pacífico. Os homicídios aumentam a 17,6 por 100.000 na África e atingem as mais altas taxas na região da América Latina: 36,4/100.000. Com uma taxa de 32,5 homicídios por 100.000 jovens (15 a 29 anos), o Brasil aparece na quinta posição e quase quatro pontos abaixo da média da Região. Entre os chamados países desenvolvidos, apenas os Estados Unidos têm taxas acima dos 10 homicídios por 100.000 habitantes (taxa de 11).¹³ A mortalidade por homicídios entre jovens constitui, portanto, um problema dos denominados “países em desenvolvimento” ou “em transição”, constituindo mais uma expressão do acirramento das desigualdades no mundo.

Uma fenda por onde escoam vidas

Quando se trata de compreender o extraordinário aumento da violência atingindo jovens, fatores individuais, familiares, sociais, culturais e políticos devem ser levados em consideração. A lista em que propomos a continuação é apenas uma das possíveis leituras do fenômeno, com especial destaque à situação brasileira.

Às portas do Paraíso – pobreza, consumo e expectativas juvenis

Nos países “em desenvolvimento” e “em transição”, as crises econômicas e a implementação de políticas de ajuste estrutural tiveram efeitos nefastos para a maioria da população, incluindo os jovens: “...real wages have often declined sharply, laws intended to protect labour have been weakened or discarded, and a substantial decline in basic infrastructure

and social services has occurred. Poverty has become heavily concentrated in cities experiencing high population growth rates among young people”.¹⁴ Viver na pobreza numa sociedade que põe constantemente à mostra todos os bens de consumo que o dinheiro pode comprar constitui uma violência especialmente pungente para os jovens. Certas mercadorias representam, para eles, estilos de vida, marcas de poder que garantem prestígio junto aos iguais e sucesso nas conquistas amorosas: roupas, carros e também certas bebidas e drogas como o whisky e a cocaína. Como lidar com a incapacidade de atingir esses bens? Não é a pobreza em si que explica as altas taxas de mortalidade por causas violentas. Quando essa situação, entretanto, combina-se com os apelos da sociedade de consumo e com o avanço da ideologia individualista, emerge uma tensão básica que precipita alguns jovens ao mundo do crime.¹⁵ O envolvimento de jovens das classes privilegiadas com atos violentos também está ligado, muitas vezes, ao imediatismo estimulado pela sociedade de consumo.

O papel do Estado – impunidade, omissão e violência

A atuação do Estado na garantia de respeito às leis, bem como na promoção de políticas de proteção para a população mais vulnerável é fundamental para enfrentar o problema da violência. Contrariamente, a generalização da impunidade atua como estímulo às transgressões à lei, alimentando, em última instância, o espiral da violência. No Brasil, a impunidade se manifesta de forma gritante nos crimes perpetrados pelas classes dominantes, muitas vezes contra o patrimônio público (crimes de corrupção e malversação de fundos), provocando a descrença no princípio democrático de igualdade de todos. Ficam impunes, igualmente, muitos crimes “de sangue” e sexuais que atingem as camadas mais pobres da população. A impunidade alimenta os abusos de poder dos ricos contra os “cidadãos de segunda classe”, bem como a imposição da vontade pela violência por parte de grupos criminosos naquelas áreas onde o poder público é mais ausente. Ela é, por fim, um perigoso ingrediente para a vontade de se fazer justiça com as próprias mãos, mobilizando lealdades que, muitas vezes, colocam o jovem como ator principal.¹⁶

Além da impunidade, a ação do Estado pode derivar em violências contra os jovens, como acontece no caso da violência policial. No Brasil, os abusos policiais multiplicaram-se de forma alarmante desde a

criação, ainda durante o regime militar, dos “esquadrões da morte”. As vítimas das ações de extermínio têm sempre o mesmo perfil: “na sua grande maioria homens jovens, negros ou mestiços, sem antecedentes criminais”.¹⁷ A violência policial tem um enorme impacto simbólico, pois é o próprio Estado, através do seu braço armado, que age no extermínio da parte mais desfavorecida da sua juventude. A experiência de ter sido vítima da violência arbitrária policial leva alguns jovens a darem as costas à lei e entrarem na marginalidade.

O Estado também aumenta a vulnerabilidade juvenil negando-se a implementar medidas de proteção social para esse segmento. Não oferecer à maioria dos jovens acesso a um bom serviço de saúde, ensino de qualidade, formação cidadã e oportunidade de contato com bens culturais diversificados implica no cerceamento das suas possibilidades de crescimento e no empobrecimento da sua experiência vital. O álcool e as drogas ilícitas tornam-se, deste modo, recursos facilmente acionados para tornar mais agradável o momento presente, uma vez que o futuro mantém-se nebuloso. A hipertrofia do presente é um forte conteúdo cultural que ajuda a compreender a exposição dos jovens a situações de risco.

Armando a violência – o tráfico de drogas ilícitas e de armamentos

Em algumas metrópoles brasileiras, o tema do tráfico de drogas e de armas cruza-se fortemente com a vulnerabilidade juvenil à violência. Com já dissemos, esse é um fenômeno nacional de inserção global cujo alcance é impossível calcular. Os jovens aparecem como intermediários desse comércio, consomem/ostentam as armas de fogo e integram o uso de drogas ilícitas a seus estilos de vida, configurando um segmento preferencial no consumo desta mercadoria.

As motivações para o envolvimento dos jovens no comércio clandestino de armas e drogas são usualmente atribuídas ao impacto da sociedade de consumo entre os jovens de periferia (embora não apenas entre estes) e à perda de importância do trabalho como referencial moral, entre outros aspectos.¹⁸ É importante salientar, entretanto, que o aumento da violência ligada ao tráfico tem estreita relação com a filosofia adotada pelo governo brasileiro na área de drogas nos últimos anos: “Trata-se da ênfase sobre as políticas de redução da oferta em detrimento das propostas

educativas, preventivas e terapêuticas de redução da demanda e dos danos secundários ao consumo”.¹⁹ O resultado da obediência ao modelo norte-americano tem sido a vitimização recorrente dos jovens brasileiros.

Matrizes culturais da violência – a questão de gênero

Os homens não apenas lideram as estatísticas das vítimas de homicídio como também são os principais agressores de homens e de mulheres, no Brasil e no mundo. A compreensão dessa diferença passa necessariamente pelo entendimento de como homens e mulheres são socializados e qual o papel que a violência e o risco jogam na construção do ser social masculino. Muitos estudos têm chamado a atenção para a existência de um *ethos* masculino que associa violência e masculinidade, apesar de existirem muitas variações a depender da posição social e do contexto cultural considerados. O recurso à violência aconteceria sobretudo quando o homem considera necessário restabelecer sua honra, autoridade ou poder ameaçados. A violência contra a mulher nas relações conjugais exemplifica muito bem esse mecanismo: como a honra masculina depende do comportamento sexual da mulher, o homem sente-se na obrigação de “punir” a esposa quando desconfia de tal comportamento.

Na juventude, homens e mulheres sofrem usualmente uma forte cobrança social para a adoção de seus papéis de gênero. Entre os homens, a vigilância dos adultos e do grupo de pares forma um ambiente propício para a exacerbação da virilidade, da coragem e, em última instância, da agressividade. Estas são matrizes culturais que favorecem o envolvimento dos homens jovens em atos de violência: brigas em bares, criminalidade, violência sexual, racista e homofóbica, etc. A disseminação do uso de armas de fogo tem levado ao desenlace trágico de muitos desses eventos. Os elementos culturais que estimulam o uso da violência afetam jovens em todos os contextos sociais. Porém, enquanto os jovens das camadas mais favorecidas podem obter prestígio social por meio da carreira profissional e do consumo, os jovens que vivem na pobreza recorrem, às vezes, ao uso da violência para ganhar prestígio social no seu ambiente.²⁰

Em geral, os fatores apresentados até aqui podem ser considerados como fatores de risco, ou seja, circunstâncias sociais e políticas que facilitam o envolvimento dos jovens em atos de violência. Entretanto, os

estudos sobre violência também tentam analisar a dinâmica da situação de violência em si, na qual se envolvem duas ou mais pessoas e onde fatores como a embriaguez podem jogar um papel decisivo. É o que veremos a seguir.

Bem pior do que a ressaca

Interface entre a violência juvenil e o consumo de álcool pelos jovens

Na vida das pessoas, os períodos da adolescência e da juventude costumam ser aqueles em que mais se bebe, tanto em termos de quantidade como na frequência de uso de álcool. Beber pela primeira vez é talvez um dos ritos de passagem mais estendidos na sociedade brasileira e em muitos outros países onde o álcool é a droga mais consumida. Pesquisas realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) mostram que a idade dessa iniciação tem caído no País: 50% dos adolescentes entre 10 e 12 anos do último levantamento domiciliar já haviam consumido álcool ao menos uma vez.²¹ De forma concomitante, a frequência com que os jovens bebem está crescendo: em 1989, 14% dos jovens brasileiros (10 a 18 anos), estudantes de escolas públicas e privadas das principais capitais, consumiam álcool mais de seis vezes por mês; em 1996, a proporção ascendeu a 19%. Os profissionais que trabalham na área de drogas vêm chamando a atenção, há tempos, para os possíveis desdobramentos dessas mudanças no padrão de consumo juvenil de álcool.

Freqüentemente, a iniciação ao consumo de bebidas alcoólicas acontece no seio da família, antes mesmo da idade estabelecida pela lei para o consumo da droga – 18 anos no Brasil. Embora a iniciação familiar possa responder ao desejo de proteção do jovem que começa a beber, indica também a existência de um duplo padrão de compreensão das drogas: estimula-se o consumo de álcool, enquanto se condena o uso de drogas ilícitas. Apesar da presença da família na aquisição de hábitos e percepções a respeito do uso de álcool, a bebida na juventude está inegavelmente ligada à esfera da sociabilidade. Em recente pesquisa com jovens de escolas públicas e privadas em 14 capitais brasileiras, Castro e Abramovay (2002) observaram que o ato de beber faz parte do ritual de sociabilidade juvenil, serve como fator de aproximação e identificação

entre os membros de um grupo, é importante conteúdo no lazer e ajuda a vencer a timidez facilitando os contatos com fins afetivos e sexuais.

Como qualquer outro elemento da cultura, as bebidas alcoólicas são signos que operam distinções. Assim, as bebidas mais caras dão maior *status* e vice-versa, existindo padrões diferentes de consumo de álcool dependendo do lugar que o jovem ocupa na estrutura social. Da mesma maneira, o consumo de álcool é informado pelas relações de gênero, esperando-se condutas diferentes entre homens e mulheres. A esse respeito, é importante assinalar que o consumo de álcool entre mulheres vem aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo.

A importância do álcool para a recreação juvenil é percebida e estimulada pelo mercado. Empresas do ramo de bebidas patrocinam eventos recreativos para o público juvenil, como campeonatos esportivos, mega-shows e festas coletivas tipo carnaval, conseguindo altos lucros com a venda de bebidas alcoólicas aos jovens. Em bares, boates e casas de shows, são desenvolvidas estratégias de marketing que estimulam o consumo de álcool até a embriaguez. A força econômica das empresas de bebidas pode ser vista pela quantidade e qualidade de propagandas em todas as mídias, onde o consumo de álcool aparece associado ao glamour, à juventude, à beleza e à alegria. Mais do que destinatários preferenciais das propagandas, os jovens são seu principal apelo mercadológico: “As bebidas alcoólicas são construtos de elixir de juventude e esta formatada como branca, de classe média ou alta, alegre e em situações de lazer, festa e esporte”.²²

No Brasil, o acesso dos jovens às bebidas alcoólicas é muito fácil. Existe uma lei que proíbe a venda de álcool aos menores de 18 anos mas, na prática, ela não é operante por falta de fiscalização e de conscientização de quem comercializa bebidas. Há, inclusive, muitos locais de venda de bebidas próximos de escolas. Na mídia, a grande maioria das informações para os jovens incide sobre as drogas ilícitas, mas pouco é dito a respeito das possíveis conseqüências do consumo de álcool, nem mesmo a maneira de evitar efeitos desagradáveis advindos da intoxicação alcoólica. Assim, o conhecimento dos jovens a respeito dessa droga vai sendo adquirido a partir da experiência pessoal complementada pelos relatos de outras

pessoas, também informados pela experiência. Essa aprendizagem, porém, pode ter um custo alto.

Esquentando os ânimos

Muitas pesquisas voltadas à compreensão da violência entre os jovens brasileiros levam em consideração o uso e o tráfico de drogas ilícitas, mas não dão muita atenção ao consumo de álcool entre a população mais jovem. Em parte, essa ênfase desigual decorre do impacto do tráfico de drogas nas dinâmicas da violência no País. Outros fatores que influenciam nessa diferença são a própria naturalização do consumo de álcool e a ausência de uma tradição de testagem de alcoolemia entre vítimas de violência. Porém, a extensão do uso de álcool entre adolescentes e jovens justificaria um esforço maior nesse sentido, quanto mais que já há fortes indícios sobre a existência de uma interface entre o uso de bebidas alcoólicas e a ocorrência de agressões em diferentes grupos populacionais. Num estudo sobre homicídios nas periferias de São Paulo, 12% das ocorrências pesquisadas foram atribuídas apenas a “brigas de bar” ou “álcool” pelos entrevistados ou pelas informações dos boletins policiais.²³ Numa outra pesquisa realizada no período do carnaval na cidade de Recife, 85,2% das vítimas (fatais e não fatais) de violência tinham álcool no sangue. Nesse caso, há de se considerar que o carnaval, como outras grandes festas, é um período no qual o consumo de álcool aumenta consideravelmente.²⁴

Na ausência de pesquisas específicas, um dos indicadores que pode sugerir a influência do álcool na violência entre jovens é a sazonalidade dos homicídios. Os mapas da violência da Unesco vêm mostrando que a violência juvenil acontece principalmente em horários recreativos: os homicídios crescem mais de 70% nos finais de semana em relação aos dias da semana.²⁵ Inferindo que o consumo de bebidas alcoólicas aconteça com maior frequência nesses dias, é evidente que a relação entre ambos eventos precisa ser melhor explorada. Considerar a relação entre álcool e violência não implica estigmatizar o consumidor de álcool nem incorrer em ações repressivas que lesem seus direitos humanos. Trata-se, antes, de jogar luz a um fenômeno que permanece oculto por estar profundamente impregnado no viver social, ou até mesmo por interesses econômicos.

De modo geral, não é possível traçar uma relação de causalidade simples entre o consumo de álcool e o comportamento agressivo ou a violência. A WHO, por exemplo, considera que o álcool atua como um fator situacional capaz de transformar a violência potencial em violência real, no caso da violência entre jovens. Já no que diz respeito às violências que têm por vítima principal as mulheres, o uso de bebidas alcoólicas é evidenciado como importante fator de risco. Quando consumido pelo agressor (usualmente um homem), o álcool pode reduzir as inibições e afetar tanto a capacidade de emitir julgamentos como de interpretar sinais, precipitando casos de violência sexual e outras violências perpetradas por parceiros íntimos. Beber também aumenta sensivelmente a vulnerabilidade das mulheres, pois dificulta sua percepção dos sinais de perigo e sua capacidade de reagir.²⁶

Estudos realizados em vários países a respeito de agressões entre homens jovens em bares trazem significativos elementos para o debate. Graham e Wells²⁷ observaram que, apesar da existência de importantes diferenças entre países e segmentos populacionais, a embriaguez parece jogar um importante papel na incidência de crimes violentos entre homens jovens. Quando embriagadas, muitas pessoas manifestam dificuldades para lidar com contingências, sobrestimam seu poder, aceitam correr mais riscos e respondem com maior agressividade às provocações. Essas mudanças terminam por exacerbar elementos de conflitos presentes na socialização masculina, derivando em brigas pela honra, por lealdade, por frustração ou, simplesmente, como uma forma a mais de se divertir. É importante esclarecer que a relação do álcool com violência se manifesta sobretudo em estados de intoxicação etílica. O fato do consumidor/agressor ter uma história pregressa de alcoolismo não parece influir tanto na agressão como a quantidade de álcool ingerida no momento do confronto.²⁸

Outros aspectos a se levar em consideração dizem respeito ao ambiente onde os jovens bebem e às suas expectativas em relação ao álcool. Lugares com muito barulho, fumaça, que atraem aglomerações e onde há presença de objetos cortantes têm maior probabilidade de ser cenários de brigas. Atitudes permissivas em relação ao álcool e à violência também aumentam a probabilidade.²⁹ Em outras palavras, acontecem mais brigas naqueles locais onde os jovens são estimulados a beber até a embriaguez e onde não são tomadas medidas efetivas para evitar conflitos. Quanto

às expectativas, em muitas sociedades a embriaguez é considerada um “time out” no qual é possível se comportar fora dos padrões sem ser socialmente punido.³⁰ Assim, espera-se que os indivíduos dêem mais vazão à sua agressividade (incluindo a possibilidade de praticar violência sexual) sem que isso acarrete as mesmas conseqüências de um comportamento similar em estado sóbrio.

No Brasil, todas essas questões precisam ser observadas à luz de um contexto onde as tensões sociais têm aflorado de forma extraordinária nas últimas duas décadas. O fácil acesso a armas pela população é um dos fatores a ser levado em consideração. Em muitos bares, por exemplo, não existe controle de armas. Em outros, ainda, o cliente deixa sua arma à entrada do recinto e a recebe de volta ao sair. Essa estratégia preserva o espaço do bar, mas não a vida dos clientes que podem ter uma desagradável surpresa na volta a casa. Escolher os lugares onde se bebe, as amizades com as quais sair, além de evitar “meter-se em confusão” são estratégias espontâneas de redução de danos de que muitos jovens lançam mão para divertir-se com menos riscos. Os números de mortalidade juvenil por causas externas indicam, porém, que a eficácia de tais medidas é limitada.³¹

Por outro lado, beber entre os jovens não se restringe ao espaço do bar. Se pensarmos no grupo específico dos jovens de periferia, onde a vulnerabilidade à violência é notadamente maior, as casas ou as ruas do bairro fazem as vezes de local de lazer onde é possível beber mais por menos dinheiro em companhia dos amigos e vizinhos. Nesse caso, os jovens têm um controle maior quanto às companhias, mas ficam mais expostos a vinganças e outros acertos de contas envolvendo pessoas do convívio próximo.³² Muitos homicídios de jovens acontecem nas proximidades do local de moradia. É também no âmbito do bairro, mais concretamente da casa, onde se praticam as violências contra as mulheres, sendo a embriaguez um fator que tanto estimula o agressor como aumenta a vulnerabilidade da vítima. Estratégias que persigam reduzir os danos e riscos da violência entre consumidores de álcool deverão, assim, levar em consideração uma multiplicidade de cenários, de tempos e de motivações.

Abrindo caminhos

Indicativos para estratégias de redução de danos junto aos jovens

Para muitos jovens, beber não apenas constitui um importante ritual de sociabilidade como representa um dos componentes mais agradáveis de sua rotina semanal. Beber até a embriaguez, inclusive, faz parte do exagero próprio de quem sabe ser esse um atributo social da idade e do processo de experimentação com a bebida, com o próprio corpo e com os outros. Para alguns jovens, a violência é um contexto para a sobrevivência, uma linguagem com a que expressar descontentamento ou procurar excitação. Uma resposta a condições aviltantes de vida ou, pelo contrário, uma forma de inscrever o desprezo em relação ao outro, seja este o negro, a mulher, o pobre, o homossexual, o índio. Para a maioria dos jovens, entretanto, a violência é apenas uma ameaça no horizonte que não impede curtir a vida, traçar projetos e ser cidadão. É para todos esses jovens que as estratégias de redução de danos devem se dirigir.

Jovens à frente

Qualquer ação que vise diminuir os riscos dos jovens se envolverem com violência em situações de consumo de álcool precisa, antes de tudo, adotar a perspectiva do protagonismo juvenil. Isto significa promover os jovens como sujeitos das intervenções, capazes de participar ativamente na definição das prioridades, na implementação de ações e na avaliação dos resultados. Para trazer os jovens a cena é imprescindível redefinir posturas que estão ainda muito enraizadas na escola, na política, na comunidade, na família e em muitos outros espaços de circulação juvenil. Como ponto a favor, o Brasil conta com inúmeras experiências bem sucedidas de trabalhos onde o protagonismo juvenil é estimulado, além de uma longa tradição de organização da sociedade civil para a luta por uma sociedade mais justa. Na hora de pensar em estratégias de redução dos danos relacionados ao consumo de álcool, essas experiências poderão servir de ponto de partida.

Não há que se pensar, porém, que o estímulo ao protagonismo juvenil traz como contrapartida o afastamento de outros atores do cenário da luta para a diminuição da violência entre essa faixa etária. Para serem

efetivas, as estratégias de redução de danos precisam ser elaboradas em conjunto com os jovens, que são os principais interessados, mas contando com o respaldo do Estado, promotor de políticas públicas, da sociedade civil, das comunidades e famílias, que devem exercer controle social sobre essas políticas.

A questão do consumo de álcool e da violência que vitima jovens apresenta alguns nós que precisam ser desamarrados com muita reflexão e participação dos interessados. Um desses entraves é a questão legal do consumo de bebidas alcoólicas. Como vimos, a idade de iniciação ao uso de álcool diminuiu sensivelmente, mas a idade em que legalmente os jovens podem beber álcool continua sendo a mesma no Brasil: 18 anos. Um jovem que experimenta bebida alcoólica com 12 anos pela primeira vez, passará 6 anos bebendo clandestinamente. A prescrição legal de uma idade mínima para beber persegue proteger os adolescentes, pois a ingestão de bebidas alcoólicas pode afetar seu desenvolvimento físico, mental e social. Entretanto, qualquer prática que se desenvolve clandestinamente acrescenta um elemento de risco à mesma. Para superar esse paradoxo, é preciso colocar essa questão em debate e consultar, principalmente, os jovens.

Outro desafio que deve ser encarado é a produção e reprodução de modelos culturais que estimulam o envolvimento de jovens, sobretudo homens, com violência. No Brasil, vários grupos que trabalham as questões de gênero têm denunciado a existência de padrões de masculinidade que tornam os homens mais suscetíveis a correrem riscos e mais propensos a fazer uso da violência física contra outros homens e contra as mulheres. Mudar valores de violência implica repensar as relações de gênero, envolvendo os homens na luta por uma sociedade mais igualitária para homens e mulheres. Outros esforços vêm sendo feitos no sentido de construir uma “cultura de paz” que priorize o diálogo e a tolerância em detrimento da imposição da própria vontade a qualquer custo.³³

Na linha das mudanças culturais, especial ênfase deve ser dada à representação das drogas ilícitas *versus* drogas lícitas no que diz respeito aos jovens. De um lado, a sociedade tem dado às drogas ilícitas o *status* de principal perigo que pode atingir os jovens na contemporaneidade. O outro lado da moeda é a existência de uma aceitação praticamente irrestrita

do consumo de bebidas alcoólicas entre esse mesmo público. Assistimos, portanto, a um processo de “demonização” de drogas como a maconha, paralelo à banalização de outra droga que é o álcool. Ambas as posturas são contraproducentes pois negam o principal elemento para que os jovens possam decidir e ter controle sobre o consumo de drogas: a informação.

Por fim, as estratégias de redução de danos em relação à violência devem levar em consideração dois últimos aspectos: 1) a importância das armas de fogo na mortalidade juvenil por homicídios; 2) a existência de muitas violências silenciadas que é preciso tornar públicas.

Integrando para reduzir danos

Experiências internacionais e nacionais na área de drogas e/ou de trabalhos com juventude têm mostrado a importância de realizar ações integradas em vários espaços de maior relevância na experiência juvenil. Os comentários abaixo servem como indicativo de ações que podem ser multiplicadas, bem como questionamentos que precisam ser postos na busca de estratégias adequadas.

- *A escola* – os jovens, como vimos, obtêm informação sobre drogas e sobre álcool entre os amigos ou através da propaganda da mídia. A escola, como uma das principais instituições para a socialização secundária, precisa abrir esse debate de uma forma não repressiva. Ações que envolvem os jovens estudantes como sujeitos de ações educativas nas escolas têm se mostrado muito eficazes dentro e fora do Brasil;
- *Bares e locais de lazer* são cenários privilegiados para o consumo de álcool. Algumas experiências internacionais mostram que é possível tornar esses lugares mais seguros, evitando aglomerações, objetos cortantes e outros elementos que causam perigo. É importante conscientizar os garçons e donos de bar para que não se estimule o consumo de álcool até a embriaguez. Igualmente, é preciso pensar junto a esses atores quais as formas mais eficazes de lidar com os conflitos que acontecem nesses locais. Muitos jovens vão até aos bares armados. Guardar suas armas até a saída não é suficiente para garantir a segurança e a vida de quem vai até o bar. Essa é uma discussão que precisa ser feita com urgência, até porque

os bares podem ser incluídos como locais de abordagem para usuários de álcool que usam armas;

- *Grandes eventos* como o carnaval, megashows, etc. apresentam o desafio de como aliar diversão e segurança. Ações efetivas podem incluir um controle maior sobre a venda de bebidas, que hoje não existe, cuidados com o transporte dos jovens, informações sobre formas mais seguras de beber, etc.;
- *Mídia* – apesar do forte poder das indústrias de bebidas, a sociedade precisa exercer maior controle social nas propagandas e informações veiculadas. Negociar espaços para programas informativos e “contra-propagandas” são algumas das sugestões mais comuns;
- *Família/comunidade* – é preciso estimular os trabalhos voltados às mudanças culturais e melhorar o acesso das pessoas a informações válidas sobre o álcool, outras drogas e a violência. Fortalecer os trabalhos que já existem é uma boa forma de integrar a comunidade e tornar as estratégias mais adequadas.

Como vimos, o problema da violência que vitima jovens afeta, principalmente, países “em desenvolvimento” e “em transição”, onde o exercício da cidadania esbarra em inúmeras desigualdades de classe, de gênero e de raça que têm como pano de fundo as imensas desigualdades entre as nações do mundo. Por isso, ações efetivas de redução de danos devem estar atreladas a políticas públicas de maior abrangência que promovam a igualdade social e ofereçam melhores perspectivas e condições de vida aos jovens. Na I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos (2000), a necessidade de integrar redução de danos e lutas por cidadania foi, talvez, o recado mais importante da comunidade nacional e internacional reunida no Recife.

Agradecimentos

A autora agradece a Ernst Buning, pelo estímulo e compreensão no processo de escrita deste trabalho; a Kathryn Graham, pelo envio de literatura de difícil acesso no Brasil; e, especialmente, a Ana Glória Melcóp, pela troca de idéias e pelos pertinentes comentários a este trabalho.

Referências bibliográficas

ABRAMO, Helena. Considerações sobre a tematização social da juventude no Brasil. *Revista Brasileira de Educação. Anped*, n. 5-6, p. 25-36, maio/dez. 1997.

ABRAMOVAY, Miriam et al. *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: Unesco; BID, 2002.

-----; RUA, Maria das Graças. *Violências nas escolas*. Brasília: Unesco, 2002.

ALVIM, Rosilene; PAIM, Eugênia. Os jovens suburbanos e a mídia: conceitos e preconceitos. In: ALVIM, Rosilene; GOUVEIA, Patrícia. (Org.). *Juventude anos 90: conceitos, imagens, contextos*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2000. p. 13-34.

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO; BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2000/2001: luta contra a pobreza*. Washington: Banco Mundial; Oxford University Press, 2001.

BARROS, Ricardo Paes de et al. *Desigualdade e pobreza no Brasil: a estabilidade instável*. Rio de Janeiro: Ipea, 2000.

BASTOS, Francisco Inácio; CARLINI-COTRIM, Beatriz. O consumo de substâncias psicoativas entre os jovens brasileiros: dados, danos e algumas propostas. In: *JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD. 1998. v. 2, p. 645-670.

CASTRO, Mary Garcia. Violências, juventudes e educação: notas sobre o estado do conhecimento. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 19, n. 1, p. 5-28, jan./jul. 2002.

-----; ABRAMOVAY, Miriam. *Drogas nas escolas*. Brasília: Unesco; Ministério da Saúde. Coordenação DST/Aids, 2002.

CONNELL, Robert W. *The specific connection of men and violence: gender-based violence* [S.l.]: United Nations International Research Training; Institute for the Advancement of Women Virtual Seminar. 2001, (Series on men's roles and responsibilities in ending). Disponível em: <<http://www.un-instraw.org/mensroles>>.

----- . Understanding men: gender sociology and the new international research on masculinities. Clark Lecture: University of Kansas Department of Sociology, 2000.

DIÓGENES, Glória. Cartografias da cultura e da violência: gangues, galeiras e movimento Hip Hop. São Paulo. *Annablume*. Fortaleza: Secretaria da Cultura e Desporto, 1998.

FONSECA, Cláudia. *Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares*. Porto Alegre: UFRGS, 2000.

FRANCH, Mônica. *Estratégias espontâneas de redução de danos entre jovens da periferia do Recife*. Recife: 2002. (Trabalho apresentado na 1.^a Conferência Internacional de Álcool e Redução de Danos, Recife). (Mimeo).

----- . *Tardes ao léu: uma etnografia do tempo livre entre jovens de periferia no Recife*: UFPE, 2000. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000. (Programa de Pós-Graduação em Antropologia da UFPE).

GRAHAM, Kathryn et al. Alcohol and aggression. *Current Directions in Research Understanding and Preventing Intoxicated Aggression Addiction*, v. 93, n. 5, p. 659-676, 1998.

----- . WELLS, Samantha. Somboddy's gonna get their head kicked in tonight aggression among young males. In: BARS – Question of Values? *British Journal of Criminology*. [200-?]. (In press).

----- ; WELLS, Samantha. The two worlds of aggression for men and women. *Sex Roles*, v. 45, n. 9/10, nov. 2001.

GREIG, Alan. Political connections: men, gender and violence. [New York]: United Nations International Research Training; Institute for the

Advancement of Women Working Paper, 2001. (Series on men's roles and responsibilities, ending gender based violence). Disponível em: <<http://www.un-instraw.org/mensroles>>.

HAUTZINGER, Sarah. The crowing of the rooster violence and maculinity in North East Brazil. [New York]: United Nations International Research and Training; Institute for the Advancement of Women Working Paper, 2001. (Series on men's roles and responsibilities in ending gender based violence). Disponível em: <<http://www.un-instraw.org/mensroles>>.

HEILBORN, Maria Luíza. Violência e mulher. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: UFRJ; FGV, 1996. p. 89-98.

KANT DE LIMA, Roberto et al. Violência, criminalidade, segurança pública e justiça criminal no Brasil: uma bibliografia. BIB. Rio de Janeiro, n. 50, p. 45-123, 2.º sem. 2000.

KRUG, Etienne G. et al. World report on violence and health. Geneva: WHO, 2002.

MELCOP, Ana Glória; FRANCH, Mônica (Org.). *Consumo de drogas, violência e comportamentos de risco para HIV/Aids: um estudo sobre conhecimento, atitudes e práticas da população escolar em Campina Grande (Paraíba)*. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MELLO JORGE, M. Helena et al. Crianças, adolescentes e jovens no Brasil do fim do século. In: WESTPHAL, Márcia Faria. *Violência e criança*. São Paulo: USP, 2002. p. 47-72.

———. Como morrem nossos jovens. In: *JOVENS acontecendo na tripla das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998. p. 209-292.

MINAYO, Cecília de Souza. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, [Rio de Janeiro]: Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz, v. 10, n. 1, 1994.

——— et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

----- . O significado social para a saúde da violência contra crianças e adolescentes. In: WESTPHAL, Márcia Faria. *Violência e criança*. São Paulo: USP, 2002. p. 95-114.

PERALVA, Angelina. *Violência e democracia: o paradoxo brasileiro*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

PEREIRA, Carlos Alberto Messeder et al. (Org.). *Linguagens da violência*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

SOARES, Luis Eduardo. Uma interpretação do Brasil para contextualizar a violência. In: PEREIRA, Carlos Alberto Messeder et al. (Org.). *Linguagens da violência*. Rio de Janeiro: Rocco, 2000. p. 23-46.

SUÁREZ, Mireya; BANDEIRA, Lourdes. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, Cristina; UNBENHAUM, Sandra G. (Org.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: FCC ed., 2002. n. 34, p. 295-320.

VELHO, Gilberto. Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: UFRJ; FGV, 1996. p. 10-24.

VENTURA, Zuenir. *A cidade partida*. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

VIANA, Hermano. O funk como símbolo da violência carioca. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: UFRJ; FGV, 1996. p. 178-187.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Juventude, violência e cidadania: os jovens de Brasília. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 1998.

----- . *Mapa da violência II*. Brasília: Unesco, 2000.

----- . *Mapa da violência III*. Brasília: Unesco; Instituto Ayrton Senna; Ministério da Justiça; SEDH, 2002.

WELLS, Samantha et al. Alcohol related aggression in the general population. *Journal of Studies on Alcohol*, n. 61, p. 626-632, jul. 2000.

ZALUAR, Alba. A globalização do crime e os limites da explicação local. In: VELHO, Gilberto; ALVITO, Marcos (Org.). *Cidadania e violência*. Rio de Janeiro: UFRJ; FGV, 1996, p. 48-68.

———. *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

———. *Condomínio do diabo*. Rio de Janeiro: Revan ed.; UFRJ, 1994.

———. Gangues, galeras e quadrilhas: globalização, juventude e violência. In: VIANA, Hermano (Org.). *Galeras cariocas: territórios de conflitos e encontros culturais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997. p. 17-58.

———. Para não dizer que não falei de samba: os enigmas da violência no Brasil. In: SCWARTZ, Lillian (Org.). *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 4, p. 245-318.

Redução de danos no ambiente de trabalho

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte³⁴

Introdução

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, um estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País (Carlini *at al*, 2001) estimou que 11,2% da população brasileira com idade entre 12 e 65 anos são dependentes de álcool.

Essa constatação, associada a dados publicados pela OIT (Organização Internacional do Trabalho), de que entre 10% a 12% da população economicamente produtiva, acima de 14 anos, têm problemas de uso abusivo ou dependência do álcool, sugere que, longe de ser um problema afeto a alguns grupos ou setores sociais, o consumo excessivo do álcool acompanha a sociedade moderna nas suas contradições como um grave e urgente problema de saúde pública.

Ainda é comum, nos dias de hoje, a rotulação do usuário abusivo ou dependente do álcool como um indivíduo portador de problemas morais e de caráter, que apresenta a irresponsabilidade e a insensibilidade como suas principais características de comportamento. (BRASILIANO, 1993).

Certamente cada um de nós guarda imagens da infância, onde o “bêbado da rua” representava perigo iminente às crianças. Ainda, a violência, a desagregação familiar, o desequilíbrio financeiro, dentre outros problemas acentuam o preconceito que, arraigado na sociedade, dificulta a abordagem da questão.

Muito além do preconceito, porém, o impacto desse fenômeno na saúde e na economia mundial tem levado especialistas, empresários e governantes a repensar o tema e a necessidade de adotar uma postura franca e objetiva em questões como custos, perda ou diminuição da força produtiva, doenças decorrentes ou associadas ao uso, violência e morte, dentre outras. (NATIONAL, 1998).

Em termos de comunidade empresarial, o trabalhador que faz uso abusivo ou é dependente tem 3,6 vezes mais chances de causar acidentes no trabalho, 2,5 vezes mais chances de faltar, sem justificativas, 8 ou mais dias de trabalho, utiliza-se 3 vezes mais dos benefícios médicos, tem sua capacidade produtiva reduzida a 67%, é punido disciplinarmente 7 vezes mais e é 5 vezes mais “queixoso” que trabalhadores não usuários. Conseqüentemente, as relações interpessoais são afetadas sobremaneira, comprometendo o clima organizacional e a qualidade de vida. (INSTITUTE, 1991).

Consumo de álcool e ambiente de trabalho

Breve histórico brasileiro

As primeiras discussões associando o consumo excessivo do álcool ao ambiente de trabalho, no Brasil, remetem-se ao final da década de 70 e início dos anos 80. Até então, a questão era literalmente tratada à luz da lei, conforme a ainda vigente Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que em seu artigo 482, item f, diz que: “constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador, embriaguez habitual ou em serviço”.

Com o fortalecimento dos movimentos sindicais e a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de saúde, um novo modelo surgiu e tomou forma nos serviços de saúde ocupacional e recursos humanos das empresas, que surpreendidas por decisões judiciais de vanguarda – determinando a reintegração de trabalhadores demitidos – foram impelidas a buscar novas formas de abordagem da questão. Os problemas decorrentes ou associados ao consumo excessivo e à dependência do álcool deixaram de ser tratados apenas na esfera médica e policial e passaram a fazer parte da agenda dos profissionais de saúde ocupacional e recursos humanos.

Nesse cenário, surgem os primeiros programas de prevenção e tratamento do alcoolismo nas empresas, baseados no *EAP (Employee Assistance Program)* norte americano. Implementados, principalmente em multinacionais e grandes empresas estatais, estes programas voltavam a atenção à identificação e ao tratamento de empregados dependentes crônicos do álcool.

Novas demandas foram surgindo e, quebradas as primeiras barreiras do preconceito, as empresas se defrontaram com o uso de drogas ilícitas, associadas ou não ao consumo do álcool. Na seqüência, apareceu o uso de outras drogas lícitas, como tranqüilizantes e anfetaminas (muitas vezes, receitados pelo próprio médico do trabalho).

No início dos anos 80, as desordens emocionais e o “fantasma” da Aids, associado ao uso de drogas injetáveis e ao sexo desprotegido, foram os novos desafios, exigindo dos profissionais muito mais conhecimento e, especialmente, uma revisão dos próprios conceitos sobre o tema.

A década de 90 trouxe à discussão o conceito de risco para a associação do consumo de álcool e outras drogas com o desempenho de determinadas funções no trabalho. Evidenciaram-se aí as primeiras e tímidas ações de testagem de drogas. Não obstante as justificativas e definições pragmáticas de risco, este assunto tem se mostrado polêmico e pouco debatido. As discussões quanto à ética e segurança, por certo continuarão em pauta.

Panorama do consumo de álcool associado ao ambiente de trabalho

No Brasil, estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) (VAISMANN, 1995), aponta que de 10% a 15% dos trabalhadores brasileiros apresentam dependência ou problemas de abuso do álcool, cujas conseqüências se traduzem em:

- três vezes mais licenças médicas do que aquelas concedidas para outras doenças;
- cinco vezes mais chances de acidentes de trabalho;
- 50% do total de absenteísmo e licenças médicas;
- utilização de 8 vezes mais diárias hospitalares;
- utilização, por parte da família, de 3 vezes mais a assistência médica e social das empresas.

Esses dados são coerentes com os achados de Campana, 1997.

O Sesi (Serviço Social da Indústria), em um estudo realizado entre 1994 e 1995 com uma amostra de 834 trabalhadores, representantes de um universo de 730.000 empregados da área industrial do Estado do Rio Grande do Sul, apontou o álcool como a droga mais difundida entre os trabalhadores. Este estudo constatou que 84,4% dos trabalhadores pesquisados eram bebedores habituais e 34% tiveram *Cage* (*screening test for alcoholism*) positivo, referindo problemas de relacionamento e de saúde física em decorrência do consumo de álcool. (SESI, 1995).

Embora a literatura internacional aponte claramente as nefastas conseqüências do uso abusivo do álcool no ambiente de trabalho, e os desdobramentos dos seus custos indiretos (The Employees Assistance Professionals Association, 1996), no Brasil, a produção científica é pequena e restrita ao trabalho formal (SESI, 1995), desconsiderando o espantoso crescimento do trabalho informal na força produtiva do País, e a participação de populações específicas como trabalhadores rurais e trabalhadores urbanos desempregados.

Redução de danos e o consumo de álcool no ambiente de trabalho

Contexto brasileiro

A baixa eficácia dos programas tradicionais na identificação precoce de problemas de desempenho no trabalho, ligados ao consumo do álcool (CAMPANA, 1997), requer a adoção de uma postura mais realista, voltada à diminuição dos fatores de risco, com investimento em ações efetivas de qualidade de vida, promoção da saúde e segurança no ambiente de trabalho.

A carência de recursos de saúde no que se refere ao uso abusivo e à dependência de álcool têm feito com que as empresas criem políticas e estabeleçam diretrizes de abordagem da questão, chamando para si a responsabilidade, preenchendo, em parte, o vazio deixado pelos serviços públicos, responsáveis pela saúde de sua força produtiva.

Os desafios cada vez maiores vêm favorecendo o estabelecimento de parcerias com a comunidade e a busca de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce, aposentando gradualmente o tratamento convencional do tipo “pacote”, adaptado do modelo americano de Minnessota, cuja tônica é a abstinência. Porém, isto não parece ser suficiente diante da demanda, não obstante as ações do Ministério da Saúde que vêm aperfeiçoando o modelo de assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos dependentes químicos, cujo objetivo consiste em formar uma rede de cuidados voltada para a reabilitação e reinserção social dessas pessoas.

Nesse contexto, a redução de danos se impõe como alternativa plausível e possível de ser praticada no ambiente das empresas, embora sua prática, para muitos, pareça estar associada a uma certa liberalidade de comportamento e de consumo do álcool. Uma mudança dessa visão implica quebra do paradigma de que a abstinência é a única alternativa de melhora. Sedimentado na cultura organizacional e na prática dos profissionais de saúde ocupacional e recursos humanos, esse paradigma faz com que as poucas ações de redução de danos, sejam diluídas em campanhas pontuais. Em geral, são atividades isoladas, iniciadas em parceria com programas do governo, quase todas voltadas à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Vinculadas a campanhas educativas com distribuição de preservativos, material informativo, dentre outros, estas ações são pouco avaliadas pelas empresas em termos de efetividade.

Benefícios da redução de danos no ambiente de trabalho

Muito embora não tenham sido encontradas, na literatura, referências claras a respeito de experiências brasileiras de redução de danos do álcool no ambiente de trabalho, há algumas evidências de que tentativas nesse sentido seriam importantes: um estudo sobre a participação do álcool em homicídios (VIEIRA-DUARTE; CARLINI-COTRIM, 2000), na cidade de Curitiba, Paraná, aponta que 58,9% dos autores dos crimes estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas na ocorrência, o mesmo acontecendo com 53,6% das vítimas. Importante observar que nesse estudo os autores dos crimes eram homens jovens e, em 86% dos casos, possuíam vínculo formal de trabalho. Mais relevante ainda é o fato de que 42% desses autores possuíam em média 2,1 antecedentes criminais. Estes dados, por si

só, sugerem que, talvez, esses homens poderiam ter sido beneficiados por algum tipo de intervenção no ambiente de trabalho e confirmam dados de outros estudos que associam a ingestão abusiva do álcool a episódios violentos. (EDWARDS et al, 1994; COLLINS; MESSERSCHIMIDT, 1993; GRAHAM *et al*, 1993).

Estratégias simples de redução de danos podem ser incluídas nos programas de prevenção e/ou qualidade de vida, desde que, sejam definidas metas realistas, pragmáticas e de curto prazo.

Nesse caso, a compreensão de que a abstinência é o ideal de uma série de alternativas possíveis, é o primeiro passo para uma abordagem pragmática, mais humana e desprovida de julgamento moral. Conseqüentemente, qualquer ação no sentido de diminuir o risco associado ao consumo, será bem-vinda por parte de toda comunidade empresarial.

Uma experiência de redução de danos no ambiente de trabalho

Um exemplo prático e bem sucedido – embora não definido claramente como uma ação de redução de danos – é uma campanha temática, anual, que compõe a agenda de um programa de campanhas permanentes para a promoção da saúde de uma empresa nacional.

O programa de campanhas permanentes foi implementado em 1997 e tem por objetivo proporcionar aos empregados um maior esclarecimento e compreensão acerca de temas relacionados a fatores que possam comprometer a qualidade de vida. Aids, stress, hábitos alimentares, alcoolismo, drogas, dentre outros, são assuntos amplamente discutidos e divulgados. Os trabalhadores são fortemente estimulados a passar a informação, tornando-se multiplicadores do conhecimento junto à sua família, vizinhos, parentes e amigos.

Em face à repercussão positiva, essa campanha se repete no mês de fevereiro, no período que precede o carnaval, maior festa popular brasileira.

A versão da campanha realizada em 1999 foi denominada *Passaporte da Folia* e consistia em uma cartilha impressa, no formato de um passaporte com uma ampla divulgação. Iniciada na segunda-feira anterior ao carnaval e a cada dia da semana, todos os colaboradores que utilizavam o computador como ferramenta de trabalho (área administrativa e produção), das 26 unidades da empresa, ao abrirem o micro recebiam, na tela de abertura da rede, textos ilustrados, contando a história do carnaval, falando de curiosidades, dando dicas e, principalmente, enfatizando o tema da campanha.

Veja nos quadros abaixo, exemplos dos textos utilizados via intranet:

Tela



FALTA 01 DIA PARA VOCÊ CAIR NA FOLIA...

"Foi no carnaval que passou..."

Se você tem uma triste lembrança de uma folia mal acabada,

Vale a pena lembrar:

Em doses moderadas o álcool proporciona uma sensação de bem estar, relaxamento e desinibição

Mas, com umas doses a mais...

a pessoa vai apresentando problemas na coordenação motora, no raciocínio e, muito frequentemente, de agressividade.

SE BEBER, BEBA MODERADAMENTE.

NÃO TRANSFORME SEU CARNAVAL NUMA GRANDE CONFUSÃO

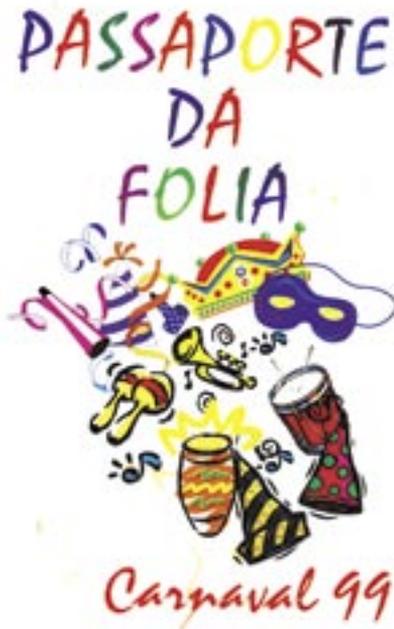


O enfoque na responsabilidade individual e no “dia seguinte” foi intenso, mas em nenhum momento se disse “não beba” ao público-alvo. Na sexta-feira, depois de toda a sensibilização, o funcionário recebia, das mãos de um *pierrot* e de uma *colombina*, ao final da jornada de trabalho, o seu *Passaporte da Folia*.

Como se vê, os temas abordados no *Passaporte da Folia* estavam vinculados à diminuição dos fatores de risco, como violência, intoxicação aguda, acidentes de trânsito, sexo desprotegido, dentre outros, associados ao uso do álcool.

Na contracapa do *Passaporte da Folia* o empregado encontrava uma camisinha. As camisinhas foram doadas pela Secretaria Municipal da Saúde, por intermédio do seu programa de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e aids.

Nos quadros abaixo, a capa e contracapa do *Passaporte da Folia* e partes do texto:



Caro Colaborador,

espera que este passaporte lhe ajude a valorizar sua saúde e a sua vida. Leia... leve-o para sua família e passe as informações aos seus amigos.



O curioso desse trabalho é que ele foi realizado em uma empresa do segmento de indústria de bebidas (refrigerante e cerveja), com aproximadamente 3.000 colaboradores e 10.000 dependentes.

Esse exemplo pode ilustrar claramente para os profissionais de saúde ocupacional, recursos humanos e para toda a empresa, que – passado o primeiro susto –, a redução de danos pode ser praticada de forma responsável e humana, buscando a alteração do padrão de consumo excessivo e a eliminação de fatores e comportamentos de risco sem qualquer apologia ao uso ou à proibição do álcool.

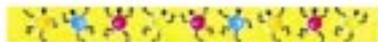


*Ao cair na folia,
não se esqueça que...*

*Usar a camisinha é
vestir o AMOR.
É se respeitar, é
respeitar o outro,
e mais importante,*



é respeitar a VIDA



**ÁLCOOL EM
EXCESSO BOTA
FOGO NA FOLIA**

Se você é daqueles que "vai na onda" e se junta fácil ao bloco do "eu vou beber, beber até cair"..., fique esperto para não antecipar a quarta-feira de cinzas.



Normalmente as pessoas dizem que bebem porque todo mundo bebe.

Com isso vão criando um hábito, difícil de saber se bebem "socialmente" ou se já têm algum tipo de problema com a bebida.



Por último, entendemos que a redução de danos pode ser também uma alternativa promissora na abordagem das questões ligadas ao consumo de álcool na empresa pública, onde, em geral, o funcionário tem estabilidade de emprego.

Referências bibliográficas

[BRASIL]. *Consolidação das leis do trabalho*. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2001. (Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz de Toledo Pinto, Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt e Luiz Eduardo Alves de Siqueira).

BRASILIANO, Sílvia. Fatores psicológicos no abuso e dependência de drogas. In: ANDRADE, A. G.; NICASTRI, S.; TONGUE, E. *Drogas: atualização em prevenção e tratamento*. Curso de Treinamento em Drogas para Países Africanos de Língua Portuguesa. São Paulo: [s.n.], 1993.

CAMPANA, A. A. M. Álcool e empresas. In: RAMOS, Sérgio de P.; BERTOLOTE, J. M. *Alcoolismo hoje*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARLINI, E. A. et al. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001*. [São Paulo]: Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas); Unifesp, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI-COTRIM, B. Country Profile on Alcohol in Brazil. *Alcohol and Public Health in Eight Developing Countries*. Geneva: World Health Organization, 1999. p. 13-35.

COLLINS, J. C.; MESSERSCHMIDT, P. M. Epidemiology of alcohol: related violence. *Alcohol Health e Research World*, v. 2, p. 93-100, 1993.

DA MATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DUARTE, P. C. A. V.; CARLINI-COTRIM, B. *Álcool e violência: um estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais do Júri de Curitiba, PR, entre 1995 e 1998*. São Paulo: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (Abead); *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, v. 1, p. 17-25, 2000.

EDWARDS, G. et al. *Policy and public good*. Oxford: Oxford University Press, 1994.

MARLATT, G. Alan. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

-----; GORDON, Judith, R. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Tradução de Dayse. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HSLL, P. The CAGE Questionnaire: validation of a new alcoholism instrument. *Am J Psychiatric*, v. 131, p. 1.121-3, 1974. In: MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE alcoholism screening test in a brazilian psychiatric in patient hospital setting. *Braz J Med Biol Res*, v. 16, p. 215-8, 1983. (Tradução e validação em português).

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE AND NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM. *The Economic costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States 1992*. Rockville, 1998.

SESI – Serviço Social da Indústria. *Trabalho e drogas: uso de substâncias psicoativas no trabalho*. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 1995.

THE EMPLOYEES ASSISTANCE PROFESSIONALS ASSOCIATION, Inc. *Employee Assistance Programs – Value and Impact*. 1996.

VAISSMANN, M. *Alcoolismo como problemas de saúde no trabalho*. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria do Centro de Ciências e da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 1998.

VIEIRA, P. C. A. V.; REQUIÃO D. *Alcoolismo e trabalho*. Documentos do CRCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais. 1987. p. 1047-109. (Coleção Temas Sociais; n.o 202).

Vamos parar por aqui?

Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito

Ana Glória Toledo Melcop³⁵

Iniciando a rota

Breve viagem pela história dos transportes e do consumo de drogas

Muitas pessoas pensam que o trânsito é um problema da modernidade, que apenas afeta as cidades contemporâneas. Que é um problema de circulação, de fluxo de veículos e que as ciências exatas, como a engenharia, a informática e a eletrônica, têm os instrumentos adequados para planejar, operar e fiscalizar o trânsito intenso e violento das grandes metrópoles, resolvendo todos os seus problemas.

Coincidentemente, pensam também que as drogas são uma invenção moderna, que elas não existiam antes e que, portanto, é muito fácil acabar com elas. Nada mais longe da realidade.

Reportando-nos à História, verificamos que os primeiros registros de problemas relacionados com trânsito surgiram ainda na época do Império Romano, quando Júlio César proibiu o tráfego de veículos com rodas no centro de Roma durante algumas horas do dia para descongestionar as vias. Verificamos, também, que os acidentes de trânsito foram registrados e categorizados muito antes do aparecimento de veículos a motor. Em 1840, cerca de 800 pessoas faleceram na Inglaterra em consequência de acidentes de carruagem, carroças e charretes (CRESSWELL; FROGGATT, 1963).

No final do século XIX, o invento do automóvel e o aumento de circulação nas cidades trouxeram os primeiros problemas propriamente modernos de trânsito às metrópoles européias. A evolução urbana foi sendo marcada por sucessivas “cirurgias” para modificação dos espaços e funções.

Os centros das cidades, que eram o local predileto de moradia das pessoas, passaram a concentrar as atividades econômicas, administrativas e financeiras resultando na expulsão de parte da população para os subúrbios, dando início à construção da malha viária destinada ao uso dos meios de transporte a motor. Conseqüentemente, o poder público começou a criar normas, regras e legislação para normatização do trânsito, priorizando em geral, o veículo em detrimento do pedestre. O primeiro semáforo, com as cores verde e vermelha surgiu em Londres no ano de 1870 (VASCONCELOS, 1985).

O crescimento da utilização do automóvel, um meio de transporte essencialmente individual, passa a ser encarado como irreversível. Até mesmo a concretização de projetos modernos de transporte de massa, como o metrô, passa a ser justificada por esse novo elemento, na medida em que estes irão “descongestionar” as vias de tráfego dos automóveis. Os acessos às grandes metrópoles são feitos através de um sistema de viadutos e túneis, onde somente circulam veículos automotores (KLEIN, 1994).

É só no século XX, no entanto, que o trânsito passa a constituir um sério problema urbano de caráter global. Hoje, a poluição, o barulho, o congestionamento e os acidentes fazem parte do elenco de preocupações das autoridades sanitárias e públicas, dos responsáveis pelo trânsito e também da população em geral.

Num primeiro momento, o tema dos acidentes de trânsito não fazia parte da agenda pública da maioria dos países do mundo. Os acidentes eram considerados como desastres ou eventos casuais dentro de uma visão fatalista. As mortes e incapacidades produzidas pelos veículos eram compreendidas como conseqüências inerentes ao progresso. O forte crescimento do número de mortes por acidentes de trânsito passou a se constituir uma questão relevante para a saúde pública. E mais recentemente, o trânsito passou a ser considerado um sério problema ambiental.

Em relação ao consumo de substâncias psicoativas, vemos que ele acompanha a história da humanidade estando presente durante todo o processo civilizatório. As circunstâncias desse consumo, no entanto, é que variaram bastante ao longo dos tempos e ainda hoje são diferentes a depender do contexto em que tal consumo acontece.

Acompanhando a trajetória histórica dos povos, observamos que o consumo de drogas foi adquirindo características próprias, ora privilegiando o uso ritualístico e religioso, ora o uso medicinal, ora o uso agregador, e, mais recentemente, a contestação. Para Escohotado,³⁶ a história das drogas deu luz própria à história da humanidade, tendo influenciado não só a evolução da medicina, mas também a evolução da moral, da religião, da economia e da política.

O consumo de drogas nas sociedades modernas reflete as importantes mudanças sociais e econômicas dos últimos séculos, que acarretaram a mudança de muitos costumes e deslocaram os mecanismos de controle comunitário para as grandes corporações e instituições anônimas. No pólo oposto ao do vegetal transformado artesanalmente em substância psicoativa, temos hoje a droga em série, produto de transformação laboratorial e que é produzida, lícita ou clandestinamente, em escala repetitiva como qualquer outro bem de consumo generalizado.

A época moderna fez surgir novas motivações e novas formas de obtenção de substâncias psicoativas, tanto por jovens como por adultos de todas as classes sociais. Apesar da existência de novos e diversificados padrões de consumo de drogas, lícitas e ilícitas, as substâncias psicoativas são usadas de forma recreativa pela maioria das pessoas, fato que não provoca nenhum danos ao indivíduo ou à sociedade.

O álcool talvez seja uma das substâncias psicoativas mais utilizada em todo o mundo e pode, dependendo da dose, frequência e circunstâncias, ser consumida sem problemas. Entretanto, estudos recentes indicam que uma fração importante da população substituiu esse uso recreativo por outros, chamados de risco ou prejudicial, que podem acarretar graves conseqüências físicas, psicológicas e sociais.

No que diz respeito ao tema deste ensaio, o uso prejudicial do álcool associado a situações de risco no trânsito explica, em parte, os elevados índices de mortes por causas externas – acidentes e violências – naqueles países onde o álcool é a droga mais consumida.

Neste artigo serão analisados, dentre os principais problemas do álcool, seu impacto nos acidentes de trânsito, a legislação a esse

respeito, os programas de prevenção e de redução de danos em alguns países “desenvolvidos” e “em desenvolvimento”. Entretanto, anunciamos desde já algumas necessidades de maior aprofundamento na análise do problema, devido à precariedade das informações e das estratégias até então implementadas.

O nosso desejo é, com este debate, provocar e mobilizar pesquisadores, médicos, psicólogos, assistentes sociais, políticos, gestores, usuários de drogas, entre outros interessados, para pensar, estudar, elaborar e criar uma política eficaz e viável na busca permanente da redução da violência do trânsito e do aumento da segurança e do bem-estar da população em geral.

No espelho do copo, no espelho do carro

Refletindo sobre poder e cidadania no trânsito

O uso prejudicial de drogas e a violência no trânsito são fenômenos complexos e dinâmicos na vida em comunidade, permeados por questões sociais, econômicas e políticas e ligados à subjetividade humana. Logo, o espaço de circulação das pessoas e dos veículos é o palco para as relações de poder, de conflitos que refletem as desigualdades da nossa sociedade. Esses conflitos e tensões sociais se particularizam na forma de conflitos e tensões no trânsito.

Beber e dirigir são símbolos de conquista social. O carro e a bebida foram alçados, progressivamente, à condição de símbolos de sucesso, de riqueza, de *status*. O carro, além de ser um meio de locomoção, passou a ser uma extensão da personalidade e do corpo do motorista que se traduz na potencialização social do indivíduo. A cultura do automóvel é tão forte que os carros vêem, historicamente, se sobrepondo às pessoas num número crescente de esferas afetando, inclusive, a construção da identidade pessoal. Assim, tanto o automóvel novo e de luxo, como um outro, barato e velho, dão a seus proprietários um lugar diferenciado em relação aos outros atores do trânsito – pedestres, passageiros, ciclistas e motociclistas – sobretudo na disputa pelos espaços e vagas públicas. O carro é, sem dúvida, um instrumento de competição social pelo tempo e pelo espaço.

Do lado de fora do automóvel, está a maioria da população que não tem posse. Esse grande número de pessoas sem carro e sem condições seguras para transitar pelas cidades (poucos equipamentos de segurança: ilha de proteção, passarelas, faixas de retenção, etc.) parecem cidadãos de “segunda categoria” sem a garantia de todos seus direitos.

Esses valores sociais provocam e reforçam os comportamentos de transgressão, de agressividade e de risco no trânsito. O consumo de álcool aparece como um importante fator causal na violência no trânsito, relação esta verificada em estudos realizados em diversos países.

Durante décadas, as políticas públicas em matéria de trânsito e de drogas na maioria dos países privilegiaram a repressão; pouco se fez no campo da prevenção, da educação e dos direitos humanos. Limitar o trânsito e o consumo de drogas a uma questão de segurança, nos impede de perceber que ambos são uma prova de familiaridade com a democracia e dão uma oportunidade para o exercício da cidadania.

O conceito de cidadania implica, de um lado, a idéia fundamental de indivíduo e de outro, as regras universais – um sistema de leis que vale para todos em qualquer espaço social. Assim considerando, é fundamental destacar a dimensão de cidadania inserida no trânsito, uma vez que este deveria configurar uma situação básica de igualdade.

Beber e dirigir, tanto como beber e se colocar em situação de risco no trânsito, são práticas que ferem os princípios básicos da democracia e da cidadania, trazendo resultados danosos para a coletividade. Os acidentes acontecem e as vítimas são contabilizadas num balanço previsível e crescente no mundo todo.

Defende-se, aqui, a liberdade do indivíduo. O direito de ir e vir e o direito ao estado alterado de consciência. Mas jamais, por esta razão, o comprometimento da sua vida e da vida de outros. A segurança no trânsito é de competência do Estado e de todos os cidadãos que devem ser considerados como agentes do processo civilizador. Bebida é parte da civilização, no entanto, é necessário civilizar o seu uso. Bebida e outras drogas são, entre outras coisas, incompatíveis com trânsito.

Circulando informação

A dimensão mundial dos acidentes de trânsito

Os acidentes de trânsito no mundo constituem um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que provoca forte impacto na morbidade e na mortalidade da população. Com uma estimativa de 1.171.000³⁷ mortes e com muitos casos de inaptidão, esses eventos resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais, sendo considerados fenômenos de conceituação complexa.

O acidente é entendido, segundo Minayo e Souza, 1993, como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais, que ocorre no espaço doméstico e em outros ambientes sociais, como o local de trabalho, no trânsito, na escola, entre outros.

No que se refere à formulação de políticas públicas, é importante eliminar a conotação fortuita e casual do termo, compreendo-o em uma dimensão de previsibilidade e, portanto, passível de ser prevenido. Nesse sentido, acreditamos que considerar o acidente de trânsito como uma violência ajuda à elaboração e implementação de políticas públicas que possam prevenir sua ocorrência. É importante ressaltar que não é essa a percepção que domina o debate em saúde pública. No último relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre violência, os acidentes de trânsito foram excluídos ao considerar-se como critério definidor de violência a intencionalidade do fato. Os acidentes não seriam intencionais, portanto, não poderiam ser caracterizados como violência. Entendemos, porém, que a intenção não define necessariamente um ato como violento. A sociedade produz estruturas de violência. Há valores e padrões de conduta que não são percebidos como sendo violentos pelos seus atores, mas que causam sofrimento, dor e morte. Dirigir um carro sob efeito de álcool ou de outras drogas é um exemplo desse tipo de violência.

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde que podem ou não levar a óbito, entre os quais se incluem as causas ditas acidentais – devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes – e as causas intencionais.

Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças (CID) sob a denominação de causas externas que, em sua 10ª revisão (OMS, 1995), apresentou mudanças afetando principalmente, os acidentes de trânsito. Até 1995 (CID-9, 1995), esses eventos eram estudados no agrupamento E810-E818 – acidentes de trânsito de veículos a motor – mas, após a revisão, passaram a ser reunidos em “acidentes de transporte” considerando todos os eventos envolvidos com qualquer tipo de transporte (bicicleta, patins, *skates*, carroças, etc.) nas vias públicas.

Na dinâmica da mortalidade, as causas externas passaram, sobretudo na década de 80, a figurar entre as principais causas de morte. Os acidentes de trânsito constituem a 10ª causa de morte no mundo e a 1ª entre as causas externas, correspondendo a 2,3% de todas as mortes (OMS, 1998).

Os chamados países em “desenvolvimento” e em “transição” respondem por 87,9% do total das mortes causadas por acidentes de trânsito enquanto os países desenvolvidos são responsáveis por, apenas, 12,1%. Esta distribuição do fenômeno é mais uma expressão das desigualdades entre “os dois mundos”, que mostram como é difícil exercitar e usufruir a condição de cidadão fora dos chamados “países desenvolvidos”.

É consenso mundial a relevância da minimização da morbimortalidade nos acidentes e nas violências por intermédio do correto e rápido atendimento pré-hospitalar e hospitalar que, segundo dados da literatura médica norte-americana e européia da década de 80, pode reduzir em até mais de 50% a percentagem de mortes evitáveis. Acrescenta-se a isto dois outros aspectos a serem considerados: as estradas seguras e bem sinalizadas e os carros com equipamentos de segurança e de proteção.

Quanto ao perfil das vítimas de acidentes de trânsito, destaca-se que as maiores taxas encontram-se no sexo masculino, nas idades produtivas pertencentes às camadas de baixa e média renda. Uma das principais causas de acidentes é o atropelamento. Os números de atropelamento denunciam uma forma socialmente desigual da violência no trânsito. Qualquer um pode ser atropelado, mas o atropelador dirige um veículo, um bem ao qual poucas pessoas têm acesso, principalmente, nos países em desenvolvimento.

O espelho quebrado

O impacto do consumo do álcool nos acidentes de trânsito

Um dos problemas mais importantes do consumo prejudicial do álcool é a incidência de acidentes de trânsito envolvendo os usuários dessa droga. Está comprovado cientificamente que o uso de bebidas alcoólicas aumenta a probabilidade de acidentes, na medida em que modifica a capacidade discriminatória visual e auditiva, reduz a coordenação motora e os reflexos, modifica o comportamento (estados de desinibição e euforia, perda da capacidade de julgamento) e falsa sensação de segurança, etc.) tanto nos condutores de veículos quanto nos pedestres (MELCOP; OLIVEIRA, 1997).

Nos Estados Unidos, a cada 30 minutos morre uma pessoa de acidente de trânsito relacionado ao consumo de álcool, correspondendo a 41% do total de mortes provocadas por acidentes de trânsito (NHTSA, 2002). No Brasil, do total de vítimas, 63,5% tinham ingerido algum tipo de bebida alcoólica (ABDETRAN, 1997), enquanto na Austrália (Victoria) outra pesquisa mostrou que 20,4% apresentaram resultados positivos para o consumo desta droga (Instituto de Criminologia da Austrália, 1998). A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) relata que estudos sobre mortes por acidentes de trânsito no Chile apontaram que 71% dos óbitos ocorridos foram consequência, também, do uso de álcool.

Com base nos dados do Sistema de Relatórios dos Casos Fatais dos Estados Unidos (Fars) Margolis *et al* (2000) investigaram a epidemiologia das fatalidades infantis relacionadas aos acidentes com veículos automotivos.³⁸ Além das crianças e adolescentes menores de 16 anos na situação de passageiros incluíram as que se encontravam na condição de pedestres e ciclistas nos anos de 1991 – 1996. Os autores estimaram que, a cada ano, aproximadamente 550 crianças (437 passageiros e 113 pedestres e ciclistas) foram mortas em acidentes de trânsito envolvendo o uso de álcool, correspondendo a 20% de todas as mortes relacionadas ao mesmo grupo etário (67% dos acidentes, as crianças com ferimentos fatais estavam viajando com motoristas alcoolizados e 11% estavam na condição de ciclistas ou pedestres). Também foi observado que as crianças que viajavam com motoristas alcoolizados mostravam uma tendência menor ao uso do cinto de segurança e cadeiras apropriadas.

Dentre os estudos realizados no Brasil, pode-se destacar os dados obtidos em 1995, pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – Salvador/Bahia e, em 1996, pelo Instituto Recife de Atenção Integral as Dependências – Recife / Pernambuco. Ambos realizaram um estudo regional correlacionando o consumo de álcool em situação de lazer e a condução de carros e motos.³⁹ Em Salvador, o estudo mostrou que uma grande proporção dos entrevistados (25,5%) referiram ocorrência anterior de acidente de trânsito conduzindo veículo, sendo que destes, 37,7% haviam ingerido bebida alcoólica na ocasião.

No Recife, 23% dos entrevistados estavam legalmente impedidos de dirigir e, destes, 28% já tinham se acidentado anteriormente. Foi identificado também que a auto-avaliação do estado alcoólico é um mal indicador das reais condições do motorista, considerando que a maioria deles subestima a influência negativa da bebida na condução de veículos. Os entrevistados manifestaram uma percepção adequada em relação ao que deveria ser feito após a ingestão do álcool – *entregar o carro à outra pessoa ou tomar um táxi* –, mas não realizam essa intenção.

Um outro aspecto importante observado nas duas cidades foi que os motoristas que não estavam usando cinto de segurança apresentaram maiores teores de alcoolemia.

Pesquisa realizada no Brasil,⁴⁰ indicou a quebra do paradigma – álcool e condução de veículo –, pois revelou que o segundo tipo mais comum entre a amostra (1.114 vítimas) foi o atropelamento e que a maioria dos atropelados estava sob efeito do álcool.

Todos os dados acima indicam que pelo menos grande parte dos acidentes de trânsito não é casual, sendo passível de prevenção. Greenwood *et alli* já haviam sugerido, em 1919, que os acidentes não eram fenômenos inteiramente aleatórios. Os acidentes de trânsito são decorrentes de um conjunto de circunstâncias e fatores ligados ao indivíduo, ao veículo e à via pública. Dentre os fatores ligados ao indivíduo destacamos o consumo prejudicial do álcool. A grande incidência dos acidentes motivados, direta ou indiretamente, pelo uso de bebidas pode estar relacionada às mudanças de comportamento provocadas por esse uso – prepotência, liberação da censura, diminuição ou ausência da crítica, entre outros, tanto nos condutores de veículos quanto nos pedestres.

Ressaltamos que nos estudos realizados o eixo central foi o consumo prejudicial de álcool e seus riscos no trânsito e não a identificação dos dependentes, das pessoas que desenvolveram o alcoolismo ou a Síndrome de Dependência Alcoólica.

Seguindo em diferentes direções

Legislação do trânsito em diferentes países

As leis de trânsito variam nos países “desenvolvidos”, nos países “em desenvolvimento” e naqueles “em transição”. Em relação ao consumo de álcool, as diferentes leis têm limites variados permitidos para esse consumo (CAS: Concentração Álcool/Sangue; ver quadro abaixo) e diferentes penalidades previstas nos seus códigos.

Limites de CAS (concentração álcool/sangue) por motoristas

País	Limite de CAS	Limite de CAS para jovens
Austrália	0,5	0,2
Áustria	0,5	0,1
Brasil	0,6	0,6
Espanha	0,5	0,5
EUA	0,8 – 1,0	0,0 – 0,2
França	0,5	0,5
Japão	0,0	0,0
Nova Zelândia	0,8	0,3
Portugal	0,5	0,5
Suécia	0,0	0,0

Fonte: *On Dwi laws in other countries*. NHTS, March 2000.

Quando uma pessoa ingere bebidas alcoólicas, o nível de concentração de álcool no sangue vai depender da sua altura, peso e das condições físicas e emocionais. Em função destes fatores, uma dada concentração poderá ter efeitos diferentes para as pessoas. Em geral, concentrações até 0,2 grama por litro de sangue (um copo de cerveja)

não costumam provocar nenhum efeito sobre os reflexos no trânsito. A partir daí, a maioria das pessoas começa a ter seus reflexos afetados comprometendo suas reações no trânsito (ver quadro abaixo). O risco começa a crescer com qualquer consumo e dá um primeiro salto no intervalo de 0,5 – 0,9 g/l (risco nove vezes maior de envolvimento em algum tipo de acidente). Motoristas e pedestres alcoolizados geralmente não estão intoxicados, não estão bêbados, mas sua circulação no trânsito está seriamente comprometida.

Efeitos do consumo de álcool no trânsito	
Gramas/álcool – litro/sangue	Efeitos
0,2 – 0,3 g/l – equivalente a um copo de cerveja, um cálice grande vinho, uma dose de uísque ou outra bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas.
0,3 – 0,5 g/l – dois copos de cerveja, dois cálices grandes de vinho, duas doses de bebidas destiladas	Grau de vigilância diminui, assim como o campo visual. O controle cerebral relaxa, dando sensação de calma e satisfação.
0,5 1– 0,8 g/l - três a quatro copos de cerveja, três cálices grandes de vinho, três doses de bebidas destiladas.	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das possibilidades e minimização de riscos e tendência à agressividade.
0,8 – 1,5 g/l	Dificuldades de conduzir/controlar veículos e de transitar, a pé, no trânsito - Incapacidade de coordenação, falhas na coordenação neuromuscular.

O teor de álcool que uma pessoa tem de ingerir para atingir um CAS de 0,6 – 1,0 e falta de fiscalização efetiva passam a impressão de que as leis dos Estados Unidos, Brasil e Nova Zelândia se não promovem, pelo menos aceitam a bebida ingerida em doses moderadas e a direção como modo de vida adotado nesses países. Em contraste, limites mais reduzidos de CAS para direção têm sido adotados em muitas nações industrializadas como a Austrália, França e Holanda, onde, paradoxalmente, existe uma política de maior tolerância para o consumo de drogas ilícitas. A líder é a Suécia, onde uma política de tolerância zero prevalece desde 1990 e dirigir com um CAS de 0,02% ou mais é ilegal. Ressalta-se que muitos estados

americanos têm adotado uma política de tolerância zero para motoristas com menos de 21 anos de idade.

A redução dos limites legais de CAS poderia ser uma das medidas eficazes para a diminuição dos acidentes de trânsito no mundo, se ela viesse acompanhada de ações educativas (formação e informação) e de fiscalização. Entretanto, as ações implementadas, na maioria dos países, para reduzir o número de vítimas no trânsito são repressivas, indo desde apreensão do veículo, suspensão administrativa da carteira de habilitação, cassação da carteira de motorista a detenção dos condutores. Além disso, elas são centradas apenas no motorista e em nenhum outro personagem do trânsito.

Sinalizando para a vida

Programas de redução de danos no trânsito

Reduzir danos significa diminuir os agravos que podem advir do consumo de determinada substância psicoativa. Esses danos podem ser orgânicos, pois o uso de drogas pode afetar a saúde do usuário de várias maneiras dependendo do seu organismo, da frequência de uso e da quantidade consumida. Entretanto, muitos danos não são decorrentes diretamente do uso de drogas, mas sim de uma série de riscos aos quais o usuário pode se expor sob efeito de drogas.

Muita gente se expõe cotidianamente no trânsito, dirigindo veículos ou transitando a pé sob efeito de drogas. Muitos danos não afetam apenas quem consome álcool ou outras drogas, mas atingem também outras pessoas, numa reação em cadeia que mostra que o uso de substâncias psicoativas não é apenas uma questão individual. As estratégias de redução de danos tentam dar resposta a essa pluralidade de situações no âmbito das políticas públicas.

As políticas de redução de danos buscam, principalmente, reduzir as consequências adversas do consumo de álcool, em vez de reduzir o consumo propriamente dito. Será que isso é possível no trânsito?

Como vimos, as políticas e as leis, na sua essência, são repressivas e voltadas para o comportamento ao volante: limites de velocidade, limites no consumo de álcool e outras drogas, limites de idade para obtenção da carteira, além das punições. Pouco se fez na área da prevenção, da educação e da intervenção comunitária com o objetivo de aumentar a consciência e mudar a cultura e os valores sociais da população em relação ao trânsito e ao consumo de drogas.

Algumas intervenções recentes, dentro dos princípios da redução de danos, têm tentado tornar os veículos – carros, motocicletas, bicicletas, etc. – e as vias públicas mais seguros, como também, implementar estratégias para evitar e/ou diminuir as situações de risco no trânsito para pedestres e condutores. Entre elas, destacamos:

- Programas que fornecem transporte, gratuito ou não, para pessoas alcoolizadas tornando mais fácil a essas pessoas optarem por um transporte mais seguro para voltarem para suas casas;
- Programas de designação do motorista. Trata-se de programas que incentivam um grupo de pessoas, que sai frequentemente, a escolher – designar um membro para abster-se de beber naquela ocasião. A idéia é que ele poderá conduzir o grupo, não só no trânsito, mas também em outras situações de risco. Os participantes do grupo devem fazer rodízio nessa função;
- *Blitz* educativa. Policiais e educadores de trânsito, intervindo no fluxo de veículos e de pessoas solicitando o uso de bafômetro para aferição da alcoolemia e repassando informações úteis sobre beber e transitar;
- Capacitação e treinamento de proprietários, gerentes, garçons e *barmen* dos estabelecimentos de lazer com o objetivo de informar sobre as leis de responsabilização de provedores (proíbem que sirva álcool a indivíduos já alcoolizados e a crianças e adolescentes), sobre o processo de alcoolização e o papel social deles para intervirem nas situações de risco com seus clientes;
- Ações de inserção do tema – trânsito – nos currículos escolares. O trânsito visto como uma escola de cidadania, de democracia e de respeito à vida;

- Programas de orientação para adolescentes e jovens, nas escolas e faculdades sobre as formas seguras de consumir bebidas alcoólicas;
- Inserção das questões das drogas nos cursos das auto-escolas para aquisição da carteira de habilitação;
- Barracas de orientação atrativas – distribuição de fôlderes informativos e camisinhas e uso de bafômetro para desestimular os comportamentos de risco no trânsito nas grandes festas populares, como carnaval no Brasil e festa da cerveja na Alemanha, entre outras;
- Campanhas educativas freqüentes, sobre comportamentos seguros e éticos que estimulem a segurança, a cordialidade e a solidariedade no trânsito.

Outras estratégias de redução de danos devem ser pensadas e criadas na tentativa de se aproximar de grupos que, por suas características, se tornam mais vulneráveis no trânsito, como pedestres, crianças, idosos e analfabetos. É necessário estimular e garantir o protagonismo dos usuários de álcool no planejamento e na execução de todas as ações de redução de danos.

Por fim, é importante salientar que o trânsito e o consumo de drogas, nas sociedades atuais, constituem um notável aprendizado para a cidadania e democracia, devendo suas questões serem discutidas sob o ponto de vista político, no sentido amplo da palavra. Assim vista a questão, justifica-se a inserção de programas de redução de danos no trânsito, abrindo espaço para novas e consistentes ações que lancem luz sobre aspectos ainda poucos explorados do tema e chamem a cena novos atores sociais, que podem contribuir significativamente para a diminuição da violência no trânsito.

Ultrapassando barreiras

A redução de danos no trânsito para a cidadania

Reduzir o número de acidentes de trânsito em todo mundo constituiu-se em um grande desafio. Requer um trabalho árduo e contínuo, com resultados a curto, médio e longo prazos. Sem dúvida alguma, é necessário investir em legislação, tecnologia, engenharia, mas sobretudo em educação e na formação de todos os cidadãos. Além disso, a mobilização da sociedade e o controle dela em relação às ações de segurança no trânsito se afiguram, hoje em dia, como um dado importante em qualquer trabalho e em qualquer campanha que venham a ser executados.

Um dos cerne da questão é a obrigatória mudança em relação ao conceito de trânsito, a prioridade dada ao automóvel e a convivência pacífica com o consumo de álcool nesse espaço. O trânsito, como vimos, não é só uma questão técnica, é também e principalmente uma questão social e política, pois representa o movimento das pessoas no espaço público, numa sociedade de complexidade crescente. É preciso ver o carro apenas como meio de transporte, e não como expressão de poder e símbolo das desigualdades sociais. É preciso mudar o comportamento, socialmente aceito e estimulado, do uso de bebidas alcoólicas por motoristas e pedestres.

A experiência internacional demonstra que a adoção de legislação mais rígida, de política de tolerância zero e de engenharia de tráfego tem proporcionado redução no número de acidentes e de sua severidade. Muitos países desenvolveram programas nacionais que privilegiaram a aplicação dessas medidas repressivas e foram, relativamente, bem sucedidos revertendo o crescimento intolerável das taxas e números de violências de trânsito.

Difíceis de mensurar são os projetos educativos e de redução de danos que não dispõem, até este momento, de avaliações qualitativas e quantitativas sobre os resultados em termos de redução de acidentes, de viabilidade econômica e de mudança de comportamentos. No entanto, pode-se admitir que as ações desses programas, devidamente executadas, além de proporcionar retornos econômicos, são eficazes por promoverem

e comprometerem a população com o respeito aos direitos humanos, a cidadania e a democracia.

Entende-se que a implementação de programas de redução de danos constitui um caminho seguro para diminuição dos comportamentos de risco associados ao consumo de álcool no trânsito.

Registra-se, mais uma vez, que as ações educativas e de redução de danos, somadas a uma legislação e fiscalização adequadas e à adoção de novas medidas de engenharia de trânsito, deverão garantir benefícios econômicos muito superiores aos custos envolvidos, além de benefícios sociais inestimáveis no tocante a preservação da vida, a melhoria de qualidade dos serviços e a convivência com um trânsito igualitário, seguro e humano.

Referências bibliográficas

BANCO INTERAMERICANO DE DESENVOLVIMENTO. *Estudo de segurança do trânsito na Região da América Latina e Caribe (ALCA)*. Brasília: BID, 1998.

BERTOLOTTE, J. M. Os custos econômicos e sociais do alcoolismo. In: *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

BLINCOE, L. et al. *The economies impact of motor vehicle crashes, 2000*. Washington, DC: Dept. of Transportation, 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Programa Brasileiro de Segurança de Trânsito*. [Brasília]: Denatran, 1999.

----- . Ministério da Saúde. *Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito: mobilizando a sociedade e promovendo a saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Motor vehicle safety a 20th century public health achievement. *MMWR*, 1999.

CENTRO DE PREVENÇÃO ÀS DEPENDÊNCIAS. *Sem preconceitos: um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos*. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

ESCOHOTADO, A. *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama, 1996.

----- . *Historia general de las drogas*. 3. ed. Madrid, Espanha: [s.n.], 2000.

MARGOLIS, L. H. et al. *Alcohol and motor vehicle: related deaths of children as passengers, pedestrians, and bicyclists*. *JAMA*, 2000.

MARLATT, A. G. *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MELCOP, A. G. et al. *Álcool e trânsito*. Recife: Ministério da Justiça, 1997.

-----, et al. *Impacto do uso do álcool nas vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília: Abdetran, 1997.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: [s.n.], 1994.

QUILAN, K. P. et al. Characteristics of child passenger deaths and injuries involving drinking drivers. *JAMA*, Abstract, 2000.

TOSCANO, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2000.

TRAFFIC SAFETY FACTS, 1998. Washington, DC: Dept. of Transportation, 1999.

VASCONCELOS, E. A. *O que é trânsito*. São Paulo: Brasiliense, 1998.

-----, *Transporte urbano, espaço e equidade: análise das políticas públicas*. São Paulo: Unidas, 1996.

O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool

Mônica Gorgulho

De acordo com a Organização Mundial da Saúde,⁴¹ o consumo de bebidas alcoólicas está classificado entre os dez comportamentos de maior risco à saúde. É a principal causa de morte em alguns países em desenvolvimento, responsável por 1,8 milhões de mortes no mundo, dentre as quais 5% são jovens entre 15 e 29 anos. Estima-se que, mundialmente, o álcool seja responsável por 20% a 30% dos casos de câncer de esôfago, doenças do fígado, epilepsia, acidentes de carro, homicídios e outros problemas.

Apesar de o consumo de álcool ser um dos comportamentos mais antigos da humanidade, ainda anterior a 6 mil a.C.,⁴² parece que os homens ainda não aprenderam a lidar com essa substância. O uso indevido do álcool é uma das causas da desintegração social que leva à marginalização, de uma forma diferente dos usuários de drogas ilícitas. No Brasil,⁴³ essa marginalização ocorre onde jamais deveria ocorrer: dentro do sistema de saúde; onde os alcoólatras são vistos, pelos próprios profissionais de saúde, como fracos e preguiçosos, e não como indivíduos que necessitam de assistência. Essa conduta, prejudicial e moralista, diante dos pacientes, evidencia que esses profissionais não estão suficientemente, preparados para lidar com problemas dessa natureza. Tais atitudes, juntamente com o auxílio insuficiente oferecido aos pacientes alcoólatras nos hospitais ou unidades de saúde, nos mostram o quanto a política de drogas tem sido injusta nas regiões mais pobres do nosso planeta e, em especial, nos países em desenvolvimento.

Essa situação parece ser o resultado das mensagens contraditórias direcionadas ao público. Por um lado, o álcool é visto como uma importante questão de saúde pública e, de outro, a mídia encoraja as pessoas a usarem álcool sem preocupar-se com o esclarecimento dos sérios riscos que esse comportamento pode causar. O poder da mídia, como um meio de comunicação comercial (TV, cinema, *outdoors*, rádio, jornais, revistas),

patrocinador e promotor de eventos, e comunicador através da internet, já é bastante conhecido. Diz-se ser esta uma maneira de informar o público geral sobre os produtos disponíveis. Mas, ao mesmo tempo, não se pode negar que é, também, a maneira usada pelas indústrias para vender seus produtos.

*A International Advertising Association (IAA)*⁴⁴ afirma que:

A indústria de marketing e comunicação está sob constante ameaça uma vez que novas legislações são decretadas e regulamentações propostas, restringindo a maneira que fazemos negócios. Internacionalmente, encaramos perigo constante (...). A lista dos produtos e categorias de serviços sob ameaça continua crescendo, inclusive as bebidas alcoólicas (...). Todas as empresas envolvidas com comunicação de marketing necessitam de uma parceria pró-ativa e defendem a liberdade de expressão comercial (...). Dada a ausência de outras organizações multidisciplinares, a IAA funciona como a “Voz da Indústria”.

No entanto, a indústria do álcool é ciente de que alguns produtos necessitam de atenção especial. A Icap,⁴⁵ agência responsável pela promoção de discussões e parcerias entre a indústria do álcool e a comunidade envolvida com a saúde pública, reconhece que a propaganda e promoção dessas bebidas deveriam exigir uma regulamentação mais cuidadosa do que de outros produtos. Em um de seus relatórios⁴⁶ a Icap mostra a regulamentação dos anúncios de seus produtos em diversos países. De acordo com este documento, a maneira mais freqüente de regulamentar a promoção de qualquer tipo de bebida alcoólica é por meio de legislação correspondente, seguida de uma combinação entre legislação e regulamentação das próprias empresas de marketing. No entanto, a situação nos países em desenvolvimento é bem diferente. Na África, por exemplo, dez países não apresentam qualquer controle na promoção do álcool, seis declaram possuir regulamentação legal, cinco países simplesmente aboliram os anúncios de álcool e, outros quatro desenvolveram regulamentações próprias para esse tipo de comunicação. Na América Latina, três países contam com a auto-regulação das empresas, dois, com leis federais, um país conta com a combinação dessas duas e outro, por fim, conta apenas com algum tipo de controle.

Comparando os dados, poderíamos dizer que os países desenvolvidos já perceberam a importância dessa regulamentação na proteção de seus cidadãos contra os danos que o uso indevido do álcool pode causar. E estes não hesitam em colocá-la em prática. Alguns países em desenvolvimento talvez ainda não tenham percebido os danos relativos a esse comportamento, ou não sabem como lidar com o problema por temerem, por exemplo, causar prejuízos à economia e/ou opor-se à indústria do álcool. Na tentativa de separar estas duas áreas – saúde pública e negócios – a *European Advertising Standards Alliance (Easa)*,⁴⁷ “recomenda que os responsáveis pela aplicação prática do código de lei sejam independentes do grupo da indústria, responsável pelo seu estabelecimento inicial e revisão subsequente”.

Essa medida poderia influenciar a mídia positivamente, do ponto de vista da saúde pública. De acordo com uma pesquisa do Icap, para identificar áreas prioritárias para o desenvolvimento de novas políticas, o maior desafio – segundo 81% dos respondentes, no mundo todo – é a questão uso de uso de bebidas alcoólicas por menores, seguido de educação pública (73%). Para o mercado emergente, regulamentação e cumprimento da lei são a prioridade (88%), seguida pelo uso por menores de idade (78%) e educação pública (72%). Como prioridades futuras, educação está em primeiro lugar (85%), seguida de verbas e fundos (71%), cumprimento das leis e regulamentações (67%) e regulamentações futuras (54%).

Muitos países já estão cientes de tais urgências. Todos aqueles que praticam a auto-regulação concordam que qualquer anúncio e/ou outro tipo de comunicação que envolva bebidas alcoólicas, entre outras medidas, não deve ser dirigido a jovens menores de 18 anos; não deve promover o uso irresponsável de bebidas – como, por exemplo, beber e dirigir –, e não insinuar que consumir bebidas alcoólicas leva a um melhor desempenho sexual, pessoal ou profissional. Estas idéias estimularam agências a produzir lindas campanhas. Mas a questão é: elas funcionam? Parece que não, pois as pessoas continuam a beber muito, sem se preocupar com suas responsabilidades, causando acidentes de trânsito ou outros tipos de acidentes, produzindo bebidas alcoólicas ilegais, e assim por diante. A legislação brasileira, por exemplo, é insatisfatória, uma vez que isenta de controle as bebidas com graduação alcoólica menor que 12%, mesmo sabendo-se que a cerveja é a bebida mais consumida pelos

jovens. E, além disso, as restrições oficiais presentes na lei federal – como proibição de qualquer sugestão de consumo de bebidas alcoólicas, ou associação com melhor desempenho sexual e social, e restrições quanto ao horário nobre televisivo – não são aplicadas.

Isso nos conduz às enormes possibilidades e importância da mídia que poderia, se levasse a sério seu papel, ajudar no desenvolvimento de uma comunicação melhor e mais efetiva com a sociedade. O que acontece quando um grupo de pessoas tem que lidar com algo desconhecido e visto como ameaçador? Quando falta informação oficial, o que poderia favorecer uma compreensão mais fácil, o grupo se protege criando explicações e interpretações próprias baseadas nas informações disponíveis.⁴⁸

O abuso de substâncias químicas é um bom exemplo disso. A divisão entre substâncias legais e ilegais cria uma atitude favorável às legais e uma supervalorização da importância das outras. Mas a realidade não é tão simples assim. O grupo social reage criando uma resposta própria, que acaba afetando o comportamento da grande massa e a comunicação entre indivíduos. Cada membro do grupo cria um modo particular de entender as questões em jogo, de acordo com seu entendimento próprio, vindo de sua fonte de informação. Tal fonte é, freqüentemente, limitada a artigos de jornal, entrevistas na televisão e fofocas. Mas, o papel da mídia é muito maior que isso. Mais tarde, tudo isso é juntado outra vez, criando-se uma nova imagem, pois segundo Durkheim,⁴⁹ as representações sociais não são apenas a soma das interpretações feitas pelos indivíduos. É algo para além disso, quando reorganiza os significados atribuídos por todos os membros do grupo. É assim que os grupos constroem suas idéias sobre assuntos complexos.

No caso do álcool, por exemplo, a maior dificuldade em conscientizar as pessoas dos danos que ele pode causar, está no fato de que a mídia enfatiza, apenas, seu lado positivo: bebidas alcoólicas são apresentadas como boas e relacionadas às situações de felicidade, alegria, aceitação social, etc. Isto é bem ilustrado por uma pesquisa feita no Brasil em 1998 e repetida em 2000. A fim de fazer um levantamento das mensagens comunicadas pela mídia à população, em 1998, o Cebrid⁵⁰ (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) analisou o conteúdo de 502 artigos publicados sobre o uso de drogas e saúde. As

substâncias mais mencionadas eram: tabaco (18,1%), cocaína (9,2%), maconha (9,2%) e bebidas alcoólicas (8,6%). A dependência foi a consequência mais mencionada destes usos (46%), seguida por violência (9,2%), síndrome de abstinência (8,0%) e Aids (6,8%). Acidentes de trânsito e no trabalho foram mencionados em apenas 5,6% dos casos. No entanto, em uma série de estudos nacionais, feitas pelo mesmo centro de pesquisa (em 1987, 1989, 1993 e 1997), em que perguntaram a 16.000 estudantes, com idades entre 10 e 24 anos, sobre o uso de substâncias, constatou-se que o álcool era, de longe, a droga mais consumida (30% consumo “pesado”), seguido de tabaco.

Isso nos mostra quão pouco a mídia reflete a realidade. Apesar de o álcool ser a droga mais consumida no país, a preocupação com ela é muito menor do que com as outras drogas (ocupando o 4º lugar nas preocupações da mídia). Ao mesmo tempo em que há um grande número de artigos discutindo a violência relacionada ao comércio e uso de drogas ilícitas, há, por outro lado, um grande número de sofisticados anúncios promovendo o consumo de álcool e, naquela época, também o tabaco. Ao tratar, indiscriminadamente, drogas que do ponto de vista médico são similares, a mídia encoraja comportamentos sociais extremamente incoerentes, induzindo a uma fraca relação com os problemas médicos reais. E quando falamos de estratégias, esta discrepância também está presente. As estratégias sugeridas pela mídia brasileira, de acordo com o mesmo estudo, eram tratamento (33,5% dos artigos), melhoria da legislação (26%), prevenção (26%), repressão (23,5%) e, em último lugar, redução de danos (6,8%).

Isso revela a clara tendência da mídia (ainda que não necessariamente consciente) de enfatizar os aspectos negativos do uso de drogas ilícitas, enquanto, por outro lado, dá-se grande ênfase aos aspectos positivos do uso de bebidas alcoólicas. Isto, por sua vez, indica uma tendência de tratar a questão das drogas de maneira emocional, ao invés de tratá-la de modo racional e científico, ajudando, assim, a criar uma representação social inapropriada das substâncias psicoativas encontrada no mundo todo. E isto é o que faz as pessoas acreditarem que o álcool não causa danos algum.

Se a educação pública é vista como prioridade máxima das ações futuras, de acordo com o Icap, conforme vimos anteriormente, é inaceitável que a mídia não receba atenção suficiente. A velocidade dos modernos meios de comunicação oferece à mídia um forte aliado para muitas iniciativas neste campo. Mas precisamos de análises confiáveis de como isto deve ser feito. Infelizmente, até o momento, essa não tem sido a maior preocupação do grupo responsável por promoção de saúde. A própria mídia já percebeu a necessidade de uma maior disseminação de informação fidedigna e não moralista. Esta é uma das razões pelas quais as agências de propaganda criaram um código interno próprio, na tentativa de estabelecer melhor comunicação com o público.

Uma rede de profissionais da mídia brasileira⁵¹ entende a importância da mídia como veículo de promoção e defesa de direitos sociais. Ao estudar o comportamento da mídia em relação a questões sociais, como drogas, aids, gravidez não planejada, eles enfatizam a importância de um diálogo aberto e verdadeiro com a sociedade. Esse grupo tem chamado a atenção de seus colegas para as estratégias limitadas usadas pela mídia, bem como para a preferência geral do enfoque em apenas uma das características do produto, tais como os riscos envolvidos no uso de drogas ilegais e os aspectos positivos das legais, incluindo o álcool. A falta de atenção às estratégias de redução de danos, também foi indicada. Acreditam que a mídia deva tornar-se o aliado principal na disseminação de informação preventiva adequada para a sociedade.

Conclusão

Embora tenha se transformado em um negócio que envolve milhões de dólares, a mídia, assim como qualquer outro negócio deve assumir sua responsabilidade social, como fez, por exemplo, na prevenção da infecção pelo HIV e na redução do preconceito em relação à Aids. Tem sido muito pouco considerada a colaboração que a mídia poderia dar no encaminhamento das questões associadas ao uso de drogas – legais ou ilegais. A mídia já reconheceu a responsabilidade social de outros tipos de negócios, mas se recusa a aceitar a sua própria responsabilidade quando se trata de ajudar a sociedade quando se refere às questões complicadas como os danos relativos ao consumo de álcool. Ao informar, sugerir soluções e estratégias, e provocar discussões, a mídia estaria mostrando que está ciente de suas responsabilidades para com as sociedades dinâmicas e

controversas que nós mesmos criamos. Isto seria de seu próprio interesse, uma vez que ajudaria a promover maior confiança do público em geral em seus produtos e, conseqüentemente, nela mesma.

Uma sociedade melhor informada deveria ser capaz de criar um ambiente mais propício a soluções efetivas; de contribuir para uma visão mais ampla dos danos relacionados ao uso de álcool; estimularia discussões que levem a estratégias e resultados mais satisfatórios; estaria ciente dos danos causados pelo uso de drogas legais, além da mera dependência; permitiria que os responsáveis por políticas públicas desenvolvessem soluções menos idealizadas, e seria capaz de forçar as autoridades a oferecer melhores soluções para os problemas relacionados ao uso ou abuso de álcool.

Referências bibliográficas

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA – ANDI. *Publicações, ponto J, Boletim*, n. 10, jan./fev. 2000. Disponível em: <www.andi.org.br>.

GALDURÓZ, José Carlos; NOTO, Ana Regina; CARLINI, Elisaldo. 4.º Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º grau em 10 capitais brasileiras: 1997. [São Paulo]: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas); Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. In: GORGULHO, Mônica. *The International Journal of Drug Policy*, v. 11, p. 311-313, 2000. (Editorial).

GLOBAL SURVEY ON ALCOHOL POLICIES – ICAP. *Global survey on alcohol policies*. Disponível em: <www.icap.org>.

INTERNATIONAL ADVERTISING ASSOCIATION – IAA. Disponível em: <www.iaaglobal.org>.

INTERNATIONAL CENTER FOR ALCOHOL POLICIES – ICAP. *Global survey on alcohol policies*. Disponível em: <www.icap.org>.

------. *Self-regulation of beverage alcohol advertising*, Reports 9, January 2001. Disponível em: <www.icap.org>.

MASUR, Jandira. *O que é alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 1988.

MOSCOVICI, Serge. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NOTO, Ana Regina et al. *Psicotrópicos, saúde e a imprensa brasileira: uma análise dos artigos sobre psicotrópicos publicados nos principais jornais e revistas do país*. [São Paulo]: CEBRID, 2000. (No prelo).

THE EUROPEAN ADVERTISING STANDARDS ALLIANCE – EASA. Disponível em: <www.easa-alliance.org>.

VILLAR, Margarita Antonia. *Uso e abuso de álcool e drogas*. Ribeirão Preto: FIERP; EERP-USP; FAPESP, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. *World health report*. [S. l.], 2002.

Discussão

Ernst Buning

Neste capítulo são discutidas várias questões importantes para o desenvolvimento de políticas e intervenções direcionadas ao álcool. Primeiramente, vários modelos que influenciam as políticas atuais de álcool serão descritos; para cada um serão apresentados argumentos contra e a favor. Em seguida, serão abordadas questões relevantes para os países em transição e que podem ter impacto em suas políticas de álcool. Terceiro, discutiremos a atitude incoerente da sociedade em relação às várias substâncias psicoativas (lícitas x ilícitas). Também apontaremos como essas incoerências criam barreiras na consecução de políticas realistas e pragmáticas. No último parágrafo, daremos nossa opinião sobre o papel do paradigma da redução de danos no desenvolvimento de políticas inovadoras e coerentes de álcool em países em transição.

Modelos diferentes

Quatro modelos diferentes serão discutidos: (1) o modelo de doença, (2) o modelo da abstinência, (3) o modelo de auto-ajuda, e (4) o modelo da OMS.

O modelo de doença

O modelo de doença considera o alcoolismo como uma doença crônica, onde os períodos de sobriedade se alternam com períodos de consumo compulsivo.

Argumentos a favor deste modelo:

- As pessoas com problemas relacionados ao álcool são vistas como pacientes e orientadas a não sentir culpa;
- Informações médicas garantem uma abordagem sistemática e objetiva com bons cuidados médicos, incluindo medicação,

para ajudar os alcoolistas a se desintoxicarem e permanecerem sóbrios. Quando o tratamento médico é combinado com cuidados psicossociais e plena atenção é dada à prevenção de recaídas, esse tratamento é uma ferramenta importante para auxiliar os alcoolistas a reduzir os danos relacionados ao álcool.

Argumentos contrários ao modelo:

- Pesquisas revelam que o tratamento do alcoolismo tem eficácia limitada, uma vez que é difícil convencer os alcoolistas a se tratarem e a taxa de recaídas é alta;
- Dá-se atenção principalmente àqueles considerados como bebedores problemáticos ou alcoolistas, e não se levam em conta os problemas causados por pessoas que não são classificadas como alcoolistas, mas que causam danos devido à embriaguez aguda;
- Ao se verem como pacientes, os alcoolistas podem não se responsabilizar por seus problemas com bebidas e ficar presos à imagem de paciente portador de uma doença;
- O público em geral reforça a postura “eu não tenho problema com álcool”. Essa atitude pode ser uma desculpa para se descurar dos danos causados por embriaguez aguda e impedir uma discussão aberta sobre os possíveis efeitos negativos do consumo de álcool pelo público.

O modelo de doença pode beneficiar àqueles que possuem problemas sérios relacionados ao álcool, porém negligencia os danos substanciais causados por pessoas que não são consideradas alcoolistas ou bebedores exagerados. Constatando-se que essas limitações sejam reconhecidas, haverá espaço para o modelo de doença na política de álcool.

O modelo da abstinência, proibição e moderação

O modelo da abstinência defende que é melhor não consumir álcool em nenhuma hipótese. Esse modelo é antigo e tem suas origens em países escandinavos. Seu papel foi importante no último século ao fazer as pessoas se conscientizarem dos aspectos negativos do consumo de álcool; foi também um fator significativo na emancipação da classe trabalhadora e um instrumento do movimento socialista.

Argumentos favoráveis ao modelo:

- O modelo da abstinência pode ser bastante útil para as pessoas que passaram por um período difícil em suas vidas, quando a presença de álcool era uma constante. Essas pessoas chegaram à conclusão de que é melhor serem abstinências.

Argumentos contrários ao modelo:

- Para a maioria das sociedades, o modelo da abstinência não é uma opção viável como política nacional, visto que o álcool está arraigado em muitos eventos sociais e tem um papel importante na socialização.

No fim das contas, a decisão pessoal de se abster deve ser respeitada sempre. No entanto, quando esse comportamento se torna uma espécie de crença, quando as pessoas começam a pregar que sua opção é a melhor para todos, então a situação deve ser revista. Os aspectos positivos e negativos do álcool devem ser reconhecidos.

O modelo de auto-ajuda

O AA (Alcoólicos Anônimos) é o melhor exemplo dessa filosofia. Consiste em um sistema mundial de grupos de auto-ajuda que tem beneficiado milhares de pessoas.

Argumentos a favor:

- É barato;
- É disponível em horários não comerciais;
- Os participantes falam aquilo que querem falar, sem pressão;
- Utiliza a mesma metodologia em todo o mundo.

Argumentos contrários:

- A filosofia baseada em "eu sou impotente perante meu vício e confio mais em uma entidade maior (Deus) do que em mim", confere ao AA um aspecto religioso, que pode ser contraproducente, quando as pessoas abandonarem o AA;

- O AA não reconhece plenamente a evidência científica de que alguns alcoolistas conseguem beber apenas socialmente. Deve ser levado em consideração ainda que não existem evidências sobre quais fatores poderiam antecipar a certeza de que um alcoolista pode tornar-se um bebedor social ou não.

Um forte argumento a favor dos grupos de auto-ajuda é que os participantes têm completo controle sobre seu próprio bem-estar. Ao recusar apoio do governo, eles se tornam independentes. Devido ao seu sucesso em tratar tantas pessoas com problemas relacionados ao álcool, ele deve ser respeitado. Ao mesmo tempo, a discussão sobre o consumo controlado de álcool deve ser estimulado e mantido de forma objetiva e não-moralista para que as pessoas possam tomar suas próprias decisões. Em suma, na política de álcool há um espaço para a filosofia da auto-ajuda, contanto que ela não seja apresentada como a “cura para tudo”.

O modelo da OMS

Em sua publicação *Relatório do status global sobre o álcool*, a OMS descreve algumas áreas a se considerar na elaboração de uma política de álcool.

- Prevenção:
 - Promoção de educação e saúde;
 - Rotulagem de produtos;
 - Regulação de atividades promocionais.
- Redução da oferta
- Regulação da disponibilidade física:
 - Restrição da disponibilidade para jovens;
 - Monopólios e sistemas de licenciamento;
 - Taxação e outras regulações de preço;
 - Políticas restritivas.
- Tratamento:
 - Estratégias de tratamento.

O ponto forte desse modelo é que ele é coerente e abrange muitas áreas. Um ponto fraco é que se baseia muito em controle externo, regulação, etc., o que depende da implementação e execução de medidas externas.

A realidade dos países em transição

Controle interno x externo

Em um mundo ideal, uma política sobre o consumo de álcool deveria simplesmente objetivar o fortalecimento do controle interno dos indivíduos, com as pessoas sendo cientes dos danos causados pelo álcool e adotando comportamentos responsáveis. Infelizmente, não vivemos num mundo ideal e, portanto, devemos ser realistas: apenas medidas com o objetivo de fortalecer o controle interno não serão suficientes para reduzir os danos relacionados ao álcool. O controle externo também é necessário para encontrar o equilíbrio certo e estimular os indivíduos a adotarem padrões de bebida responsáveis. Em alguns países em transição, o desenvolvimento e a implementação de medidas de controle externo podem ser problemáticos, devido à sua história recente de controle externo extremo, como regimes totalitários e ditaduras militares. Uma vez abolidos esses regimes, a posição e influência do governo devem ser reavaliadas. As medidas tomadas por governos centrais ainda são frequentemente recebidas com suspeita: os políticos estão lá para “encher seus próprios bolsos” e não se pode confiar neles. Alguns governos dão atenção especial a esse aspecto, enfatizando a importância do envolvimento da sociedade civil e estimulando a cidadania.

Antes das medidas de controle externo serem propostas como elementos importantes em uma política geral sobre álcool, é importante avaliar cuidadosamente a aceitação do governo em determinado país e se há credibilidade o bastante para que as medidas de controle externo sejam eficientes e obedecidas.

Individual ou grupo

A maioria dos países desenvolvidos enfatiza a relevância da individualidade. Desde os primeiros anos, as crianças aprendem que são responsáveis por sua própria vida e que têm responsabilidades como indivíduos. A ênfase no individualismo abre uma discussão de fronteiras: quando o individualismo vira egocentrismo e em que medida se relaciona com responsabilidade social? Em muitos países em transição dá-se mais ênfase à identidade com um grupo: uma pessoa faz, acima de tudo, parte de um grupo. As rápidas mudanças nos países em transição, a política de globalização do mundo e a influência da Internet, tudo isso exerce influência no tema individualismo x identidade de grupo. É importante levar isso em conta na elaboração de intervenções relacionadas ao álcool. Quando há mais ênfase na identidade de grupo, campanhas de prevenção e intervenções devem ter como fim o fortalecimento de grupos e a pressão que eles exercem. Quando há uma mudança em direção ao individualismo, as campanhas devem se concentrar mais no indivíduo.

Mercado livre

Em países governados por regimes totalitários no passado, a recém-adquirida liberdade democrática pode ser mal-interpretada como liberdade “para se fazer o que quiser”. Empresários, inclusive os da indústria de bebidas alcoólicas, podem recorrer a argumentos relacionados à democracia e à economia livre de mercado para se opor às restrições do governo sobre a venda e promoção de álcool, tais como restrições de pontos de venda e obrigação de idade mínima para a compra e consumo de álcool. “Oferta e demanda” são palavras-chave e a influência do governo sobre os mecanismos do mercado é vista como indesejável.

O mesmo se aplica para a taxaçoão como instrumento para eliminar o consumo de álcool. Nos países desenvolvidos, defende-se que a taxaçoão é a forma mais democrática de se coibir o consumo: aplica-se a todos. Em países em transição, o oposto é verdadeiro, uma vez que muitos vivem em condições pobres e são relativamente mais afetados pela taxaçoão que um grupo pequeno de pessoas ricas. Em países em transição e em desenvolvimento, as limitações à indústria de bebidas alcoólicas

podem prejudicar os empregos nas fábricas e as rendas obtidas com a publicidade e o patrocínio dessa indústria, o que pode ser uma ameaça séria à economia. Na maioria dos países desenvolvidos, um sistema adotado é o de incentivar a direção responsável, avaliando regularmente o nível de álcool dos motoristas. Esta medida é considerada muito eficiente para coibir a mistura bebida-direção e prevenir acidentes. No entanto, para executar tais medidas, os países em transição devem encarar uma variedade de desafios específicos, por exemplo: policiais mal pagos que podem ser propensos a aceitar suborno, quando os “poderosos” têm um comportamento socialmente inaceitável.

Exclusão

Infelizmente, grandes grupos de pessoas em países em transição ainda vivem abaixo da linha de pobreza. Eles têm dificuldade em encontrar emprego, vivem em situações deploráveis, com acesso limitado à saúde e excluídos da sociedade. Muitos vivem cada dia de uma vez e desenvolvem suas próprias estratégias de sobrevivência fazendo do álcool um instrumento para suportar o cotidiano. O consumo de álcool alivia as tensões imediatas, mas piora a situação a longo prazo. Intervenções que promovem o consumo responsável e têm o objetivo de reduzir os danos são difíceis de serem aceitas por pessoas que não vêem “uma luz no fim do túnel”. Portanto, é fundamental que uma política de álcool esteja incorporada a uma estratégia global para abordar a situação da parcela mais pobre da população.

Substâncias lícitas e ilícitas

A distância entre políticas para substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é alarmante. Elas têm a ver com fornecedores, consumidores e políticas sobre tais substâncias.

Os fornecedores de substâncias psicoativas lícitas, como álcool, são vistos como respeitáveis membros da sociedade. Criam empregos, pagam impostos, garantem renda por meio de publicidade, patrocínio de eventos sociais e normalmente são parceiros dos formuladores de políticas quando novas políticas de álcool estão sendo elaboradas.

Os fornecedores de substâncias psicoativas ilícitas estão do lado oposto: geralmente, são vistos como bandidos, um perigo às nossas crianças, pessoas com quem ninguém quer ser associado, criminosos e, definitivamente, inimigos dos formuladores de políticas. Embora compreensível, tal diferença perde o sentido se formos compararmos os danos causados pelas diferentes substâncias. De acordo com relatórios da OMS, os danos causados pelo álcool superam, e muito, os danos causados por substâncias ilícitas.

Há quem considere que a indústria de bebidas alcoólicas não *é parte do problema e sim parte da solução*. Se adotarmos esta linha de pensamento, deveremos considerar que a consequência seria a adoção de políticas semelhantes em relação aos fornecedores de substâncias ilícitas. Sem dúvida, o fornecedor de substâncias psicoativas tem informações valiosas sobre o mercado e pode ajudar a delinear as políticas de redução de danos referentes ao abuso dessas substâncias. Envolver *todos* os fornecedores de substâncias (lícitas e ilícitas) no processo de elaboração de políticas é uma proposta provocativa que deve ser discutida objetivamente, pesando-se os prós e os contras, de forma não moralista.

Na esfera dos consumidores de álcool, podemos ver que estes são vistos de forma diferente do que aqueles que consomem substâncias ilícitas. A maioria das sociedades aceita que as pessoas consumam álcool e até mesmo gosta de gente embriagada em determinados contextos. As regras comunitárias têm muita relevância. Há uma diferença marcante de comportamento em relação aos consumidores de substâncias ilícitas: eles são vistos como marginais, criminosos, são temidos e rejeitados. Novamente, é uma atitude compreensível, porém não faz sentido uma vez que pessoas embriagadas causam mais danos que os consumidores de substâncias ilícitas.

Na esfera política, nota-se que muitos países dão mais atenção a temas relacionados com o consumo de substâncias ilícitas e menos atenção às políticas que objetivam reduzir os danos decorrentes do álcool.

Outra observação interessante é que especialistas que trabalham com álcool e especialistas em substâncias ilícitas têm poucos pontos em comum. Ainda assim, ambos se beneficiariam de experiências em áreas

diferentes e a sinergia pode ser criada. A ICAHRE espera construir uma ponte entre as duas áreas.

O paradigma da redução de danos

Em uma abordagem de redução de danos, os legisladores não falam *sobre* consumidores de álcool, e sim *com* eles, ouvindo as comunidades e os grupos que são afetados por danos relacionados ao álcool. Formuladores de políticas procuram soluções que sejam viáveis e pragmáticas ao adotar intervenções que funcionem em vez de fazer promessas que soem boas para o público. Em outras palavras: uma abordagem baseada em fatos e não em crenças, que seja transparente e menos ideológica.

Em uma abordagem de redução de danos, os formuladores de políticas avaliam cuidadosamente os direitos humanos e procuram soluções que respeitem tanto o consumidor de álcool como o seu ambiente e procuram, principalmente, um *consumo responsável de bebida* e soluções práticas que reduzam os danos do álcool em vez de reduzir o consumo *per capita*.

Tolerância zero

No Movimento Internacional de Redução de Danos, a tolerância zero é associada à abordagem americana da guerra às drogas, violações de direitos humanos, intolerância com as pessoas de estilo de vida diferenciado e uma abordagem irracional, pouco perspicaz e ineficiente em relação ao problema da saúde pública. Essa visão do Movimento Internacional de Redução de Danos é lógica devido ao fato de que este Movimento, até o momento, concentrou-se primordialmente em políticas relacionadas às substâncias ilícitas. No contexto das substâncias ilícitas, parece que os danos são mais associados à ilegalidade das substâncias (criminalidade, corrupção, comportamento prejudicial associado ao fato de as drogas serem consumidas secretamente, etc.) do que aos efeitos das substâncias em si. No contexto do álcool, é mais fácil ter uma atitude mais aberta em relação a uma política de tolerância zero, pois ela pode ser limitada a cenários específicos em vez de ser uma abordagem mais geral.

Em seu capítulo sobre álcool e trânsito, Ana Glória Melcop defende que bebida e direção não se misturam. Ewa Osiatynska (capítulo sobre álcool e saúde) também menciona várias áreas onde uma política de tolerância zero poderia ser aplicada.

Embora o Movimento de Redução de Danos seja tolerante com comportamentos não-convencionais e respeite o direito individual de usar substâncias psicoativas, uma noção importante do Movimento é que ele aborda tanto os danos causados pelo usuário a si mesmo quanto os danos causados a *terceiros*.

Assim, chegamos à conclusão de que a tolerância zero poderia ser promovida em casos onde o uso de álcool traga danos a terceiros, como:

- Bebida e direção;
- Bebida e manuseio de maquinário técnico ou industrial;
- Gestantes ou lactantes.

Outra situação onde se poderia aplicar a tolerância zero seria em casos onde os consumidores potenciais de álcool não são (ainda) capazes de tomar decisões conscientes, como crianças e jovens. Aachamos que a venda de álcool para esses grupos não deve ser permitida e que a indústria de álcool deveria ser proibida de ter crianças e jovens como alvos de suas campanhas publicitárias. A promoção da tolerância zero é mais problemática em relação a pessoas que têm uma reação negativa ao álcool, porque estão tomando medicamentos ou são alcoolistas em recuperação. Obviamente, a abstinência só lhes traz benefícios e a sobriedade é aconselhável, embora seja difícil exigí-la ou obrigá-la por lei.

Redução de danos na prática

Baseados em informações constantes nos capítulos anteriores, incluímos aqui uma tabela com vários tipos de danos e profissionais envolvidos. Esta tabela pode ser útil para priorizar o treinamento de grupos profissionais.

Danos	Exemplos	Profissionais envolvidos
Danos imediatos após embriaguez aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Acidentes de carro - Acidentes causados por pedestres intoxicados - Violência interpessoal - Abuso infantil - Suicídio - Envenenamento não-intencional 	<ul style="list-style-type: none"> - Polícia - Enfermeiros de ambulância - Serviços de urgência e emergência - Profissionais de atenção básica - Trabalhadores de comunidades - Legista - Garçons e <i>barmen</i>
Danos percebidos após a embriaguez aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Gravidez indesejada após sexo sem proteção - DSTs e aids após sexo sem proteção 	<ul style="list-style-type: none"> - De maternidades - Profissionais de atenção básica - Profissionais de clínicas de DSTs - Profissionais que trabalham com prevenção à aids
Danos causados pelo consumo de álcool a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Abandono do trabalho - Desarmonia das famílias - Fim de relacionamentos pessoais - Depressão 	<ul style="list-style-type: none"> - Gerentes e profissionais de recursos humanos - Trabalhadores comunitários - Profissionais de atenção básica
Danos crônicos causados pelo consumo de álcool a longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde - Perda do emprego - Divórcio - Problemas psiquiátricos relacionados ao álcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de atenção básica - Profissionais de enfermarias hospitalares - Conselheiros matrimoniais - Profissionais de CAPS ad - Gerentes e profissionais de recursos humanos - Psicoterapeutas

Tornando a questão do álcool mais atraente

Como fazer formuladores de políticas, políticos e o público em geral a se interessarem mais pelo problema do álcool é uma questão central. Apenas a publicação de fatos sobre danos relacionados ao álcool e ao consumo *per capita* não tem funcionado. Por isso, estratégias inovadoras devem ser tentadas. A mídia pode ter um papel fundamental nessa estratégia, de acordo com Mônica Gorgulho (ver capítulo sobre álcool e a mídia), tornando-se aliada na criação de melhores informações sobre os danos relacionados ao álcool, no auxílio na mudança de percepção do álcool pelo público, e iniciando um debate sobre a hipocrisia relacionada às nossas opiniões sobre substâncias lícitas x ilícitas.

É crucial enfatizar sempre que 50% do consumo prejudicial parte de pessoas que não são consideradas alcoolistas, o que faz do álcool e seus danos *um problema de todos*, que não pode mais se limitar a grupos de especialistas em álcool e pesquisadores. Todos os setores têm que se envolver. Se o álcool estiver mais presente na agenda pública, mais formuladores de políticas se envolverão na criação de políticas públicas e terão mais apoio do público.

Conclusão

Em seu capítulo sobre álcool e redução de danos, Bill Stronach declara que a redução de danos é um complemento e não uma concorrente das abordagens convencionais. É importante valorizar os resultados atingidos pelas abordagens convencionais nas últimas décadas sem deixar de explorar os novos caminhos do paradigma de redução de danos.

Sobre esses novos caminhos, podemos vislumbrar os seguintes desafios:

- Abordagem do consumo *prejudicial* e não do consumo em si;
- Mudança do foco de atenção dos pesquisadores: não coletar apenas dados sobre consumo *per capita*, mas também dados sobre os danos relacionados ao álcool;

- Antes de implementar medidas de controle externo dos países “desenvolvidos” nos países em transição, analisar se tais medidas se encaixam no contexto cultural, se são viáveis e exeqüíveis;
- Incluir os consumidores prejudiciais de álcool e suas famílias no desenvolvimento de políticas públicas e intervenções relacionadas ao álcool;
- Iniciar um debate sobre nossa hipocrisia com relação a substâncias psicoativas lícitas e ilícitas;
- Direcionar atividades de formação e educação aos profissionais que lidam diretamente com as conseqüências do beber prejudicial;
- Fazer da mídia uma aliada;
- Basear ações em fatos e não em crenças e respeitar sempre as escolhas individuais.

Esperamos, sinceramente, que este livro seja uma fonte de debates e que ajude aqueles que desejam explorar novos caminhos em sua busca por uma política mais eficiente e humana voltada para a redução dos danos decorrentes do álcool.

Sobre os autores e editores

Ernst Buning é presidente da ICAHRE (Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos) e diretor do Quest for Quality (Q4Q), empresa com sede em Amsterdã (www.q4q.nl). Trabalha na área de saúde pública e uso de drogas desde 1977. Esteve envolvido no desenvolvimento de políticas de redução de danos na Holanda e é membro-fundador da IHRA (Associação Internacional de Redução de Danos) (www.ihra.net). É coordenador do Euro-Methwork (www.euromethwork.org) e do Seminário Itinerante da América Latina (LATS) www.latseminar.org).

Paulina C. A. V. Duarte é professora e coordenadora do curso de pós-graduação em Dependências da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC/PR), Brasil, e consultora de recursos humanos e programas de prevenção.

Mônica Franch trabalha no Núcleo de Estudos da Família, Gênero e Sexualidade (FAGES), Universidade Federal de Pernambuco, Brasil, e no Centro de Prevenção às Dependências, Recife, Brasil.

Mônica Gorgulho é ex-presidente da Reduc (Rede Brasileira de Redução dos Danos) (www.reduc.org); secretária do Conselho da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE), membro do Conselho da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) e coordenadora regional do Seminário Itinerante da América Latina (LATS), www.latseminar.org). Além de seu trabalho no campo de redução de danos, tem seu próprio consultório particular como psicoterapeuta.

Ana Glória Melcop é diretora do Centro de Prevenção às Dependências, Recife, Brasil. Foi a presidente da 1ª Conferência Internacional sobre Álcool e Redução de Danos em agosto de 2002. É membro do Conselho da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE).

Bill Stronach é diretor da Australian Drug Foundation (ADF) (www.adf.org.au) e tesoureiro da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). Em 2004, será o organizador da Conferência Internacional

de Redução de Danos Relacionados às Drogas em Melbourne, Austrália. É tesoureiro do Conselho da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE).

Ewa Osiatynska é diretora do Programa Regional de Álcool e Drogas para o Leste Europeu e Ásia Central no Open Society Institute, Nova York. Na área de seu programa já desenvolveu cooperações com 22 países da região. É diretora da Comissão sobre Educação em Álcool e Drogas da Fundação Stefan Batory, na Polônia. Desde 1992, colabora com a Organização Internacional do Trabalho em Genebra como consultora de programas de prevenção de abuso de álcool e drogas no ambiente de trabalho, implementado no Leste Europeu. Em agosto de 2002 recebeu o primeiro prêmio internacional em Álcool e Redução de Danos pelo trabalho realizado nesta área. É membro do Conselho da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE).

Pat O'Hare é diretor executivo da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA). Em 1990, tomou a iniciativa de organizar a Conferência sobre Danos Relacionados às Drogas e desde então tem sido o maior motivador desse evento internacional. Por sua contribuição na área de redução de danos, recebeu o prêmio Rolleston, em 2000. É membro do Conselho da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE).

Pedro Gabriel Godinho Delgado, psiquiatra, Mestre em Psiquiatria, Doutor em Saúde Pública, Coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Paulo Roberto Aranha de Macedo, médico psiquiatra, Mestrando em Saúde Pública, Assessor da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Francisco Cordeiro, psicólogo, Mestre em Saúde Pública, Assessor da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Sueli Moreira Rodrigues, psicóloga, Mestranda em Saúde Pública, Assessora da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

Sites:

Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos
(*ICAHRE*).

www.ichre.org

Associação Internacional de Redução de Danos (*IHRA*)

www.ihra.net

Organização Mundial da Saúde

www.who.org

Rede Brasileira de Redução de Danos (*Reduc*)

www.reduc.org

Drug Policy Alliance (*DPA*)

www.lindesmith.org

Quest for Quality B.V.

www.q4q.nl

Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva

Pedro Gabriel Delgado
Paulo Roberto Aranha de Macedo
Francisco Cordeiro
Sueli Moreira Rodrigues

Introdução

“Aprecie com moderação”. Esta mensagem aparece muito fugazmente no final das vibrantes e ostensivas peças publicitárias que prometem sucesso pessoal, profissional, sexual e esportivo aos jovens que consomem com volúpia, pelo gargalo, a cerveja irresistível da propaganda na TV. O público-alvo é evidentemente adolescentes e jovens, que nos últimos quinze anos fizeram o consumo e a produção de cerveja no Brasil duplicar. A legislação brasileira (Lei 9.294/96) distingue a cerveja dos destilados e dos vinhos, para efeito de controle da propaganda. Os destilados só podem ser anunciados depois das 21 horas, mas contam com um aliado de peso: o preço – a aguardente brasileira é uma das mais baratas do mundo, custando R\$1,50 (meio dólar) o litro. A venda é livre, mesmo nas cercanias de escolas e no interior dos campi universitários, ou postos de gasolina, apesar de normas restritivas cuja ineficácia é tolerada. “Aprecie com moderação”. Em metade dos casos, os acidentes de trânsito com vítimas estão associados ao consumo de álcool, e o delicado tema da vinculação de eventos de violência intrafamiliar e urbana ao uso abusivo de álcool é iluminado por evidências objetivas de estudos epidemiológicos recentes.

O uso prejudicial de álcool é, de longe, o principal problema de saúde pública no campo das drogas. Muito mais do que no caso das drogas ilícitas, a ausência de uma política pública para o álcool, abrangente, não-repressiva, atenta às complexidades culturais do problema, ousada

no enfrentamento das pressões do mercado, constitui lacuna a ser urgentemente sanada. A demissão da responsabilidade do Estado nesta área é histórica e estrutural: a prevenção é errática e ineficaz, a legislação cede às pressões do mercado, a rede pública de saúde responde de maneira inadequada ao problema, através da danosa internação em hospitais psiquiátricos, as ações de redução de danos são incipientes e pontuais. A tolerância com a venda, propaganda e pressões do mercado de bebida convive com a passividade diante do problema de saúde pública e com a cruel intolerância com os usuários que precisam de tratamento.

A adoção do paradigma da redução de danos aparece como portadora de grande potencialidade. Mais grave que a passividade diante do problema seria uma equivocada proposta repressiva e “antialcoólica”. Apenas 10 a 15% da população geral não faz uso de álcool, inscrito milenarmente na cultura. Entre 50 e 60% usam bebidas alcoólicas de modo não prejudicial à saúde e ao bem-estar social, mas podem eventualmente fazer uso de maneira nociva. E em torno de um terço da população apresentam problemas, de maior ou menor gravidade, com o uso de bebidas alcoólicas, entre os quais 10% da população total apresentam sinais de dependência. Diferentemente do tabaco, não tem sentido uma política que busque o fim do consumo da substância. Daí a importância do modelo de redução de danos, capaz de permitir uma abordagem abrangente, criativa e democrática para a questão.

Primeiro passo: articular as diversas áreas do Governo – saúde, educação, gestão do espaço urbano e do trânsito, agricultura, fazenda, justiça – para construir, em discussão permanente com os segmentos sociais implicados, as linhas gerais da política intersetorial.

2 Gravidade da questão do álcool no Brasil

Historicamente, a questão do uso prejudicial de álcool tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. A ausência de priorização, por parte do Ministério da Saúde (MS), de uma política de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, pode ser percebida a partir do impacto econômico e social que tem recaído para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A reafirmação histórica do papel nocivo que o álcool nos oferece deu origem a uma gama extensa de respostas políticas para o enfrentamento dos problemas decorrentes de seu consumo, corroborando assim o fato concreto de que a magnitude da questão é enorme, no contexto de saúde pública mundial.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. A despeito do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial. Corroborando tais afirmações, estudo conduzido pela Universidade de Harvard e instituições colaboradoras (MURRAY; LOPEZ, 1996) sobre a carga global de doenças trouxe a estimativa de que o álcool seria responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados para incapacidade. Ainda segundo o mesmo estudo, esta carga inclui transtornos físicos (cirrose hepática, miocardiopatia alcoólica, etc) e lesões decorrentes de acidentes (industriais e automobilísticos, por exemplo) influenciados pelo uso indevido de álcool, o qual cresce de forma preocupante em países em desenvolvimento (BRASIL, 2003).

Face a esta preocupação, vale mencionar o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, envolvendo as 107 maiores cidades do país, o qual revelou que 68,7% das pessoas fazem uso na vida de álcool e estima que 11,2% da população é dependente de bebidas alcoólicas (CARLINI *et al*, 2002).

Existe uma tendência mundial que aponta para o uso cada vez mais precoce de substâncias psicoativas, incluindo o álcool, sendo que tal uso também ocorre de forma cada vez mais pesada. No Brasil, estudo realizado pelo Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicoativas sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (GALDURÓZ *et. al*, 1997) revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto a uso freqüente, e para a mesma amostra, chegamos a 14,7%. Constatou-se que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool.

Entre outros aspectos importantes de serem destacados está a relação entre uso de álcool e acidentes de trânsito, comprovada em diversos estudos. Os dados da pesquisa realizada em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador (MELCOP et al, 1997) revelam que 61% das pessoas envolvidas em acidentes de trânsito apresentavam alcoolemia positiva. Já entre aqueles que sofreram atropelamentos, 56,2% apresentavam algum nível de álcool no sangue. Quando foram pesquisados os acidentados por choque e capotamento, verificaram-se as maiores proporções de presença de álcool, 71,1% e 63,6% das pessoas respectivamente. Outra pesquisa, realizada no carnaval de 1997 no Recife, verificou a presença de álcool em 88,2% das vítimas fatais de acidentes de trânsito (MELCOP; OLIVEIRA, 1997).

Pesquisa encomendada pelo Governo Federal sobre os custos dos acidentes de trânsito no Brasil (IPEA, em desenvolvimento), mostra em seus resultados preliminares que 53% do total dos pacientes atendidos por acidentes de trânsito, no Ambulatório de Emergência do Hospital das Clínicas/SP, em período determinado, estavam com índices de alcoolemia em seus exames de sangue superiores aos permitidos pelo Código de Trânsito Brasileiro, sendo a maioria pacientes do sexo masculino, com idades entre 15 e 29 anos. A deseconomia relacionada a estes agravos faz com que o SUS gaste aproximadamente R\$ 1.000.000,00 dos recursos do tesouro nacional e do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais por Veículos Automotores Terrestres/DPVAT, com internações e tratamentos (IPEA, em desenvolvimento), a mortalidade chega a 30 mil óbitos/ano, cerca de 28% das mortes por todas as causas externas. Das análises em vítimas fatais (IML/SP), o nível de alcoolemia encontrado chega a 96,8%.

Aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em um nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente - e não para a dependência subjacente (BRASIL, 2003).

Os fatos acima assumem importância maior dentro de um contexto preventivo, ao considerarmos que, via de regra, o período médio entre o primeiro problema decorrente do uso de álcool e a primeira intervenção voltada

para este problema é de 05 anos; a demora para iniciar o tratamento e a sua inadequação pioram o prognóstico.

O diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constarmos, de uma forma geral, o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde.

Ao analisarmos alguns dados correlatos e relativos aos custos, vemos que os custos decorrentes do consumo de álcool são de grande magnitude. Considerando dados referentes ao período de janeiro a novembro de 2003 (DATASUS, 2004), tivemos na rede psiquiátrica do SUS 76.981 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de três vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. No mesmo período, foram emitidas 108.286 AIHs para as internações relacionadas ao alcoolismo. Como a média de permanência em internação foi de 26,3 dias para o período selecionado, estas internações tiveram em 2003 um custo superior a 55 milhões de reais para o SUS.

Estes números não incluem os gastos com os tratamentos ambulatoriais, nem com as internações e outras formas de tratamento de doenças indiretamente provocadas pelo consumo do álcool, como aquelas que atingem os aparelhos digestivo e cardiovascular, câncer (principalmente hepático, de estômago e de mama), deficiências nutricionais, doenças do feto e recém-nato da mãe alcoolista, as doenças neurológicas e o agravamento de outras doenças psiquiátricas provocado pelo álcool, assim como os agravos decorrentes de acidentes ou violência, o que se aplica a todos os povos.

Pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Drogas dos EUA (1997) revelou que o uso excessivo de bebida estava presente em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos. De forma relativa à violência doméstica, a mesma pesquisa evidenciou que 2/3 dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados, o mesmo ocorrendo nas agressões entre marido e mulher. No Brasil, pesquisa realizada pelo Cebrid, 1996 informou que a análise de mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no IML evidencia que, de cada 100 corpos que deram entrada vítimas de morte não

natural, 95 tinham álcool no sangue. Experiências municipais de controle e restrição de pontos de venda têm mostrado algum grau de impacto nos indicadores de violência urbana (São Paulo, 2003).

Ainda de acordo com o Datasus, e considerando o período compreendido entre 2001 e novembro 2003, verificamos que os maiores percentuais de internação e gastos são decorrentes do uso prejudicial de álcool – uma variação de 80%; contra o percentual de gastos oriundos do consumo de outras substâncias psicoativas.

Tabela 1 - Morbidade hospitalar no SUS - Transtornos mentais e comportamentais

Transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras substâncias psicoativas - 2001 a novembro de 2003

MORBIDADES	2001		2002		Jan a Nov 2003	
	Internações	Gastos R\$	Internações	Gastos R\$	Internações	Gastos R\$
Transtornos mentais e comportamentais	98.652 (100%)	69.206.783 (100%)	96.295 (100%)	74.447.824 (100%)	95.315 (100%)	67.217.584 (100%)
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	84.467 (86%)	60.145.522 (87%)	78.557 (82%)	62.582.338 (84%)	76.981 (80%)	55.565.960 (83%)
Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outras substâncias psicoativas	14.185 (14%)	9.061.261 (13%)	17.738 (18%)	11.865.485 (16%)	18.334 (20%)	11.651.624 (17%)

Fonte: TABNET/DATASUS: morbidade hospitalar.

Os dados acima confirmam o consenso mundial de que as intervenções voltadas para minimizar os custos decorrentes do uso prejudicial de substâncias psicoativas devem dedicar atenção especial às drogas de uso lícito, especialmente o álcool.

3 Diretrizes gerais da política

O álcool esteve perigosamente ausente das políticas públicas no passado, especialmente em relação à saúde pública. Pela relevância que esta droga ocupa nas variadas conseqüências associadas ao seu consumo, conforme demonstrado no capítulo anterior, é necessário que se assumam a responsabilidade por esta lacuna, sob pena da compreensão de que o uso de álcool é um “problema menor”.

É importante reconhecer esta falha quando, hoje, há o compromisso de “correr atrás do prejuízo”. Esta corrida tem início no documento “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas” (BRASIL, 2003), que inicia esta discussão, ainda que sob a lógica da implantação dos serviços de atenção.

A abordagem desta questão nos impõe uma compreensão ética e que deve pautar as ações governamentais. Quanto aos objetivos a serem cumpridos, temos, por um lado, que garantir as condições para que as pessoas façam escolhas responsáveis e autônomas e, por outro, a obrigação de defender os setores mais vulneráveis da sociedade, notadamente crianças, jovens e adolescentes, em relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

De uma forma geral, os países que têm políticas específicas para o álcool, aliados aos resultados de estudos avaliativos sobre estas políticas, recomendam que estratégias intersetoriais sejam adotadas levando em consideração os seguintes objetivos:

- restringir o acesso e o consumo
- regular a propaganda
- reduzir os danos causados pelo álcool

Publicação recente (BABOR *et al*, 2003) reforça esta noção e fortalece a necessidade do trabalho conjunto e do pragmatismo como eixos de atuação. Da mesma forma, o governo inglês está discutindo diretrizes com o objetivo de diminuir os danos associados ao uso de bebidas alcoólicas (STRATEGY, 2003).

Algumas iniciativas que privilegiam a taxaço e aumento de preço, fiscalizaço e cumprimento de legislaço, regulaço governamental da propaganda, além da difusào de informaço realistas e isentas de julgamento, estào citadas como aço esficazes e positivas.

No Brasil, o governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, de maneira inédita, tomou para si a missào de discutir esta questào. Um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) foi criado no sentido de revisar, propor e discutir a política sobre álcool. Ainda que as causas e consequências ultrapassem um campo específico de atuaço, a saúde pública tem papel fundamental em quaisquer intervenço a serem implementadas e, neste sentido, o Ministro da Saúde coordena o GTI, que tem a participaço de representantes de outros 14 órgãos federais.

O desenvolvimento dos trabalhos do GTI apontou para discussões técnico-políticas também realizadas com outros atores, como representantes da indústria de bebidas, das emissoras de rádio/televisào e com especialistas da comunidade acadêmica. O resultado deste trabalho revela a multiplicidade de diretrizes, listadas abaixo:

Diretrizes da política

1. O consumo de bebidas alcoólicas, bem como de outros tipos de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, faz parte da cultura humana desde as épocas mais remotas. Do ponto de vista da saúde pública, o que importa é desenvolver aço intersetoriais que sejam esficazes no sentido de reduzir os danos à saúde causados pelo consumo prejudicial do álcool e outras drogas, incluídos os psicofármacos.

2. Dentre todas as drogas lícitas e ilícitas, o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas é aquele que mais danos produz à saúde e ao bem-estar, sendo o mais grave do ponto de vista da saúde pública.

3. 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 relaço diretamente proporcional com os padrões de consumo (quantidade, tipo, qualidade, forma e hábito de uso). Deve ser ressaltado que problemas associados ao uso de álcool podem ocorrer também com o uso eventual ou fortuito.

4. Os danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo prejudicial 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, onde o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei.

5. Para os efeitos dessa política, é considerada bebida alcoólica toda bebida que contiver 0.5 grau Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico significativo.

6. Uma política integral e intersetorial de redução dos danos causados pelo álcool deve contemplar a atenção integral à saúde e à vida, buscando atenuar, minimizar e/ou eliminar todos os danos mencionados;

7. Esta política deve envolver governo e sociedade, em todos os seus segmentos: área cultural e educacional, área sanitária, meios de comunicação, setor produtivo, comércio & serviços, organizações não-governamentais etc.

8. Deve ainda utilizar a lógica ampliada de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis.

9. Todos os consumidores têm direito a informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool, sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e a orientações voltadas para o uso responsável, no sentido da responsabilização e autonomia da pessoa.

10. 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.

11. Da mesma forma, é obrigação do governo e da sociedade adotar medidas, discutidas democraticamente, que atenuem e previnam os danos do álcool em situações específicas, como transportes, ambientes de trabalho, eventos de massa, e em contextos de maior vulnerabilidade.

12. O consumidor deve ser alertado sobre os danos potenciais associados ao consumo de bebidas alcoólicas, bem como sobre os danos diretos à saúde.

13. Recursos educacionais e de comunicação social devem ser utilizados em benefício da melhor informação e conhecimento sobre os danos associados, e ainda sobre os limites do uso que não é prejudicial à saúde.

14. Deve ser implementada uma política integral, intersetorial e inclusiva de atenção aos usuários e dependentes de bebidas alcoólicas, com ações na rede básica de saúde, e atendimento na rede hospitalar não-psiquiátrica, quando necessário, além de programas de suporte e reintegração social.

15. A propaganda de bebidas alcoólicas deve ser controlada, de modo a proteger segmentos vulneráveis, como crianças e adolescentes, e proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social que não correspondam à realidade destes usuários;

16. A restrição e o controle devem levar em conta o meio de veiculação da propaganda, sendo diferenciadas para os diversos meios, como rádio, TV, imprensa escrita, cartazes, folhetos, mídia eletrônica, etc.

17. O patrocínio de eventos esportivos como meio de propaganda também deve ser objeto de restrição e controle, tendo em vista a proteção de crianças e adolescentes, e da sociedade em geral. A associação entre álcool e eventos esportivos deve ser vista como um problema a ser equacionado.

18. A venda e consumo devem ser restritos, especialmente em lugares de grande concentração de pessoas, veículos de transporte coletivo, proximidade de estradas, postos de gasolina, escolas, hospitais, etc.

19. Devem ser induzidas posturas municipais e outras medidas que restrinjam espacial e temporalmente os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas.

20. Ações preventivas de restrição da venda e consumo devem ser realizadas em contextos de maior vulnerabilidade a situações de violência e danos sociais. A venda para menores de 18 anos deve ser objeto de fiscalização rigorosa.

21. Devem ser discutidas as linhas gerais de uma política fiscal que desestime a produção e o consumo de bebidas alcoólicas.

22. A prevenção é essencial para a saúde pública; devem ser estimuladas, em todo o país, práticas educativas, relativas ao uso de álcool e outras drogas, que estimulem a percepção, a reflexão e a articulação das pessoas frente à temática em questão, de forma pragmática e responsável.

23. Todos os ministérios do governo devem estar implicados intersetorialmente nas iniciativas de educação, promoção de saúde e de hábitos saudáveis, reforço da mudança de padrões de consumo, ênfase na responsabilização e autocuidado.

24. As escolas, sejam de natureza pública ou privada, devem ser local privilegiado para iniciativas de prevenção do consumo de bebidas alcoólicas.

25. Governo, sociedade, empregadores e empregados devem ser chamados a desenvolver e participar de políticas integrais de prevenção e tratamento dos danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo de bebidas alcoólicas, respeitados os direitos individuais, a privacidade, e a cidadania dos trabalhadores.

26. Os ambientes de trabalho devem ser vistos como locais privilegiados para iniciativas de prevenção do uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

4 Ações concretas

O Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde Mental, tem o objetivo de implementar e fortalecer as ações que são específicas no que diz respeito ao consumo de álcool, além de participar de iniciativas intersetoriais sobre o tema.

No campo da legislação, já está em discussão a atualização da legislação vigente que regula a propaganda de bebidas alcoólicas no país, como desdobramentos dos resultados do GTI. A indústria de bebidas alcoólicas, é necessário reconhecer, implicou-se nesta discussão, buscando influenciá-la com o lançamento, em 2003, de uma proposta de “auto-regulamentação” que incorporou algumas das recomendações do GTI. No entanto, é importante ressaltar que avaliações sobre estas iniciativas, conduzidas por pesquisadores independentes, revelam a inoperância destas ações, além de serem criações unilaterais e não alcançarem os efeitos buscados pelo governo (GLOBAL, 2002).

A necessidade de fortalecer a articulação da rede de atenção à saúde das pessoas que fazem uso de álcool, nos seus diferentes níveis de complexidade, levaram o Ministério da saúde à discussão do componente hospitalar desta rede. A criação, em hospitais gerais, de leitos de retaguarda aos casos que necessitam de internação é uma necessidade recorrente dos profissionais que lidam com esta realidade.

Esta referência não está formalizada na maioria das cidades brasileiras, e nem no Sistema Único de Saúde. No entanto, ao elaborar critérios baseados na qualificação da equipe, contingente populacional, existência de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), visando o cadastramento desta nova modalidade de atenção, o Ministério da Saúde responde a uma falha existente na rede. A inclusão deste serviço na estrutura do SUS estará vinculada a um procedimento específico, em fase de estudos.

Além destas ações, a continuação da formação dos profissionais de saúde, a ampliação da rede CAPS ad, o trabalho intra/interministerial e a colaboração mútua com outras pessoas e organizações atentos a este tema compõem o repertório de iniciativas que visam tanto a inserção do consumo de álcool e das suas conseqüências associadas na agenda da saúde pública, como a construção de respostas eficientes a esses problemas.

Referências bibliográficas

BABOR, T., Caetano et al. *Alcohol: no ordinary commodity - research and public policy*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. (Série E. Legislação de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

----- . Ministério da Saúde. *Datasus: banco de dados do SIH/SUS*. [Brasília, DF: Ministério da Saúde], 2004.

CARLINI, E. A. et al. *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas Psicotrópicas); UNIFESP, 2002.

GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; Carlini, E. A. *4.º Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1.º e 2.º graus em 10 capitais brasileiras - 1997*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Escola Paulista de Medicina, 1997.

GLOBAL *alcohol policy alliance*. Beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. [S.l.: s.n.], 2002. Disponível em: <<http://www.ias.org.uk/publications/theglobe/02issue3/globe02issue3.pdf>>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. *Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas em desenvolvimento*. [Brasília: IPEA; Ministério da Saúde], [19- -?].

MELCOP, A. G. et al. *Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília: ABDETRAN, 1997.

-----; OLIVEIRA, E. M. *Álcool e trânsito*. Recife: Instituto RAID, 1997.

MURRAY, C. J. L. LOPEZ, A. D. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability, from diseases, injuries and risk factors in*

1990 and projected to 2020. Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health to World Health Organization and World Bank, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series; v. 1).

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Nida Notes*, v. 12, n. 5, p. 3-8, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. *Relatório sobre a saúde no mundo 2001 - saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS, 2001.

SÃO PAULO. Prefeitura Municipal de Diadema. Programa de restrição dos pontos de venda de bebidas alcoólicas. In: SEMINÁRIO SOBRE POLÍTICA INTERSETORIAL SOBRE ÁLCOOL. 2003, Brasília: Ministério da Saúde, 25 e 26 de novembro de 2003.

STRATEGY unit. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.number-10.gov.uk/files/pdf/SU%20interim_report2.pdf>.

Lista de notas

¹ Núcleo de Estudos de Família, Gênero e Sexualidade – FAGES, Universidade Federal de Pernambuco, Brasil; Centro de Prevenção às Dependências, Recife, Brasil.

² A entrevista com Lu foi realizada em 1999, como parte de uma pesquisa (mestrado) sobre o tempo livre entre jovens da periferia do Recife (FRANCH, 2000). Todos os nomes são fictícios.

³ Castro (2002: 6).

⁴ Krug et al. (2002: 25).

⁵ Para maior aprofundamento, sugerimos Velho e Alvito (1996); Pereira et al. (2000) e Zaluar (1994; 1998). A expressão cidade partida apareceu pela primeira vez em Ventura (1994).

⁶ Para ampliar os conceitos esboçados, recomendamos: Abramovay (2002); Castro (2002); Pereira et al. (2000); Diógenes (1998).

⁷ Para a redefinição das violências, ver Castro (2002); Suárez e Bandeira (2002); Pereira et al. (2002). A dimensão global da criminalidade é destacada por Zaluar (1994; 1998).

⁸ Barro et al. (2000).

⁹ Kant et al. (2000); Peralva (2000); Zaluar (1998).

¹⁰ Fonte: Cenepi; IBGE; MJ – Senasp, com exceção da taxa de homicídios de 2000 (Fonte: SIM/Datasus; IBGE).

¹¹ Todos os dados estão em Waiselfisz (2002).

¹² O dado aparece em Castro (2002: 20). É importante notar que a vulnerabilidade por raça ou cor começou a ser percebida no Brasil muito recentemente. A maioria de estatísticas ainda não incorporou esse cruzamento.

¹³ Krug et al. (2002).

¹⁴ Krug et al. (2002: 36).

¹⁵ Zaluar (1994) trabalha muito bem essa questão.

¹⁶ Abramovay (2002); Soares (2002).

¹⁷ Peralva (2000: 88).

¹⁸ Ver Zaluar (1985; 1994).

¹⁹ Bastos e Carlini-Cotrim (1998: 658).

²⁰ Autores consultados para a parte de masculinidade e violência: Connell (2001); Graham e Wells (2001); Greig (2001); Hautzinger (2001); Heilborn (1996); Fonseca (2000).

²¹ Carlini et al. (2002).

²² Castro e Abramovay (2002: 138).

²³ Minguardi apud Bastos e Carlini-Cotrim (1998).

²⁴ Pesquisa realizada pelo Instituto Raid em 1997. (Uso de álcool nas vítimas de violência e acidentes de trânsito no carnaval na cidade do Recife). Coincidindo com os dados internacionais sobre violência, o perfil das vítimas mostrou predomínio de homens jovens (60% tinham entre 20 e 29 anos), a maioria dos quais tinha sido atacada por arma de fogo (41,6%).

²⁵ Waiselfisz (2002: 51).

²⁶ Krug et al. (2002).

²⁷ No seu artigo, Graham e Wells (In press) analisam a literatura sobre o tema e mostram resultados de pesquisa realizada no Canadá com homens de 20 a 24 anos, envolvidos em 21 incidentes em bares.

²⁸ Wells et al. (2000).

²⁹ Graham e Wells (In press).

³⁰ Dados extraídos da revisão bibliográfica sobre álcool e agressão elaborada por Graham et al. (1998).

³¹ Franch (2002).

³² Franch (2002). Idem.

³³ Uma experiência interessante nesse sentido é a Campanha do Laço Branco – Homens pelo fim da violência contra a mulher, que promove uma série de eventos cujo público principal é formado com homens com o objetivo de desnaturalizar a prática da violência contra as mulheres. Quanto à promoção de uma cultura de paz, a Unesco é o organismo que mais visibilidade tem obtido com essa ação.

- ³⁴ Assistente Social, especialista em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, mestre e doutoranda em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
- ³⁵ Assistente Social, Sanitarista formada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – Nesc; Fiocruz, tem curso de pós-graduação em Administração para o Desenvolvimento – UFPE. Tem curso de pós-graduação em Saúde Mental Coletiva – Fiocruz/RJ. Foi uma das fundadoras do Centro de Prevenção às Dependências, da Rede Pernambucana de Redução de Danos e da Associação de Usuários de Álcool e outras Drogas de Pernambuco. É membro da Diretoria da Coalizão Internacional de Álcool e Redução de Danos – ICAHRE. É pesquisadora e consultora na área do consumo de drogas.
- ³⁶ ESCOHOTADO, A. *Historia general de las drogas*. 3. ed. Madrid, Espanha, 2000.
- ³⁷ Organização Mundial da Saúde, Departamento de Acidentes e Violência, 2001.
- ³⁸ MARGOLIS, L. H. Álcool and motor vehicle – related deaths of children as pass engers, pedestrians, and bicyclists. *JAMA*, 2000.
- ³⁹ MELCOP et al. *Álcool e trânsito*. [Brasília]: Ministério da Justiça, 1997.
- ⁴⁰ NERY FILHO et al. *Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito*. Abdetran, 1997.
- ⁴¹ WHO – World Health Report, 2002.
- ⁴² MASUR, Jandira. *O que é alcoolismo*. São Paulo: Brasiliense, 1988.
- ⁴³ VILLAR, Margarita Antonia. *Uso de álcool e drogas*. Ribeirão Preto: FIERP – EERP; USP; Fapesp, 2000.
- ⁴⁴ IAA – International Advertising Association. Disponível em: <www.iaaglobal.org>.
- ⁴⁵ Icap – International Center for Alcohol Policies. Disponível em: <www.icap.org>.
- ⁴⁶ Icap – Self-Regulation of Beverage Alcohol Advertising. Reports 9, January, 2001.

⁴⁷ Easa – The European Advertising Standards Alliance. Disponível em: <www.easa-alliance.org>.

⁴⁸ MOSCOVICI, Serge. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.

⁴⁹ MOSCOVICI, Serge, op. cit.

⁵⁰ NOTO, Ana Regina et al. *Psicotrópicos, saúde e a imprensa brasileira: uma análise dos artigos sobre psicotrópicos publicados nos principais jornais e revistas do país*. São Paulo: Cebrid. 2000. (No prelo).

⁵¹ Andi – Agência de Notícias dos Direitos da Infância. *Publicações, ponto J, Boletim*, n. 10, jan./fev. 2000. Disponível em: <www.andi.org.br>.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS
Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
(Normalização, editoração, impressão, acabamento e expedição)
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>
Brasília – DF, fevereiro de 2004
OS 0100/2004