



FACULDADE LATINOAMERICANA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL

Estudo com base em fontes secundárias

Relatório de Pesquisa

Rio de Janeiro, Junho de 2012

www.flacso.org.br

EQUIPE DE PESQUISADORES:

GILBERTA ACSELRAD (COORDENAÇÃO)
MARIA LUCIA KARAM
HELENA MARIA SCHERLOWSKI LEAL DAVID
SERGIO ALARCON

ASSISTENTES DE PESQUISA:

FLAVIA MARIA CAVALLO PFEIL
CARLANA SANTOS GRIMALDI CABRAL DE ANDRADE

APRESENTAÇÃO

As informações e reflexões contidas nesse Relatório resultam de pesquisa sobre o consumo das bebidas alcoólicas no Brasil, tendo por base fontes secundárias. A pesquisa teve como objetivo produzir um agregado significativo de dados que contribua para esclarecer padrões e motivações de uso dessa droga que é a mais consumida no país; assinalar os danos sociais decorrentes do seu uso problemático, assim como o alcance das políticas públicas de atendimento à população direta ou indiretamente envolvida.

Este estudo de caráter nacional foi desenvolvido no âmbito da Área de Saúde Pública e Direitos Humanos da Faculdade Latinoamericana de Ciências Sociais, FLACSO BRASIL. Buscando dar conta da complexidade do fenômeno do uso de drogas, o tema foi pesquisado levando-se em conta a multiplicidade de aspectos que envolvem a experiência de consumo dessas substâncias: psicológicos, éticos, sociológicos, culturais, jurídicos, econômicos, políticos, no sentido de contribuir para a construção de políticas públicas abrangentes.

No levantamento de evidências sobre o consumo de bebidas alcoólicas no país, esse estudo considerou tanto estudos quantitativos quanto qualitativos.

Foram consultadas pesquisas e bases de dados realizadas por iniciativa de agências internacionais - OMS; por instituições nacionais de pesquisa - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde/CEBES; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID/Departamento de Medicina Preventiva/Universidade Federal de São Paulo; Secretaria Nacional sobre Drogas/Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas/UNIAD/Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP. Órgãos públicos de estudo e de produção de dados estatísticos - Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social/BNDES; Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/DATASUS/Ministério de Saúde; Escritório Técnico de Estudos Econômicos do Nordeste/ ETENE/BNB; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE; Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/IPEA; Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento/MAPA; Sistema de Informações sobre Mortalidade/SIM/DATASUS/MS; Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas/VIGITEL/MS. Quanto aos estudos qualitativos, foi consultada a produção acadêmica publicada, relacionada direta ou indiretamente ao tema - livros e artigos. Foram considerados, também, trabalhos apresentados em seminários e congressos no Brasil e no exterior; teses de doutorado, dissertações de mestrado nas áreas de Ciência Política, Direito, História, Ciências Sociais, Saúde Coletiva, Economia, Psicanálise, Pedagogia, Epidemiologia, Farmácia e Biologia; periódicos científicos nacionais e internacionais na área de Saúde Coletiva, História, Filosofia, Economia. Deu-se atenção também à produção cultural relacionada às bebidas alcoólicas nas áreas de letras, artes e histórias em

quadinhos. No que se refere aos marcos normativos e reguladores governamentais, foi consultada e analisada a legislação brasileira sobre a produção, comércio e consumo de bebidas alcoólicas, assim como os Relatórios, Portarias, Resoluções, Decretos sobre o tema.

O presente estudo foi organizado em oito capítulos. No primeiro consta uma caracterização político-administrativa e uma descrição do contexto sócio-demográfico e epidemiológico do país. Informa sobre a possibilidade de acesso aos serviços de saúde, no geral, e, em particular, aos serviços de atendimento especializados da rede pública e privada, em particular a rede de atendimento voltada para o uso problemático do álcool.

O segundo capítulo trata do estado do conhecimento sobre o álcool, com base em estudos qualitativos e quantitativos que ora contribuem para esclarecer a complexidade do fenômeno, ora fortalecem uma visão reducionista da questão. Conceitos, preconceitos, classificações dos discursos sobre as drogas, propostas pedagógicas alternativas são temas aqui analisados e discutidos, tal como se configuraram em alguns períodos da história do país, na produção cultural brasileira, nas ações de saúde e de educação.

O terceiro capítulo trata da produção e evolução do mercado de bebidas alcoólicas no Brasil – produção nacional industrial, importação e exportação, circulação de bebidas alcoólicas, sem controle governamental (bebidas artesanais e informais), os diferentes tipos de bebidas e de consumidores e, em particular, da propaganda como poderoso instrumento que busca influenciar opiniões, conhecimentos e intenções sobre o beber.

O quarto capítulo busca esclarecer os padrões de consumo das bebidas alcoólicas, descrevendo os aspectos gerais de consumo do álcool que é a droga mais consumida no Brasil. As diferenças de consumo entre adultos e crianças/jovens; diferenças de tipos de uso segundo a idade e o gênero; o consumo por tipo de bebida e o consumo de risco, assim como o significado do beber particular a cada grupo social, são aspectos que apontam para diferentes possibilidades de uso do álcool, nem sempre danosas.

No quinto capítulo, o estudo discute as motivações do consumo das bebidas alcoólicas. O uso de álcool no passado e hoje teria alguma motivação específica relacionada com as propriedades universais intrínsecas à bebida alcoólica? Ou se trata apenas de um hábito, imposto pela tradição? A reflexão aqui parte da noção de que não seria possível explicar o consumo de álcool no passado e hoje em dia, apenas conhecendo-se propriedades farmacológicas ou apenas evocando sua importância religiosa. A propaganda da bebida é mais uma vez evocada, como forma de produzir o desejo.

No sexto capítulo são tratados os danos individuais e coletivos decorrentes do consumo problemático das bebidas alcoólicas no país. Morbidade e mortalidade nem sempre são de fácil identificação, já que os danos diretos só podem ser verificados no caso de uso prolongado. São discutidas no capítulo causas de morte associadas ao álcool, danos específicos quando o consumo acontece na população menor de idade, acidentes em todas as suas formas (de trânsito, domésticos, no trabalho), internações hospitalares e em centros de saúde especializados (rede pública e privada), violência em todas as suas formas associada ao consumo de bebidas alcoólicas. A discussão sobre danos foi relacionada a formas de tratamento diferenciadas.

O sétimo capítulo trata dos marcos normativos e reguladores. A legislação brasileira concernente à produção, ao comércio e ao consumo de bebidas alcoólicas é ali analisada em seus principais aspectos. Dentre os temas abordados, destacam-se os mecanismos de controle da propaganda das bebidas alcoólicas, as limitações a seu fornecimento, o controle do consumo na esfera pública e, especialmente, na condução de veículos, tudo examinado sob uma visão

crítica da legislação vigente, aí incluídos o Código de Trânsito Brasileiro e a recente Lei Geral da Copa (a lei que regula os eventos esportivos que se realizarão no Brasil em 2013 e 2014 – a Copa das Confederações e a Copa do Mundo).

Encerrando este Relatório, o oitavo capítulo trata das políticas públicas atuais sobre o álcool na área da Educação e da Saúde. A educação sobre drogas é discutida na sua relação com as normas jurídicas estabelecidas. Diversas propostas educativas são apresentadas, também sendo analisados alguns materiais lúdicos sobre drogas, dirigidos às crianças e aos adolescentes. Na área da Saúde, discute-se a hegemonia dos modelos unicausais de se perceber a relação saúde/doença; a prática dos centros de referência em atenção e pesquisa sobre o uso de drogas; o espontaneísmo comunitário, de apoio social, mútua ajuda, assim como as experiências mais recentes ligadas ao Sistema Único de Saúde/SUS.

ÍNDICE

CAPÍTULO 1 – BRASIL, CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	10
Caracterização político-administrativa	10
Perfil epidemiológico	11
Causas de morte no Brasil e concentração por idade	16
Situação Social.....	26
Políticas de Saúde	27
Políticas de Saúde voltadas para o consumo de álcool e drogas	30
 CAPÍTULO 2 – ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NO BRASIL, ESTUDOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS	32
Álcool, usos e costumes ao longo da História	32
Álcool, usos e costumes na produção artística	36
Os discursos sobre o Álcool, conceitos e preconceitos	38
Os discursos sobre o alcoolismo e seu tratamento	50
A relação entre álcool e violência/perda da produtividade.....	55
 CAPÍTULO 3 – OFERTA DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL	58
Produção e evolução do mercado nacional	58
O esforço de venda de bebidas alcoólicas, a propaganda	62
 CAPÍTULO 4 – PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS.....	68
Aspectos gerais do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil.....	68
Padrões de consumo entre os adultos	70
Consumo de álcool por crianças e jovens.....	76
Consumo por tipo de bebida.....	80
Consumo de risco ou “binge drinking.....	83
 CAPÍTULO 5 - MOTIVAÇÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	86
 CAPÍTULO 6 – DANOS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL NO BRASIL.....	93
Danos associados ao consumo de álcool entre menores de idade	94
Acidentes de trânsito.....	97
Violência e consumo de bebidas alcóolicas	100
Internações em hospitais e em centros especializados para tratamento do consumo de bebidas alcóolicas	101

CAPÍTULO 7 - PRINCIPAIS ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADA ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS.....	103
Regulação da produção e do comércio	104
Regulação do consumo.....	108
 CAPÍTULO 8 – POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS SOBRE BEBIDAS ALCÓOLICAS	115
Área de Educação.....	115
Projetos pedagógicos e materiais educativos.....	121
Área de Saúde	126
O espontaneísmo comunitário e o apoio social	130
Lei Orgânica da Saúde (Pós 1990).....	134
A Redução de Riscos e Danos como política	139
 CONCLUSÃO	141
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População total e variação percentual do crescimento Brasil, 1991-2011.....	11
Tabela 2 – Óbitos por grupos de causas – CID-10, Brasil, 2010, por Região	17
Tabela 3- Distribuição proporcional dos óbitos infantis, segundo grupos de causas, por região e no país, 2009	19
Tabela 4 – Número de internações no sistema público por causas externas, Brasil, 2008 a 2011	20
Tabela 5 – Óbitos por causas externas, por sexo – Brasil, 1996 a 2010	21
Tabela 6 – Gastos totais com saúde pelo nível federal, Brasil, 1995 a 2009.....	28
Tabela 7 - Consumo per capita de cerveja – litros/habitante 2009	60
Tabela 8 – Despesa média mensal familiar com bebidas alcoólicas, segundo classes de rendimentos e variação patrimonial mensal familiar. Brasil, 2008-2009	70
Tabela 9 – Percentual da população segundo variáveis socioeconômicas e classificação entre consumidores de álcool e abstêmios	73
Tabela 10 – Prevalência de consumo de bebidas, segundo frequência e faixas de idade. Brasil, 2007 (n= 2.346).....	76
Tabela 11 – Prevalência de consumo de bebidas, segundo tipo, por sexo e região Brasileira. Brasil, 2007	83
Tabela 12 – CAPS cadastrados no Brasil, 2008 a 2012	138

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Variação percentual do crescimento populacional brasileiro, 1991-2011.....	12
Gráfico 2 - Pirâmide populacional, Brasil, 2010	13
Gráfico 3 - Distribuição da população brasileira por faixa etária, 2005- 2010.....	14
Gráfico 4 - Distribuição proporcional de homens e mulheres por grupo etário, Brasil, 2010	14
Gráfico 5 - Taxa de fecundidade total por regiões – Brasil, 1992 e 2008.....	15
Gráfico 6 - Mortalidade proporcional por câncer(CA) nas regiões, Brasil, 2009 (por 100.000 hab)	18
Gráfico 7 – Taxa de mortalidade infantil, Brasil e regiões, 2000-2008 (por 1.000 NV)....	19
Gráfico 8 – Número de internações por causas externas, jovens do sexo masculino, segundo faixa etária. Brasil, 1998 a 2011.	22
Gráfico 9 – Número de internações por causas externas, jovens do sexo feminino, segundo faixa etária. Brasil, 1998 a 2011.	22
Gráfico 10 - Taxa de mortalidade específica por homicídios (por 100.000 hab), 2009.....	23
Gráfico 11 - Taxa de mortalidade específica por homicídios (por 100.000 hab), segundo região, Brasil, 1990 a 2009	24
Gráfico 12 - Óbitos, em números absolutos, por doença alcoólica do fígado, por sexo. Brasil, 2006 a 2009.	25
Gráfico 13 – Taxas de mortalidade por doença alcoólica do fígado (CID-10), Brasil, 2006 a 2009, por sexo.....	25
Gráfico 14 – Coeficiente de Gini, Brasil, 1995-2007	26
Gráfico 15 - Distribuição proporcional dos gastos federais com saúde, de acordo com o tipo (direto ou repasse aos municípios).....	29
Gráfico 16 – Prevalências de uso de bebidas alcoólicas na população brasileira, 2001 e 2005	72
Gráfico 17 - Frequência de beber entre adultos – Brasil, 2007.....	74
Gráfico 18 – Frequência do consumo de bebidas entre adultos, sexo masculino, Brasil, 2007.....	75
Gráfico 19 – Intensidade do consumo de bebidas entre adultos, sexo feminino, Brasil, 2007.....	75
Gráfico 20 – Percentual de consumo de bebidas alcoólicas por jovens, por faixas de idade – Uso no ano (n= 50.890)	77
Gráfico 21 – Percentual de consumo na vida de bebidas alcoólicas entre jovens de 10 a 19 anos, estudantes de escolas públicas e privadas.....	78
Gráfico 22 – Frequência do consumo entre jovens do sexo masculino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007	79
Gráfico 23 – Frequência do consumo entre jovens do sexo feminino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007	79
Gráfico 24 – Consumo de cerveja em litros por ano, Brasil, 1994 a 2004.....	80

Gráfico 25 – Consumo de bebidas alcoólicas, em unidades de litros de álcool puro, segundo tipo de bebida. Brasil, 1970, 1980, 1990, 2000 e 2007	81
Gráfico 26 – Prevalência de consumo de bebidas entre adultos, por faixa de renda e tipo de bebida. Brasil, 2007	82
Gráfico 27 – Prevalência da frequência do beber em binge, adultos e adolescentes/jovens.....	84
Gráfico 28 - Percentual de uso abusivo de álcool por adultos homens e mulheres segundo faixa etária, 2011 (inquérito telefônico)	85
Gráfico 29 - Evolução da taxa de mortalidade específica por doença alcoólica do fígado, por sexo. Brasil, 1996 a 2010.....	93

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Divisão político-administrativa do Brasil	11
Mapa 2 – Taxa de fecundidade, por estados brasileiros, 2010	16
Mapa 3 - Consumo mundial per capita de bebidas, em litros de álcool puro, 2005	59
Mapa 4 - Prevalência de consumo de álcool por adultos, Brasil, 2007	69

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Revista da Mônica, Uma história que precisa ter fim	122
Figura 2 – Caixa; <i>O Jogo da Onda</i>	124
Figura 3 - Tabuleiro; <i>O Jogo da Onda</i>	125
Figura 4 - Diagrama AD baseado nas políticas públicas (SUS e Saúde Mental)	139

CAPÍTULO 1

BRASIL, CARACTERIZAÇÃO SOCIAL, DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

CARACTERIZAÇÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA

O Brasil é uma República Federativa composta pela União, por 26 Estados mais o Distrito Federal, e por 5 565 municípios. O atual texto constitucional apresenta como fundamentos de existência e manutenção do Estado brasileiro: a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. A organização político-administrativa compreende a União, os Estados e os Municípios, todos autônomos.

A divisão do território em cinco grandes regiões foi uma forma de buscar conferir limites relativos a uma certa unidade de paisagens, clima e características sócio-culturais. O território nacional compreende cinco Regiões – Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul.

A Região Norte, em verde no Mapa, compreende os Estados do Acre (AC), Rondônia (RO), Roraima (RR), Amazonas (AM), Pará (PA), Amapá (AP) e Tocantins (TO). O cenário é marcado pela extensão da floresta amazônica brasileira, cortada pelo Rio Amazonas e seus afluentes, importantes meios de transporte e fontes de sobrevivência da população. É a Região menos populosa do país.

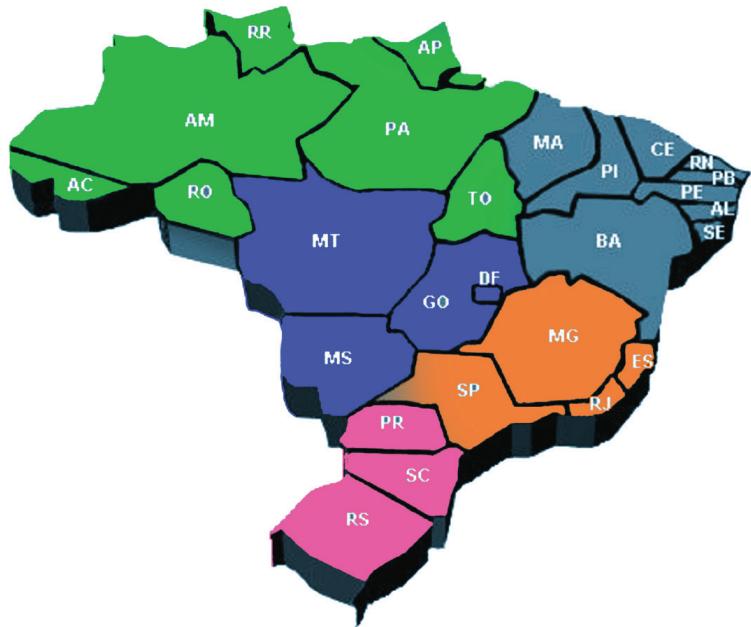
A Região Nordeste, em cinza, integra os Estados da Bahia (BA), Sergipe (SE), Alagoas (AL), Pernambuco (PE), Paraíba (PB), Rio Grande do Norte (RN), Piauí (PI) e Maranhão. A geografia física é diversificada, com um litoral de crescente exploração turística, e interior de clima seco, sujeito a longos e sofridos períodos de seca, com municípios pobres e poucos recursos para a produção econômica.

O Centro-Oeste tem sua geografia marcada pela presença do cerrado e da região do pantanal. Do ponto de vista econômico, é a região onde estão os maiores produtores de gado e commodities agrícolas como a soja. No centro do país, desde 1960, está instalada o Distrito Federal e a capital do Brasil, Brasília.

A Região Sudeste é a que possui os três Estados mais ricos do país – São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Região fortemente urbanizada serviu ao longo das últimas décadas como o espaço para o qual convergiu a população empobrecida das demais Regiões, em especial do Nordeste.

A Região Sul compreende os Estados do Paraná (PR), Santa Catarina (SC), e Rio Grande do Sul (RS). Também é uma região com forte presença no conjunto da produção agropecuária brasileira. A urbanização é expressiva, porém não tão intensa e desorganizada como na Região Sudeste.

Mapa 1 – Divisão Político- Administrativa do Brasil



PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

A população brasileira está próxima dos 200 milhões de habitantes. Apesar do crescimento nominal, a evolução das taxas de crescimento tem sido negativa, com aceleração da queda nos últimos anos. A queda no perfil de fecundidade, comentada mais adiante, responde por esta queda.

Tabela 1

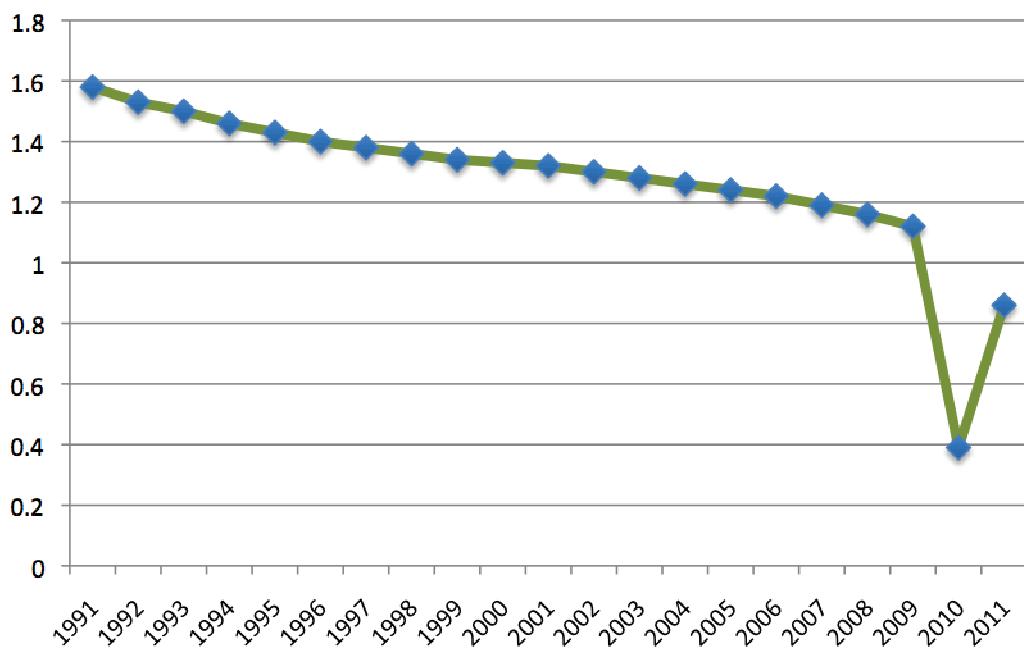
População total e variação percentual do crescimento Brasil, 1991-2011

Ano	População 1º de julho	Variação %
1991	149.926.149	1,58
1992	152.226.988	1,53
1993	154.512.692	1,50
1994	156.775.230	1,46
1995	159.016.334	1,43
1996	159.016.334	1,40
1997	161.247.046	1,38
1998	163.470.521	1,36
1999	165.687.517	1,34
2000	167.909.738	1,33
2001	170.143.121	1,32
2002	172.385.826	1,30
2003	174.632.960	1,28
2004	176.876.443	1,26
2005	179.113.540	1,24
2006	181.341.499	1,22
2007	183.554.255	1,19
2008	185.738.317	1,16
2009	189.990.983	1,12
2010	190.732.694	0,39
2011	192.376.496	0,86

Fonte: IBGE, 2012

Gráfico 1

Variação percentual do crescimento populacional brasileiro, 1991-2011



Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012

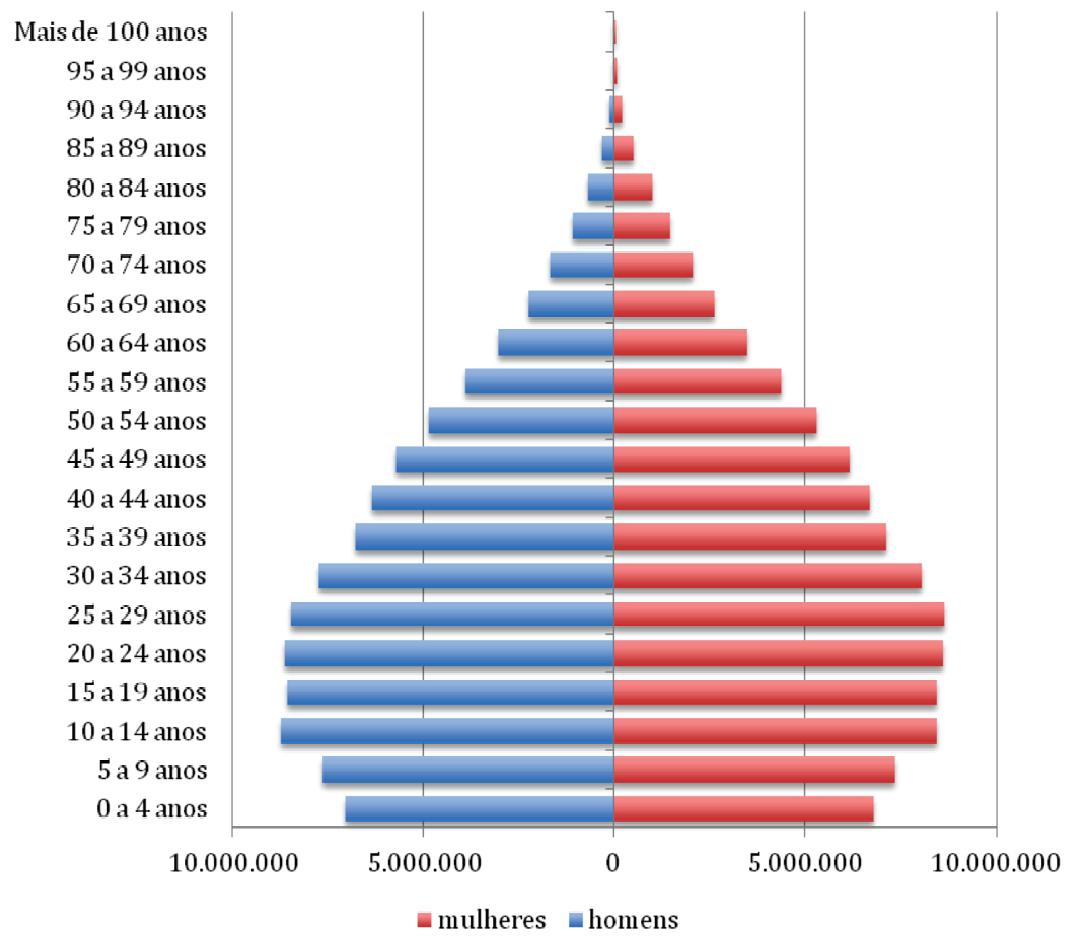
A distribuição por sexo e idade evidencia o processo de mudança, com envelhecimento progressivo da população. No entanto, quando se comparam as diferentes Regiões, notam-se diferenças importantes na estrutura etária, com predomínio da população mais velha nas regiões Sudeste e Sul, e mais jovem, nas Regiões Norte e Nordeste.

As faixas de idade mais prevalentes são as de jovens acima dos 10 anos, adultos jovens (19 a 30 anos) e adultos (30 a 60 anos).

Gráfico 2

Pirâmide populacional, Brasil, 2010

Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012



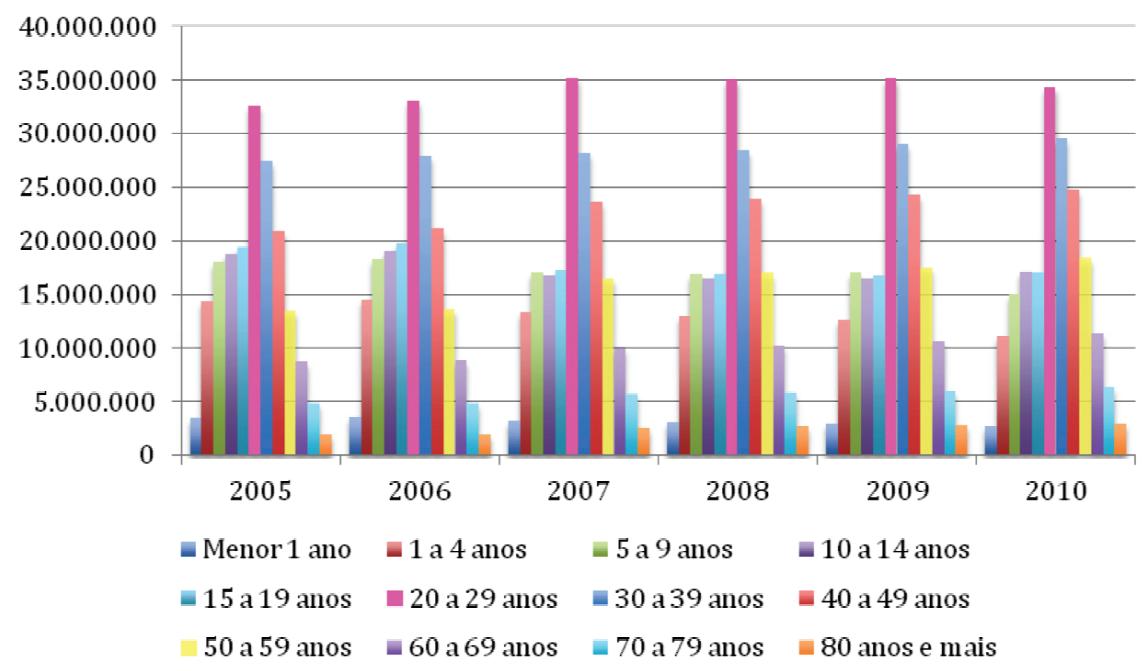
Apesar do aceleramento do envelhecimento da população nos últimos anos, há predomínio nas faixas de adultos jovens e adultos, em ambos os sexos. As faixas de idade de crianças menores de quatro anos apresentam queda no período, expressando a queda na fecundidade ocorrida nas três últimas décadas.

Já o grupo de pessoas idosas aumenta progressivamente, e vem determinando impacto importante junto às políticas previdenciária e de saúde. Embora atualmente o percentual de pessoas com mais de 60 anos seja, no país, relativamente baixo (12%), trata-se de um grupo populacional com demandas específicas no que se refere às políticas de bem estar social. Neste grupo, há um maior percentual de mulheres em relação aos homens.

Os dados evidenciam uma forte tendência ao envelhecimento rápido da população brasileira para as próximas décadas.

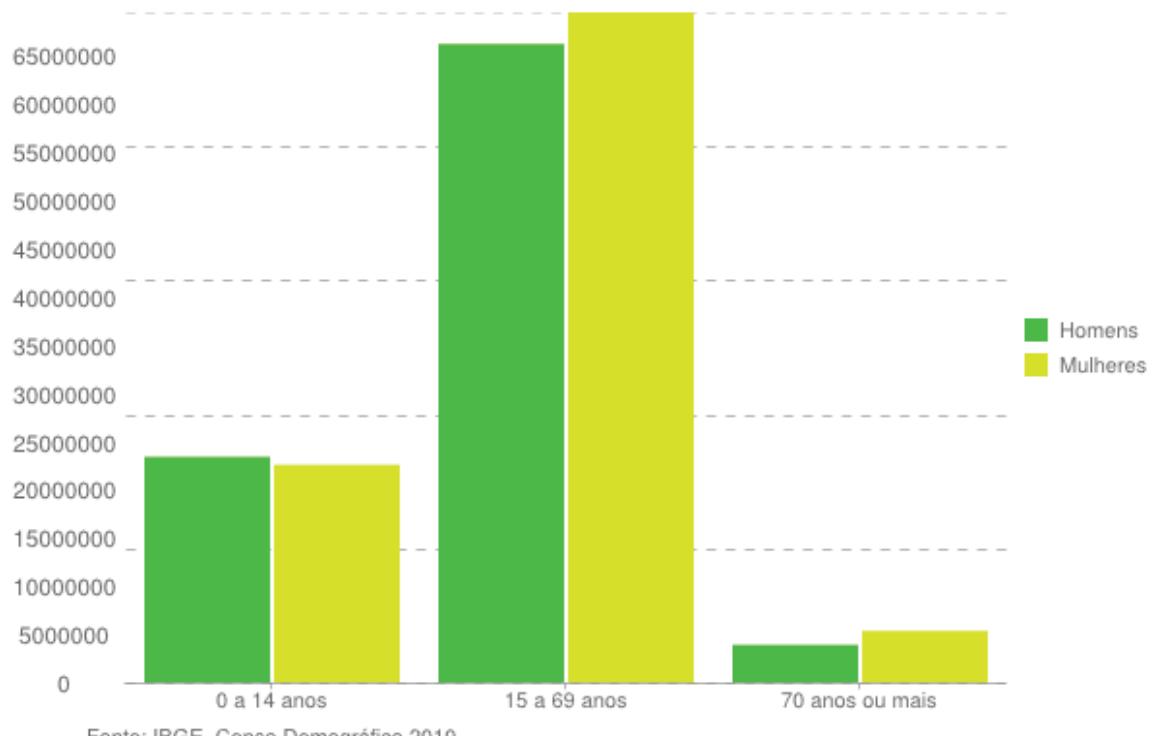
Gráfico 3

Distribuição da população brasileira por faixa etária, 2005- 2010



Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012

Gráfico 4 - Distribuição proporcional de homens e mulheres por grupo etário, Brasil, 2010



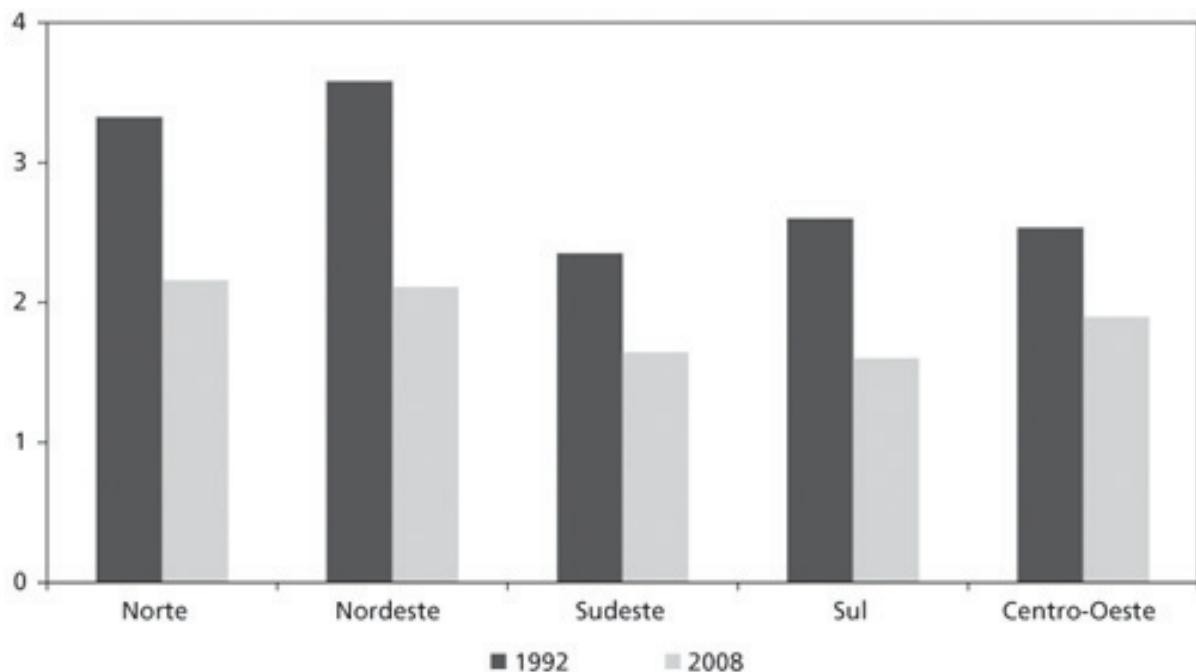
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Fonte: IBGE, CENSO, 2010

A esperança de vida ao nascer é um indicador que apresenta evolução positiva. Em 1980, os brasileiros tinham uma esperança de vida ao nascer de 62,6 anos, passando para 70,5 anos, em 2000. Em 2010, a expectativa de vida ao nascer chegou aos 73,1 em 2009. Em que pesem as diferenças na qualidade de vida e de saúde entre as Regiões brasileiras, este indicador evidencia os resultados das tecnologias de atenção à saúde, com rastreamento e identificação de problemas crônicos como câncer e doenças cardíacas, e diminuição das taxas de mortalidade por doenças infecciosas.

A taxa de fecundidade apresenta queda importante nas quatro últimas décadas. Em 1960, era de 6 filhos por mulher, passando para 4,5 no final da década de 1970. Em 2010, a taxa média de fecundidade no Brasil era de 1,86 filhos por mulher, semelhante à dos países desenvolvidos e abaixo da taxa de reposição populacional (IBGE, 2010). A taxa de fecundidade caiu em todos os grupos etários, incluindo as adolescentes.

Gráfico 5
Taxa de fecundidade total por regiões – Brasil, 1992 e 2008



Fonte: IBGE, Censo 2010

A distribuição regional do indicador de fecundidade evidencia diferenças, com taxas menores nas Regiões Sul e Sudeste, e maiores em alguns estados da Região Norte e Nordeste. A quase totalidade dos Estados, no entanto, apresenta taxa de fecundidade abaixo da média mundial, o que vem contribuindo para a queda do crescimento populacional.

Mapa 2
Taxa de fecundidade, por estados brasileiros, 2010



Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012

- 00 até 2,10 filhos por mulher
- 00 + 2,10 filhos por mulher (taxa de reposição populacional)
- 00 + 2,55 filhos por mulher (média mundial)

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO CAUSAS DE MORTE NO BRASIL E CONCENTRAÇÃO POR IDADE

Os registros de mortes são os mais antigos e consolidados na área da saúde, e estão disponíveis para consulta desagregados por Região, Estados e municípios, no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM). Atualmente são classificados segundo o Código Internacional de Doenças na sua 10^a Revisão, ou CID 10. As causas relacionadas às doenças cardiovasculares seguem sendo as mais frequentes na população em geral, seguindo-se os cânceres em todos os tipos, e, em terceiro lugar, a mortalidade por causas externas. As diferenças regionais apontam para aumento no peso proporcional da mortalidade por câncer na Região Sul, e por causas cardiovasculares na Região Sudeste. As causas externas de mortalidade são proporcionalmente mais frequentes na Região Nordeste.

Tabela 2
Óbitos por grupos de causas – CID-10, Brasil, 2010, por região

Capítulos do CID 10	N	NE	S	SE	CO	Brasil	%
TOTAL	65.425	284.635	534.495	179.428	72.964	1.136.947	100
IX. Doenças do aparelho circulatório	14.333	81.692	157.001	53.021	20.324	326.371	28,71
II. Neoplasias (tumores)	7.712	37.330	87.691	35.340	10.917	178.990	15,74
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	12.415	42.976	54.820	20.907	12.138	143.256	12,60
X. Doenças do aparelho respiratório	5.644	23.699	62.367	19.684	7.720	119.114	10,48
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat	7.732	22.196	38.047	8.743	2.904	79.622	7,00
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	3.818	21.851	30.164	10.266	4.177	70.276	6,18
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.842	14.326	28.065	9.011	3.817	58.061	5,11
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3.592	12.099	23.038	6.529	3.565	48.823	4,29
VI. Doenças do sistema nervoso	860	4.544	13.650	4.681	1.568	25.303	2,23
XIV. Doenças do aparelho genitourinário	1.108	4.755	13.832	3.407	1.417	24.519	2,16
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	3.010	8.218	8.298	2.455	1.742	23.723	2,09
V. Transtornos mentais e comportamentais	359	3.618	5.949	1.984	849	12.759	1,12
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	994	2.930	4.007	1.413	852	10.196	0,90
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	452	1.850	2.873	723	386	6.284	0,55
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	219	1.075	2.209	732	306	4.541	0,40
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	133	830	1.818	302	142	3.225	0,28
XV. Gravidez parto e puerpério	188	597	607	206	130	1.728	0,15
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	11	38	50	19	7	125	0,01
VII. Doenças do olho e anexos	3	11	9	5	3	31	0,00

Fonte: SIM/DATASUS/MS, elaboração própria

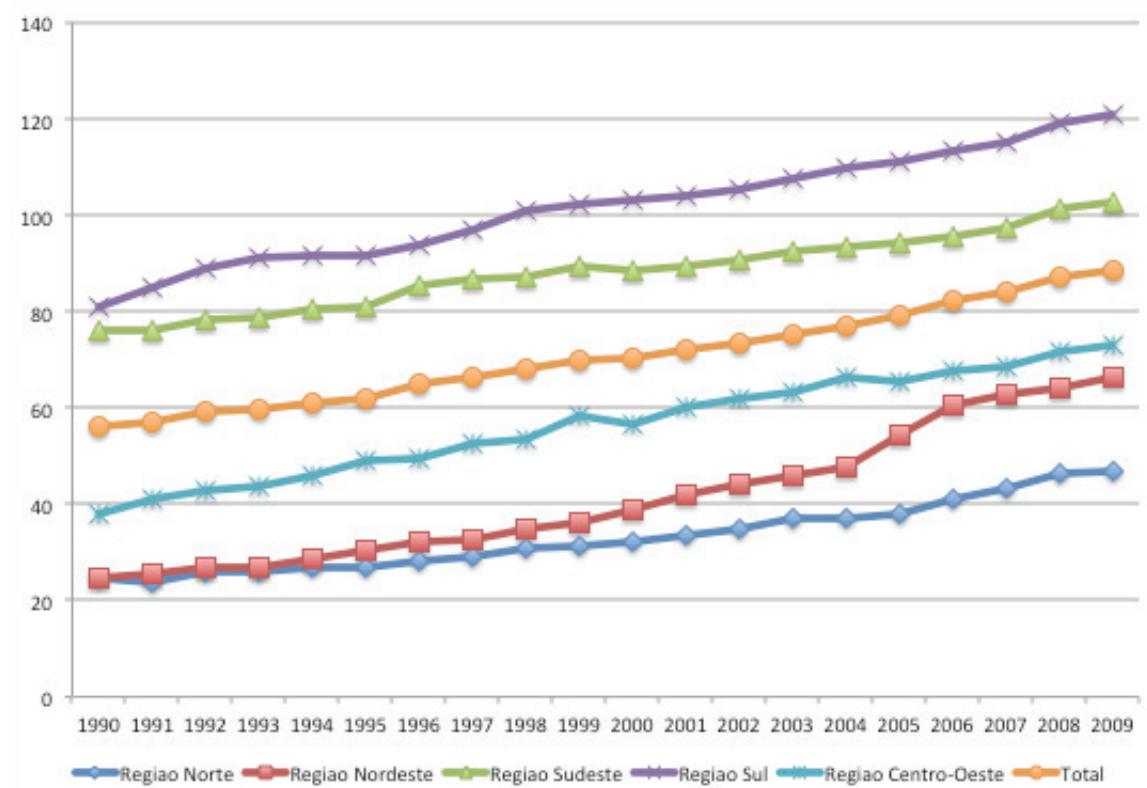
Na população em geral, as taxas de mortalidade por algumas causas evidenciam padrões diferentes nas Regiões, com maior concentração nas cidades maiores. As causas relacionadas às Doenças Cardiovasculares (DCV) são as mais frequentes em todas as capitais dos Estados, e acompanham mudanças nos estilos de vida (sedentarismo, alimentação industrializada, estresse) e o envelhecimento populacional.

Já as taxas de mortalidade por câncer (CA) são mais elevadas na Região Sul, e também no Sudeste. Há influência de fatores relacionados à urbanização, exposição a fatores de risco,

padrão e hábitos de vida. Também o envelhecimento da população e a ampliação nas formas de detecção de alguns tipos de câncer contribuíram para o aumento destas taxas.

Gráfico 6

Mortalidade proporcional por câncer(CA) nas regiões, Brasil, 2009 (por 100.000 hab)

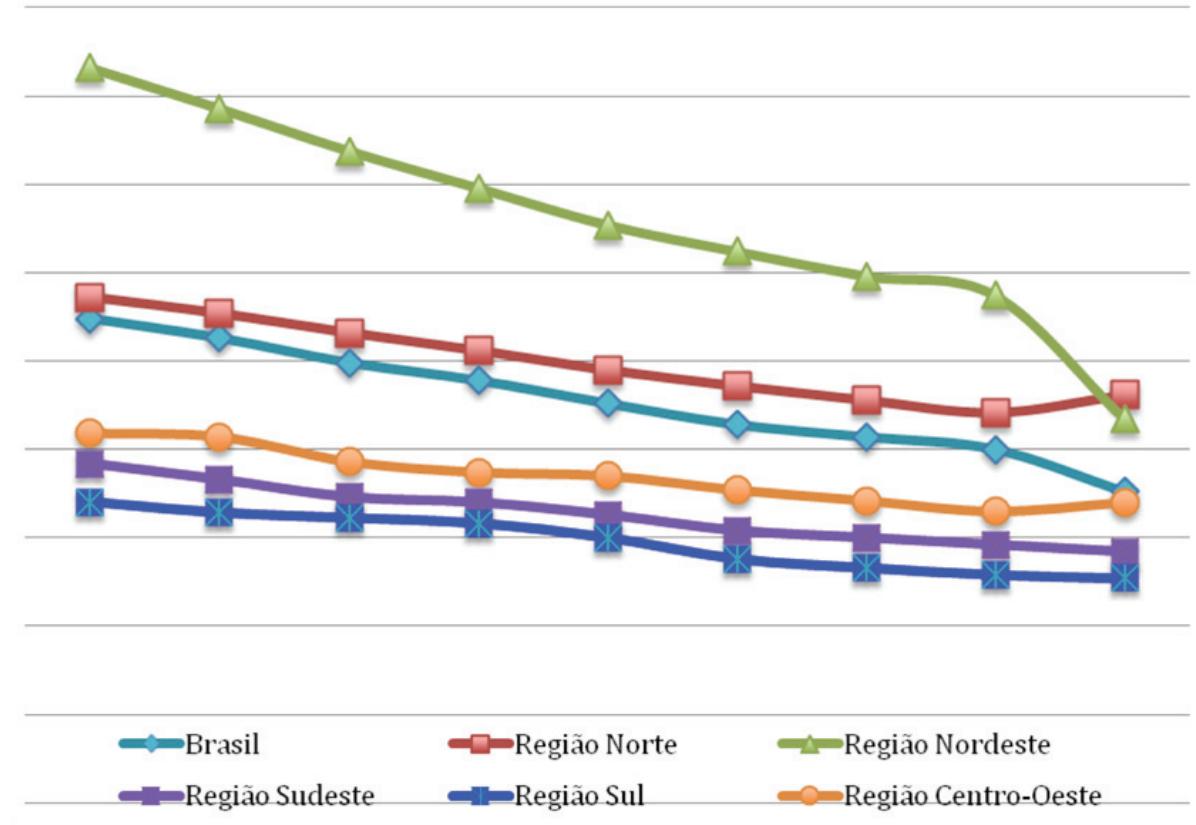


Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

No período entre 2000 e 2009, a mortalidade infantil no Brasil declinou em todo o país, independente do tamanho do município. Há redução dos contrastes regionais, mas ainda mantendo menores chances de sobrevivida para as crianças da Região Nordeste.

Gráfico 7

Taxa de mortalidade infantil, Brasil e regiões, 2000-2008 (por 1.000 NV)



Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

Na análise por grupos de causas de óbito, classificados segundo o Código Internacional de Doenças – 10^a Revisão (CID-10), entre os menores de um ano, evidencia-se as diferenças regionais no último ano de registro oficial (2009), com maiores percentuais de causas relacionadas a doenças infecciosas e parasitárias nas Regiões Norte e Nordeste.

Tabela 3

Distribuição proporcional dos óbitos infantis, segundo grupos de causas, por região e no país, 2009

Grupos de causas	N	NE	SE	S	CO	Brasil
Doenças infecciosas e parasitárias	7,6	6,3	3,9	2,6	4,3	5,1
Neoplasias	0,3	0,3	0,3	0,6	0,4	0,3
Doenças do aparelho circulatório	1,7	0,9	1,1	0,7	1,3	1,1
Doenças do aparelho respiratório	8,0	5,7	5,2	4,7	6,7	5,8
Afecções originadas no período perinatal	60,1	63,2	61,5	60,0	56,5	61,4
Causas externas	1,6	1,6	3,2	4,1	3,0	2,5
Demais causas definidas	20,8	22,0	24,8	27,4	27,8	23,0

Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

MORTALIDADE E MORBIDADE POR VIOLENCIA

Os registros de um evento de violência, no Brasil, podem ser de origem policial (boletins de ocorrência) ou da área da saúde, gerando dados de internação e mortes, classificados atualmente pelo Código Internacional de Doenças – 10^a Revisão (CID 10). Os registros policiais não possuem bases públicas acessíveis, ao contrário das informações de saúde, que desde os primórdios do acesso à internet podem ser acessados.

Dados de internação por causas externas, entre 2008 e 2011, mostram que a causa isolada com maior numero de internações, na população em geral, foram os acidentes de transporte, em todas as suas formas. As agressões também respondem por um alto número de internações, e os dados brutos mostram aumento no período.

O item que agrupa diversos tipos de causas externas e lesões por violência (outras causas externas de lesões e acidentes) apresenta dados brutos maiores. Pesquisadores sobre o tema violência tendem a considerar que o registro destes eventos é de difícil precisão, e sofre influência de fatores diversos, que escamoteiam questões de discriminação social, medo do confronto e descrença na capacidade de resolução das questões (NJAINE *et al*, 1997). Com frequência, os dados sobre violência acabam por atender a objetivos midiáticos de espetacularização da questão. Este grupo de causas, pelo seu alto número, pode ser, portanto, uma expressão da subnotificação de causas específicas.

Tabela 4
Número de internações no sistema público por causas externas, Brasil, 2008 a 2011

Causa	2008	2009	2010	2011
Acidentes de transporte	80.860	104.104	125.469	135.622
Outras causas externas de lesões accident	327.748	368.074	412.183	424.054
Lesões autoprovocadas voluntariamente	4.852	5.724	5.177	5.076
Agressões	24.980	32.000	38.055	40.251
Eventos cuja intenção é indeterminada	18.299	23.933	31.257	33.452
Intervenções legais e operações de guerra	125	155	224	91
Complic assistência médica e cirúrgica	15.226	17.529	20.673	22.120
Seqüelas de causas externas	11.119	12.986	16.006	18.206
Fatores suplement relac outras causas	2.530	2.443	3.157	2.871
Causas externas não classificadas	52.719	54.753	2.996	2.789
TOTAL	538.458	621.701	655.197	684.532

Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

O detalhamento da mortalidade por sexo evidencia que, em todas as formas e faixas de idade, é o sexo masculino o mais vitimado, com um número de óbitos em média 4,5 vezes maior.

Tabela 5
Óbitos por causas externas, por sexo – Brasil, 1996 a 2010

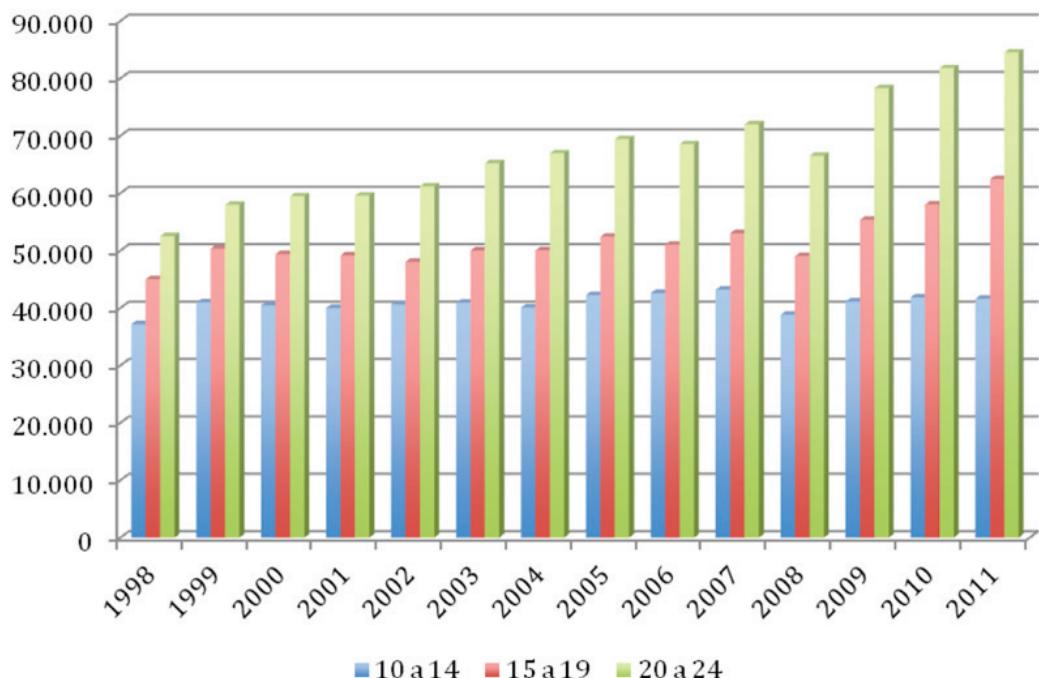
Ano	Homens	Mulheres
1996	97.903	21.105
1997	99.464	19.988
1998	98.118	19.437
1999	98.028	18.750
2000	99.502	18.812
2001	102.311	18.544
2002	106.714	19.718
2003	106.815	19.777
2004	107.032	20.368
2005	106.651	20.912
2006	107.266	21.009
2007	109.323	21.605
2008	112.986	22.810
2009	115.165	23.395
2010	118.192	24.957

Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

Nas faixas de idade jovens, entre 10 a 29 anos, o número de internações por causas externas é três vezes maior entre os jovens do sexo masculino do que entre os do sexo feminino, evidenciando a maior exposição ao risco de violências, agressões e acidentes neste grupo.

Gráfico 8

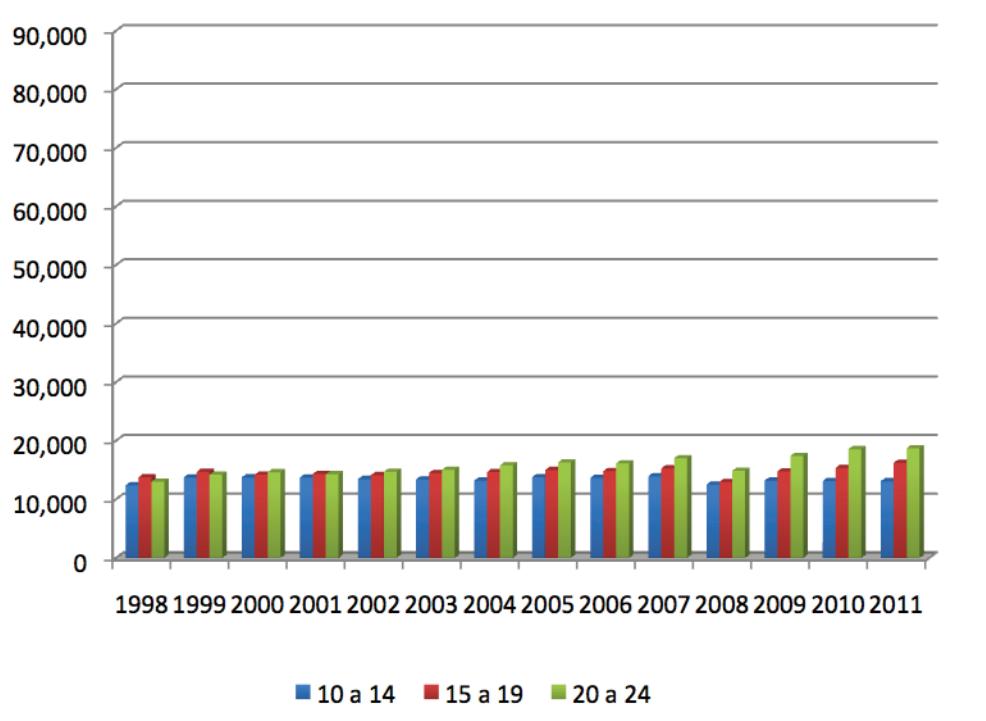
Número de internações por causas externas, jovens do sexo masculino, segundo faixa etária. Brasil, 1998 a 2011.



Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

Gráfico 9

Número de internações por causas externas, jovens do sexo feminino, segundo faixa etária. Brasil, 1998 a 2011.

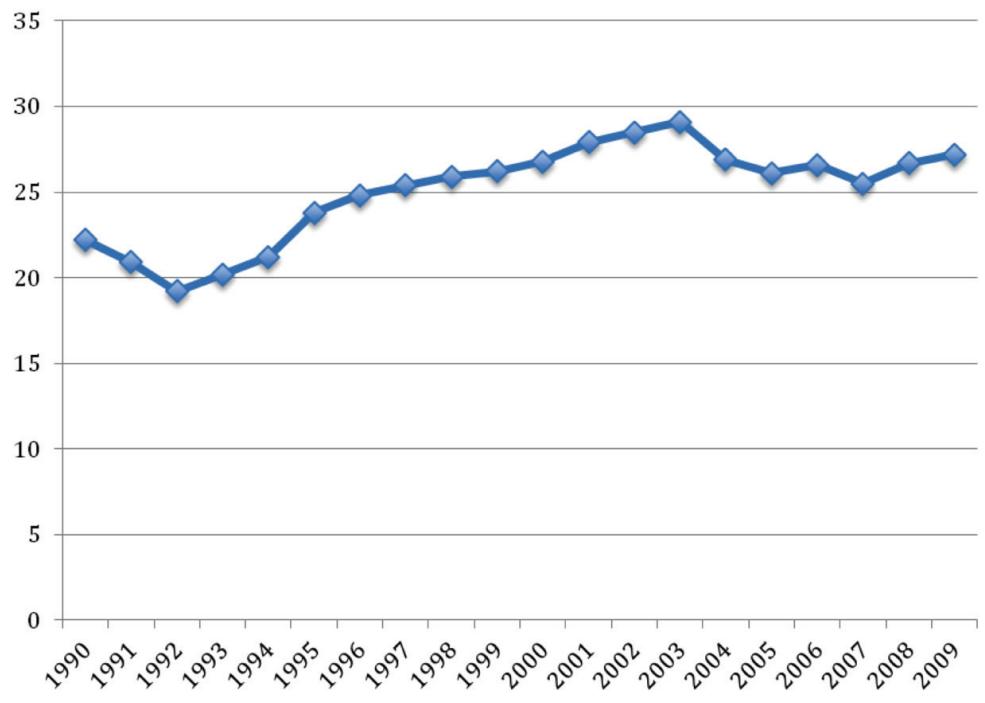


Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

A taxa de mortalidade específica por homicídios apresenta variabilidade entre os anos de 1990 a 2009. Se considerarmos um período maior, de acordo com o Mapa da Violência de 2012 (SANGARI, 2012), passou-se de uma taxa de 11,7 homicídios em 100 mil habitantes em 1980 para 26,2 em 2010. Um aumento real de 124% no período, ou 2,7% ao ano.

Gráfico 10

Taxa de mortalidade específica por homicídios (por 100.000 hab), 2009



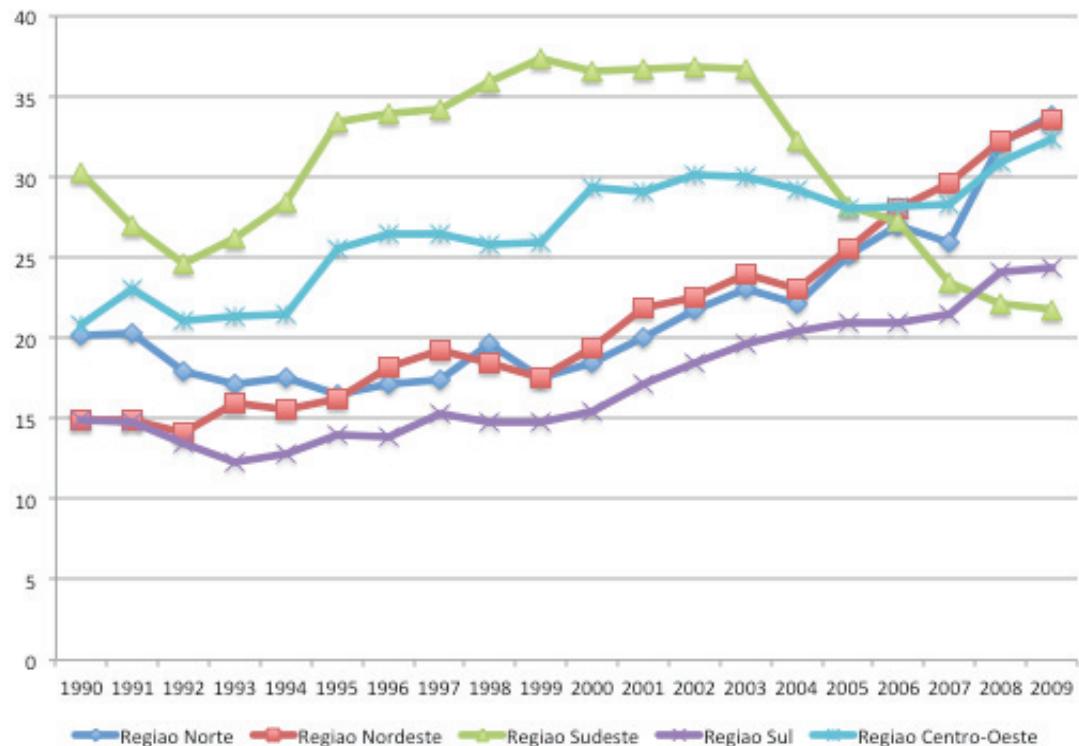
Fonte: DATASUS, elaboração própria, 2012

As taxas relacionadas às formas de violência por homicídios apresentam mudanças quanto à distribuição do indicador nas Regiões. Há um decréscimo deste índice na Região Sudeste, que até meados da década passada mantinha-se como a Região com maior mortalidade proporcional por esta causa. Até o ano de 2003, as taxas aumentaram 4,4% ao ano, mas entre 2003 e 2005 o crescimento foi negativo, com queda de 1,4% ao. A partir desse ano, há oscilações na taxa.

Chama a atenção o aumento deste indicador quando desagregado por Região: a queda nos anos de 2003 a 2005 é explicada, sobretudo por uma diminuição abrupta na curva relativa à Região Sudeste, cujos índices caíram de 36,7/100.000 em 2003 para 21,8/100.000 em 2009. Enquanto a Região Sul mostra ascensão lenta e gradual, a Norte, Nordeste e Centro-Oeste mostram curva ascendente mais abrupta a partir de 2005. A Região Nordeste, que possuía índice de 23,0/100.000 em 2004, apresentou em 2009 um índice de 35,5/100.000.

Gráfico 11

Taxa de mortalidade específica por homicídios (por 100.000 hab), segundo região, Brasil, 1990 a 2009



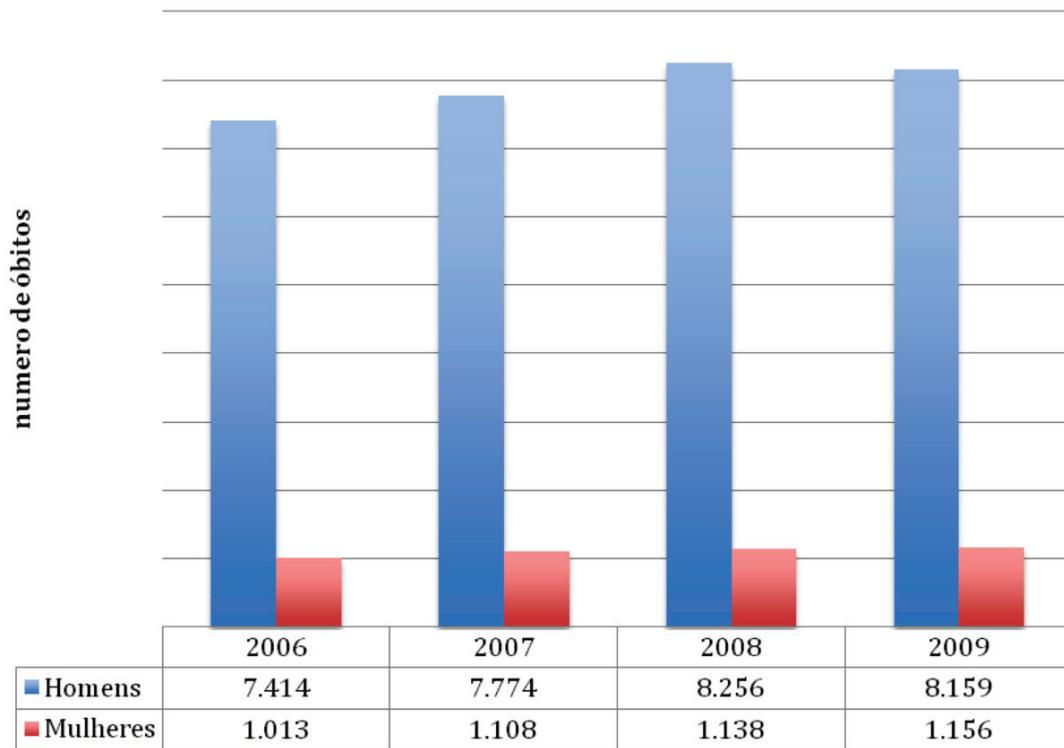
Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012

MORBIDADE E MORTALIDADE RELACIONADAS AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Para fins comparativos, selecionou-se a causa de mortalidade mais diretamente relacionada ao uso abusivo de álcool, que é a doença alcoólica do fígado, classificada sob o código K-70 no CID-10. Dados entre 2006 e 2009 mostram que o número de óbitos em homens é muito maior que em mulheres, e que há um aumento no número absoluto de óbitos. Dentre os Estados, chama a atenção o número de óbitos por esta causa em São Paulo, estado que teve, em 2009, um numero total de 2.482 óbitos, mais de um quarto do total de óbitos no país.

Gráfico 12

Óbitos, em números absolutos, por doença alcoólica do fígado, por sexo. Brasil, 2006 a 2009.

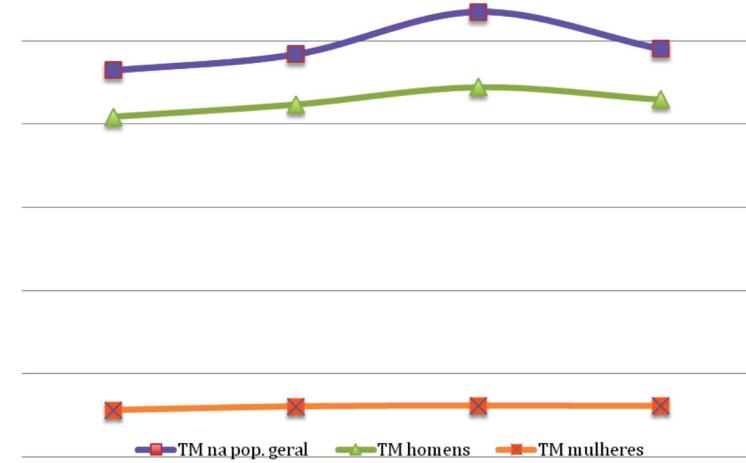


Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria, 2012

As taxas de mortalidade por esta causa oscilaram entre 4,65 e 5,35 por 100.000 habitantes, no período. Entre os homens, ficou com uma média de 4,20/100.000 e entre as mulheres, de 0,60/100.000.

Gráfico 13

Taxas de mortalidade por doença alcoólica do fígado (CID-10), Brasil, 2006 a 2009, por sexo.



DATASUS/MS, 2012, elaboração própria, 2012

SITUAÇÃO SOCIAL

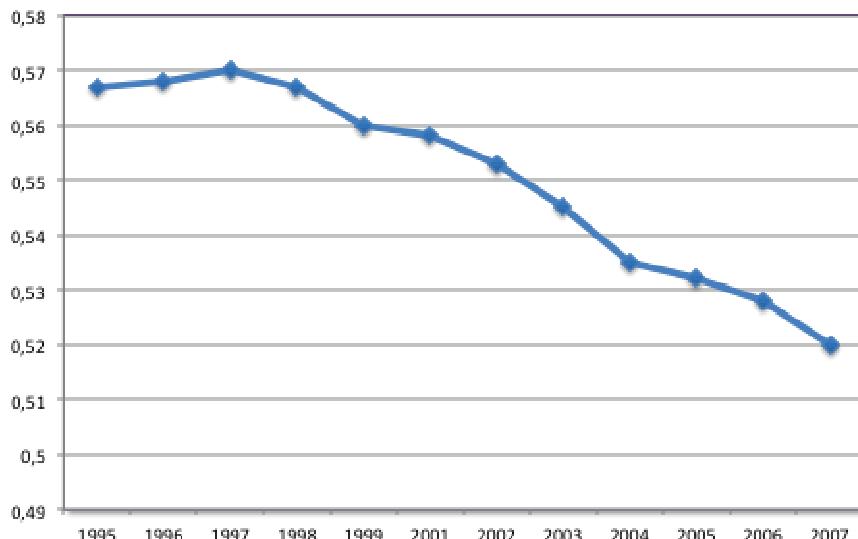
O atual texto constitucional apresenta como fundamentos de existência e manutenção do Estado brasileiro: a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político. A organização político-administrativa compreende a União, os Estados e os Municípios, todos autônomos, que estabelecem entre si pactos solidários para a consecução das grandes políticas sociais.

A Constituição de 1988 estabeleceu modificações importantes na relação entre os entes federativos, e induziu à descentralização dos recursos e da execução das políticas sociais, a partir de sua redefinição. Entre 1989 e 1992, 90% dos municípios criados possuíam até 20 mil habitantes. Entre 1993 e 1996 esse número subiu para 97% e após 1996, passou para 98%. Paralelo a isso, ocorreu expressiva descentralização administrativa e de recursos federais (IBGE, 2012). Isto representou um aumento da responsabilidade dos municípios na implementação das políticas sociais. Os últimos anos evidenciam mudanças significativas na estrutura social brasileira. A marca da desigualdade de renda, medida pelo rendimento domiciliar médio per capita nos municípios brasileiros caiu 22,8% em 30 anos (IPEA, 2010). As razões apontadas são diversas, e incluem a já mencionada descentralização de recursos para o nível municipal, fatores que se articulam às mudanças na estrutura demográfica, ingresso da mulher no mercado de trabalho, resguardadas os diferentes padrões de crescimento entre as Regiões.

O coeficiente de Gini, uma das medidas de desigualdade mais utilizadas, declinou 4,6%, passando de 0,594, em 2001, para 0,52 em 2007. No entanto, o Brasil mantém-se como um país com mau desempenho no cenário internacional. Mesmo no ritmo acelerado com que vem reduzindo a desigualdade, o país ultrapassou apenas 5% dos países no ranking de desigualdade nos últimos cinco anos.

Gráfico 14
Coeficiente de Gini, Brasil, 1995-2007

Coeficiente de Gini, Brasil, 1995-2007



FONTE: IBGE, elaboração própria, 2012

Dentre as políticas de bem estar, ganham destaque a previdenciária, a de educação e a de saúde. Apesar destas mudanças sociais, no marco dos governos de caráter neoliberal do início da década de 90, muitos retrocessos e emperramentos ocorreram na implementação destas políticas. A principal consequência foi a queda nos gastos sociais, como fruto das disputas entre os defensores da ampliação dos benefícios, amparados por movimentos sociais, e os setores conservadores da sociedade.

Ainda assim, considera-se que os gastos sociais federais tiveram evolução positiva, a partir do rearranjo induzido pela Constituição de 1988. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2011), o Gasto Social do governo Federal (GSF) cresceu continuamente nos últimos 15 anos e atingiu quase 16% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2009. Comparando-se dois períodos, em 1995 o gasto social foi de 219 bilhões de reais, e em 2009, de 541,3 bilhões de reais. O gasto per capita saiu de um valor de R\$ 1382,84 em 1995 para R\$ 2827,15 em 2009.

A participação das áreas no GSF, no entanto, evidencia oscilações e um peso importante dos gastos previdenciários, que se mantiveram num patamar sempre acima dos 40% pontos percentuais. O setor saúde teve diminuída sua participação proporcional no GSF. Em 1995, o percentual deste setor era de 15,9%, em 2005 atingiu seu patamar mais baixo, 11,5% em 2005, e flutuou entre 11,5% e 11,7%, no período entre 2005 e 2009. Também o setor de educação sofreu baixas no período. Em contrapartida, o setor habitacional apresentou participação crescente no GSF: em 1995, era de 1%, e em 2009, de 4,9%.

POLÍTICAS DE SAÚDE

A partir de um amplo processo de mobilização social, iniciado desde a década de 70, implantou-se no Brasil uma política universal e pública de saúde, com base nos princípios da integralidade, participação popular e descentralização (Constituição Federal, 1988). No entanto, fortes interesses dos setores privados, dentre outros, levaram a um atraso no processo de implementação da Reforma Sanitária brasileira. Considera-se que os avanços do texto constitucional levaram pelo menos uma década para de fato entrar em processo de implementação, e que a saúde se configura como um campo de disputas entre os interesses do setor privado, centrado num modelo de práticas caracterizado pelo forte investimento na atenção individual, incorporação rápida de tecnologias e assistência farmacológica em contraposição a uma perspectiva pautada pelo conceito ampliado de saúde, no qual ganham destaque os determinantes sociais do processo saúde-doença (CEBES, 2009).

A política de saúde organiza-se, de forma hierarquizada, segundo diferentes tipos de atividades e níveis de atenção básica (na qual se insere o nível da Atenção Primária à Saúde), média e alta complexidade, assistência farmacêutica, vigilância de doenças, agravos e seus fatores de risco e vigilância ambiental. Também existem políticas de saúde específicas para grupos sociais – mulheres, crianças, idosos, trabalhadores e populações vulneráveis. Os princípios que norteiam a proposta do Sistema Único de Saúde, instituído a partir da Constituição de 1988, são os da integralidade da atenção, descentralização e participação popular. Como diretrizes, a regionalização, hierarquização e garantia da resolução dos problemas, em cada nível (federal, estadual ou municipal), mediante ações coordenadas e organizadas em rede.

O nível federal repassa recursos para os níveis municipais, diretamente, para o custeio de ações de saúde hospitalares, ambulatoriais, de atenção primária, assistência farmacêutica, entre outras. Os Estados contribuem financiando e executando ações estratégicas e de maior complexidade, em centros estaduais de atenção especializada, e conduzem políticas específicas, como a de distribuição de medicamentos especiais, entre outras. Apóiam tecnicamente os municípios, por meio das ações de controle e avaliação, e sediam a instância colegiada de pactuação da distribuição dos recursos federais para o território estadual, que é a Comissão Intergestores Bipartite – CIB, na qual tem assento a representação dos municípios e do próprio nível estadual.

Embora bem desenhada do ponto de vista do suporte legal e normativo, a política de saúde ainda enfrenta problemas, duas décadas após a Reforma Sanitária. O financiamento do setor saúde segue sendo a principal questão nos debates sobre os impasses para a ampliação de cobertura e melhoria da qualidade das ações. Os gastos do nível federal com a saúde, entre os anos de 1995 e 2009 nunca chegaram a 2% do PIB, com oscilações entre um máximo de 1,85% em 2009 e mínimo de 1,53% em 1996. A proposta de vinculação de receitas para o setor foi um item vencido já no texto constitucional, ficando indefinido e à mercê dos contextos econômicos conjunturais. Após um longo período de pressões por parte das articulações do campo da saúde coletiva e de gestores da saúde, a Emenda Constitucional 29 foi finalmente votada em 2000, passando a incluir a destinação percentual mínima das receitas dos estados e municípios para a saúde. No entanto, o nível federal estabeleceu sua vinculação com base na variação nominal do Produto Interno Bruto, o que explica as oscilações da participação deste nível no financiamento.

Tabela 6
Gastos totais com saúde pelo nível federal, Brasil, 1995 a 2009

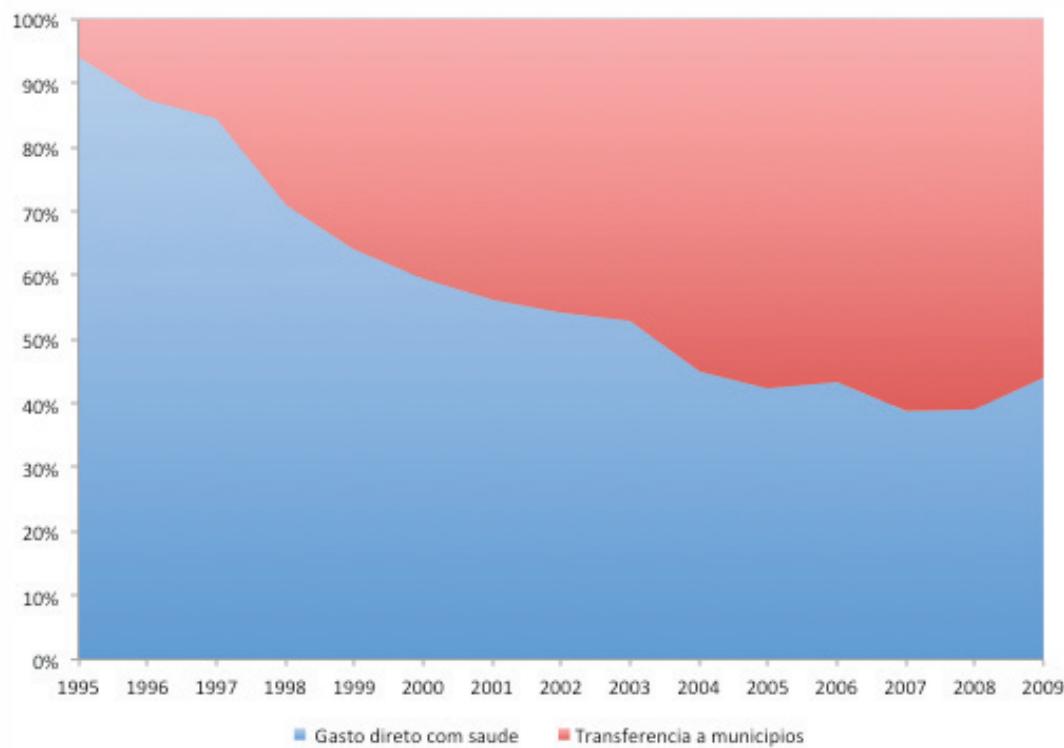
Ano	% do PIB
1995	1,79
1996	1,53
1997	1,67
1998	1,58
1999	1,69
2000	1,7
2001	1,71
2002	1,68
2003	1,58
2004	1,62
2005	1,59
2006	1,68
2007	1,66
2008	1,63
2009	1,85

Fonte: IBGE, elaboração própria, 2012

Dentro destes percentuais de gastos, a distribuição da destinação, no entanto, mudou acentuadamente após a implementação do processo de descentralização, com ampliação dos repasses diretos para os fundos municipais de saúde, e diminuição proporcional dos gastos diretos com saúde, o que significa dizer que o nível federal assume um papel, junto aos municípios, de repassados de recursos, e não de executor das ações.

Gráfico 15

Distribuição proporcional dos gastos federais com saúde, de acordo com o tipo (direto ou repasse aos municípios)



Fonte: IBGE, síntese do Censo 2010. Elaboração própria.

Segundo a OMS (2012), os recursos públicos representaram 43,6% do total de gastos com a saúde no Brasil, sendo que a média nas Américas foi de 49,3%. Isto equivale a dizer que os gastos públicos são inferiores aos gastos privados, subsidiados pela população e/ou empresas. Entre o ano 2000 e 2009, houve um aumento nos gastos privados com planos de saúde da ordem de 5,7% (de 34,3% para 41%).

O gasto total com saúde per capita, com base no Dólar Internacional Paridade do Poder de Compra, ou PPP (purchasing power parity), apresentou um aumento expressivo entre 2000 e 2009, passando de PPP Int. \$ 502,00 para PPP Int. \$ 921,00. No entanto, o gasto per capita público foi bem inferior, passando de PPP Int. \$ 202,00 no ano 2000 para PPP Int. \$ 401,00. Evidencia-se a concentração dos gastos no setor privado, seja pela compra direta, seja pela aquisição de planos de saúde e seguros saúde pela população.

A implementação das ações, de modo descentralizado, nos Municípios e Estados, requer a atuação coordenada das três esferas de governo (União, estados e municípios) por meio dos seus órgãos do executivo - o Ministério da Saúde (MS), as secretarias estaduais e as secretarias municipais de saúde. É responsabilidade do nível municipal todo o conjunto de ações incluídas no nível da atenção básica, podendo as de maior complexidade, caso não estejam disponíveis no município, serem ofertadas por municípios próximos, ou por meio de arranjos pactuados, como consórcios intermunicipais. Trabalha-se com a perspectiva de territórios regionalizados e hierarquizados, com responsabilidades, metas, recursos definidos de forma pactuada.

A relação com o setor privado se apresenta como um campo de tensões diversas. Embora a participação deste setor deva se dar, segundo a legislação, de forma complementar ao sistema público, os interesses envolvidos no credenciamento e oferta de serviços por meio de convênios e contratos entre os gestores públicos e os serviços privados são diversos, e se reconfiguram nos contextos político e econômico nacionais.

Há, de forma geral, ampla crítica por parte dos gestores aos limites impostos pela legislação que rege a execução financeira dos recursos públicos, o que inclui a gestão da força de trabalho, o custeio das ações e os investimentos para ampliação da rede. As profissões da área da saúde, por sua vez, levam para esta arena os seus interesses de melhoria de salários e condições de trabalho. No início da implementação do SUS, quando os principais impasses estavam na condução do processo pelo nível federal, no contexto de retirada de investimentos públicos em políticas sociais que marcou a década de 90, as principais lutas dos trabalhadores de saúde eram em torno da isonomia salarial entre as diversas formas contratuais e níveis, e pela ampliação dos espaços para a gestão democrática. Atualmente, estas lutas apresentam-se mais fragmentadas, sendo que boa parcela dos trabalhadores organizados do país pleiteia atenção à saúde do tipo seguro saúde ou plano privado de saúde, em função da histórica dificuldade do SUS de garantir a atenção em todos os níveis, em todo o território nacional.

Em relação ao modelo de atenção que rege as práticas de saúde, adentra-se um campo de discussão que vai além dos interesses dos setores envolvidos, e inclui a própria concepção de saúde e de doença. Embora possa se considerar o SUS, hoje, como política de estado, a sociedade brasileira vivencia uma constante tensão entre os grupos que defendem os interesses relacionados ao setor privado, com seletividade do cuidado e garantia pública dos chamados “pacotes mínimos” de procedimentos seguem disputando, e os que defendem a manutenção de uma política pública, de caráter universalista, não excludente, e participativa. Estas tensões acabam por afetar as políticas que visam atender aos usuários de álcool e outras drogas.

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS

As políticas específicas para atenção a usuários de álcool e drogas se inserem no campo da Saúde Mental, e são conduzidas por esta área técnica do Ministério de Saúde. A conformação tradicional, antes da Reforma Sanitária, era baseada no modelo de hospitalização e segregação compulsórias dos usuários de drogas e álcool, favorecendo a cronificação dos casos, o preconceito social e estimulando a criação de leitos de longa permanência em instituições privadas conveniadas, sem perspectiva de uma atenção adequada e que considerasse os pacientes como sujeitos no processo de tratamento e cura. A redefinição desta política implicou em um amplo processo de descredenciamento de leitos psiquiátricos, o que por sua vez teve de enfrentar a resistência dos

interesses ligados ao setor privado, questão que ainda persiste em muitos estados. Apenas em 2001 foi publicada a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, marco legal do movimento intitulado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (MS, 2003).

Esta política vem induzindo a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais. Seus princípios determinam que a atenção ao usuário tenha ênfase na reabilitação e reinserção social, por meio dos chamados dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Estes dispositivos se inserem na proposta de se trabalhar a partir dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos. Esta proposta, ainda em implementação, se organiza por meio dos chamados Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas – CAPs-AD, instituição com adscrição populacional, presença de equipe multiprofissional, acesso a recursos de internação de emergências em leitos de até 72 horas de permanência, se necessário, e articulação com outros dispositivos e equipamentos sociais de apoio e reinserção. A iniciativa tem se fortalecido pela diminuição das internações crônicas, mas ainda se apresenta como iniciativa que depende do grau de investimento dos governos locais municipais.

A Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas, elaborada pelo Ministério da Saúde, reconhece o problema do uso abusivo e dependência do álcool como o maior problema relacionado ao uso de drogas no país (MS, 2004), e atua em paralelo com a Política Nacional sobre Drogas, da Secretaria Nacional sobre Drogas/SENAD.

CAPITULO 2

ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NO BRASIL, ESTUDOS QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS

A experiência do uso de drogas – entre elas a experiência das bebidas alcoólicas - evoca uma multiplicidade de aspectos -psicológicos, éticos, sociológicos, culturais, jurídicos, econômicos, políticos; no nível do indivíduo, do grupo, do bairro, da região, do Estado, da comunidade mundial; com implicações no que se referem às relações norte/sul, às estruturas de comércio mundial, aos circuitos financeiros, às leis de mercado. “O problema da droga não existe em si, mas resulta do encontro de um produto, uma personalidade e um modelo sócio-cultural. Isto quer dizer que qualquer pessoa, a qualquer momento, pode encontrar um produto tóxico em seu caminho, mas sem dúvida, a maioria das pessoas que experimentam drogas, uma ou algumas vezes, não se tornarão doentes. Isso significa dizer que, diante da droga, não existe um destino “igual para todos” (OLIEVENSTEIN, 1984 apud ACSELRAD, 2005, p. 199).

Todas as sociedades usaram substâncias ou exercícios físicos que alteram a percepção da realidade, a *quantidade* e a *qualidade* da consciência, em ocasiões sagradas e profanas. A história das drogas é tão longa quanto à da humanidade e paralela a esta, sendo específico de quem tem consciência querer *experimentar* com a consciência (SAVATER, 2000). Algumas sociedades estabeleceram normas de proteção individual e coletiva, como forma de contornar eventuais danos. Usos e costumes se modificaram ao longo do tempo, mas as substâncias psicoativas continuam fazendo parte da vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos. A aceitação cultural do uso foi sendo construída ao longo dos séculos.

Bebidas alcoólicas são substâncias psicoativas como tantas outras. À diferença de outras têm, hoje, sua produção, comércio e uso permitidos por lei, o que as torna extremamente acessíveis, mas já foram proibidas. O álcool é a droga de maior consumo no mundo, nas mais diferentes culturas, podendo-se dizer que o consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento, parece ser um fenômeno universal. (LACERDA, 1999 apud GUIMARÃES & S. GRUBITS, 2007).

ÁLCOOL, USOS E COSTUMES AO LONGO DA HISTÓRIA

Estudos sobre a história do consumo do álcool na Antiguidade Clássica relatam que gregos e romanos bebiam vinho à noite, depois das refeições como forma de estímulo à sociabilidade. Na época, beber antes do final do dia era considerado uma excentricidade. Ao vinho misturava-se a água - duas partes de água para uma de vinho. Se as proporções fossem iguais, a bebida era considerada *forte*; se a proporção do vinho fosse maior que a da água, a bebida tornava-se *perigosa*, configurando assim a possibilidade de maiores riscos sociais, físicos e mentais. Beber vinho puro era visto como um *ato não cidadão* (VILLARD, 1998). Na Grécia, beber vinho misturado à água era também um hábito. As mulheres eram excluídas do ban-

quete dos homens, não tomavam parte na embriaguez deles, mas, de vez em quando podiam beber, em espaços próprios. Voltadas para o trabalho doméstico, estavam próximas do celeiro onde se guardava o vinho o que facilitava o consumo de forma discreta. Segundo o dito popular, seria *melhor uma mulher beber demais que ser adúltera ou criminosa*. Entretanto, em Roma o consumo do vinho era proibido às mulheres *pelo medo à sexualidade desabrida*. Os escravos não eram privados do vinho, mas eram vigiados porque *não sabiam se controlar*. Crianças não podiam beber vinho, mas há registro de alcoolismo infantil e a proibição formal de uso indicaria uma reação aos excessos freqüentes. Os povos *bárbaros* não se beneficiavam da educação que tinham os homens *livres*, sendo o uso do álcool entre os primeiros geralmente associado à embriaguez violenta. Entre os homens *livres* o consumo do álcool não era associado à violência. Tudo indica que na Antiguidade Clássica, preservaram-se espaços de consumo, construíram-se limites aos excessos tidos como excepcionais, modestos, ao que parece numa recusa à autodestruição (VILLARD, 1998).

No Brasil colonial, missionários e colonos conviveram com o consumo da bebida nativa. Feita a partir da mandioca, do aipim, do milho, do caju, do abacaxi, da jabuticaba, entre tantas outras raízes e frutas, *ora alimentava cristãos, ora conduzia ao estado de embriaguez*. As jovens índias preparavam a bebida. Os homens não participavam do processo de produção. O cauim era uma bebida fermentada, o caldo extraído da mandioca era misturado à saliva, provocando sua fermentação. Esse procedimento, contrário às normas de higiene, acabou sendo aceito pela semelhança com o processo de produção do vinho quando os pés, nem sempre limpos, amassam as uvas (RAMINELLI, 2005).

Entre as populações indígenas, não se bebia sempre, mas bebia-se em determinadas ocasiões - durante os rituais religiosos e de passagem, quando do nascimento, da entrada na puberdade e no mundo adulto, nos rituais de cura, em meio aos trabalhos agrícolas coletivos, na busca de transcendência ou por mero prazer. Experiência coletiva, o uso do álcool facilitava a sociabilidade e o contato com o sobrenatural. A substância tinha qualidades medicinais e nutritivas reconhecidas. A embriaguez tinha um caráter sagrado, não sendo vista como uma questão moral. O excesso era mal visto apenas quando houvesse ruptura dos laços de sociabilidade, caso contrário não haveria motivo de vergonha (FIDELIS DIAS, 2008). Regras e interdições organizavam o consumo das bebidas: o cauim era proibido antes da puberdade e entre as crianças; rapazes só podiam beber depois de casados e a embriaguez era valorizada como prova de virilidade. Uma vez por mês, o grupo se reunia para beber as bebidas preparadas em cada uma das cabanas e, nesses momentos, a ingestão de sólidos era proibida, *porque estavam celebrando o vinho*. A dança, os cantos e assobios estimulavam a continuar a beber. Nesses momentos de celebração as mulheres podiam dançar lado a lado com os homens.

As bebidas alcoólicas eram também consumidas nos momentos de revolta, quando então, *bebia-se antes de comer*. O hábito de beber o cauim de milho e mandioca, do ponto de vista do colonizador, *provocava a desordem*. Era considerado como fator de manutenção da tradição indígena, alimentava a revolta escrava, mantinha a memória dos males passados, reacendia o desejo de matar os inimigos, ou seja, era uma forma de resistência à missão da catequese dos missionários e à expansão colonial.

Consumido durante os rituais de passagem e de sedução, em festas, nos momentos que antecediam as guerras, o álcool também tem registrada sua eficiência terapêutica. As propriedades medicinais da cachaça eram reconhecidas como, por exemplo, na prevenção da malária, picadas de cobra, sífilis, para combater o frio podendo ser, além de ingerida, também aplicada

no corpo do doente (FIDELIS DIAS, 2008). Seu uso pela manhã protegia o corpo contra as doenças, ajudava a “fechar o corpo” dos males, era considerada “milagrosa”, “boa para tudo” (CASCUDO, 1983). No período entre os séculos XVIII e XIX, médicos e boticários receitavam drogas, na sua maioria de origem vegetal. Plantas, especiarias, flores, frutas e águas, entre as quais, a aguardente, o vinho, os licores entravam na sua preparação (FIGUEIREDO, 2005). Além de entrar na preparação das drogas, a própria bebida alcoólica tinha função medicinal: o vinho era considerado como tônico cardíaco e recomendado na prevenção da tuberculose. A cachaça com mel e limão curava qualquer gripe.

Segundo a literatura dos viajantes no Brasil, a sociedade colonial consumia o vinho importado da metrópole portuguesa, nos salões, enquanto os menos favorecidos consumiam a aguardente de cana - cachaça, *pinga*, *caninha* - subproduto da indústria açucareira, a partir da segunda metade do século XVII. A cachaça era considerada pelas populações indígenas como uma *bebida de não-índio, comprada na cidade* (FIDELIS DIAS, 2008). Com o tempo, o consumo da aguardente se difundiu e se popularizou em todo o país, seja como complemento alimentar diário entre as classes populares, ou como aperitivo entre os senhores nos seus momentos de relaxamento. A cachaça, integrada aos hábitos alimentares brasileiros, era a “bebida dos homens”, mas também agradava às mulheres das classes baixas (MEZAN ALGRANTI, 2005).

Foram muitos os interesses que interferiram no que se tornou a economia do álcool. “A bebida, introduzida na África, destruiu a produção local do vinho de palma (...) e foi uma forma de, aos poucos, modificarem-se os hábitos de acordo com os traços da dinâmica cultural da sociedade que iria recebê-los e explorá-los como escravos” (MAGNO GUIMARÃES, p. 95, 2005). A cachaça é citada como tendo sido essencialmente um “mata-fome” (CASCUDO, 1986). Sob seu efeito a população pobre esquecia o estômago vazio e continuava trabalhando (CASCUDO, 1983), a bebida se tornou por vezes um instrumento para desarticular a oposição dos negros à escravidão: os mercadores de escravos excitavam os chefes negros com aguardente (RUGENDAS, 1968).

Conflitos econômicos entre produtores de vinhos/destilados e produtores de aguardente levaram à Coroa a proibir a venda da cachaça em 1649. A medida não foi aplicada em Pernambuco, sendo a produção para consumo próprio permitida entre os escravos (MAGNO GUIMARAES, 2005).

O comércio da droga exigia regulamentações adequadas aos interesses dos produtores. A *Revolta da Cachaça*, evento histórico ocorrido entre 1660 e 1661, é registrado como tendo sido liderada por senhores de engenho do Rio de Janeiro, contra a cobrança de impostos excessivos ao comércio da aguardente. De início, reprimida, terminou com a vitória dos produtores em 1695, quando foi revogada a proibição, resultando num forte aumento da produção. (CAETANO, 2008). A história registra que Jerônimo Barbalho teria lutado contra o monopólio da produção e comercialização da cachaça, ele próprio produtor da droga em seu engenho. O negro liberto João Angola também foi ativo durante a Revolta, mas teve seu papel obscurecido pela História. Ambos foram decapitados, em abril de 1661 (CALLADO, 1983, CAETANO, 2008, NAKAGOME & SOUSA, 2011). Em que pesem os conflitos, progressivamente, a cachaça se tornou um produto barato, com distribuição e venda, muitas vezes, à margem da lei, beneficiando o comércio marginal ao sistema.

Difundido o uso das bebidas alcoólicas no Brasil, dissociado dos costumes tradicionais indígenas e africanos, o alcoolismo se tornou mais freqüente. A Igreja Católica favorável ao consumo do vinho português condenava a cachaça que fazia “perder o juízo” *dando margem ao*

pecado. A figura do negro *bêbado de cachaça*, como tipo characteristicamente brasileiro, é ambivalente: por um lado o rebelde, por outro, o entorpecido. Recomendava-se o uso da cachaça entre escravos e índios para facilitar a dominação. Mas a cachaça também aparece ligada aos rituais, principalmente religiosos indígenas e africanos, caso do Catimbó (culto indígena com influência africana em torno da planta Jurema) e da Pajelança (manifestação do xamanismo dos povos indígenas) (MEIRA, 2010).

Existem relatos de um verdadeiro *processo de alcoolização* com importante significado coletivo entre os índios e escravos. Em todos os tempos, a ocupação e gestão territorial favorecem o alcoolismo. Portanto, conhecer as características dos processos históricos é fundamental para entender o impacto sofrido pelas populações. O contato dessas populações com a cidade contribuiu para que o ritual culturalmente aceito do beber, mesmo do *beber antes de comer*, se tornasse *alcoolização*, com graves consequências. Rituais e tabus foram eliminados e/ou substituídos por outras formas de relação com a bebida, criaram-se outras motivações de uso, limitando ou mesmo dando origem a uma incapacidade individual e coletiva de reagir diante das novas situações. O beber álcool, antes uma forma de afirmação cultural do grupo, em festas sagradas ou profanas, uma vez eliminados os rituais tradicionais agregadores, tende a se transformar em alcoolização, um sinal e sintoma de deterioração das relações do individuo com a sociedade.

Mais recentemente, as populações indígenas relacionam o uso excessivo de bebidas alcoólicas ao descontrole, às bebidas compradas na cidade que teriam maior poder de embriaguez – cachaça, conhaque, vinho, cerveja, uísque. Acreditam que possa haver também usos indesejáveis no caso de consumo de bebidas nativas que, entretanto, teriam menos poder de embriagar. Brigas na família e entre amigos, acidentes, diminuição da produtividade, perda ou o esquecimento da cultura e incorporação de formas de beber da cidade, são considerados, hoje, sintomas do uso indesejável. Entretanto, o *beber até zerar* faz parte da cultura, podendo a recusa ao consumo ser interpretada como ingratidão, negação de sociabilidade. Curiosamente, o *castigo/tratamento* para o uso descontrolado consistiria em ingerir uma quantidade maior de bebida. O beber continua sendo associado à sociabilidade, enquanto o descontrole aconteceria quando *se quer encher a barriga de cachaça como se fosse comida* (FIDELIS DIAS, 2008).

Considerado uma “doença social”, o alcoolismo é hoje uma das enfermidades mais comuns nos grupos indígenas brasileiros, ligada às mudanças introduzidas no seu modo de vida. (GUIMARAES & GRUBITS, 2007).

O beber instrumentalizado como arma de dominação em relação às populações indígenas e escravas teve como consequência a diminuição da resistência e a desestruturação de práticas de consumo outrora integradas nos usos e costumes tradicionais. O tipo de contato mantido e as mudanças impostas pelos colonizadores, tanto materiais, como psicossociais, resultantes dessa experiência, tiveram e, ainda hoje têm, como resultado a desagregação individual e social (GUIMARAES E GRUBITS, 2007). Do ponto de vista das populações dominadas, o uso das bebidas alcoólicas ajudou a suportar o mal estar sofrido num mundo que lhes negava origem e costumes. Parece que os homens não bebem conscientemente em busca do efeito que o álcool produz no organismo, mas sim pela necessidade de *outra vida* (LONDON, 1993). Assim, o debate sobre o significado do consumo de álcool se tornará progressivamente complexo e a definição e classificação dos tipos de embriaguez será julgada conforme os interesses de cada época.

Em alguns textos históricos e literários há referências ao consumo das bebidas nativas de forma preconceituosa. Quando se trata do uso entre as populações indígenas e escravas,

esse uso é identificado pelo colonizador como sinônimo de desregramento. Pero de Magalhães Gândavo, primeiro historiador do Brasil, em seu livro 'História da província de Santa Cruz', em 1576, descreve os índios como *mui descansados sem terem outros pensamentos senão comer, beber e matar gente, e por isso engordam muito, mas com qualquer desgosto tornam a emagrecer* (VALLE, 2008).

No 'Auto representado na Festa de São Lourenço', peça de teatro escrita por José de Anchieta, datado de 1586 (1973), o personagem Guaixará é o *rei dos diabos, (...) bem assado (...) convive com índios, deblatera contra os padres agora com regras fora de hora*, numa apologia do prazer e do beber: *Que não seja constrangido/o prazer, nem abolido./Quero as tabas acender/ com meu fogo preferido/Boa medida é beber/cauim até vomitar./Isto é jeito de gozar/a vida, e se recomenda/a quem queira aproveitar./A moçada beberrona/trago bem conceituada./Valente é quem se embriaga/e todo o cauim entorna,/e à luta então se consagra*, o que na fala de quem é apresentado como rei, mas dos diabos e sendo negro – a referência a *assado* aparece como uma crítica. Os índios eram associados aos *bêbados, mancomunados com Satanás*, explicitado assim o repúdio dos jesuítas aos danos decorrentes da bebida (RAMINELLI, 2005).

ÁLCOOL, USOS E COSTUMES NA PRODUÇÃO ARTÍSTICA

Mas o consumo do álcool, em outros textos literários é naturalizado. Macário, personagem que dá nome à peça de teatro publicada em 1852 por Álvares de Azevedo (2000), viaja para estudar em São Paulo, cidade descrita como *habitada por mulheres, padres, soldados e estudantes - lascivas as primeiras, dissolutos os segundos, ébrios os terceiros e vadios os últimos*. A peça se passa quase toda durante uma noite, numa taberna, onde Macário encontra Satã. A taberna é o cenário da vida onde são oferecidos o vinho e a cachaça/água-de-saracura, num ambiente marcado pela orgia. Entre o sonho e a realidade, bêbado, em meio a alucinações, Macário trava intenso debate moral e psicológico com Satã.

No poema 'Relicário' publicado em 1925, a cultura popular é incorporada por um nobre erudito: o Conde d'Eu, durante um baile da Corte, conversa com Dona Benvinda. Na conversa, elogia os prazeres da vida, entre os quais o de beber em demasia: "Que farinha de Suruí/Pinga de Parati/Fumo de Baependi/ É comê, bebê, pitá e caí" ou numa outra versão parecida, *No baile da Corte/Foi o Conde d'Eu quem disse/Pra Dona Benvinda/Que farinha de Suruí/Pinga de Parati/Fumo de Baependi/É comê bebê pitá e caí*. Oswald de Andrade (1966) mistura, no poema, a farinha e a pinga/cachaça, com ironia, ritmo e graça surpreendentes, no contexto de um baile da corte.

No conto 'Nós e o Natal' escrito em 1947 (ANDRADE, 1964) um personagem descreve os preparativos de uma ceia de natal, momento em que a bebida alcoólica não pode faltar, mesmo quando o se bebe em demasia - *pensei primeiro num vinho bom, completamente francês. Mas a ternura por mamãe venceu o doido, mamãe adorava cerveja (...) quase duas horas, todos alegres, bambeados por duas garrafas de cerveja*.

No estado da Paraíba um mote popular bem conhecido mostra a ambivalência do beber que pode ser um mal, mas também traz benefícios, dependendo de como se usa: *Para quem bebe aguardente,/Se mete num grande porre,/Dá, apanha, mata ou morre/O beber não é decente.../Porém dando pra contente/Ou mesmo pra entristecer,/Podendo a cana fazer/Tornar-se franco um sovino,/Direi sempre que combino:/Não é defeito o beber!* (MOTA, 1965).

A consciência sobre os danos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas aparece no poema - *Suco de cana-caiana/Passado nos alambique/Pode sê qui prejudique/Mas bebo toda sumana* (FERREIRA, 1939), mas sem condenação. As vantagens e desvantagens do beber também aparecem em poema dependendo da quantidade que se usa: *Branquinha/é suco de cana/pouquinho — é rainha/muitão — é tirana...* Este poema fala do costume de ingerir uma mistura de aguardente com pólvora quando *passavam no bucho/e iam brigar*. A bebida dessa forma, dava coragem, hábito comum entre os soldados, durante o governo do Marechal Floriano (1891-1894), no Rio de Janeiro e, em outros momentos, como na Revolta da Armada e na Guerra do Paraguai, da Cisplatina (CASCUDO, 1986).

Na música brasileira, são inúmeras as referências às bebidas alcoólicas, por vezes ironizando o beber excessivo, sem danos para terceiros. Uma das mais famosas músicas brasileiras sobre a cachaça, de autoria de Ochelsis Laureano (1932), foi interpretada por Inezita Barroso, *A marvada Pinga*: “Com a marvada pinga / é que eu me atrapaio / Eu entro na venda / e já dou um taio / Pego no copo / e dali num saio / Ali mesmo eu bebo / ali mesmo eu caio/ Só pra carregá / é que dô trabaio / oi lá”¹. Da mesma forma, *Na batucada da vida*, composição de Ary Barroso e Luís Peixoto (1934), fala do dia “em que apareci no mundo (...) depois do meu batismo de fumaça/mamei um litro e meio de cachaça/bem puxado/e fui adormecer como um despacho/deitadinha no capacho na porta dos enjeitados”². A importância da bebida na vida das pessoas aparece na letra de uma marchinha do carnaval de 1953, *Cachaça*, de autoria de Mirabeau Pinheiro, Lúcio de Castro e Heber Lobato: “Você pensa que cachaça é água/Cachaça não é água não/Cachaça vem do alambique/E água vem do ribeirão/Pode me faltar tudo na vida/Arroz feijão e pão/Pode me faltar manteiga/E tudo mais não faz falta não/Pode me faltar o amor/Há, há, há/Isto até acho graça/Só não quero que me falte/A garrafa da cachaça”³. Em outra marchinha de carnaval de Mirabeau/Oliveira/Castro (1956), faz-se diferença entre tipos de uso: “*Chegou a turma do funil/todo mundo bebe, mas ninguém dorme no porto/ah, ah ninguém dorme no ponto/nós é que bebemos e eles é que ficam tontos*”⁴.

No campo do humor, personagens que fazem uso excessivo das bebidas alcoólicas não são condenados ou estigmatizados, pelo contrário inspiram simpatia. É o caso, por exemplo, de Rê Bordosa, personagem fictícia de histórias em quadrinhos humorísticas, criada pelo cartunista Angeli para a Revista Chiclete com Banana, nos anos 80. A personagem é apresentada como “alcoólatra”, suas histórias girando em torno de suas manias e desejos. Os próprios cartunistas por vezes ironizam seu próprio consumo, como Jaguar que compõe um roteiro de bares do Rio de Janeiro, crônica que tem como personagens boa parte da arte e cultura cariocas. Na introdução, Jaguar (2001) publica opiniões de alguns desses personagens sobre o sentido da bebida, do beber e seus usos – *alcoólatra é aquele que bebe mais do que o seu médico* (Arnaldo Bloch); *deve-se beber com moderação, independentemente da quantidade* (Millôr Fernandes); *o melhor amigo do homem é o uísque, uma espécie de cachorro engarrafado* (Vinicius de Moraes). Na introdução, Jaguar anuncia se tratar de um livro de lembranças *até onde um cara que tem amnésia alcoólica consegue lembrar* (JAGUAR, 2001). Essas reflexões sinalizam que mesmo o uso excessivo, a embriaguez, não é um problema quando não causa mal a terceiros.

¹ letras.terra.com.br

² Idem.

³ <http://www.vagalume.com.br/lucio-de-castro/cachaca.html#ixzz1utbi9Qw9>.

⁴ letras.terra.com.br.

Personagens *beberrões* são descritos como sedutores. Essa noção se fortalece graças à aceitação cultural que a bebida tem, mesmo quando o uso é problemático e resulta em desordem. Em 'Jubiaibá' (AMADO, 1935), Baldo foge de casa, conhece um italiano, o *sempre bêbado Giuseppe* que dirige um circo, e a amizade não suscita preconceitos. Em 'Dona Flor e seus Dois Maridos' (1966), *Vadinho*, personagem do romance, "primeiro marido de Dona Flor, morreu num domingo de Carnaval" (...) "Foi cachaça" (...) "não seriam aquelas quatro ou cinco doses capazes de possuir bebedor da classe de *Vadinho*; porém toda a cachaça acumulada desde a véspera ao meio-dia quando oficialmente inauguraram o Carnaval no Bar Triunfo". Marido infiel, arruaceiro, mas popular, *benquisto, sobretudo nos lugares onde se bebia*, é apresentado como extremamente adorável em contraponto com o segundo marido de Dona Flor, o farmacêutico Teodoro Madureira, *metódico e controlado*. O autor conclui pelo *ideal de equilíbrio entre os dois*, incorporando totalmente o costume de beber, já que *Vadinho* morre, mas revive para desfrutar Dona Flor. Apenas a mãe de Flor, Dona Rozilda, faz a crítica do personagem porque descobriu quem era o genro. O beber em demasia também é traço essencial do personagem *Quincas* na novela 'A morte e a morte de Quincas Berro D'Água' (AMADO, 1959). O personagem *de inicio homem respeitável, funcionário da mesa de Rendas Estadual havia se entregado à vida de bêbado*. Mas a crítica ao alcoolismo aparece claramente na fala da filha que *achava um horror saber que ele andava bêbado*. *Quincas* era citado no jornal da Bahia como o *cachaceiro-mor de Salvador*, era *capaz como ninguém de adivinhar a marca, a procedência das pingas mais diversas, conhecendo-lhes todas as nuances de cor, de gosto e de perfume*. Há quantos anos não tocava em água? O personagem tinha adquirido esse sobrenome desde o dia em que *viu sobre o balcão uma garrafa transbordando de límpida cachaça, encheu o copo, cuspiu para limpar a boca, virou-o de uma vez e deu um berro inumano (...) grito de um animal ferido de morte, de um homem traído e desgraçado: Águuuuuua!* No velório de *Quincas*, muito concorrido, rola a cachaça entre seus amigos que compartilham a bebida inclusive com o próprio morto.

Em "Primeiras Histórias", Guimarães Rosa (1988) cria um personagem fantástico e beberrão – 'O cavalo que bebia cerveja' que permeia o encontro entre um italiano vindo da guerra e Reivalino, um homem do sertão. O italiano, dono do cavalo, sempre pede a Reivalino *bisonha outra garrafa, é para o cavalo (...) encomendava dúzias de cervejas!* Não para si, mas para o cavalo que gostava de beber. O italiano um dia mostra a Reivalino um cesto *com as garrafas cheias (...) despeja todas numa gamela (...) manda buscar o cavalo que avança e grosso bebe o rumor daquilo, gostado, até o fundo; a gente vendo que ele já era manhudo, cevado naquilo!* Os dois personagens, uma vez aceitas as diferenças, ficam amigos *bebem cerveja juntos*. Ao morrer o patrão, o rapaz herda a chácara. Vende a propriedade, mas antes de partir, *vim bebendo as garrafas todas, que restavam, faço que fui eu que tomei consumida a cerveja toda daquela casa, para fecho de engano*, ficando em aberto quem realmente era o beberrão, o cavalo ou um dos dois personagens humanos.

OS DISCURSOS SOBRE O ÁLCOOL, CONCEITOS E PRECONCEITOS

Nos relatos históricos, na arte e na vida cotidiana o uso das bebidas alcoólicas tem, portanto, sentido ambivalente - ora dá prazer, promove a sociabilidade, ora é visto como um *mau costume*, uma ameaça. Mas a institucionalização de uma visão negativa sobre as drogas progressivamente se constrói. "No Brasil a preocupação do Estado com as substâncias psicoativas aparece pela primeira vez no Regulamento Imperial de 1851, que instituía a polícia sanitária e disciplinava a venda de remédios" (RODRIGUES, 2004, p.126). A fiscalização das práticas médicas, o controle

da prescrição e venda de medicamentos psicoativos, são aspectos de uma estratégia de intervenção sanitário-social. “A medicina se torna um instrumento do Estado na medida em que o corpo do indivíduo se torna alvo de vigilância e preocupação estatais, num instante em que o capitalismo industrial nascente visa a força produtiva do trabalhador, não estando em jogo sua capacidade intelectual, mas sua disponibilidade física para o trabalho” (RODRIGUES, 2004, p. 96). A política de *ortopedia social* controla os desejos, as diferenças. O *Estado Clínico* assume o direito irrestrito de determinar o que é melhor para a saúde da população (SAVATER, 2000), numa gestão da vida e normalização dos corpos (RODRIGUES, 2004, p. 314). As drogas passam a ser identificadas como uma ameaça à saúde pública, à paz social. O sentido do prazer se obscurece, predominando a partir de então a noção do *vício* e da *doença*.

Também do início do século datam as Conferências e Convenções Internacionais sobre as drogas. Nelas, definem-se acordos sobre o comércio de algumas drogas. Regulamentam-se a sua produção, comercialização, importação e exportação, amplia-se o conceito de substância entorpecente. As drogas são divididas em lícitas e ilícitas, essas últimas associadas à *disseminação perigosa do vício*. “O indivíduo que se intoxica com drogas legais é regulado pelo Estado Terapêutico; o que se intoxica com drogas ilícitas torna-se alvo do aparato médico-estatal que trata” compulsoriamente (RODRIGUES, 2004, p. 315) e/ou da repressão, afinal o uso dessas drogas passou a ser crime. A diferença entre os termos - lícito e ilícito - bania a relação com o prazer. A partir de então a política de governo sobre as drogas se restringirá basicamente às que foram tornadas ilícitas. Os danos decorrentes do uso indevido de bebidas alcoólicas – violência no espaço doméstico e público, acidentes de trânsito, entre outros -, tornam-se quase invisíveis, contam com uma tolerância permissiva.

O objetivo de *fazer cumprir a lei* implicou prioritariamente em ações repressivas e, nessa luta ferrenha, organiza-se o que veio a se chamar de *Guerras às Drogas*. A busca da abstinência como norma encontrou no modelo repressivo e no modelo médico de combate às doenças infecto-contagiosas o conceito de *prevenção*, tentativa de evitar o primeiro contato com as drogas ilícitas, deixando em segundo plano a prevenção do uso indevido das drogas de uso legal. Nesse *combate* a droga/vírus tomaria conta do corpo e mente do sujeito/hospedeiro, num meio ambiente permissivo, contaminado, tornando urgente uma metodologia que chamassem a atenção quanto aos efeitos da droga no sistema nervoso central, considerados como inevitáveis e generalizáveis em qualquer tipo de consumo.

Segundo o ditado popular, é *melhor prevenir que remediar* e prevenir significa agir antes que “algo aconteça”. Há situações em que a prevenção, sem dúvida alguma, se justifica – acidentes de trânsito, doenças infecto-contagiosas, são alguns exemplos. No que se refere às drogas, desmontados os hábitos culturais que, no passado, protegiam contra os danos, foi necessário pensar novos mecanismos para contorná-los, reduzi-los e coube a educação e à saúde pública fazer a prevenção às drogas. Enquanto as políticas oficiais combatiam a produção e comércio ilícitos, coube à Saúde Pública cuidar do consumo prejudicial do álcool, nem sempre com sucesso. (DELGADO, 2005).

Entender os discursos sobre as drogas tornou-se objeto de estudo. Na década de setenta, tentando esclarecer o que se fazia em nome da *prevenção* às drogas propôs-se uma classificação dos discursos sobre as drogas (NOWLIS, 1975). Definiram-se quatro modelos de discurso decorrentes das posições assumidas a respeito das variáveis - droga, sujeito e meio e contexto: jurídico-moral, saúde pública, psicossocial e sócio-cultural.

O discurso jurídico-moral, tradicionalmente, baseado na punição ou na sua ameaça, como forma de manter o indivíduo afastado do consumo de drogas, buscava evitar o que era considerado como comportamento indesejável, daí a importância da *prevenção*. A informação sobre os perigos decorrentes do uso de drogas ilícitas era considerada fundamental na medida em que fortalecia e justificava as leis repressivas do uso, identificado como desvio e/ou doença. Todas as substâncias psicoativas eram consideradas igualmente perigosas, mais ainda as proibidas por lei. Todos os indivíduos seriam passíveis de se tornarem dependentes e a primeira experiência conduziria, inexoravelmente, à dependência e à escalada de uma droga para outra. O contexto sócio-cultural foi identificado como permissivo justificando-se assim a necessidade de leis duras. Os efeitos do uso de drogas foram interpretados sempre como absolutamente trágicos. Considerando a vulnerabilidade geral, os programas deveriam ser dirigidos a todos, mas principalmente aos jovens, considerados particularmente vulneráveis, física e psiquicamente e identificados como os maiores consumidores. Ao risco do uso de drogas, somar-se-ia a própria fase da adolescência, momento no qual princípios adquiridos na infância são questionados, sendo muito forte o desejo de mudança, transformação, o que era visto como uma ameaça.

O discurso psicossocial admite que o uso de drogas seja um comportamento humano, complexo e sujeito a fatores sociais e culturais (NOWLIS, 1975). O indivíduo agora é o centro das atenções. A informação se amplia, levando em conta as drogas lícitas e ilícitas. Constatase que a informação tradicionalmente difundida de forma autoritária e recebida passivamente, ou não contribui para o alcance dos objetivos ou é mesmo contraproducente. Informações parciais ou que não dão conta da realidade do consumo, na prática resultam em perda de credibilidade. Sugere-se uma metodologia participativa, permitindo que os jovens atuem na *realização* (não se fala de sua participação na própria elaboração) dos programas de *prevenção* sobre drogas. Tenta-se relacionar informação e formação de atitudes, numa tentativa de fortalecer mudanças de comportamento. Na prática, a metodologia apenas se moderniza na forma, mas o objetivo permanece sendo a *prevenção* - evitar o próprio uso, buscar a abstinência (ACSELRAD, 2005).

No discurso sócio-cultural, as estratégias têm como foco de transformação o contexto social, considerado como responsável por comportamentos indevidos. Sugerem-se mudanças neste contexto, ao invés de tentar adequar o indivíduo ao meio. Trata-se de um discurso de humanização das instituições de ensino e trabalho, advogando o controle da propaganda das drogas lícitas e a necessidade de se rever as leis proibicionistas que causariam mais danos que o comportamento que visam controlar.

Segundo a autora dessa classificação, a *prevenção* ideal deveria incorporar as quatro perspectivas, na ótica psicossocial abrangente (NOWLIS, 1975) incluindo modernização das técnicas de ensino, informação científica e criteriosa que garantiriam a credibilidade junto ao público. A *prevenção* se humaniza, passa a ser construtiva, sem apelos dramáticos, considerados contraproducentes. A informação dada através dos programas curriculares de história, química, biologia, literatura e ciências sociais, responderia à complexidade da experiência. Criando um clima favorável nas escolas, lócus por excelência da *prevenção*, a auto-estima e as boas relações entre os jovens estariam garantidas. A escola deve se preocupar em abrir possibilidades intelectuais, sociais, culturais e recreativas como alternativas ao uso de drogas. Aconselha-se a participação de todos na *realização* dos programas preventivos e não na sua elaboração que permanece centralizada. Sugere-se a formação de monitores, de grupos de aconselhamento e o treinamento de lideranças. Os professores encarregados de passar informação sobre o uso/abuso de drogas devem ter uma formação especializada e devem ir além da mera transmissão

de informação, e contribuir para a formação de valores pessoais e sociais, numa atuação conjunta com os pais. Assim, a prevenção aperfeiçoa a competência técnica, moderniza a linguagem e a metodologia, mantendo a meta da abstinência. Promove-se assim a adequação dos indivíduos a um mundo sem drogas, induzindo-os à conclusão que se deseja fazer aceitar pelo grupo. Na prática, fazendo-se de maneira diferente o que já vinha sendo feito antes (ACSELRAD, 2005).

Na década de 80, outra classificação dos discursos sobre as drogas (KORNBLIT, 1988), define quatro modelos: ético-jurídico organizado em torno à informação sobre as substâncias psicoativas e sobre as medidas legais e penais; médico-sanitário que considera o dependente um enfermo que deve ser tratado; psicossocial centrado na busca das motivações individuais que levam ao abuso; sócio-cultural que considera o meio ambiente como gerador da dependência. Cada um desses modelos teria correspondido, segundo a autora, a uma fase da prevenção. Nos anos 60 teria predominado o discurso ético-jurídico que através da escola dava informações ameaçadoras sobre o uso/efeitos das drogas. Nos anos 70, após as primeiras avaliações dessa proposta e considerando-se (já naquela época) o seu fracasso, concluiu-se pela necessidade de mudanças na abordagem preventiva. Reconheceu-se que sem a participação dos jovens e da comunidade na realização dos programas não seria possível alcançar a abstinência. Seriam necessárias técnicas pedagógicas mais adequadas: formação de grupos de crescimento pessoal, classificação de valores, treinamento de lideranças e fortalecimento da tomada de decisões, a partir da compreensão de que mudanças de atitudes geram mudanças de comportamento. Segundo a autora, novas avaliações sugerem duas tendências na prevenção: a proposta norte-americana de programas específicos sobre o uso e efeitos das drogas, com base no modelo psicossocial abrangente, e a tendência européia de educação para a saúde procurando influir sobre o estilo de vida, no quadro de uma política integral voltada para a juventude.

A educação em saúde é uma estratégia antiga que consiste em práticas que têm como objetivo ensinar a população a *prevenir as doenças*, mas também de *promover a saúde* a partir da conversão de determinantes sociais que favorecem o adoecimento em geradores de saúde (SILVA, 2007). No campo das drogas, o seu êxito em países europeus se explica pela conquista de direitos básicos de cidadania que caracteriza o Estado de Bem Estar Social, vivido por essas populações. Na América Latina, a falta de políticas públicas amplas que pudessem promover integração social somada ao modelo biomédico tradicional em saúde (cuidado fragmentado, prioridade do tratamento curativo), fez com que apenas se pensasse na conversão de determinantes sociais individuais como geradores de doença. O poder e o interesse público, muito raramente, conseguiram se sobrepor à força política e econômica das indústrias de bebidas alcoólicas, não intervindo no contexto de produção, venda e propaganda do álcool, mesmo quando seu uso resulta em danos à saúde.

Nas Escolas, a educação para a saúde em drogas tenta corrigir o excesso de informação e o sensacionalismo. Trata-se agora de construir um senso crítico sobre as drogas que permita conceituar a dependência entre outras condutas, como parte de um contexto no qual os jovens não escapam às exigências de um processo sócio-econômico, ao qual opõem suas outras percepções da realidade. A educação para a saúde em drogas seria um processo gradual de construção do desejo de mudança, do hábito em si, da predisposição ao hábito. Ou ainda, partindo da premissa que a dependência às drogas constitui-se numa conduta carente de um projeto de futuro, estimula-se a auto-estima, como fator de fortalecimento das decisões do indivíduo.

A partir desse ponto de vista, a dependência é redefinida como um “comportamento problemático” e não mais como doença, ampliando a base de sustentação social e cultural do conceito. Afirma-se a idéia de que os recursos capazes de organizar intervenções efetivas estão

na própria comunidade, nos seus próprios agentes que se substituem aos tradicionais agentes externos de intervenção. Drogas lícitas e ilícitas são tratadas no mesmo nível, compreendendo que a legalidade ou ilegalidade de uma droga não é definida em função da intensidade dos problemas de saúde decorrentes do seu uso, mas sim em função de questões econômicas, políticas e culturais. O “problema” da droga deve ser tratado como um entre outros problemas vividos pelos jovens, negando-se qualquer sensacionalismo que tem como consequência a marginalização. Se o objetivo da abstinência não é mais tão forte como nos modelos anteriores, a proposta de prevenir não só o abuso, mas o próprio uso se mantém porque, na prática, a melhor estratégia preventiva anunciada consistiria em reduzir os níveis globais de consumo na comunidade.

As duas classificações definem os discursos sobre as drogas em função das posições assumidas face às variáveis - droga, sujeito e meio e momento sócio-cultural. A primeira opta pela modernização da metodologia no repasse de informação, sem uma avaliação crítica dos pressupostos que lhe servem de base. A segunda discute a historicidade da prevenção do uso/abuso de drogas e questiona as bases de sustentação dos quatro modelos de discursos apresentados, acentuando a importância educação para a saúde, abrangente, de valorização da vida, de intervenção não assistencialista e enfatizando a mobilização de recursos da comunidade. Ambas, mantém a necessidade da prevenção às drogas, a primeira na linha comportamental, a segunda recomendando uma atuação conjunta de toda a comunidade, no sentido de modificações sociais que poderiam ajudar a construção coletiva de controle dos eventuais danos decorrentes do uso problemático (KORNBLIT, 1988).

Uma terceira classificação define três linhas de atuação especificamente nas escolas (CARLINI-COTRIM, 1989): controle social sobre os mais jovens, oferecimento de alternativas e educação. A linha de controle social sobre os mais jovens guarda semelhanças com os modelos jurídico-moral, ético-jurídico, de saúde pública ou médico-sanitário, citados nas classificações anteriores, na medida em que se limita às substâncias ilícitas, em si, e na força da lei. As linhas de oferecimento de alternativas e de educação criticam a falta de credibilidade dos discursos anteriores, sugerindo como fundamental a informação científica, a educação afetiva, para a saúde, a pressão de grupo. A prevenção que buscava essencialmente a abstinência cede espaço para uma ação educativa que compreende a diferença entre uso controlado e uso dependente. A importância do diálogo entre educadores e alunos, a prevenção da dependência, procura incorporar sem meias verdades, a noção de consumo de drogas como paralelo a própria história da humanidade.

A educação para a saúde sobre o uso de bebidas alcoólicas deve fazer parte dos temas transversais nas escolas, inseridos nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Como tema transversal deve permear todas as áreas que compõem o currículo escolar. Entendida como sinônimo da prevenção, mas de forma ampliada, deve ser estender aos mais diversos setores da sociedade – ambiente de trabalho, unidades de saúde, associações, comunidades, bem como campanhas preventivas de comunicação de massas. Sugere-se aqui que a discussão, participação e reflexão dos alunos sobre os efeitos nocivos do álcool podem modificar os estereótipos que estimulam o uso de bebidas alcoólicas como, por exemplo, prazer, festa, diversão (DALCIN, 2011), ainda centralizada na substância, nos danos ditos como inexoráveis.

O conceito de prevenção às drogas por vezes é associado ao de educação para a saúde. Estudo qualitativo durante consultas de pré-natal (SOUZA, 2008) identificou uso do álcool entre as mulheres e sua percepção desse uso - *um mundo menos colorido, o uso da bebida alcoólica para suprir o “vazio” da existência* - e do alcoolismo - *uma doença que afeta o “entorno” de quem*

bebe, uma realidade paralela. Refletindo sobre o que fazer diante do uso e do uso problemático das bebidas, os autores afirmam que o modelo biomédico de atendimento não contribui para uma assistência integral daí a necessidade de uma concepção holística e compreensiva do cuidar. Nessa compreensão, se referem à *educação em saúde como prevenção*, como conceitos idênticos. Definem a função da enfermagem como a de orientar *toda* a população e não apenas os que têm problemas decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas. Os danos decorrentes do uso de drogas devem ser difundidos: comprometimentos físicos (doenças dos diversos aparelhos do corpo humano, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis), psíquicos (como os transtornos de memória), sociais (violência, acidentes, por exemplo) e familiares (desestruturação, violência, entre outros), reforçando o conceito tradicional da prevenção e identificando uso/uso problemático/danos/doença. Entretanto, alertam que o conhecimento das causas do alcoolismo não deve se limitar à história de vida de cada pessoa porque essa é apenas uma parte do problema (SOUZA, 2008).

Alguns autores (MOSS & DURMAN, 2009) sugerem intervenções educativas de prevenção, junto aos adolescentes, voltadas para as consequências do uso do álcool quando sem limite - acidentes de trânsito, violência, além de doenças como cirrose, câncer, psicoses, depressão, entre outros. Afirmando que alertar sobre os danos ajuda a formação de escolhas e opiniões dos adolescentes no processo de crescimento que dessa forma aprenderiam a discernir o adequado e o inadequado. Ao mesmo tempo, a reflexão se amplia quando descrevem o processo da dependência como resultado do encontro da droga com as características psicológicas dos sujeitos, o contexto sócio-cultural e familiar onde estas pessoas estão inseridas, sua capacidade de adaptar e modificar condutas (INEM & ACSELRAD, apud MOSS & DURMAN, 2009). No contexto da escola, o professor deve ser uma referência para a formação de hábitos saudáveis dos alunos, reforçando a auto-estima, motivando-os para uma vida segura e auxiliando-os a desenvolver seus potenciais sociais. Para tanto, o envolvimento da família, a *primeira escola*, nos programas educativos é fundamental, mesmo porque a grande maioria dos jovens brasileiros começa a ingerir substâncias alcoólicas em casa, substâncias presentes nos lares. A prevenção deve difundir valores, de crítica à crescente competição pelo êxito material, à corrida para o êxito e a pouca tolerância diante do fracasso que contribuem para que algumas das pessoas que são inseguras ou instáveis emocionalmente busquem no álcool um refúgio, uma compensação em face de um meio adverso. Sugerem que a cooperação deve substituir a confrontação e o isolamento, deixando prevalecer o espírito de cooperação e afeto na sociedade. Mas os programas educativos e preventivos se defrontam com a aceitação cultural da bebida e com o poder cultural e político da mídia que explora essa aceitação social, associando as bebidas à sensualidade, ao sucesso, obscurecendo os problemas do beber sem limites.

As classificações dos discursos sobre drogas ajudaram a compreender sua construção, esclarecendo e orientando, sempre que possível, as escolhas dos educadores e gestores na área. De fato, nenhum desses discursos foi adotado isoladamente até porque nenhum deles era suficiente do ponto de vista teórico e prático para a compreensão do fenômeno (CRUZ, 2005). Mas o que têm em comum entre si é a manutenção da meta da erradicação das drogas ilícitas e a redução do consumo indevido das drogas permitidas por lei. De maneira geral, os discursos sobre as drogas são focados essencialmente nas drogas ilícitas, mantendo-se ainda os danos decorrentes do uso do álcool em segundo plano.

No que se refere às drogas ilícitas o discurso hegemônico mantém as *verdades* anuncias como inquestionáveis – as drogas ilícitas *fazem mal, são proibidas, quem usa será punido*.

Mantém-se a metodologia de repetição do que foi ensinado. Não havendo possibilidade de mudança da legislação que proíbe seu uso, não há espaço para uma reflexão original. Na prática, técnicas comportamentais tentam enquadrar os jovens na abstinência. A prevenção busca respeito no discurso educativo tradicional que não permite reversibilidade entre os interlocutores, cabendo ao professor ensinar e falar e ao aluno aprender, logo, calar. Inseguros, os educadores tendem a se sentir “despreparados”: falta-lhes espaço para refletir sobre sua prática quotidiana, sobre as motivações e dificuldades que condicionam sua atuação profissional e pessoal. A experiência extremamente perturbadora do uso de drogas se torna para eles um enigma que não se resolve com algumas técnicas de comunicação, algum conhecimento de biologia para explicar a ação do produto no sistema nervoso central, com o anúncio de penalidades, em caso de transgressão. Os educadores tornam-se porta-vozes de um conhecimento e de valores nos quais nem sempre acreditam. Mesmo quando se acham “preparados”, percebem a fragilidade da sua fala, na medida em que esta anula, inibe, oculta a fala do aluno. Com a prevenção, o educador perde a oportunidade de ser um modelo de identificação necessário ao aluno, no momento de passagem para a vida adulta. Ao incorporar discursos autoritários sobre as drogas, os professores não percebem usos que não têm maiores repercussões, passam à margem de usos permitidos por lei, mas que implicam em eventuais danos e perdem a oportunidade de orientar quanto aos riscos que até mesmo uma simples experiência pode trazer. Diante da dependência, tendem a optar por ações drásticas e potencialmente marginalizadoras: afastamento do usuário do convívio coletivo, negação da possibilidade de esclarecimento do que é verdadeiro/falso. A discussão entre professores e alunos permanece presa a um jogo estreito (ACSELRAD, 2005).

Na tentativa de *proteger indivíduos indefesos*, a prevenção sugere um clima de epidemia, de terror, e reage com medidas preventivas repressivas, *consideradas vitais à preservação da saúde, tranquilidade dos lares, garantia da produção, manutenção da segurança pública*. As campanhas de prevenção tendem a culpabilizar os usuários ou no mínimo, centralizam nele toda a possibilidade de mudança, sem tocar no contexto sócio-cultural e, dessa forma, não alcançam os objetivos desejados. É comum se dizer que o usuário de drogas é responsável pela violência do tráfico, quando, de fato, é a proibição que gera a violência na medida em que, nega a possibilidade de reconhecimento legal de um espaço público para a resolução dos conflitos. O conceito de dependência química se por um lado estabelece a diferença em relação a outras dependências - do trabalho, do sexo, por exemplo - corre o risco de incorrer em reducionismo, na medida em que sugere a supremacia do produto químico na determinação da dependência. A meta da abstinência condena, na prática, qualquer tipo de uso como se não houvessem usos controlados e protegidos, posto que, alguns, são proibidos. Os danos decorrentes de qualquer tipo de uso são apresentados como inevitáveis e generalizáveis, sempre em situações limites (ACSELRAD, 2005). Ora, se a experiência das drogas faz parte da própria condição humana, com a prevenção estaríamos correndo o risco de querer prevenir a própria vida (LAZARUS, 1995), quando já se disse que “viver é muito perigoso”, “viver é um descuido prosseguido” (ROSA, 1967). E ao se limitar às drogas tornadas ilícitas, a prevenção continua sendo seletiva, em contrapartida sendo permissiva em relação ao álcool.

Argumento recorrente da prevenção às drogas é a crença na incidência de seu consumo entre os *jovens*. Mas fala-se muito da venda e circulação de drogas ilícitas nas escolas, mas não da venda ilícita de bebidas alcoólicas em frente às escolas, da venda proibida por lei aos menores de 18 anos. Levantamentos periódicos sobre o consumo de drogas entre estudantes (Ensino Fundamental e Médio das redes de ensino pública e privada) no Brasil (CEBRID 2010) não apontam índices de uso e dependência que possam sustentar a noção de que o principal problema da juventude brasileira seja a droga, seja ela licita ou ilícita. Mas, a proibição de algu-

mas drogas e, sem dúvida, o desemprego e o abandono de grande parte dos jovens, a falta de um projeto de futuro favorecem essa ou qualquer outra forma de delinqüência, de violência. O que é sugerido como causa dos males da juventude parece ser nada mais do que efeito de uma determinada situação social de desamparo (SAVATER, 2000).

Mas “na escola as pessoas falam, escrevem e lêem. São falas que fazem falar, e também falas que calam, inibem, ocultam, confundem. Professores e estudantes instalam um discurso que ora reproduz mecanicamente os conteúdos, ora se compromete com o ato de estudar mais rigorosamente” (PEY, 1988, p. 11), o que sugere a possibilidade de *escolha* quanto ao fazer pedagógico. Na educação tradicional o professor ensina porque sabe tudo e o aluno aprende porque não sabe nada. Mas se o professor fala, ele também pode ouvir, para melhor ensinar. E se o aluno ouve, mas pode falar sobre suas experiências, sobre seus desejos, aprenderá melhor o que não sabe num processo dialógico que se instaura (PEY, 1988, p. 18). Entretanto, nos programas de prevenção às drogas, predomina a propriedade do saber do professor, ainda que, na prática, seja difícil manter essa dinâmica. Na realidade, muitas vezes o lugar de quem domina o saber se inverte – o adolescente no limiar da vida adulta, experimenta e sabe, enquanto o professor esqueceu-se de suas experiências perdidas no passado e, investido e fechado na sua autoridade e responsabilidade, constrói um saber frágil. De um lado o professor ancorado numa proposta que não se questiona, temendo perder sua autoridade. De outro, um jovem que busca, percebe outras formas de consumo e questiona.

A prevenção às drogas não leva em conta os riscos associados à difusão autoritária de informações, quando os adultos como se fossem *donos do saber* narram o resultado de suas pesquisas aos jovens, aos quais cabe apenas repetir o que ouviram (FREIRE, 1987). Não avalia que com esse método, não há produção de conhecimento, mas sim reprodução do que está dado: o sujeito não é chamado a conhecer; apenas memoriza mecanicamente, recebe de outro algo pronto. De forma vertical e antidialógica, a concepção “bancária” de ensino, aplicada às drogas, fomenta a passividade. Com seu objetivo de erradicar a própria experiência de uso, informa de forma reducionista a supremacia da ação das drogas no sistema nervoso central, dissemina a idéia falsa de que toda experiência leva à dependência, afirma como inexoráveis os danos decorrentes do uso de drogas. E o que é mais grave, deixa em segundo plano a substância psicoativa mais consumida no país – o álcool – deixando de falar também dos acidentes de trânsito, acidentes de trabalho, índices de internação hospitalar relacionados. Nas feiras de ciência, nas escolas, os jovens reproduzem apenas as informações sobre as drogas ilícitas divulgadas pelos professores e especialistas. Ora, a capacidade crítica é essencial para que a experiência de uso de drogas não se torne um *problema* - conhecer seus limites psíquicos, físicos, sociais e os limites do mundo em que vive; saber lidar com substâncias psicoativas sujeitas a controles de qualidade muitas vezes precários (caso das drogas de produção, comércio e uso lícitos), mas também saber lidar com as drogas permitidas por lei, em relação às quais os danos tendem a ser minimizados.

Ora, a memória dos controles coletivos que garantiam um consumo de drogas relativamente protegido do uso problemático, se perderam ou foram substituídos por outros mecanismos nem sempre protetores, mas que, pelo contrário, tendem a maximizar problemas. Na sociedade de mercado, o conceito do *homo economicus* (DALY & COBB, 1993) corresponde ao *ideal de cidadania*. O sujeito é estimulado a exercer sua individualidade e a consumir tudo o que almeja, sem limites, não levando em conta os sentimentos dos outros, não se importando com sua posição relativa na comunidade, considerando suas necessidades totais como insaciáveis – num

processo aquisitivo sem limites. Tragicamente, o dependente de drogas realizaria esse *ideal*, com o seu isolamento do mundo e da relação com os outros, com a desmedida de seu consumo, sem críticas, ainda que com efeitos mortíferos para si e sua comunidade.

Na construção de um discurso pedagógico, o educador se depara com a necessidade de construir uma fala própria sobre as drogas, o que é vivido com muita angústia. Percebe-se cheios de dúvidas e medos - de fato naturais a todo o começo, mais do que tomar a palavra deseja encontrar de imediato um discurso pronto. Face a esse desejo, a prevenção tradicional oferece o seu *discurso*, mas sem o deixar esquecer, entretanto, que lhe caberá apenas repeti-lo, sem que se torne autor. O desejo de encontrar um discurso já pronto e o poder exercido pelas instituições seriam réplicas de uma mesma inquietação face aos poderes e perigos que envolvem a construção da fala - sua realidade material de coisa pronunciada e escrita e sua duração transitória. "Em toda a sociedade" – lembra Foucault, "a produção dos discursos seria controlada, selecionada, organizada e redistribuída através de alguns procedimentos que têm por objetivo conjurar poderes, impedir acontecimentos aleatórios, driblar sua pesada e temível materialidade" (FOUCAULT, 1971). A palavra proibida ou obscurecida seria o primeiro procedimento de controle dos discursos - nem todos têm o direito de falar sobre drogas em qualquer circunstância; ou seja, estabelece-se o ritual da circunstância e o direito exclusivo e privilegiado de quem fala - interdições que se cruzam. A abertura de um debate sobre drogas com toda a sociedade já é, hoje, reconhecida como necessária, mas o privilegio dessa fala durante muito tempo permaneceu restrito aos especialistas. No Brasil, recentemente, amplia-se a esfera pública de discussão sobre as drogas: entrevistas e documentários trazem à tona discursos alternativos, de certa forma, ainda centrados na fala de especialistas, mas tentando abrir um debate com o público mais amplo. Mas ainda é uma discussão centrada nas drogas hoje tornadas ilícitas, obscurecendo o maior consumo das bebidas alcoólicas no nosso país.

O segundo procedimento de controle dos discursos seria a oposição entre a razão e desvio. De um lado, a ciência explica a ação das drogas no sistema nervoso central e, a partir daí, descreve os danos decorrentes do uso como inevitáveis e generalizáveis, descartando, ou pelo menos obscurecendo, a história de vida do sujeito, sua subjetividade, o momento e o contexto sócio-cultural. O uso de certas drogas, principalmente as que se tornaram ilícitas, é apresentando como o de maior incidência, por isso temido, justificando-se sua criminalização. O consumo das bebidas alcoólicas, de maior consumo no Brasil, é obscurecido. São atribuídos às drogas estranhos poderes, o que reforça o primeiro procedimento - o tabu do objeto - quando se afirma que o sujeito sob o efeito do álcool se *transforma em outra pessoa*, se torna violento quando, de fato, a bebida apenas facilita a emergência de ações num momento de maior vulnerabilidade. Da mesma forma, o discurso do dependente é excluído, apenas permitido no espaço restrito dos consultórios médicos.

A oposição entre o falso e o verdadeiro completa o quadro de procedimentos de controle da construção do discurso sobre as drogas. De um lado, o discurso de prevenção, de erradicação das drogas que desde o início do século XX, se diz como o *verdadeiro*. De outro, as experiências de consumo no passado, quando controles sociais coletivamente criados e aceitos permitiam reduzir danos - considerado *falso*, mesmo sendo *real* para muitos usuários. No caso das bebidas alcoólicas, a prevenção se omite, não consegue promover uma atenção cuidadosa em relação ao seu uso problemático, legal, mas com tantos impactos graves na saúde e na vida cotidiana (ACSELRAD, 2005).

Diffícil lidar com as drogas na juventude, quando na infância os contos de fada são cheios de poções mágicas. Com elas, personagens como *Alice*, pelo menos *no país das maravilhas*, crescia e diminuía num contexto que nem sempre lhe era favorável. *João e Maria*, abandonados pelos pais, descobrem a casa de chocolate, comem em demasia, mas não se deixam comer pela bruxa, reagem, jogam a bruxa na fogueira e, pela rota das *pedras* deixadas pelo caminho, retornam ao lar. *Popeye* comia espinafre para ficar mais forte. *Super Homem* era invencível: voava e resolia sem ajuda de ninguém os problemas do mundo. *Sininho* com sua varinha de condão e *Peter Pan* voam e param o tempo. *Emilia*, personagem criada por Monteiro Lobato, graças ao pó de *pirlimpimpim* se transporta para outros tempos, outros países, vai à Grécia, onde encontra Péricles. Se na infância, as poções mágicas (drogas) são elementos positivos na vida das crianças, dão força e coragem para enfrentar desafios (ARATANGY, 1988), na juventude tudo se complica.

A análise de pareceres dados por profissionais de saúde quando da reavaliação de medidas sócio-educativas, aplicadas aos adolescentes pobres em conflito com a lei, mostra o quanto esses profissionais reproduzem preconceitos que, talvez, não teriam se os adolescentes avaliados tivessem outra condição social e econômica, no mesmo contexto de infração cometida. Assim, o olhar altaneiro do adolescente pobre pode ser interpretado como arrogância, exigindo-se dele olhos baixos, submissos diante da autoridade que o avalia. A mesma postura no caso de um adolescente de classe A ou B será considerada como positiva, demonstrando segurança de si. O desejo de um jovem pobre de comprar uma casa para a família é mal visto, *manifesta desejos incompatíveis com sua condição sócio-econômica*. Flagrado em outro bairro longe de onde mora, o jovem pobre suscita desconfiança, enquanto o adolescente de classe média circula livremente, sobe o morro para ver uma roda de samba e isso significa *curiosidade pelo mundo* (BATISTA, 1998).

Enquanto a proposta de prevenção se justifica pela *urgência* em resolver uma suposta *epidemia de consumo de drogas* no país, alguns profissionais de saúde e educação experimentam alternativas pedagógicas compreensivas com base no quadro da realidade brasileira de consumo, conforme descrito nos levantamentos sobre o uso de drogas no país (CEBRID, 2010). São estudos realizados, desde a década de 80 e que consideram tanto as drogas ilícitas como as lícitas, identificam diferentes tipos de uso, diferentes motivações de consumo, conflitos e danos relacionados ao uso das diferentes drogas. Desvendam estatisticamente a maior prevalência do uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas permitidas por lei. Esclarecem a diferença entre uso e dependência. O *uso na vida*, nas escolas privadas aparece como mais significativo, mas o contrário acontece no que se refere ao *uso pesado*, com maior incidência nas escolas públicas. O gênero masculino usa mais drogas ilícitas e esteróides. O gênero feminino usa mais medicamentos e álcool. A presença da droga parece ser constante na vida dos estudantes e a facilidade de acesso a elas vai se tornando maior com a idade. O uso precoce, entre crianças de menos de 10 anos, a possibilidade de adquirir medicamentos, ainda que sob controle, em qualquer farmácia, ou mesmo em casa, sugerem que a educação sobre drogas deve começar cedo. Constatam decréscimo do *uso na vida* do álcool, em ambos os gêneros e em todas as faixas etárias, comparando-se os seis últimos levantamentos já realizados. E mostram que o índice de consumo de drogas entre os estudantes brasileiros é inferior ao verificado em outros países da América Latina, da Europa e EUA.

Outro estudo sobre Drogas na Escola, realizado em 14 capitais brasileiras (ABRAMOVAY, 2005) chama a atenção para a compreensão ambígua do termo *droga* quando aplicado ao álcool, substância de uso lícito integrada ao comportamento social e, por isso mesmo, respaldada na tradição daí a ser considerado como *menos nocivo* que outras drogas. A pesquisa con-

sidera também diferentes tipos de uso - *nunca bebe, bebe somente em festas/ocasiões sociais e bebe regularmente*. Esclarece que os estudantes entendem que o beber facilita a sociabilidade, afirma a virilidade, dá coragem. Assinala que os pais aceitam o uso social do álcool e reconhecem seu papel de orientar e explicar sobre como fazer uso, já que o mal seria anulado quando o consumo for moderado. A primeira experiência tenderia a acontecer em casa, *os pais estimulam*. Mas na Escola, professores continuam priorizando a informação enfatizando os males decorrentes do uso de drogas ilícitas. Estudantes que professam religiões que proíbem o álcool tendem a evitar o seu consumo. Os jovens percebem a pressão da propaganda que tenta moldar o imaginário coletivo a favor da bebida alcoólica associada ao bem estar, beleza, felicidade, ascensão social, até mesmo fazendo apelo a imagens ligadas à infância, como forma de atingir o público do futuro. A permissividade em relação à venda de álcool entre menores de 18 anos é considerada normal mais pelos alunos do que pelos pais e pelo corpo técnico e pedagógico. A pesquisa recomenda a organização de programas transversais de prevenção às drogas de forma contextualizada; com a participação dos alunos na sua *elaboração e realização*; mudando a cultura escolar; integrando pais, alunos e professores; organizando serviços internos e recorrendo a serviços especializados na orientação sobre o tema, assim como divulgando serviços disponíveis de apoio externo.

Recuperando a importância de uma educação sobre o álcool, levantamentos voltados para os padrões de consumo dessa droga, no país (LARANJEIRA *et al*, 2007), concluem que a maioria da população brasileira apóia os programas preventivos ao uso do álcool em escolas, assim como as campanhas sobre os riscos do álcool. Segundo os entrevistados nesse estudo, o tratamento da dependência deveria ser gratuito e obrigatório em postos de saúde, ambulatórios da rede pública e Hospitais Gerais. Mais da metade da população defende o aumento dos impostos sobre as bebidas alcoólicas, recomenda a fiscalização dos estabelecimentos que vendem bebidas, no sentido de fazer cumprir a lei que interdita o álcool aos menores de 18 anos. Restrições do horário de venda e na propaganda de bebidas alcoólicas, delimitação de locais específicos de venda, também são sugeridas. Essas sugestões evidenciam a necessidade de políticas de regulação do mercado do álcool, muito além de medidas pontuais de punição.

Os três estudos delineiam um quadro de consumo de drogas no país, identificam o álcool como substância de maior consumo, mas não sustentam a crença da droga como o mais grave problema da juventude brasileira.

Prevenção do *uso* de drogas (impedir a própria experiência de uso); prevenção do *uso indevido* de drogas (o que é problemático e se refere às drogas permitidas por lei); prevenção do *uso abusivo* (implicando em quantidade ou na ilegalidade do consumo) são conceitos que têm conteúdos distintos, nem sempre esclarecidos. De maneira geral, moderniza-se a metodologia dos programas, amplia-se a participação dos atores, mas permanece como hegemônico o discurso da prevenção no sentido de impedir ou reduzir a demanda (ACSELRAD, 2005).

Alguns autores chamam a atenção para o que dizem ser o paradoxo da prevenção: o número de pessoas sob risco de sofrerem algum dano à saúde é maior do que o número de pessoas que já apresentam algum problema. Subentende-se que, para reduzir os problemas relacionados ao álcool, são necessárias estratégias voltadas para a maioria dos indivíduos que apresentam um consumo moderado/ eventualmente abusivo e não apenas junto aos já dependentes (AMATO, 2008). A partir desse “paradoxo” (KREITMAN, 1986, apud BONI, 2011), crenças e atitudes dos profissionais envolvidos no atendimento, dos próprios usuários, do sistema de saúde e da população em geral também condicionam as ações preventivas relacionadas ao álcool – ora

aceito socialmente, ora estigmatizado, ora obscurecido pela centralidade da prevenção às drogas proibidas por lei.

Ao mesmo tempo nota-se que as estratégias de prevenção se voltam basicamente para os sujeitos, usuários em potencial, o que indiretamente fortalece a idéia de serem eles os principais responsáveis pelos danos decorrentes do uso de drogas. Ora, na compreensão do dano como resultante do encontro entre um sujeito, uma droga e um meio sócio cultural, essa centralidade torna a prevenção unilateral culpabilizando o sujeito, de forma preconceituosa. Constitui-se que as ações preventivas são muito tímidas em relação ao meio ambiente e ao contexto, quando de fato estas seriam mais efetivas do que as direcionadas apenas ao indivíduo (LARANJEIRA; ROMANO 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004 apud AMATO *et al*, 2008).

A prevenção não é apenas um equívoco teórico e pedagógico, mas um fator conservador e ingênuo que mantém injustiças e conflitos. O quadro da realidade de consumo de drogas no Brasil, conforme descrito nos levantamentos citados sugere a pertinência de desenvolver atitudes críticas/transitivas em relação aos múltiplos significados das substâncias psicoativas e de seus usos (CAMPOS, 2005).

Numa crítica a esse pensamento, profissionais de saúde e educação experimentam alternativas pedagógicas compreensivas já citadas aqui, na forma da educação para a autonomia (CASTORIADIS, 1989), começou a ser discutida em cursos de capacitação para profissionais com atuação pedagógica no final da década de 90 (ACSELRAD, 2005). No caso específico das bebidas alcoólicas, sugere-se o *beber com cuidado, beber bem*. Educação para a autonomia, aplicada às drogas lícitas e ilícitas, é entendida como a capacidade de refletir e agir de forma a (re)construir controles sociais coletivos de uso, protetores de si e de sua coletividade. Dessa forma, vai-se além do produto em si e se considera o sujeito articulado com a política, com a organização da cidade, esclarecendo a cartografia dos problemas vividos pelos diferentes grupos sociais e abrindo possibilidades reais de intervenção nas condições de vida (LAZARUS, 1995).

Nessa pedagogia dialógica busca-se desenvolver a capacidade de o sujeito aprender - aprender a aprender, aprender a descobrir, aprender a inventar, já que todo processo de educação que não vise desenvolver ao máximo a atividade própria dos educandos é problemática; e todo sistema educativo, incapaz de fornecer uma resposta razoável à questão eventual sobre “por que deveremos aprender isto?”, é precário (REICH, 1973). Mas no mundo contemporâneo, nem sempre se consegue *ensinar a pensar*. A fragilidade da educação e da figura do professor se soma negativamente ao estímulo do *você pode e deve realizar todos os seus sonhos*, ainda que muitas vezes sem as condições necessárias para tanto. Mais do que nunca, portanto, se torna vital o ensinar a pensar.

O conceito de educação para a autonomia propõe a reflexão sobre o sentido da *Paidéia* - ajudar os jovens, esse feixe de pulsões e imaginação, a tornarem-se *antrophos*, ajudá-los a criar uma subjetividade que refletia e que seja capaz de deliberação e vontade protetoras de si e de sua comunidade (CASTORIADIS, 1989). Ao invés da prevenção que, na maioria das vezes tende a erradicar o pensar e o querer próprios, a *Paidéia* sugere a possibilidade de uma educação sobre drogas baseada na autonomia, com inibição mínima da imaginação e desenvolvimento máximo da capacidade de reflexão, num projeto necessariamente social e não, simplesmente, individual. Do ponto de vista psicanalítico, renuncia-se, assim, ao *todo-poder*; reconhece-se a existência de outros seres humanos cujos desejos, muitas vezes, se opõem aos nossos. Do ponto de vista social-histórico, interiorizam-se as significações imaginárias que organizam o mundo, em cada sociedade particular, e lhe dão um sentido. Do ponto de vista da educação, autoriza-se a construção de uma fala própria.

Assim, o educador, desde que consciente de seu papel no que se refere à reflexão sobre as drogas, tem condições de se tornar um objeto-suporte para o adolescente na passagem para a vida adulta - aquele que o ajuda a passar da ação intuitiva para a ação consciente. Uma vez convicto desse papel, o educador substitui a função tradicional de *vigiar e punir* e assume um lugar privilegiado junto ao jovem e sua família, na tentativa da discussão do uso de quaisquer drogas, quando este uso se torna um problema, sinal e sintoma de um mal-estar no mundo (AMARAL DIAS, 1979). Para isso, a *educação do educador* se faz necessária, num processo constante de (re)avaliação dos pressupostos que orientam sua ação, no campo específico das drogas (MOLL, 1989). Em se tratando de drogas, muitas vezes o maior conhecimento dos jovens sobre o tema se torna um desafio, uma ameaça para os adultos, esquecidos de suas experiências no passado e no presente.

A reflexão sobre o fazer pedagógico sugere restringir as medidas educativas às frustrações absolutamente indispensáveis, sob pena de comprometer a formação da subjetividade dos adolescentes, entendendo que a primitiva força vital que se pretende domar tem sido capaz de criar cultura. A imposição de frustrações desnecessárias seria fruto de uma compulsão sádica *em educar - faço isso porque é melhor pra você - , quando parece vital perceber por que e para que se educa* (REICH, 1973).

Sendo a experiência da droga reconhecida como parte da condição humana, torna-se necessário aprender a lidar com as condições atuais e adversas em que ela acontece. Assim, rompe-se o isolamento - em si favorecedor de situações de risco - promovendo-se a busca de conhecimento, gerando-se valorização e responsabilização dos sujeitos na relação com o outro e com o grupo. A proposta de educação para autonomia possibilita refletir sobre como o uso de drogas tem sido tratado ao longo do tempo, recuperando a memória de usos passados, criando o poder de inventar novas formas coletivas de lidar com o uso, atuando na (re)construção de mecanismos de controle individuais e coletivos - esses sim capazes de reduzir danos. Os danos decorrentes do uso não se restringem à saúde individual, mas se estendem à saúde coletiva de forma ampla, em termos do bem-estar no mundo. A educação para autonomia desenvolve ações amplas que possam dar conta dos problemas do nosso tempo: a distribuição dos poderes, das riquezas, do saber; a violência, o desemprego, a fome, a falta de solidariedade, "desigualdades que fazem como que alguns se sintam bem porque pertencem a um grupo social e outros se sintam mal porque são excluídos" (LAZARUS, 1995).

OS DISCURSOS SOBRE O ALCOOLISMO E SEU TRATAMENTO

No que se refere ao tratamento do uso problemático - o alcoolismo - , no século XX, fortaleceu-se uma visão construída a partir do movimento higienista. No Brasil, no final do século XIX e início do século XX, esse movimento reuniu importantes intelectuais, em especial os de formação médica. Na década de 20, quando da criação da "Liga Brasileira de Higiene Mental" por Gustavo Riedel, o higienismo atinge seu ápice. Inspirada na Liga de Higiene Mental norte-americana adotou seus princípios teóricos e metodologia (testes psicológicos). Com forte apoio de psiquiatras da elite brasileira, pregava e justificava cientificamente a necessidade de um "aperfeiçoamento da raça", dando início a um movimento de criminalização, pathologização e exclusão da população pobre brasileira, especialmente dos negros, mulatos e mestiços. Fundamentada na eugenia, a concepção higienista afirmava ser impossível construir uma grande nação se esta era composta por uma raça inferior, manchada pela mestiçagem, caso da nação brasileira.

Junto com a psiquiatria, alguns outros especialistas (pedagogos, psicólogos, juristas, arquitetos/urbanistas) gradativamente vão se incorporando ao movimento higienista e a higiene mental deixa de pertencer somente ao terreno da psiquiatria, expandindo sua aplicação prática para todos os domínios da vida social (LOPES, 1931). O ponto de partida era a necessidade de utilizar todos os conhecimentos que pudessem colaborar para a melhoria mental, física, moral e racial das futuras gerações. Acreditava-se que somente fazendo uma seleção artificial do que era produzido pela natureza, ou seja, controlando-a cientificamente, seria possível solucionar as misérias da sociedade.

Deste modo, a elite científica brasileira encontrava-se convencida de sua “missão patriótica” na construção de um tipo de Nação, tendo como objetivo seu “saneamento moral”. As suas propostas baseavam-se no que se conhecia como “degradação das sociedades modernas”, especialmente a “degradação moral” que era associada à pobreza, pois esta, com seus vícios, não estava de acordo com o ideal de Nação que se almejava à época. Essa “degradação moral” era vista como uma epidemia de contágio inevitável, uma vez que estava presente nas famílias pobres e colocava sob ameaça toda a sociedade (COIMBRA, 2000).

Aliando-se à Teoria da Degenerescência de Morel (COIMBRA, 2006), o higienismo afirmava que as pessoas nascidas em terreno propício para “boas sementes”, ou seja, em “bons lares”, teriam naturalmente virtudes, enquanto aqueles nascidos e criados em “lares indignos”, ou seja, pobres, precários, seriam portadores de “má herança” e, portanto, degenerados. “[...] o caso da criança viciável, o terreno preparado para o contágio, recobrando a energia no meio favorável. Lembra o estudo de Lombroso ‘sobre algumas famílias sinistras, em cujo seio as crianças pareciam predestinadas ao crime, quando não às psicoses, ao suicídio ou à morte em tenra idade e tudo resultante de intoxicações ou infecções contraídas muitos anos atrás por seus antepassados’” (MONCORVO FILHO, 1928, p. 50).

O estudo do alcoolismo despertou o interesse dos intelectuais, no início do século XX, considerado como um perigo social, o “causador da maior parte das insâncias e dos crimes”. Também um perigo econômico, pois acarretava diminuição do trabalho operário “abastardando a Moral, levando ao organismo o desperdício de energias e tudo mais quanto ruim a ele se refere” (MONCORVO FILHO, 1928, p. 31).

Moncorvo Filho⁵ (1928) afirmava que “o álcool estende, de maneira a mais degradante, seus terríveis malefícios ao indivíduo, à família e à sociedade. Atraindo grande massa de criaturas ao seu uso, quase sempre incontido, ele aniquila a prole; é um sem número de vezes um fator da infelicidade, da miséria, da desmoralização e do luto em lares, dantes mui ditosos; é a causa indiscutível de despopulação; desequilibra a fortuna particular e publica e força a criação de hospitais, manicômios e asilos; torna-se a grande causa de crimes e de suicídios; e é, em suma, um tremendo flagelo!” (MONCORVO FILHO, 1928, p. 27)

Os estudos apontavam para a hereditariedade do alcoolismo como um dos males mais perigosos para a sociedade, uma vez que a colocava em risco de degenerar-se. Assim, era dever das ciências unir seus saberes operando intervenções capazes de conter essa população, controlando-a, corrigindo-a e/ou isolando-a. As pesquisas afirmavam cabalmente que o alcoolismo não se encerrava no indivíduo, mas transmitia-se aos seus descendentes de formas múltiplas e variadas, desencadeando em outras patologias. “A hereditariedade alcoólica é, pois, um fato incontestável e, os males daí oriundos, merecem carinhosos comentários [...] Com o prejuí-

⁵ Na época Diretor-Fundador do Departamento da Criança no Brasil e do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro.

cialíssimo vício das bebidas progridem a tuberculose, a loucura, a mortalidade, os crimes, os suicídios, a miséria, etc" (MONCORVO FILHO, 1928, p. 37).

A associação entre alcoolismo, hereditariedade e delinquência foi também abordada nos estudos de Mauricio de Medeiros (1955) sobre a anti-sociabilidade juvenil. Segundo o autor, "o alcoolismo nos pais, a sífilis, as afecções mentais, a epilepsia, a oligofrenia – podem criar condições à anti-sociabilidade" (MEDEIROS, 1955, p. 72).

Outra grande preocupação se direcionava ao que denominavam "alcoolismo adquirido", aquele fruto das influências do meio em que a criança vivia. Acreditava-se que era no lar doméstico "desvastado e desorganizado" que encontráramos as origens de todo o mal que sofria a sociedade. Moncorvo Filho afirmava que "principalmente entre gente de classe baixa" poderíamos encontrar muitas mães que "usam colocar na boquinha da criança, logo ao nascer uma chupeta de pano em cujo interior há marmelada e vinho do Porto, estendendo esse uso, não raro, por toda a primeira infância" (MONCORVO FILHO, 1928, p. 42). Ou seja, o lar "devastado e desorganizado", os "pais bebedores conhecidos", referiam-se especialmente aqueles que pertenciam às classes mais baixas e que viviam nas periferias e favelas, locais onde as "crianças vivem moralmente abandonadas", onde sofrem "as consequências morais da miséria econômica" (MEDEIROS, 1955, p. 80).

Tentando tratar o alcoolismo e, no sentido contrário ao tratamento institucionalizado, a proposta dos Alcoólicos Anônimos/AA é uma alternativa que se baseia no princípio da auto-ajuda. Entidade homogênea, os AAs são formados por bebedores que desejam manter-se em abstinência. A entidade promove reuniões, nas quais os usuários compartilham seus sofrimentos e experiências de consumo do álcool, cada um elaborando seu programa espiritual. Os AAs valorizam a prática de seus membros, o diálogo permanente. A idéia de prevenção é considerada como fundamental. O pragmatismo dos AAs é baseado no pensamento de William James: "vantagens da crença, irrelevância do conhecimento da causa, poder de mobilização e de ação através da fé incondicional" (MUSUMECI, p.266). Consideram o alcoolismo como uma doença física, espiritual, incurável progressiva e fatal, resultante do comportamento compulsivo diante da bebida. A participação ativa de cada um na sua recuperação, o desejo de deixar de beber, a busca de uma sobriedade serena, a abstinência absoluta, são fundamentais. Não interferem nem controlam a conduta de seus membros. Não criam constrangimentos, burocracias, não há hierarquia, prevalecendo o princípio da igualdade. Nas reuniões participam indivíduos de camadas sociais, credos e interesses diversos, mas que se identificam pela doença. Os AAs não atuam no sentido da erradicação do uso do álcool porque acreditam na possibilidade de um uso social, desde que não se sofra desta doença. Não aconselham nem diagnosticam, não aceitam a intervenção de especialistas nas reuniões. O programa dos AAs se baseia nos doze passos (projeto individual de sobriedade e ascensão espiritual) e nas doze tradições (projeto coletivo de organização e interação entre seus membros). Alguns programas em empresas e clínicas mantêm apenas o projeto de construção individual - os doze passos - sem incluir as doze tradições, abandonando uma parcela da experiência e da sabedoria que só poderia se realizar de forma articulada (MUSUMECI, 2005).

A partir do final dos anos 70, com a Reforma Psiquiátrica, o modelo asilar foi questionado. O movimento aponta as inconveniências do modelo que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica e tornou o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país (GONÇALVES & SENA, 2001).

Na tentativa de diversificar linhas de atendimento na área de drogas, a partir de meados dos anos 80, em vários estados brasileiros foram criados centros de referência sobre drogas, ligados a algumas universidades públicas. A *atenção primária* centrada nas drogas ilícitas se

substituiu à tradicional prevenção (ACSELRAD, 2005). O tratamento ambulatorial institucionalizado, com base psicanalítica, psicoterapêutica e, com apoio da clínica médica, torna-se uma alternativa para os dependentes de drogas ilícitas, na tentativa de recuperar a história de vida do sujeito e o lugar que ocupa a droga nessa história. A reflexão sobre o que se tornou o *problema da droga* considerou a complexidade do fenômeno e a abstinência passou a ser uma alternativa entre outras, segundo as possibilidades de cada usuário. O contato entre os vários centros de referência, situados em diferentes capitais brasileiras, assim como o intercâmbio com o Centro Médico Marmottan em Paris, França ampliou as experiências (CRUZ, 2005). Progressivamente a prática e a pesquisa se realimentaram, promovendo o conhecimento sobre as drogas, até então restrito essencialmente à área médica, para o campo pedagógico, sociológico, antropológico, histórico, jurídico, entre outros.

Mas nem todos os usuários conseguem, podem ou querem parar de usar drogas. Nessa compreensão, a proposta de Redução de Danos/RD ganhou espaço em vários países do mundo, com o objetivo de minimizar as consequências negativas relacionadas à saúde e à vida social, decorrentes do consumo problemático de qualquer tipo de droga, respeitando o indivíduo e seu direito de consumir. Não se trata de incentivo ao uso de drogas, apenas a abstinência passa a ser a opção para quem consegue, pode e quer interromper o uso, num determinado momento, a despeito dos danos na esfera pessoal, familiar e/ou social (MASSARD & BASTOS, 2005).

A idéia de Redução de Danos (RD) relacionada ao uso de drogas tem duas vertentes. A primeira nasce na Grã-Bretanha, no início do século XX, motivada pelos problemas decorrentes do uso da heroína e advém do estudo conhecido como Relatório Rolleston, de 1926. Esse estudo concluiu que os usuários problemáticos de opiáceos poderiam, com ajuda especializada, reduzir os danos decorrentes do uso, mesmo mantendo o uso da droga (O'HARE, 1994).

A outra vertente nasce na Holanda, na década de 1970. Nessa época, o governo holandês, diante do desafio de levar a cabo uma política de drogas cuja eficácia superasse o "fracasso" das políticas dos países vizinhos – todos atrelados à repressão da oferta e da demanda –, encomenda dois estudos científicos sobre o assunto: o Relatório Baan, de 1972, e o Relatório Cohen, de 1975 (Cohen, 1994). Em ambos os trabalhos, e apesar da Holanda ser signatária da Convenção Única de 1961 sobre Estupefacientes⁶, sugeriu-se como política pública mais razoável a legalização da *Cannabis*. Contudo, na época parecia impossível contrariar as convenções internacionais que tornaram algumas drogas ilícitas. Entretanto, a partir de idéias humanitárias, os holandeses criam as estratégias de Redução de Danos. A primeira medida nasce em 1978, quando o governo holandês estabelece, através de legislação específica, a distinção (meramente formal) entre drogas leves e drogas pesadas. Dessa maneira e, de forma mitigada, justifica ética e juridicamente (mesmo no contexto de vigência dos acordos internacionais) a permissão para a posse e a venda de *Cannabis* (que, dentre as drogas ilícitas, no caso holandês, era a de maior prevalência). Essa droga não passou a ser considerada "liberada" - pelo menos não formalmente, caso contrário seria um ato de transgressão à Convenção de 1961 - , mas a posse e o uso passaram a ser considerados

⁶ Segundo o Instituto Giovanni Falconi, a Convenção Única de Nova York, de 1961, introduziu a linha norte-americana da militarização, da proibição e da criminalização do porte e do consumo de drogas, preconizando-se penas privativas de liberdade severas nos preceitos secundários das leis penais nacionais. Assim, pensa-se que a ameaça contida na lei vai obrigar o consumidor, ainda que faça emprego lúdico-recreativo, a estabelecer, na orientação da sua conduta, uma inibidora relação de custo-benefício. http://ibgf.org.br/index.php?data%5Bid_secao%5D=4&data%5Bid_materia%5D=123 (acessado em setembro de 2008).

“uma ofensa menor” por ser uma droga “leve”. A venda de pequenas quantidades de *Cannabis* nos *coffeshops* e em clubes de jovens passou, por fim, a ser *permitida* em certas condições.

No que se refere à política holandesa, o objetivo não era reduzir danos causados pelo uso de drogas, mas antes afastar os usuários habituais de *Cannabis* dos riscos decorrentes do mercado ilícito - uso de produtos adulterados, contato com a criminalidade decorrente da proibição da própria *Cannabis* e de outras drogas. Ou seja, tanto a idéia original de Redução de Danos para os holandeses, quanto à invenção da hierarquia entre drogas leves e pesadas⁷ integram uma ampla e complexa estratégia que visava reduzir os efeitos colaterais do proibicionismo. Apenas secundariamente, como tática acessória, se inclui o ponto de vista médico de redução dos danos físicos e psicológicos ligados ao uso crônico e abusivo das substâncias psicoativas.

Essa visão se tornou paradigmática, em especial, por sua utilização para auxiliar a frear a epidemia de AIDS nas décadas de 1980/1990⁸, quando na Europa, EUA, Austrália a Redução de Danos se tornou uma política pública. No Brasil, “no final dos anos oitenta, sob coordenação do Ministério da Saúde, particularmente da Coordenação Nacional de DST/AIDS, hoje Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, aconteceram as primeiras reuniões motivadas pelo aumento da prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI)” (ANDRADE, 2011). O primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) entre usuários de drogas injetáveis surgiu em Santos, cidade de São Paulo, através da Secretaria Municipal de Saúde, em 1989. A experiência suscitou ação da Promotoria local, inquérito policial contra os técnicos envolvidos que acabou sendo arquivado. As ações desse programa tinham como objetivo o *uso seguro*. Dada à dificuldade de se interromper o uso, que ele fosse pelo menos protegido. Profissionais de saúde passaram a freqüentar a *cena de uso*, buscando contato com os usuários. A partir de 1990, após várias conferências foi criada a Associação Internacional de Redução de Danos, sugerindo a aplicação de políticas de redução de danos em relação ao álcool (BUNNING et, Al, 2004). No Brasil, em 1994, no Programa Nacional de DST/AIDS, a noção de Redução de Danos ampliou-se não se limitando apenas à troca de seringas. Em 1995, foi efetivado em Salvador, Bahia, o primeiro Programa de Troca de Seringas do Brasil e na América Latina (ANDRADE, 2011). A partir de 1998, o debate sobre Redução de Danos, em encontros nacionais e internacionais favoreceu o surgimento de associações de usuários e de profissionais de saúde que defendiam essa proposta. A urgência em modificar a Lei 6.368/1976, legislação repressiva elaborada durante a ditadura militar brasileira (1964-1984) criou um clima favorável de renovação. Entre 1997 e 2002 foram aprovadas leis estaduais em São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e Minas Gerais autorizando e garantindo a prática de Redução de Danos, como alternativa pragmática e necessária (POLLO ARAUJO & MOREIRA, In SILVEIRA, 2008). “Em 2003, segundo dados da OMS¹¹ o Brasil contabilizava 279 Programas de Redução de Danos. Com a transferência dos financiamentos do Ministério da Saúde para os estados e municípios, a partir de 2004, houve um rápido declínio do número destes Programas que tem se reduzido, os que estão em atividade têm funcionamento frágil e dependem exclusivamente de recursos federais” (WHO 2004, apud ANDRADE, 2011).

A Redução de Danos, de início uma resposta à epidemia do HIV/AIDS e à tentativa de diminuir os danos decorrentes do uso de drogas ilícitas, também se aplica ao uso problemático das bebi-

7 Modo de pensar posteriormente “roubado” por certa facção científica médica-moral. Na verdade nenhuma droga pode ser, em si mesma, leve ou pesada. O único julgamento pertinente é o derivado do encontro entre substância, sujeito e momento/meio sócio-cultural.

8 Os holandeses também são os “inventores” da redução de danos para o controle da epidemia da AIDS.

das alcoólicas. Sendo o álcool a droga mais consumida no país, com incidência de danos superior à verificada em relação às drogas ilícitas e, ao mesmo tempo, aceita culturalmente, pode se beneficiar com a Redução de Danos que traz com informação sobre os riscos de uso e sugestões que minimizem riscos e possíveis danos. O uso do álcool faz parte da história do mundo, tendo efeitos positivos de relaxamento, de socialização e até mesmo terapêuticos quando é moderado, mas pode ter efeitos negativos na saúde (cirrose, doenças cardiovasculares) e sociais (perda do emprego, sexo sem proteção, quedas, por exemplo). Assim, esses programas se propuseram a reduzir os danos, mas não o próprio consumo; a não fazer julgamentos sobre o usuário. Aos usuários que não querem, não conseguem parar de beber, a possibilidade de reduzir o consumo é considerada uma estratégia possível.

A legalidade e aceitação social das bebidas alcoólicas têm como resultado a dificuldade em considerá-las como drogas, na crença que seu uso é mais seguro. A Redução de Danos atua no *fio da navalha*, porque legalidade não é sinônimo de segurança, até porque não existe apenas a produção legal do álcool, havendo em algumas comunidades uma intensa produção ilícita de bebidas, sendo comuns casos de envenenamento (DELGADO, 2005).

No sentido de ampliar o atendimento aos danos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas e superando a dicotomia entre drogas ilícitas e lícitas, buscaram-se novas formas de atendimento integrado. Com base na atual Política de Saúde Mental definida pelo Ministério da Saúde e inspirados pelas propostas da Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD), desde 2002 (MATTOS, 2011). A proposta dos CAPS AD se encontra consolidada (MATTOS, 2010), mas enfrenta desafios: a dificuldade em manter relações dialógicas com os usuários, em atuar de forma transdisciplinar, manter o interesse em intervenções na comunidade. A atuação dos serviços ainda reflete “o modelo médico hospitalocêntrico, com base numa filosofia cartesiana de especialidades”. A criação, portanto, de espaços de assistência humanizada implica na necessária ruptura de paradigmas que se refletem na prática de profissionais e de instituições, sob pena de reprodução do modelo manicomial (SOUZA *et al*, p. 216, 2007).

Reconhecida como proposta pragmática a Redução de Danos é ainda um conceito em construção respaldado na idéia de saúde - *direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos* (Constituição da República Federativa do Brasil (1988) apud POLLO ARAUJO & MOREIRA, In NEIL & SILVEIRA, 2008). Integrado ao discurso da Política Nacional sobre Drogas no país, sua implantação enfrenta no Brasil alguns desafios importantes: o discurso tradicional de controle social sobre os indivíduos; a noção de que a dependência é *química*, num reducionismo que não permite ver o contexto sócio-cultural do uso; o senso comum *entorpecido* e temeroso diante da possibilidade de um pensamento autônomo identificado como favorecedor de uma explosão de consumo.

A RELAÇÃO ENTRE ÁLCOOL E VIOLENCIA/PERDA DA PRODUTIVIDADE

No que se refere à relação entre álcool e violência, tão presente no imaginário coletivo, não se pode estabelecer um nexo causal, havendo muita mistificação relacionada ao tema. “No contexto da saúde, a violência social, em virtude de suas consequências, enquadra-se na categoria Causas Externas (códigos: E-800 a E-999 na 9^a Revisão e V01 a Y98 na 10^a Revisão), no sistema de Classificação Internacional das Doenças (CID); tal categoria abrange uma longa lista de eventos que podem ser resumidos como homicídios, suicídios e acidentes em geral. Essa classificação, entretanto, não consegue dar conta da dimensão e complexidade da violência, um fenômeno polissêmico, de explicação contraditória” (MINAYO & DESLANDES, p. 36, 1998). Na tentativa

de explicar situações de violência interpessoal com presença de álcool haveria duas interpretações: de um lado, o determinismo biológico (respostas endócrinas, neuroanatômicas), social e econômico. De outro, a interpretação que leva em conta a complexidade do contexto social, econômico e ambiental, a dinâmica das comunidades e das normas culturais historicamente construídas, os fatores de personalidade e individualidade. De fato, o álcool pode ser usado antes e depois de atos violentos, muitas vezes sendo uma desculpa para diminuir a responsabilidade pessoa. Ao invés de se estabelecer o nexo causal entre álcool e violência, sugere-se avaliar até que ponto as situações de violência ocorreriam sem a ingestão de bebidas alcoólicas (MINAYO & DESLANDES, 1998).

A violência doméstica é definida como qualquer tipo de abuso físico, sexual ou emocional perpetrado por um parceiro contra o outro, em um relacionamento íntimo passado ou atual, podendo ser perpetrada por homens contra mulheres suas parceiras íntimas, por adultos contra crianças e idosos e acarretando graves seqüelas físicas e psicológicas. A relação entre violência doméstica e uso excessivo de substâncias psicoativas como o álcool não permite estabelecer um nexo causal. Há registros de algumas características comuns entre autores de violência doméstica e dependentes de drogas: perda de controle, persistência do comportamento violento apesar dos danos físicos e impactos nas relações familiares, culpabilização dos outros, negação, seguidos por contrição e promessas de mudança, entre outros. Mas o álcool age como substância desinibidora de características de personalidade do usuário, não tendo a substância, em si, tal poder de transformação. Vítimas de violência doméstica vivem essa situação dolorosa com vergonha, estigma, culpa, sentindo-se de alguma forma responsáveis pelo que sofreram. Depressão, insônia e ansiedade, diminuição na auto-estima, ferimentos e dores, infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis, problemas de concentração e memória, prejuízo no bem-estar físico e psicológico de toda a família são algumas das consequências da violência doméstica associada ao uso excessivo de substâncias psicoativas. As tentativas de se estabelecer uma comunicação com a vítima de violência doméstica associada ao uso do álcool ficam comprometidas pelo temor de precipitar recaídas de uso (ZILBERMAN & BLUME, 2005).

Ainda no campo da violência associada ao álcool no ambiente familiar, estudo sobre padrões de consumo de álcool pelas famílias de uma comunidade de Recife e violência, analisou o contexto mais amplo dessas famílias: como elas se relacionavam entre si, padrões educacionais dos pais em sua relação com os filhos, relações de hierarquia familiar, para posteriormente analisar os padrões de uso do álcool relacionado ao álcool e violência familiar. O estudo concluiu que vários aspectos contribuem para situações de violência no ambiente familiar. O uso abusivo de bebidas alcoólicas nos finais de semana, fortes pressões socioeconômicas, estilo educacional rígido e punitivo, ambiente sociocultural complexo e exigente, somados, favorecem a ocorrência de comportamentos violentos (MELO, 2005), não sendo possível, entretanto, estabelecer nexo causal, isolado, apenas entre a substância e reações violentas.

As relações entre o consumo de álcool, acidentes e violência são complexas e envolvem fatores de risco individuais e ambientais. Curiosamente, não se trata de um problema moderno: “no Império Romano, Julio César proibiu o tráfego de veículos com rodas no centro de Roma, durante algumas horas do dia pra descongestionar as vias” (MELCOP, p. 85, 2004). No final do século XIX, com a invenção do automóvel, o aumento da circulação nas cidades, as transformações dos espaços urbanos levam o poder público a estabelecer normas de trânsito que progressivamente no nosso país priorizam o veículo em detrimento do transeunte. Os acidentes de trânsito eventuais segundo uma visão fatalista ou decorrência natural do progresso, progres-

sivamente, se tornam mais freqüentes (MELCOP, 2004). O beber problemático associado à direção de veículos tem como consequência acidentes potencialmente mais graves e constituem um problema relevante de saúde pública (REICHENNHEIM *et al.*, 2011 apud BONI, 2011). Embora as bebidas alcoólicas possam ser consumidas sem maiores problemas, dependendo da dose, freqüência e quantidade, a associação álcool e condução de veículos se somam negativamente, “fere princípios básicos da democracia e da cidadania, com resultados danosos para a coletividade” (MELCOP, p. 89, 2004).

Por fim, cabe lembrar que, também relevante do ponto de vista da saúde pública é a relação entre consumo de álcool e o ambiente de trabalho. As primeiras discussões sobre essa questão no Brasil datam da década de 70 e início dos anos 80. “Até então, a questão era tratada à luz da lei, ainda vigente, Consolidação das Leis Trabalhistas/CLT que em seu artigo 482, item “f”, diz que constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador, a embriaguez habitual ou em serviço” (DUARTE, p. 74, 2004). Com o fortalecimento dos movimentos sindicais, ações judiciais conseguiram reverter demissões de trabalhadores que tinham problemas com o álcool. Datam dessa época, programas de prevenção e tratamento do alcoolismo nas empresas. Tais programas se inspiraram em experiências norte-americanas de identificação e tratamento do trabalhador dependente, dando origem aos serviços de medicina do trabalho, na ótica do empregador, posteriormente o atendimento em saúde ocupacional na ótica do empregado. (DUARTE, 2004). É recorrente afirmar que o uso do álcool prejudica a produtividade, provoca o absenteísmo, os gastos com tratamento, ou seja, traz perturbações à disciplina no trabalho. Quanto aos gastos com tratamento e reabilitação, é preciso levar em conta que “a sociedade custa trabalho a cada um de seus membros, e todos nós procuramos fazê-lo pensando que este dinheiro comum serve precisamente para paliar os efeitos dos acidentes-naturais ou induzidos pela imprudência de alguns” (SAVATER, 2000, p. 283). A tendência a lidar com a questão do consumo do álcool na ótica exclusiva do individuo como ser produtivo, sem uma avaliação das causas que levam ao alcoolismo, ao uso crônico, fortalecem a vigilância sobre os trabalhadores, descartando a intervenção nas condições de trabalho, elas próprias muitas vezes favorecedoras do uso de bebidas alcoólicas. Entendendo que a dependência resulta do encontro de um sujeito, o álcool e um meio e momento sócio-cultural daí que a ótica exclusiva do sujeito não resolve, é unilateral. quando Sabemos que as condições de saúde se modificam, na medida em que também se intervém no meio ambiente do trabalho.

CAPITULO 3

OFERTA DAS BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL

PRODUÇÃO E EVOLUÇÃO DO MERCADO NACIONAL

A revisão de evidências e estimativas neste capítulo baseia-se na síntese e adaptação de material já publicado dos arquivos de diversas instituições, como Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE), bem como nas estimativas, previsões e bases de dados de diversas outras fontes.

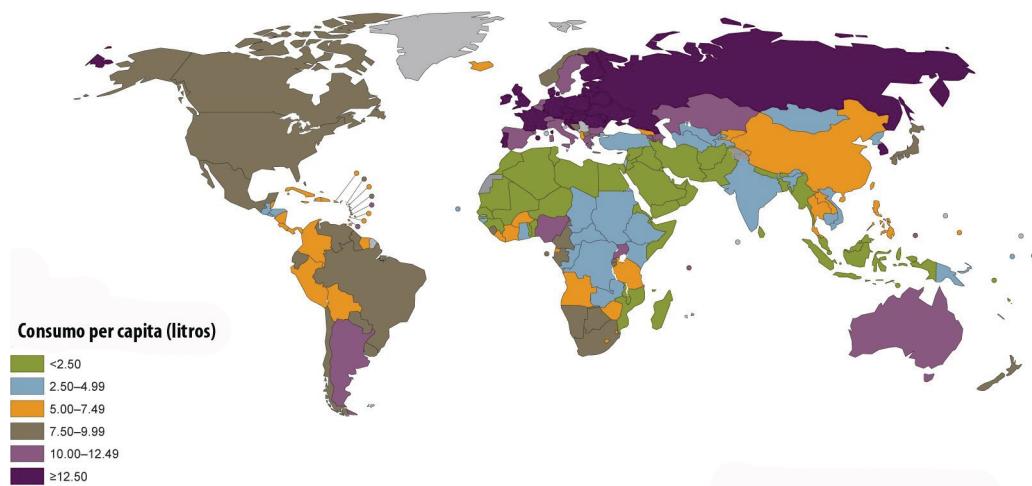
O interesse pela demanda por bebida alcoólica é grande no cenário mundial e há diversos estudos empíricos na literatura internacional sobre o tema. Em geral esses estudos se justificam tanto do ponto de vista dos interesses comerciais das grandes empresas do setor quanto pelo interesse dos órgãos de Saúde no que diz respeito ao uso prejudicial relacionado. Esses estudos informam dados sobre o consumo e, por conseguinte, sobre o provável tamanho dos mercados.

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011, Mapa 3, 2005) sobre uso *per capita* de álcool puro (a medida “álcool puro” ingerida por pessoa não equivale ao volume de bebidas alcoólicas que é consumido), os países marcado com cores mais escuras são os de maior índice de consumo: Hungria, Irlanda, Luxemburgo e a República da Moldávia, todos com um *per capita* registrado acima de 13 litros de etanol puro para habitantes acima de 15 anos. Rússia, Letônia e Estônia, assim como França e Grã Bretanha consomem ao menos 12,5 litros de álcool puro, por pessoa por ano. Valores medianos são encontrados em países como EUA e Brasil que não ultrapassam 10 litros/ano. No outro extremo estão países como Afeganistão, Líbia, Mauritânia e Paquistão, com valores baixíssimos para o consumo *per capita* (abaixo de 0,5 litros). A média mundial é de 6,13 litros *per capita*.

Essas estatísticas, utilizando como medida a ingestão de álcool puro, permitem uma introdução a dados mais homogêneos do consumo de álcool de forma que, dentro de certos limites, as taxas e níveis de uso tendem a permitir comparações entre os países, mas também apresentam limites. Em primeiro lugar, porque não incluem bebidas de fabricação caseira ou clandestinas, quando elas são incluídas, o consumo médio tende a subir e, no caso brasileiro, a média apresentada pelas pesquisas seria necessariamente mais baixa do que a realidade. Em segundo lugar, no caso brasileiro, levando-se em conta que mais da metade da população consome bebidas alcoólicas, quase a metade também é abstêmia (LARANJEIRA *et al*, 2007), ou seja, a metade que bebe toma mais de 18 litros de álcool puro por ano, ou seja, o triplo da média global.

Mapa 3

Consumo mundial per capita de bebidas, em litros de álcool puro, 2005



Fonte: Global status report on alcohol and health (WHO 2011)

O Brasil é um dos principais produtores de bebidas alcoólicas, sendo tais mercadorias de primeira importância na economia do país. Esse mercado movimenta anualmente milhões de reais em termos de faturamento e geração de empregos diretos e indiretos e tem crescido nos últimos 5 anos a um ritmo médio de aproximadamente 3 a 5% ao ano. Em todas as pesquisas, o Brasil apresentou um mercado consumidor composto em sua maioria por jovens, sendo que as classes C, D e E respondem por 70% do consumo (YAMAMOTO, 2011).

Em relação à aguardente de cana⁹, o Brasil é o primeiro produtor mundial com cerca de 1,3 bilhões de litros/ano. A produção de cachaça ocorre em todas as regiões do país, havendo a coexistência de dois modelos produtivos, o industrial (coluna) e o artesanal (alambique).

No modelo industrial, a produção é efetuada por empresas de grande e médio porte, e sua produção em maior escala permite considerável redução de seus custos.

No segmento de alambique, é realizado geralmente por produtores familiares de pequeno porte com recursos mais modestos, obtendo escalas de produção menores. A cachaça de alambique responde por cerca de 20% da produção total no país, girando em torno de 300 milhões de litros (ETENE/BNB, 2008).

Segundo dados do Ministério da Agricultura, existem mais de quatro mil marcas de cachaça e 1.824 estabelecimentos registrados. Os mesmos dados estimam em cerca de 30 mil produtores, sendo a maioria de micro e pequeno porte, com a utilização de baixo nível tecnológico e produzindo pequenos volumes que são comercializados localmente. O estado de São Paulo é o principal produtor, com 45% da produção nacional, seguido de longe por Pernambuco (12%), Ceará (11%) e Minas Gerais (8%) (ETENE/BNB, 2008).

⁹ Cachaça é a denominação típica e exclusiva da aguardente de cana produzida no Brasil. Com graduação alcoólica de 38 a 48% em volume, a 20 graus Celsius é obtida pela destilação do mosto fermentado de cana-de-açúcar, com características sensoriais peculiares, podendo ser adicionada de açúcares até seis gramas por litro, expressos em sacarose (MAPA, 2003).

Segundo a ABRABE (2012), o Brasil apresenta um consumo per capita de cachaça em evolução: a média de 4,42 litros por habitante ao ano, registrada em 1970, saltou para 8,72 litros por habitante ao ano, em 1985. Atualmente no Brasil, o consumo anual de cachaça encontra-se em torno dos 12 litros por habitante, sendo mais presente nas famílias com domicílio fora dos centros urbanos, maior presença de homens e adultos entre 30 e 59 anos, cujo chefe de família é homem e tem menos escolaridade (YAMAMOTO, 2011).

Praticamente toda a produção é consumida no mercado interno, sendo a cachaça a segunda bebida alcoólica mais consumida no país, perdendo apenas para a cerveja. Em termos globais, a cachaça é a terceira bebida destilada mais consumida no mundo, ficando atrás apenas da *vodka* e do *shoju* (bebida coreana destilada a partir do arroz) (OLIVEIRA *et al*, 2009). As exportações, hoje em torno de 15 milhões de litros revelam um número ainda pequeno se comparado à produção (cerca de 1% do total produzido), mas com enorme potencial a ser explorado pela indústria.

Já a cerveja é uma bebida produzida em todos os continentes. Com exceção de França, Itália, Portugal e Grécia, todos os países consomem mais cerveja do que vinho ou destilados. É também a bebida alcoólica mais consumida no Brasil há pelo menos 20 anos. A cerveja, com seus diversos tipos, aromas, texturas e sabores, produzida artesanalmente ou nas cervejarias, tornou-se uma rentável fonte de negócios no mercado brasileiro, consolidando-se na preferência dos consumidores e, por consequência, liderando o mercado de bebidas. Dados do Datemark (apud PREZOTTO & LAVAL, 2011) apontam para um consumo *per capita* no Brasil, no ano de 2005, de 49 litros, contra 6 litros de aguardente e 1 litro de vinho. E em 2009 o consumo chegou a 57 litros *per capita*.

Em 2004, o Brasil era responsável pela produção de cerca de 8,5 bilhões de litros/ano de cerveja. Nessa época era o quinto maior produtor, atrás da China (27 bilhões de litros/ano), dos Estados Unidos (23,6 bilhões de litros/ano), da Alemanha (10,5 bilhões de litros/ano) e da Rússia (9 bilhões de litros/ano) (ROSA *et al*, 2006). Em 2011, no Brasil, a produção anual de cerveja atingiu um total de 13,3 bilhões de litros, tornando o país um dos quatro maiores produtores do mundo (SINDICERV, 2012).

Mas, apesar da grande produção e consumo, o Brasil não se destaca, em comparação com outros países, como importante consumidor de cerveja, ocupando em 2009 o 22º lugar no consumo *per capita*, atrás de muitos outros países, como República Checa, Espanha, Austrália, México e Portugal, conforme mostra a Tabela 7:

Tabela 7
Consumo per capita de cerveja – litros/habitante 2009

Posição	País	Consumo Per Capita (litros por ano)
1	República Tcheca	155
2	Áustria	106
3	Alemanha	105
4	Irlanda	101
5	Venezuela	100
6	Romênia	93
7	Estados Unidos	89
8	Reino Unido	87
9	Espanha	85
10	Polônia	85
11	Austrália	85
12	Bélgica	84
13	Holanda	79
14	Rússia	77
15	Hungria	70
16	Canadá	69
17	Dinamarca	65
18	Ucrânia	62
19	México	61
20	Portugal	60
21	África do Sul	59
22	Brasil	57

Fonte: Adaptado de Barth-Haas Group (2009). Elaboração própria.

Segundo Iamamoto (2011) de maneira geral pode-se dizer que as famílias que consomem mais cerveja são as que têm domicílios localizados em centros urbanos. Nesses domicílios há menos pessoas, maior presença de homens, menor presença de idosos e o chefe de família é homem e tem mais anos de estudo.

É interessante analisar dados da ACNielsen, segundo os quais 70% do consumo de cerveja, em geral acontece em pontos de vendas classificados como “consumo local” (bares, restaurantes, lanchonetes e casas noturnas). Isto é, pontos de vendas em que teoricamente o consumo é feito no próprio local de aquisição e está ligado ao primado do uso socializador da bebida. Esse dado é importante para as políticas futuras de prevenção de riscos e danos ao uso prejudicial, na medida em que os riscos de eventos mórbidos, como acidentes de trânsitos, estão ligados a esse comportamento.

Em relação ao vinho, segundo Yamamoto (2011), o perfil dos domicílios consumidores é parecido com o de cerveja, entretanto, a maior presença de adultos a partir dos 30 anos tem efeito positivo sobre o consumo, não fazendo diferença o gênero do chefe de família.

Quanto ao mercado de vinho, pode ser dividido em dois segmentos principais: vinhos comuns (ou de mesa) e vinhos finos (ou de qualidade).

O vinho de mesa pode ser considerado um complemento alimentar, sendo consumido nas regiões com colonização européia mais recente, como o Sul e o Sudeste do país. Em geral é consumido na maior parte das refeições diárias e pela maioria da população local, principalmente a de menor renda. A produção nacional de vinhos comuns, em 2004, foi de 0,2 milhões de hectolitros.

Os vinhos finos são consumidos, de preferência, em ocasiões fora da rotina diária e pelas camadas sociais de maior poder aquisitivo. A produção nacional de vinhos finos, em 2004, foi também de 0,2 milhões de hectolitros.

Em relação com a produção mundial de vinhos (em 2004 foi de 294,6 milhões de hectolitros), a produção e o consumo no Brasil são bastante tímidos quando comparados aos países europeus. O Brasil produziu, em 2004, 2,5 bilhões de litros e, seu consumo anual *per capita* foi de 1,6 litros. Em comparação, a França, líder nessa produção, atingiu cerca de 56 bilhões de litros e sua população consumiu em média 55 litros *per capita*, anualmente.

Essa grande diferença pode estar associada não apenas a fatores culturais, mas especialmente a fatores relacionados às dificuldades de cultivo, já que a vinicultura depende de clima e solo específicos. No Brasil essas condições são encontradas apenas na região Sul do país, sendo o Rio Grande do Sul o Estado responsável por 95% da produção brasileira de vinhos. Além disso, devido ao custo de transporte ser alto, apenas a importação de vinhos mais caros é lucrativa (COLEN & SWINNEN, 2011).

O ESFORÇO DE VENDA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, A PROPAGANDA

A publicidade está entre as estratégias mais potentes de expansão da indústria das bebidas. O investimento é milionário para se atingir os diferentes nichos de consumidores¹⁰.

Os mercados de álcool são desenvolvidos pelas empresas de publicidade por meio da sua associação com diferentes manifestações ligadas a um estilo de vida desejável, como os esportes, comportamentos valorizados e identidades singulares que variam de acordo com a cultura local. No Brasil, mais especificamente, além de explorar temas relacionados à sexualidade, virilidade e sucesso pessoal, chama a atenção o fato da publicidade do álcool se apropriar, freqüentemente, de símbolos nacionais, tais como o samba e a Seleção Brasileira de Futebol (PINSKY, 1999).

Mercadoria de uso comum, o álcool raramente é tratado pelo estigmatizado nome “droga”, o que facilita a sua aceitação e veiculação pelas propagandas que visam torná-lo, pelo menos no imaginário, onipresente. Essa familiaridade com o álcool é exemplificada pelos apelidos carinhosos e familiares com o qual é referenciada popularmente, tais como *gelada, loura, cerva, breja, branquinha, marvada, birita, fumegante, goró, pinga, purinha, manguaça, mé*, etc.

10 A cervejaria norte-americana Budweiser, por exemplo, pagou em 2010 cerca de 5 milhões de dólares para um comercial de 60 segundos na TV durante a final do campeonato de futebol americano

Apesar de haver algumas restrições legais de propaganda, distribuição e comércio, a bebida alcoólica é plenamente aceita pela cultura brasileira e sua indústria é uma das mais poderosas do país, capaz de competir internacionalmente com aquelas poucas que lideram o mercado.

É interessante notar que nas últimas décadas a tendência mundial é a divisão oligopolista do mercado de bebidas alcoólicas, ou seja, divisão entre poucas empresas que, para competirem em vantagem, têm promovido incorporações e fusões com antigas concorrentes. Assim, mais de 40% do mercado global é controlado por apenas duas empresas.

No Brasil o mercado é dominado pela gigante Companhia de Bebidas das Américas (AmBev), resultado da fusão em 1999 entre as antigas Cervejaria Brahma e Companhia Antarctica (no Brasil, além da AmBev, existem as cervejarias Kaiser e Schincariol - que possuem significativa parcela de mercado -, e algumas fábricas menores).

A Ambev associou-se em 2004 à cervejaria belga Interbrew, fabricante de marcas de cerveja como a Stella Artois. O resultado desta associação foi a criação da transnacional belgo-brasileira InBev, uma das principais cervejarias do mundo (FERRARI, 2008). Em 2008, a InBev comprou a líder mundial Anheuser-Busch, dona da marca Budweiser e assim forma-se uma grande transnacional (Brasil, Bélgica e EUA), a Anheuser-Busch InBev (AB-InBev). Hoje essa empresa detém aproximadamente 25% da produção mundial de cerveja.

A AmBev brasileira é atualmente a líder do mercado latino-americano, com aproximadamente 70% do mercado de cervejas no Brasil. O surgimento da AmBev impulsionou ainda mais o já aquecido setor de bebidas alcoólicas brasileiro: possibilitou a entrada no mercado de novas marcas, tanto da AmBev como da concorrência, e ampliou o leque de produtos e a variedade de preços. Entre outras, é a produtora de marcas como Antarctica Sub Zero, Antarctica, Brahma, Bohemia, Brahma Light, Brahma Extra, Brahma Fresh, Budweiser, Caracu, Kronenbier, Skol, Stella Artois.

A explicação para essa tendência a incorporações e fusões é relativamente simples. Em um mercado altamente competitivo, como o de bebidas, as fusões são a condição de sobrevivência. Mais poderosas juntas do que separadas, as empresas podem impor ou barganhar melhores situações para os seus produtos no mercado, influenciando mais decisivamente margens de lucros, corte de custos e estratégias, a longo prazo, para a manutenção e expansão dos negócios.

Por outro lado, e ao contrário do senso comum, as empresas resultantes dessas fusões tendem a elevar sua participação no mercado com publicidade em vez de disputá-lo através da instituição de preços competitivos. Os estudos de propaganda de modo geral indicam que a empresa com a maior parcela da publicidade detém também a maior fração do mercado. Essas empresas preferem evitar o estímulo a competição de preços que se tornaria um perigoso círculo vicioso, na medida em que, se todas reduzirem os preços, a fração de mercado de cada uma não aumentará e os lucros diminuirão (MOREIRA JR, 2005). Assim, cada empresa tenta anunciar mais que suas concorrentes, resultando em um grande volume de publicidade para esse segmento do mercado.

As estratégias de marketing das empresas do álcool são diferenciadas, respondem a interesses diversos relacionados aos impactos sobre segmentos populacionais, mas notadamente miram os consumidores mais jovens, ou aqueles que de tão jovens ainda são considerados os consumidores do futuro. Associam então seus produtos, como já dito acima, a imagens de grande apelo, especialmente dirigidas às crianças e adolescentes, como

situações de diversão, ou o ideal da independência e autonomia, ou a rebeldia e a sensuabilidade, entre outros.

Os levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil confirmam o consumo de bebidas alcoólicas pelos segmentos mais jovens da população. Os dados que apóiam essa afirmação vêm de vários estudos, incluindo pesquisas com jovens estudantes em 2010, realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID/SENAD). Nessa pesquisa aferiu-se que 30,6% dos alunos de 10-12 anos declararam ter feito *uso na vida* de álcool. A exposição dos estudantes às drogas em geral acontece muito cedo: segundo a pesquisa, cerca de 5,0% (10,4 -5,4) iniciaram a experimentação de droga antes dos 10 anos (CEBRID/SENAD, 2010).

A maior parte dos trabalhos publicados a respeito da influência da publicidade de bebidas alcoólicas sobre crianças e adolescentes mostra correlação entre exposição à publicidade e a formação de opiniões e comportamentos relacionados ao consumo da bebida. Com efeito, as crianças têm opiniões bem estruturadas sobre a bebida alcoólica e seus efeitos mesmo antes de experimentá-la. Apesar da influência dos pais, colegas e outras influências ambientais serem importantes para a moldagem dessas convicções, a propaganda do álcool também constitui uma importante fonte a partir da qual as crianças aprendem sobre a substância (PINSKY, 2009).

O estudo de Grube & Wallack (1994) mostrou que a percepção, mais do que a simples exposição, das crianças a respeito da publicidade da bebida estava associada a opiniões mais favoráveis sobre beber e a intenções de beber mais freqüentemente quando adultos. Os autores concluíram que “a percepção da propaganda de álcool influencia as opiniões, os conhecimentos e as intenções das crianças sobre o beber”.

Adade (2012) realizou investigação buscando observar o conhecimento, as representações e as práticas sociais envolvidos na concepção do consumo de drogas lícitas e ilícitas. O universo da pesquisa se constituiu por um grupo de 40 estudantes do ensino médio e fundamental, de ambos os sexos, na faixa de 11 a 19 anos, da rede pública e particular do Estado do Rio de Janeiro.

Os resultados revelaram que os alunos não levam em consideração as particularidades envolvidas como elementos no consumo (tais como a história do indivíduo, o tipo de droga e o contexto de uso). Assim, a maioria possui uma idéia negativa sobre as drogas ilícitas, enquanto drogas lícitas como o álcool não são percebidas como perigosas.

No entanto, no que se refere às propagandas de bebidas alcoólicas veiculadas pela mídia televisiva, mais da metade dos estudantes (72,5%) acreditam que elas influenciam os telespectadores a consumir álcool. De acordo com estes jovens, a influência se dá predominantemente pelo fato das propagandas utilizarem elementos valorizados socialmente, como: diversão, reunião entre amigos, pessoas famosas, bonitas e bem sucedidas, “clima de sedução” e, em alguns casos, recursos cômicos:

Estudante: “Eles querem passar que beber cerveja é bom, que vai ter um monte de mulheres do seu lado, um monte de amigos e você vai ser feliz! É isso: cerveja é bom! Compra!” (E1, homem, 17 anos).

Apesar de alguns estudantes terem uma visão linear e causal sobre a influência na mídia no consumo de bebidas alcoólicas (“quanto mais tem divulgação, maior o consumo”), outros assumiram uma postura reflexiva e ampliada sobre o papel da mídia na sociedade. Para estes as mídias podem vir a influenciar nas práticas de consumo de diferentes bens materiais e simbólicos:

Estudante: "As propagandas hoje em dia só levam as pessoas a consumir. Eu não sei se era diferente antes, mas hoje eu acho que isso é o principal objetivo deles. Eles fazem isso até com as crianças mostrando brinquedos, um parque novo (...). Eu acho que eles criam modas de roupa, de festas, de tudo." (E2, homem, 14 anos).

Estudante: "Mas hoje, sei lá, hoje a bebida é muito divulgada. É surreal porque você vê mais propaganda de bebida do que, sei lá, de um livro. É muito mais fácil você vê um adolescente entrando em um bar para comprar uma cerveja do que você vê-lo entrando para comprar um livro em uma livraria." (E2, mulher, 14 anos).

Um estudante faz uma aproximação entre as indústrias de cerveja e o mercado ilegal de drogas ressaltando a lógica econômica que rege ambos os segmentos:

Estudante: "Os traficantes precisam vender porque eles vivem disso igual aos donos de empresas de bebidas. Eles precisam vender mesmo sabendo que é ruim, que é perigoso, mas eles precisam vender" (E1, homem, 19 anos). p. 91

Estudante: "Eu penso pelo ponto de vista do consumidor e pelo ponto de quem quer vender. Para quem quer vender quanto mais você publicar, independente do alvo que ele quer alcançar, melhor pra ele. Os vendedores de cerveja não estão nenhum pouco preocupados se são adolescentes que vão comprar, beber e causar acidentes ou se são os adultos que vão beber. E até parece que só porque é adulto vai beber com discernimento" (E2, mulher, 15 anos).

Estudante: "Se eu não fosse tão presa aquilo [tv], se eu pudesse eu deixaria de ver televisão. O que você vê na televisão é uma forma de mostrar a vida tão ilusória que você acaba sendo seduzido" (E1, mulher, 17 anos).

Alguns entrevistados relativizam a influência da mídia resgatando a autonomia dos indivíduos para escolher:

Estudante: "Eu acho que as propagandas influenciam, mas não completamente. É da mesma forma que você tem a propaganda de carro, de roupa, etc. Você tem para as bebidas. É um assunto mais polêmico porque o uso não é liberado para todas as idades" (E1, mulher, 16 anos).

Um dos estudantes fala a respeito da influência da mídia e depois reflete sobre como a mesma o influencia:

Estudante: "Eu acho que influencia, mas eu mesmo não me sinto muito influenciado por ela em alguns casos, entende?" Colocar uma mulher bonita vai me fazer olhar mais para a propaganda, mas isso não necessariamente vai me fazer sair da minha casa, comprar uma cerveja e beber a cerveja (...). Eu compro o que eu quero, o que eu gosto e o que eu sei que vou usar. Os meus pais sempre falam sobre isso comigo. Mas eu não sei se as pessoas tem essa orientação. Eu acho que não." (E2, homem, 14 anos).

Para os jovens envolvidos nesta pesquisa não é a propaganda em si a "grande vilã". Eles apontaram para a necessidade de um preparo anterior para que os sujeitos sociais possam lidar não só com as informações repassadas pela mídia, mas assumirem uma forma crítica de se colocar no mundo.

Um tema bastante explorado por certo nicho investigativo é o conteúdo da propaganda de bebidas alcoólicas e o seu direcionamento para menores de idade. A maioria das peças publicitárias de bebidas consiste na chamada propaganda de imagem. Esse tipo de propaganda tem foco na valorização de um estilo de vida associado ao usuário do produto, em vez de abordar

o valor intrínseco do produto em si. A propaganda de imagem, com graus variados de sutileza, sugere que os estilos de vida mostrados podem ser alcançados por meio do uso da mercadoria anunciada. Nesse tipo de publicidade, raramente se faz alguma menção à qualidade do produto, seus riscos e possíveis danos (MOREIRA Jr, 2005).

Curiosamente, segundo Kelly & Edwards (1998), os adolescentes são os principais apreciadores desse tipo de propaganda, muito mais do que os adultos. Ademais, pesquisas mostram que, à medida que as crianças entram na adolescência, elas desenvolvem a capacidade de apreciar o simbolismo das peças publicitárias. Com efeito, a propaganda de bebidas é especialmente atrativa para jovens entre 10 e 14 anos de idade (MOREIRA Jr, 2005).

No Brasil ficou famosa a proibição de uma propaganda com *caranguejos falantes* e *dançarinos*, cuja coreografia logo virou moda entre as crianças do país. O sucesso dessa propaganda abriu precedente para a proibição do uso de situações francamente estimulantes para o público infantil. No entanto sabe-se que, como as propagandas trabalham com o simbólico, é praticamente impossível impedir que as empresas deixem de atingir o público que lhe convenham (ARAÚJO, 2012).

Segundo Pinsky (2009) a publicidade influencia o desejo do adolescente por álcool de três formas:

1. pela *exposição* (quão frequentemente expostos à publicidade estão os adolescentes),
2. pela *resposta afetiva* (o quanto eles são atraídos, o quanto gostam dos comerciais) e
3. pela *memória* (o quanto eles se recordam da propaganda, o que geralmente tem a ver com o quanto eles gostam também).

A publicidade de bebidas alcoólicas é um dos importantes fatores influenciadores dos hábitos de consumo de álcool. Aqui não se pode deixar de lembrar que o consumo de álcool entre adolescentes muitas vezes está associado tanto a riscos agudos (sexo sem proteção, violência, acidentes) quanto a questões mais amplas (problemas nos estudos, problemas sociais, dependência do álcool (PINSKY, 2009).

Outra estratégia de comunicação, essa defensiva, utilizada pela indústria de bebidas é colocar em dúvida, ou relativizar, os malefícios relacionados ao aumento do consumo. As empresas alegam que suas propagandas não aumentam o consumo, mas apenas referenciam aquele que já é consumidor na escolha dos diferentes produtos oferecidos (ARAÚJO, 2012).

Segundo Pinsky e Jundi (2008) esse discurso não é homogêneo, apresentando diferenças situacionais. Por exemplo, no Carnaval brasileiro, membros da indústria cervejeira admitem, em seu relatório anual, o aumento do consumo, nessa época do ano, associado com um esforço maior de publicidade.

Em relação à questão da lealdade às marcas, estudos já demonstraram que apresentar fidelidade a uma marca *per se* pode predizer consumo em maior quantidade de álcool. Além disso, se a propaganda aumenta o consumo de determinada marca, porém não diminui significativamente o consumo da marca concorrente, a única possibilidade é que ocorra aumento no consumo global, seja pelo aumento *per capita*, seja pela adesão de novos consumidores. Esse é um problema adicional, já que uma campanha bem sucedida estimula a concorrência a produzir uma resposta, gerando um “círculo virtuoso” (do ponto de vista das vendas).

Um mito sobre a indústria de bebidas é o que faz acreditar que, por pagarem impostos relativamente altos, ao mesmo tempo estariam pagando as contas do custo das doenças que provocam e desestimulando a fabricação e, por conseguinte, o consumo. No entanto, há evidências de que os custos com a saúde estão longe de serem pagos. Nos EUA, por exemplo, estima-se que os impostos sobre as empresas cubram apenas cerca de 3,5% das despesas causadas pelo alcoolismo. Com relação ao Brasil, dados especulativos avaliam um custo anual em consequência do alcoolismo equivalente a 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) (SCHEINBERG, 1999).

A propaganda de bebidas alcoólicas é regulamentada no Brasil pelo CONAR (Conselho Nacional de Auto-regulamentação Publicitária) que separa o álcool em três categorias: destilados, cervejas e vinhos e bebidas *ice* (misturas de destilado e suco de fruta ou refrigerante com teor alcoólico ligeiramente superior ao das cervejas). Há dúvidas quanto à eficácia da auto-regulamentação no Brasil e há alguma pressão para que a regulação aconteça de forma semelhante àquela imposta à indústria do tabaco. O principal argumento contra a auto-regulamentação é que a principal intenção desta no caso das bebidas alcoólicas é simplesmente evitar ingerência externa – leia-se restrição à quantidade de propaganda. No entanto, acredita-se ser justamente a exposição, no final, o que realmente importa em termos do impacto no consumo dos adolescentes e jovens.

Assim, do ponto de vista da saúde pública, advogar contra a auto-regulação nesse caso seria fundamental para que a sociedade possa exercer influência não somente sobre o *conteúdo* da publicidade, mas também e principalmente sobre *quantidade* de exposição às propagandas por crianças e adolescentes (PINSKY, 2009).

Por fim, não se pode esquecer que a publicidade do álcool, ao reforçar as influências culturais e sociais para um beber pesado, faz com que os esforços para promover a redução do consumo tenham pouca eficácia. Muito do poder da publicidade advém da exploração de traços culturais arraigados nas sociedades.

CAPÍTULO 4

PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

ASPECTOS GERAIS DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL

As bebidas alcoólicas são de uso corrente e comum na sociedade brasileira. Para o consumo *per capita* de bebidas alcoólicas em geral foi utilizada a base de dados da Organização Mundial de Saúde/OMS, que informa um consumo, de 7.09 litros¹¹, no ano de 2007 no Brasil (WHO/GISAH, 2012). Esta base de dados considera como faixa etária, as pessoas com 15 anos de idade ou mais. A cerveja foi a bebida mais consumida, com 3.73 litros, seguindo-se os destilados, com 3.07 litros, e o vinho, com 0.28 litros per capita.

Comparando com os indicadores mundiais que informam um consumo médio no mundo de 6,13 litros per capita, a média brasileira é ligeiramente superior. No entanto, as fontes da OMS que informam estes dados alertam para o fato de que esta média inclui uma grande diversidade de fontes de informação. Embora seja a substância incluída no rol da categoria *droga*, mais consumida no Brasil, seu consumo, em litros *per capita*, encontra-se dentro da média (OMS/GISAH, 2012).

Os primeiros Levantamentos nacionais sobre substâncias psicotrópicas que incluem o uso de álcool foram realizados entre 2001 e 2005 (CEBRID, 2002, 2005), e foram enquetes realizadas por entrevistas domiciliares. No primeiro, foram entrevistadas 8.589 pessoas, nas 107 cidades do Brasil, com mais de 200 mil habitantes. No segundo, foram 9.739 pessoas, em 108 cidades. As idades variaram de 12 a 65 anos. Em 2001, 68,7% desta amostra havia feito uso na vida de bebida alcoólica (definido como qualquer consumo, em qualquer momento da vida). Em 2005, o percentual foi de 74,4%.

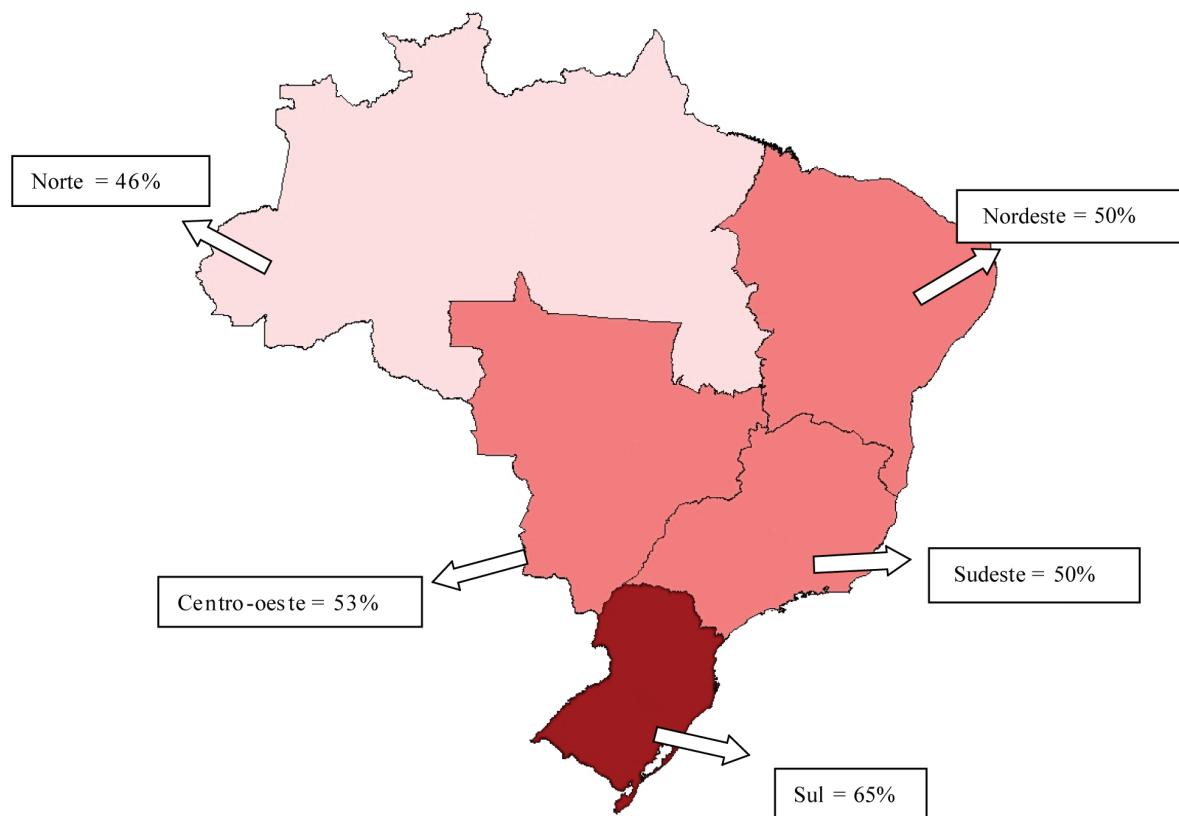
O I Levantamento específico sobre Uso de Álcool na população brasileira data de 2007 (LARANJEIRA *et al*, 2005), e realizou 3.007 entrevistas, sendo 2.346 realizadas com adultos de 18 anos ou mais, e 661 com adolescentes de 14-17 anos. Neste Levantamento, 52,0% dos adultos informaram fazer uso de bebidas alcoólicas pelo menos uma vez ao ano, com percentuais de 65% entre os homens e 41% entre as mulheres. O percentual que informou ter consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa foi de 49,8% entre os entrevistados.

Segundo o mesmo estudo, entre os adultos que bebem, 60% dos homens e 33% das mulheres referiram consumir 5 doses ou mais na vez em que mais beberam no último ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana.

11 O cálculo de consumo *per capita* considera a unidade de litros de puro álcool, que é a normalização em termos de graus alcoólicos (Hideki, 2011).

A prevalência de consumo, em todos os padrões, apresenta diferenças regionais, com expressivo aumento no percentual de consumo da Região Sul em comparação com as demais Regiões.

Mapa 4
Prevalência de consumo de álcool por adultos, Brasil, 2007



Fonte: LARANJEIRA *et al* 2007, elaboração própria

Outra fonte de dados é a Pesquisa por Orçamentos Domiciliares - POF do IBGE de 2008-2009 que investigou o consumo de alimentos e outros produtos a partir dos gastos familiares e, a partir de bases Hideki (2011), analisou a demanda de consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Sua análise aponta que houve aumento no consumo, nos últimos 40 anos, num ritmo médio de cerca de 2,5% ao ano.

Segundo a POF 2008-2009, as despesas com bebidas alcoólicas (separadas em cervejas e chopes, e outras bebidas alcoólicas) têm maior participação nos gastos familiares mensais, conforme aumenta a renda familiar. Também é maior nas áreas urbanas, com maior participação relativa de outros tipos de bebidas que não chopes e cervejas.

Tabela 8

Despesa média mensal familiar com bebidas alcoólicas, segundo classes de rendimentos e variação patrimonial mensal familiar. Brasil, 2008-2009

Chopes e cervejas	total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar (1)							
		até 830	830 a 1245	1245 a 2490	2490 a 4150	4150 a 6225	6225 a 10375	mais de 10375	
Brasil, total	5,34	1,41	2,87	4,51	7,75	9,65	12,88	17,23	
Área urbana	5,7	1,54	3,08	4,43	7,51	9,68	13,01	17,48	
Área rural	3,38	1,09	2,01	4,99	10,78	9,11	9,93	10,12	
Outras bebidas alcoólicas									
Brasil, total	1,94	0,61	1,02	1,03	2,38	4,37	3,36	12,3	
Área urbana	2,1	0,65	1,07	1,01	2,37	4,41	3,38	12,49	
Área rural	1,06	0,54	0,83	1,14	2,53	3,62	2,76	7,08	

Fonte: POF 2008-2009/IBGE

(1) Incluídos os rendimentos monetário e não monetário e a variação patrimonial

De maneira geral, pode-se afirmar que as famílias que consomem mais cerveja são as que estão nas cidades de menor tamanho, com maior presença de homens, menor de idosos e nenhuma mulher grávida. O chefe de família é homem e tem mais anos de estudo. O estudo de Hideki (2011) também concluiu que o perfil das famílias consumidoras de vinho é parecido com o de cerveja. Já a aguardente tem maior consumo nas famílias com domicílio fora dos centros urbanos, com maior presença de homens e adultos entre 30 e 59 anos, cujo chefe de família é homem e tem menos escolaridade. O consumo de bebidas destiladas tem relação positiva com a presença de homens e negativa com o fato do chefe da família ser mulher. Estes dados não levam em conta a produção e comercialização caseira de álcool que pode ser encontrada, com freqüência, nas áreas rurais.

PADRÕES DE CONSUMO ENTRE OS ADULTOS

Para a apresentação dos padrões de consumo (também para o tópico sobre adolescentes e outros grupos) utilizaremos as classificações de Levantamentos Nacionais, em função da amplitude e aleatoriedade de suas amostras. Os primeiros são os I e II Levantamentos domiciliares sobre Uso de Drogas Psicotrópicas, realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da Universidade Federal de São Paulo – CEBRID, desenvolvidos nos anos de 2001 e 2005, respectivamente. Estes estudos usaram a classificação *uso na vida*, definido como a utilização de qualquer substância, em qualquer quantidade, em algum momento na vida; *uso no ano*, que é o consumo de qualquer substância em qualquer quantidade menos de uma vez por mês; *uso no mês*, também o consumo de qualquer substância, em qualquer quantidade, de 1 a 3 vezes por mês. Estes são os critérios que constam do questionário utilizado nestes Levantamentos, que foi desenvolvido pelo Substance Abuse

and Mental Health Services Administration dos Estados Unidos da América - SAMSHA (CEBRID, 2001, 2005).

O terceiro Levantamento Nacional usado como fonte de dados é o I Levantamento sobre Padrões de Uso de Álcool na População Brasileira, desenvolvido por Laranjeira e colegas (LARANJEIRA *et al*, 2007). Este Levantamento utilizou classificações de prevalência por frequência e intensidade, segundo variáveis sócio-demográficas.

A frequência de uso de álcool foi avaliada segundo os seguintes critérios: *uso muito frequente*, é beber todos os dias; *uso frequente*, é o consumo de 1 a 4 vezes por semana; *uso ocasional* refere-se ao consumo de 1 a 3 vezes por mês; *beber raramente* é o relato de beber menos de 1 vez no mês, e o *abstinente*, é o que bebe menos de 1 vez ao ano ou que informa nunca ter bebido (LARANJEIRA *et al*, 2007).

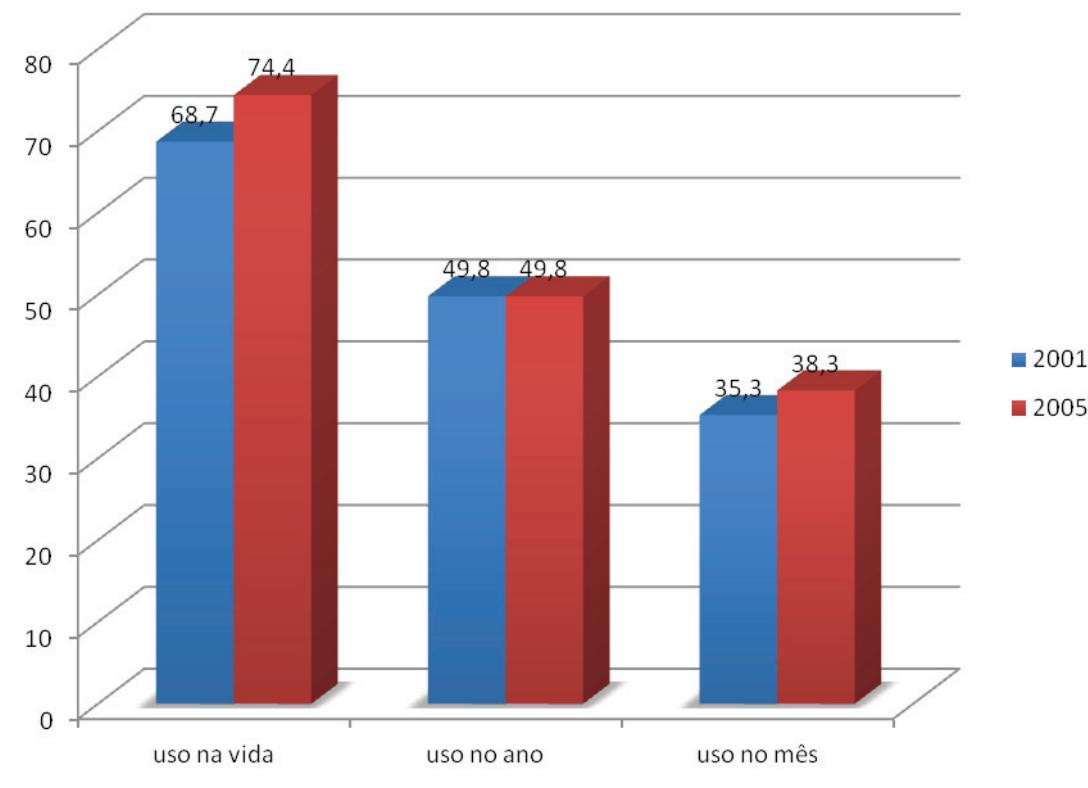
Este Levantamento incluiu também a avaliação da quantidade de bebida consumida, usando-se a unidade de dose de bebida ingerida em uma única ocasião. Neste caso, interessou saber, independente da frequência, qual o padrão de consumo quanto ao volume de bebida. Para o cálculo da unidade de dose utilizou-se a correspondência de uma latinha de cerveja ou chope de 350 ml, uma taça de vinho de 90 ml, uma dose de destilado de 30 ml, uma lata ou uma garrafa pequena de qualquer bebida “ice”. Cada dose contém cerca de 10-12 g de álcool. Nesta mensuração, interessou, em especial, o chamado beber em *binge* (*binge drinking*), também denominado “beber pesado episódico”, que indica o consumo de 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião

A intensidade de uso de álcool foi mensurada utilizando-se uma versão modificada do índice de Quantidade-Frequência (LARANJEIRA *et al* 2007), a partir de pergunta sobre o uso de categorias de bebidas nos últimos 12 meses. O objetivo deste índice é combinar dados de volume de ingestão e tipos de bebidas consumidas. Segundo esta classificação, a categoria de *bebedor frequente pesado* (ou *uso frequente pesado*) refere-se à ingestão de 5 ou mais doses de álcool, 1 ou mais vezes por semana; segue-se o *bebedor frequente* (*uso frequente*), com consumo de 5 ou mais doses pelo menos uma vez por ano, podendo ou não chegar a este consumo uma vez por semana; o *bebedor menos frequente* (*uso ocasional*) é aquele que bebe de 1 a 3 vezes por mês, podendo ou não consumir 5 ou mais doses nesta(s) ocasião(ões); o *bebedor não frequente* (ou que *usa raramente*) bebe menos de 1 vez por mês e não consome 5 ou mais doses; por fim, a categoria dos *abstêmios* que refere nunca ter feito uso de álcool ou que usou menos de 1 vez ao ano.

Apresentaremos os resultados de acordo com a cronologia dos Levantamentos. Entre os anos 2001 e 2005, Levantamentos domiciliares sobre Uso de Drogas Psicotrópicas observaram pouca diferença na prevalência de consumo de bebidas, nas categorias de *uso na vida*, *uso no ano* e *uso no mês*, na população de 12 a 65 anos (CEBRID, 2001 e 2005).

Gráfico 16

Prevalências de uso de bebidas alcoólicas na população brasileira, 2001 e 2005



Fonte: CEBRID, 2011; 2005; elaboração própria

Os resultados do I Levantamento de Padrões de Uso de Álcool informam que 52% dos brasileiros acima de 18 anos usaram bebidas alcoólicas pelo menos 1 vez no ano anterior à pesquisa de 2007. Destes, 65% são homens e 41%, mulheres. A prevalência do beber em *binge* foi estimada em 60% entre homens e 33% entre mulheres (consumo de 5 doses ou mais na vez em uma única ocasião, durante o ano anterior à pesquisa).

Entre os homens adultos, 11% fazem uso de bebidas alcoólicas todos os dias e 28% consomem de 1 a 4 vezes por semana, classificados como *uso frequente* e *uso pesado*, respectivamente.

Em relação à faixa etária, o uso de álcool, em todas as suas frequências, apresenta-se com pouca variação quando comparado à abstinência que é marcadamente maior entre as pessoas com 60 anos ou mais. A maior prevalência de uso diário é nas faixas de idade de 35 a 44 anos (7%) e 45 a 59 anos (8%).

Tabela 9

Percentual da população segundo variáveis socioeconômicas e classificação entre consumidores de álcool e abstêmios

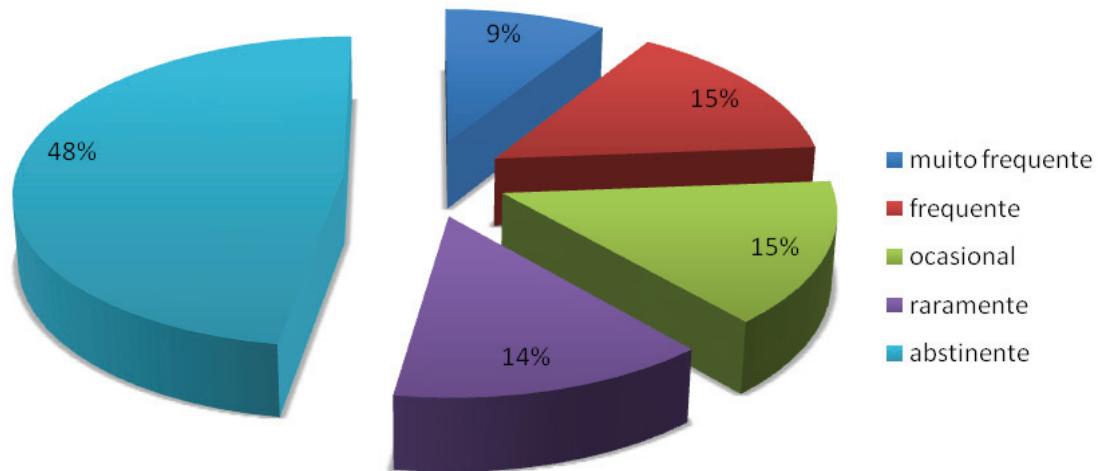
Variável	Consumidores	Abstêmios
Total	52	48
Sexo		
Homens	65	35
Mulheres	41	59
Idade		
18-24	62	38
25-34	58	42
35-44	56	44
45-59	46	54
60 e mais	32	68
Classe SE		
A	58	42
B	65	35
C	57	43
D	44	56
E	41	59

Fonte: LARANJEIRA, 2007

Comparando-se as regiões brasileiras, a Região Sul é a que apresenta maior prevalência de pessoas que consomem álcool em relação às abstêmias (65%). O consumo pesado, considerado a partir da variável “uso diário” é mais frequente nas classes D e E, na Região Nordeste (LARANJEIRA *et al* 2007)

Dentre os adultos brasileiros que consomem álcool, o percentual mais encontrado inser-se nas categorias “bebedor frequente” e “menos frequente”, com pouca diferença para o “não frequente”. O bebedor pesado corresponde a 9%. Os dados referem-se a 2.346 adultos em 143 municípios brasileiros.

Gráfico 17
Frequência de beber entre adultos – Brasil, 2007



Fonte – LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

A prevalência média de consumo *frequente* e *frequente pesado* é de 24%. Entre as Regiões, é a Sul que apresenta as maiores prevalências, com média de 28% na Região. Quando se isola a categoria de consumo pesado, no entanto, a Região Nordeste apresenta um percentual ligeiramente maior que a Sul, com 11% e 10%, respectivamente. A Região Norte, de menor densidade demográfica, apresentou as menores prevalências, com média de 16%. A Região Sudeste que inclui as grandes cidades de São Paulo e Rio de Janeiro é a segunda em prevalência de *uso frequente* e *pesado* (23%).

Esta mesma categorização, quando analisada de acordo com as faixas de renda familiar, mostra que as classes de maior renda, A e B, apresentam os maiores percentuais de *uso frequente* (22% e 20%). O *uso pesado* foi maior na classe C. Na classe de menor renda (E) está o maior percentual (59%) de adultos *abstêmios* (LARANJEIRA *et al*, 2007)

A distribuição por intensidade do consumo e sexo acompanha o padrão de maior consumo, em todas as formas, entre homens, e maior percentual de *uso não frequente*, ou nenhum entre mulheres. O grupo de *abstêmios* também apresenta diferenças significativas, e os dados confirmam que o fator sexo influi de modo importante, tanto na prevalência como no padrão de consumo, quanto à intensidade e ao tipo de bebida consumida. A classificação do Índice de Quantidade-Frequência (LARANJEIRA, 2007) evidencia esta diferença.

Gráfico 18

Frequência do consumo de bebidas entre adultos, sexo masculino, Brasil, 2007

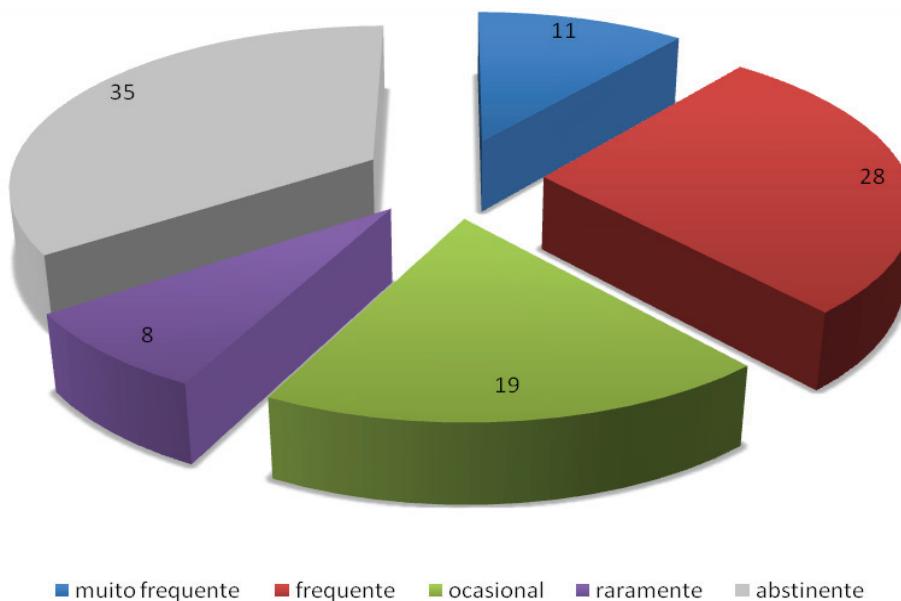
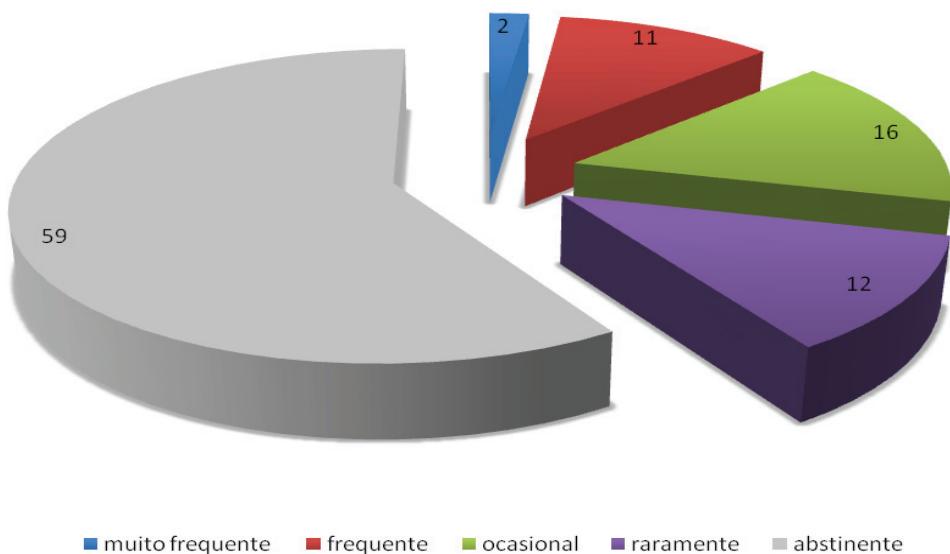
Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

Gráfico 19

Intensidade do consumo de bebidas entre adultos, sexo feminino, Brasil, 2007

Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

Nas faixas de idade de adultos jovens estão os que mais consomem álcool, em todos os padrões de intensidade. Chama a atenção que na faixa de 18 a 24 anos está o maior percentual de *uso frequente pesado*, ou *muito frequente*.

Tabela 10

Prevalência de consumo de bebidas, segundo frequência e faixas de idade. Brasil, 2007 (n= 2.346)

Intensidade	18-24	25-34	35-44	45-59	60 e +	total
muito freqüente	12	9	10	7	3	9
Freqüente	14	17	19	14	9	15
Ocasional	19	16	15	12	8	15
Raramente	17	16	12	13	12	14
Abstinentes	38	42	44	54	68	48

Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007

Em estudo de modelagem estatística para a identificação de fatores preditores da transição entre os tipos de consumo (Silveira, 2010), em uma amostra de adultos residentes na capital de São Paulo, todas as transições entre os estágios de uso de álcool até o abuso estiveram consistentemente associadas ao sexo masculino, às gerações mais jovens e à baixa escolaridade. Ou seja, nesta região de residência é a população adulta masculina, mais jovem, mais pobre e com menor acesso à escolarização formal que tende a desenvolver um consumo pesado ou dependente de bebidas alcoólicas, quando comparada a outros grupos.

Os homens bebem mais e mais intensamente que as mulheres; as pessoas jovens mais que as faixas de idade acima dos 60 anos; e as pessoas da classe B, mais que as demais. O *uso pesado*, no entanto, é maior na classe de renda média e divide-se entre as Regiões brasileiras mais e menos desenvolvidas, indicando a influência de fatores socio-demográficos e culturais (LARANJEIRA *et al*, 2007)

O uso de bebidas entre as pessoas mais velhas, acima dos 60 anos, surge como um objeto de alguns estudos, mencionados por Saidel (2011), mas de modo geral há pouca visibilidade sobre o uso de bebidas neste grupo. A autora se refere a uma frase de uso corrente nos serviços de Saúde da Família onde fez seu estudo: “*idoso alcoólatra não existe*”. Na análise, chama a atenção para a questão do acesso deste grupo populacional à rede de cuidados, em função de dificuldades de locomoção, e mesmo pela alta demanda representada pelos demais grupos – crianças, mulheres - junto às equipes. Também menciona que a abordagem à pessoa idosa evidenciou, no seu estudo, o predomínio da concepção biologicista de envelhecimento e adoecimento, em detrimento da concepção apoiada em teorias da produção social do processo saúde-doença.

CONSUMO DE ÁLCOOL POR CRIANÇAS E JOVENS

O IV Levantamento de uso de drogas entre estudantes brasileiros¹² considerou uma amostra de 50.890 crianças e jovens de 10 a 19 anos. Também neste grupo o álcool foi a substância mais consumida, em comparação com outras (CEBRID, 2010).

O estudo classificou as categorias desse consumo da seguinte forma: *uso na vida* quando a pessoa fez uso de qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida; *uso no ano* quando

12 Ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, 1^a edição, SENAD, Brasília, DF, 2010.

a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam a pesquisa; *uso no mês* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam a pesquisa; *uso frequente* quando a pessoa utilizou a droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa; *uso pesado* quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

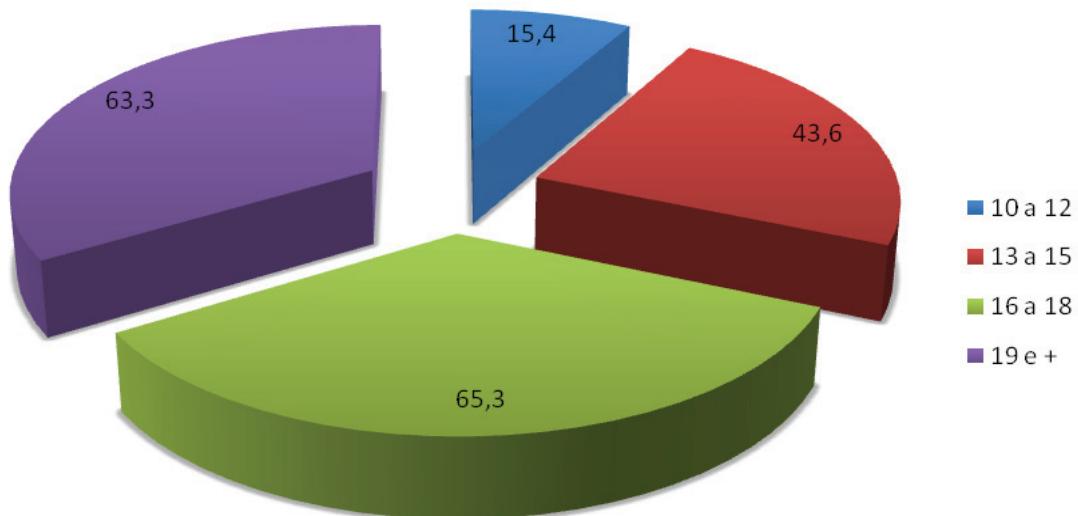
Dentre o total de crianças e jovens entrevistados, 60,5% informaram ter feito *uso na vida* de álcool; 42,4%, *uso no ano*; 21,1% *uso no mês*; 2,7% *uso frequente* e 1,6% *uso pesado* (CEBRID, 2010). A idade média do primeiro consumo de álcool foi calculada em 13 anos, variando entre 12,9 a 13,1.

O *uso na vida*, nas capitais dos estados brasileiros, apresentou variações, com o menor percentual, de 46,5% em Rio Branco (AC), estado da Região Norte, e o maior em Curitiba (PR), com 71,6%, na Região Sul. O *uso frequente* teve sua maior prevalência em Florianópolis (SC), Região Sul, com 6,5%, e a menor em Manaus (AM), Região Norte, com 1%. O *uso pesado* foi menor em Manaus (AM) e Rio Branco (AC), com 0,6% e, maior no Rio de Janeiro (RJ), com 2,4%.

O consumo de bebidas segundo as faixas de idade também mostra diferenças. O *uso no ano*, por exemplo, que apresentou percentual médio de 42,4%, mostra que há expressivo aumento do consumo nas faixas de idade acima dos 15 anos.

Gráfico 20

Percentual de consumo de bebidas alcoólicas por jovens, por faixas de idade – uso no ano (n= 50.890)



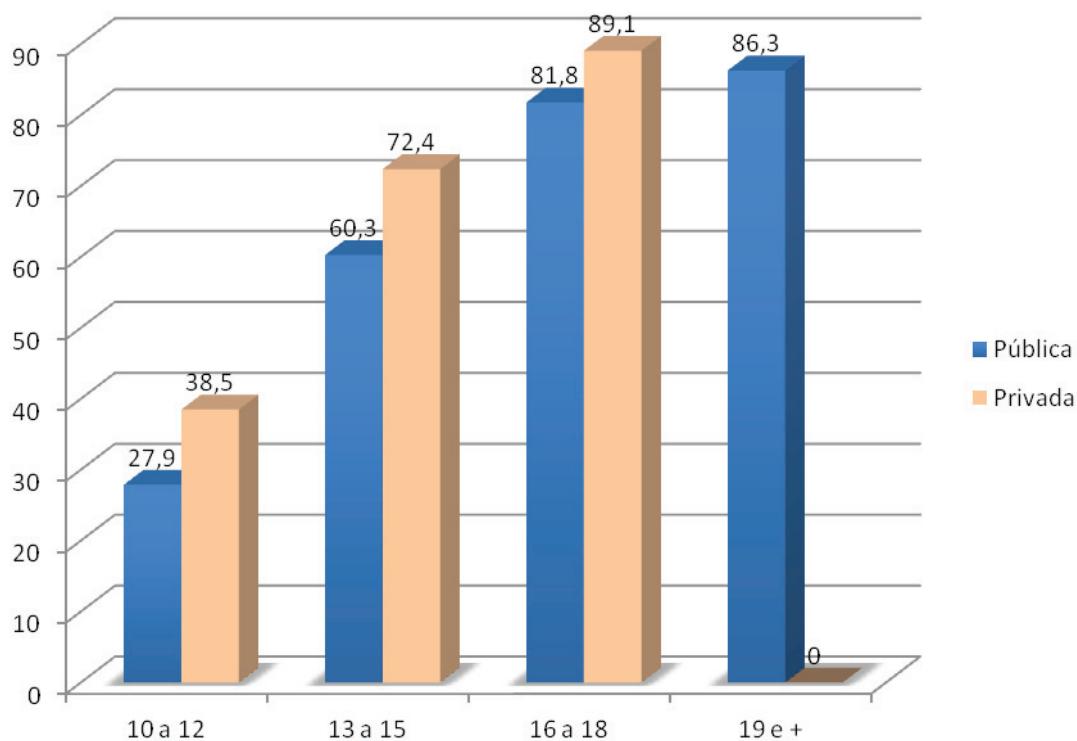
Fonte: CEBRID, 2010, elaboração própria

O *uso na vida* entre jovens de 15 a 16 anos foi de 78,6%, considerado dentro da média, quando comparado com países da Europa e com os Estados Unidos. Este mesmo dado na faixa etária de 16 a 17 anos, no entanto, mostra que o Brasil tem um percentual mais alto do que nos EUA, com 84,3% e 72,3%, respectivamente (CEBRID, 2010).

Também o consumo entre jovens, inseridos no sistema educacional público, apresentou diferenças em relação aos que estão nas escolas privadas, com maior consumo entre os últimos, em todas as faixas de idade. Já o *uso frequente* e *uso pesado*, no entanto, apresentaram percentuais ligeiramente aumentados entre os estudantes das escolas públicas – 1,7% contra 1,1% nas escolas privadas. Esta diferença pode ser explicada, no caso dos tipos de uso no ano, no mês e frequente (excluindo o uso pesado), pela maior renda familiar dos jovens das escolas privadas, o que facilitaria o acesso à compra de bebidas. O maior percentual de *uso pesado* em escolas públicas pode estar relacionado aos percentuais maiores deste tipo de consumo também observados na Região Nordeste, que é onde há expressiva proporção de famílias de baixa renda, concentrando este tipo de consumo, tal como ocorre entre os adultos, na classe de renda E.

Gráfico 21

Percentual de consumo na vida de bebidas alcoólicas entre jovens de 10 a 19 anos, estudantes de escolas públicas e privadas



Fonte: CEBRID, 2010, elaboração própria

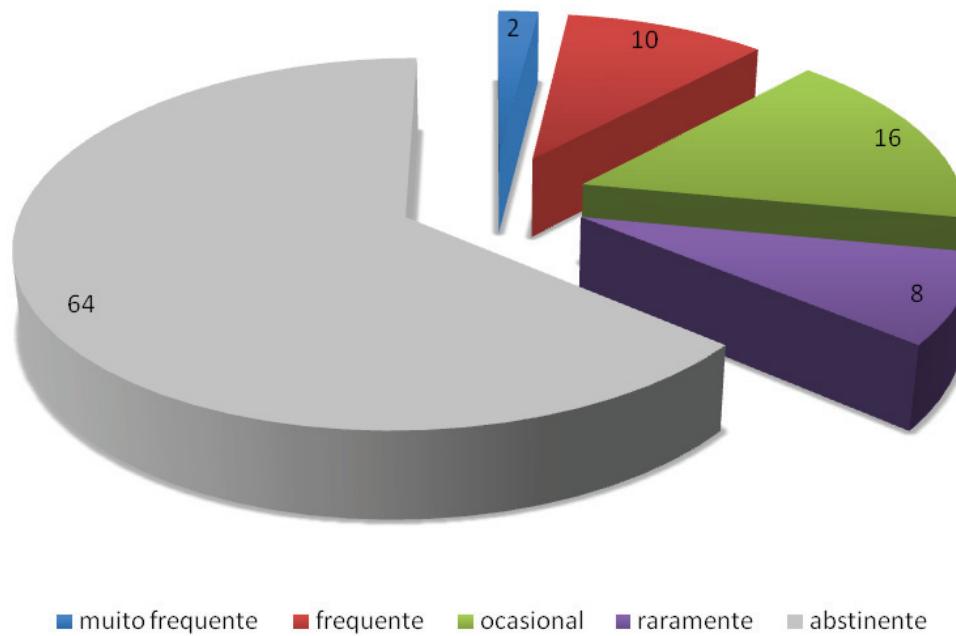
O consumo foi maior entre meninas, na comparação por sexo, e isto para todas as faixas de idade e tipo de consumo. Este dado contrasta com o consumo de outras drogas, investigado no mesmo estudo, que apresentou prevalência maior entre os jovens do sexo masculino, e também com os resultados obtidos entre adultos, que apontam maior consumo entre homens. O resultado de maior consumo entre meninas confirma os achados de levantamento anterior, de 2004, que apresentou prevalência de uso na vida, entre meninas de 12 a 17 anos de 44,7% (CEBRID, 2010).

Quando se analisa o tipo de consumo quanto à sua frequência, classificado segundo o Índice Quantidade-Frequência (LARANJEIRA, 2007), os dados informam que o uso habitual, de 1 a 3 vezes ao mês, não possui prevalência marcadamente diferente entre os jovens do sexo mas-

culino e do feminino, assim como o percentual de abstinentes. As diferenças maiores se referem ao padrão de *uso frequente*, ou de *uso ocasional*.

Gráfico 22

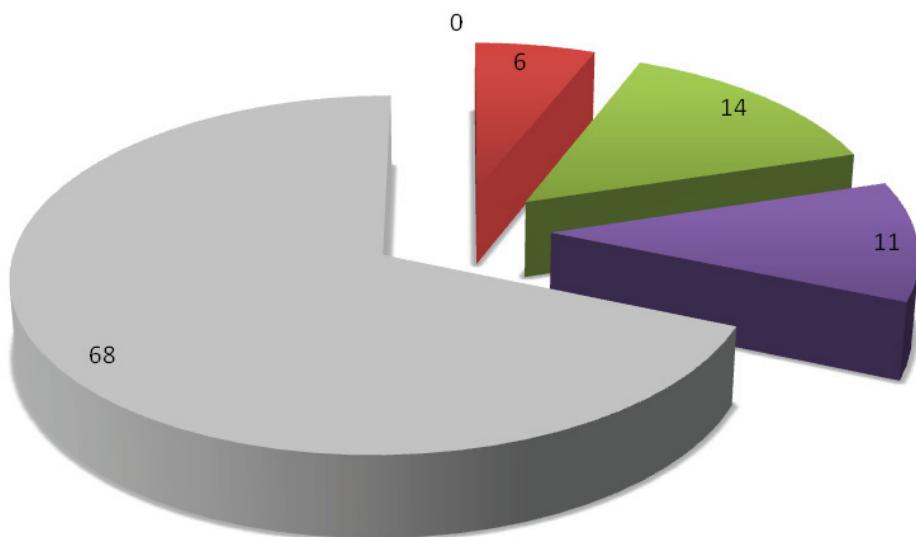
Frequência do consumo entre jovens do sexo masculino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007



Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

Gráfico 23

Frequência do consumo entre jovens do sexo feminino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007



■ muito frequente ■ frequente ■ ocasional ■ raramente ■ abstinente

Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

Já no consumo segundo intensidade, as diferenças nos padrões de uso entre jovens do sexo masculino e feminino não é tão ampla como entre os adultos. Na população acima de 19 anos, 14% dos homens são bebedores pesados, enquanto 3% das mulheres estão nesta classificação. Já entre os jovens, no sexo masculino 7% são bebedores pesados, e no sexo feminino, 5%.

O significado do uso de bebidas alcoólicas entre os adolescentes e jovens tem sido objeto de estudos locais, de abordagem qualitativa, explorando os sentidos e as representações sociais em torno da questão. Além das determinações relacionadas aos ritos de passagem para a vida adulta, o uso de bebidas alcoólicas foi relatado, por jovens de área urbana de um estado da Região Nordeste, como um fator que os torna mais próximos do comportamento adulto. O que envolve, a seu ver, autodeterminação, atitude desafiadora, atuando como elemento de agregação social (SOUZA, 2009). O uso de bebidas alcoólicas, na interpretação da autora, emerge como um capital social na vida dos adolescentes de ambos os sexos, potencializando uma atitude de coragem, legitimando comportamentos de disputa em torno de “quem é mais forte”. Há evidente contradição entre estas representações, dentro de um contexto social que privilegia a identidade e a capacidade individual de “vencer na vida” e o discurso de prevenção que tende a atribuir ao adolescentes uma percepção irreal e desinformada quanto aos danos do uso excessivo. Para a autora, os adolescentes percebem os riscos envolvidos, mas seu comportamento precisa ser compreendido à luz de questões que vão além do conceito de vulnerabilidade e que incluem as dimensões históricas e culturais dos grupos populacionais e o papel da bebida nestes contextos.

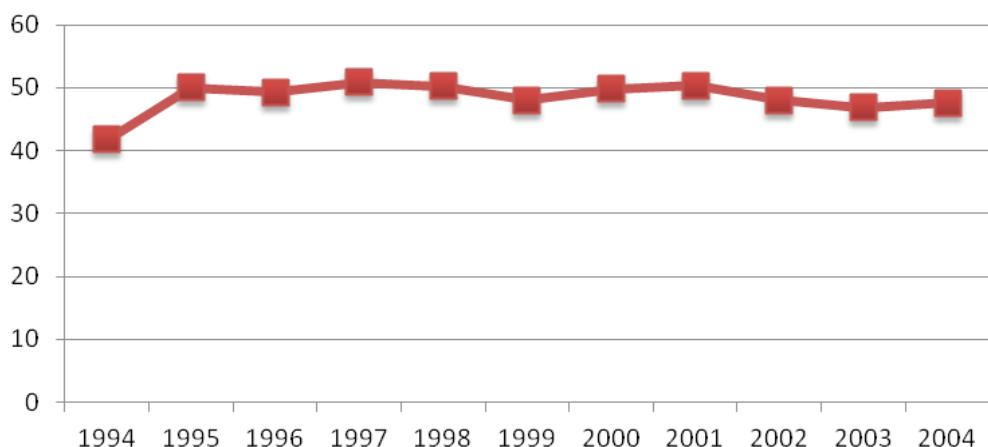
CONSUMO POR TIPO DE BEBIDA

Os dados da OMS informam que a cerveja é a bebida alcoólica mais consumida no país há pelo menos 20 anos (WHO/GISAH, 2011). Na década de 2000, (HIDEKI, 2011), o consumo de vinho era até 10 vezes inferior ao da cerveja, enquanto em 2007 passou à metade. Isto pode indicar uma mudança recente no padrão de consumo, com uma maior popularização do vinho.

Segundo o Sindicato Nacional da Indústria de Cerveja (2012), o consumo per capita, em litros totais, mantém-se em relativa estabilidade entre os anos de 1994 e 2004, apesar do crescimento populacional

Gráfico 24

Consumo de cerveja em litros por ano, Brasil, 1994 a 2004

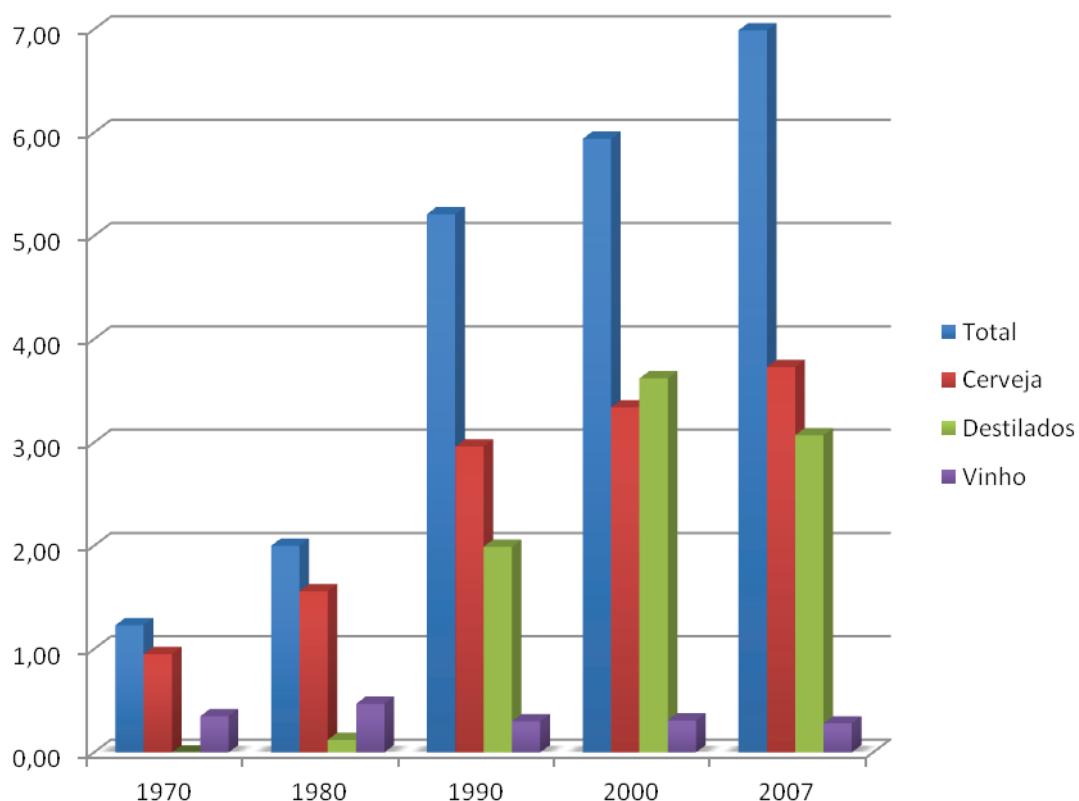


Fonte: SINDICERV, 2012, elaboração própria

O consumo per capita, em litros de álcool puro, evidencia o aumento no consumo considerando-se um período maior de quatro décadas. Há aumento expressivo no consumo de todos os tipos de bebidas, à exceção do vinho, embora esta bebida esteja passando por processo de popularização crescente. O Brasil apresenta padrão de consumo inferior a países como o Japão, os EUA, e a Alemanha (OMS/GISAH, 2012).

Gráfico 25

Consumo de bebidas alcoólicas, em unidades de litros de álcool puro, segundo tipo de bebida. Brasil, 1970, 1980, 1990, 2000 e 2007



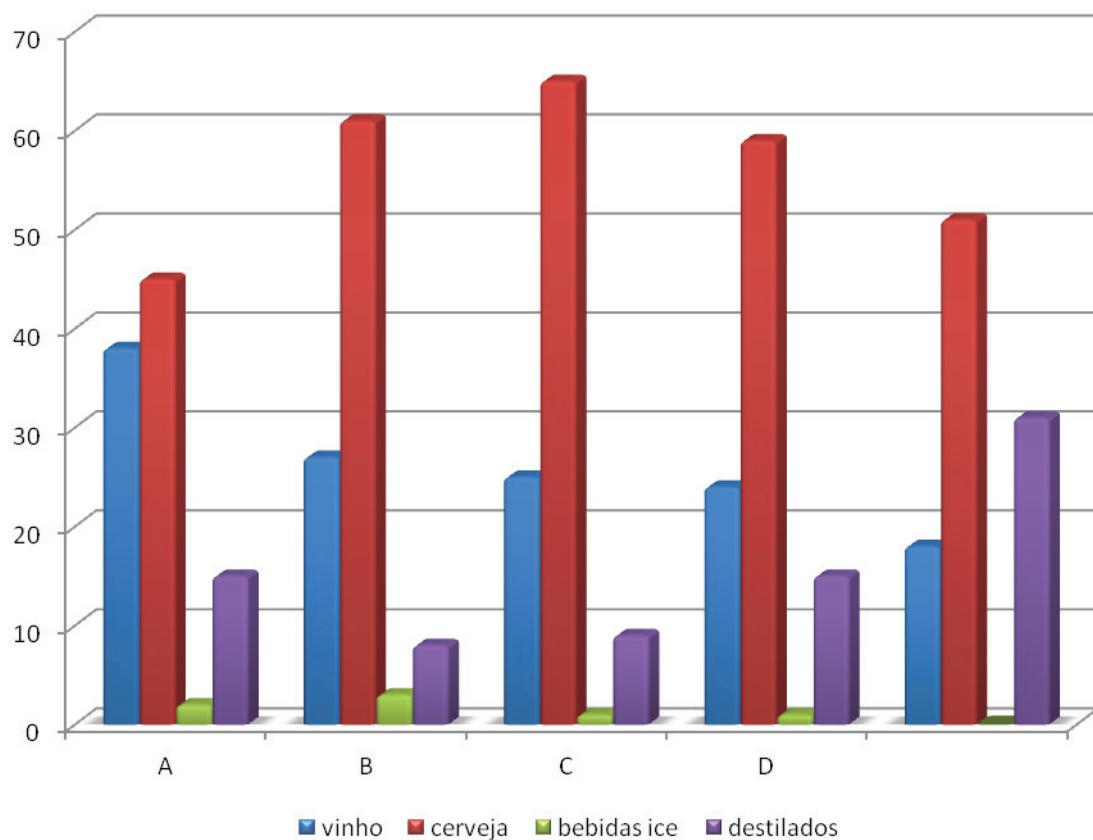
Fonte: OMS/GISAH, 2012, elaboração própria

O padrão de consumo mensurado no I Levantamento Nacional de Padrões de Uso de Álcool (LARANJEIRA *et al*, 2007) confirma ser a cerveja a bebida mais frequentemente apontada como de maior consumo pelos adultos (61%), seguindo-se o vinho, com 25%, os destilados, com 12% e as bebidas *ice*¹³, com 2%.

13 Esta categoria incluiu destilados misturados com refrigerantes ou sucos industrializados.

Gráfico 26

Prevalência de consumo de bebidas entre adultos, por faixa de renda e tipo de bebida. Brasil, 2007

Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007, elaboração própria

Na distribuição segundo a classe de renda, a classe A, assim como todas as demais, consome mais cerveja (45%), embora num percentual menor. A classe que mais consome cerveja é a C (65%).

O consumo de destilados nas classes A e D é o mesmo (15%), mas em função da diferença na renda familiar, a hipótese é a de que se trata de bebidas destiladas diferentes. A classe E apresentou o maior percentual de consumo de destilados, com 31%. Nesta classe, não há registro de consumo de bebidas *ice*.

Na distribuição por sexo, mulheres consomem mais vinho que homens (34% contra 19%), e apresentam consumo menor de cerveja que homens (62% a 58%), embora a diferença, no caso da cerveja, não seja tão estatisticamente significativa (LARANJEIRA, 2007). Homens consomem mais que o dobro, em percentuais, de destilados em comparação com as mulheres (17% contra 6%). Os tipos de bebidas não apresentam diferenças marcantes entre os sexos.

Tabela 11

Prevalência de consumo de bebidas, segundo tipo, por sexo e região Brasileira. Brasil, 2007

Sexo	Vinho	Cerveja	Destilados	Ice
Homens	19	62	17	1
Mulheres	34	58	6	2
Regiões				
Norte	26	55	18	2
Nordeste	18	61	20	1
Sudeste	27	61	9	3
Sul	29	61	9	1
Centro-Oeste	24	63	12	2

Fonte: LARANJEIRA *et al*, 2007

O vinho é mais consumido na Região Sul, que é também a que mais produz a bebida. Já o consumo de destilados é maior nas Regiões Norte e Nordeste (18% e 20%).

CONSUMO DE RISCO OU “BINGE DRINKING”

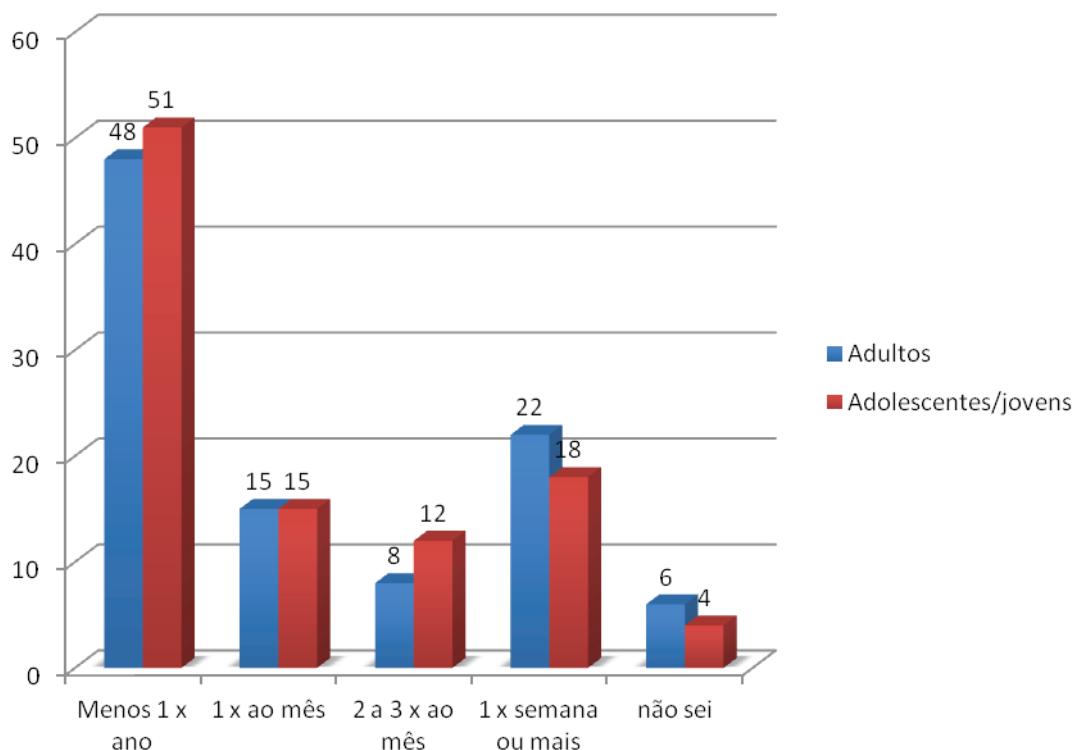
O consumo de risco, ou *binge drinking*, que envolve a ingestão de 5 ou mais doses em uma única ocasião, está relacionado a um conjunto de alterações bio-psico-sociais que podem se apresentar como fator de risco para situações de acidentes e violências, entre outras (CEBRID, 2010). Este comportamento pode ocorrer de modo esporádico ou usual.

Nesse mesmo Levantamento sobre uso de Drogas entre adolescentes e jovens, identificou-se que aqueles que beberam em *binge*, o fizeram pelo menos uma vez por mês, ou seja, com regularidade.

Para os adultos, 4 ou mais doses foi considerado o limite mínimo para esta classificação entre as mulheres. No grupo, 40% dos homens e 18% das mulheres afirmaram ter bebido em *binge*. Assim como entre os adolescentes e jovens, a frequência maior do beber em *binge* é inferior a uma vez por ano.

Gráfico 27

Prevalência da frequência do beber em binge, adultos e adolescentes/jovens.



Fonte: SENAD/USP,2009, elaboração própria

Enquanto a prevalência geral de beber em *binge* é maior entre os adolescentes, a frequência deste tipo de consumo apresentou percentuais mais altos para o consumo frequente, de uma ou mais vezes por semana, entre os adultos. Neste grupo, as faixas de idade com maior prevalência de beber em *binge* foram as de 18 a 34 anos.

A distribuição regional deste tipo de consumo mostra que a prevalência é maior na Região Sul, com 36% das respostas, o que é coerente com o fato de ser esta a Região com maior prevalência de consumo geral. As demais Regiões apresentaram prevalências de 21% (Norte), 30% (Nordeste), 26% (Sudeste) e 27% (Centro-Oeste).

Além dos Levantamentos nacionais já mencionados, vale apresentar dados do VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, implantado pelo Ministério da Saúde em todas as Capitais dos Estados, desde 2006, após testagem nos três anos anteriores. Um dos indicadores do VIGITEL é a taxa de uso abusivo de álcool, definido pelo estudo como “percentual de adultos maiores de 18 anos que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (mulher) ou cinco ou mais doses (homem) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião (BRASIL, MS, 2012). Tal informação é autoreferida pelos sujeitos entrevistados. Considera-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.

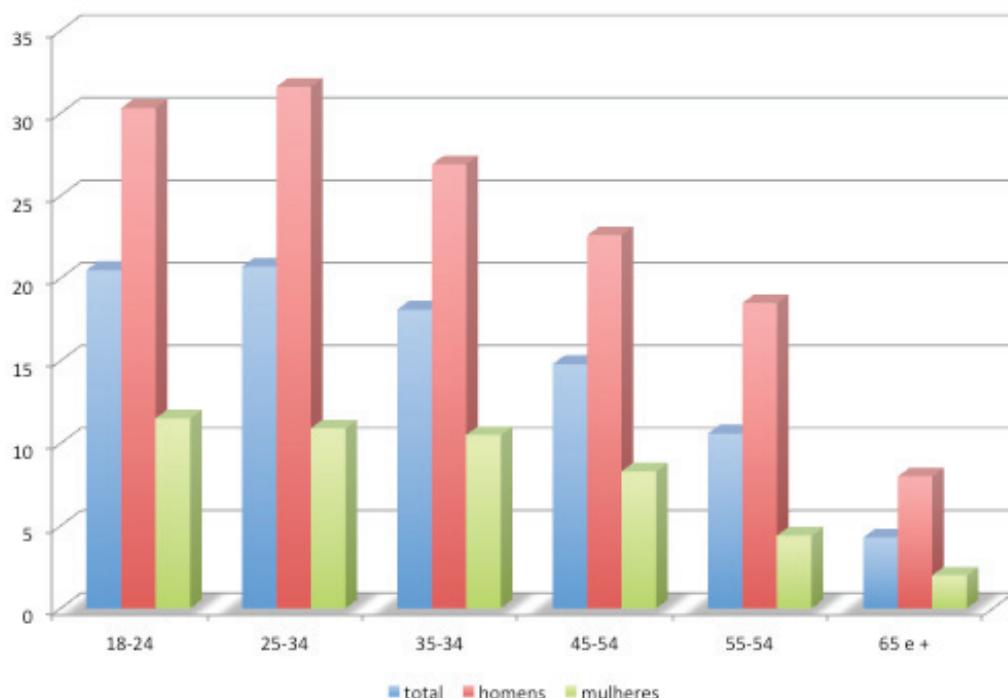
Na distribuição segundo capitais dos Estados na pesquisa do ano de 2011, a frequência de adultos que relataram consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias,

variou entre 11,9% em Rio Branco (Acre, Região Norte) e 23,6% em Salvador (Bahia, Região Nordeste). As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Teresina, Piauí (37,6%), Salvador, Bahia (31,3%) e Cuiabá, Mato Grosso (31,2%); e, entre mulheres, em Salvador, Bahia (17,2%), Recife, Pernambuco (14,3%) e Vitória, Espírito Santo (13,3%) (VIGITEL, 2011).

Como prevalência média de frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias no conjunto das cidades temos o percentual de 17,0%, sendo quase três vezes maior entre homens (26,2%) em comparação com mulheres (9,1%). Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os indivíduos mais jovens e tendeu a aumentar com o nível de escolaridade

Gráfico 28

Percentual de uso abusivo de álcool por adultos homens e mulheres segundo faixa etária, 2011 (inquérito telefônico)



Fonte: VIGITEL/MS, 2011. Elaboração própria, 2012

Outro indicador obtido pelo VIGITEL é a prevalência de adultos que referem dirigir automóvel após o uso de bebidas alcoólicas, independente da quantidade. A frequência de adultos que informaram conduzir veículos motorizados após ingerirem qualquer quantidade de bebida alcoólica foi de 4,6% no país. A proporção foi maior em homens (8,6%) do que em mulheres (1,2%), e mais frequente na faixa etária de 25 a 44 anos de idade e entre aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade (VIGITEL, 2011).

CAPÍTULO 5

MOTIVAÇÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Na maioria dos países ocidentais o uso de bebidas alcoólicas é em geral regra. Também no Brasil é assim, onde o álcool é consumido desde antes da colonização européia. É imemorial o costume tupinambá de produzir o *cauim*, a bebida fermentada feita através da mastigação e salivação da mandioca. Segundo a tradição, apenas as mulheres jovens e consideradas bonitas podiam prepará-lo, mascando a raiz e misturando-lhe a saliva para provocar a fermentação.

Mas será que o uso de álcool pelos antigos tupinambás ou por nós hoje em dia tem alguma motivação específica relacionada com as propriedades universais intrínsecas à bebida alcoólica? Ou se trata apenas de um hábito, imposto pela tradição?

É certo que o cauim, sendo um tipo de álcool etílico, guarda as propriedades básicas de qualquer bebida fermentada. É certo também que era utilizado, em princípio, em rituais e festas, segundo regras determinadas pela cultura indígena, como nas comemorações pelo nascimento de uma criança, nos rituais de 'maioridade' ou em orgias canibalescas (ALARCON, 2012).

Contudo, (LIMA, apud SZTUTMAN, 2008) haveria uma função-álcool dentro da cultura ameríndia que excede a simples dicotomia que opõe naturalismo e externalismo. O naturalismo tende a reduzir as substâncias a suas propriedades farmacológicas, já as teorias externalistas pretendem compreender os efeitos dessas substâncias a partir de seu uso ceremonial, ou seja, por indução externa. Essa via dicotômica nos faz desconhecer que o uso de produtos psico-trópicos (cocaína, maconha, álcool, remédios psicoativos) é uma parte da vida cotidiana das sociedades. O uso prejudicial é apenas, por sua vez, um aspecto minoritário e complexo de um universo constituído por paisagens de uso distintas e irredutíveis, conforme as culturas e a maneira "existencial" com que cada um vive a sua singularidade.

Assim, não haveria como entender o consumo de álcool entre os Tupinambás, nem entre nós hoje em dia, apenas conhecendo-se propriedades farmacológicas ou apenas evocando sua importância religiosa. O cauim é concebido, dentro da cultura ameríndia de forma ontológica, assumindo as propriedades intrínsecas de uma pessoa humana, capaz de possibilitar a comunicação entre vivos e mortos. Essa experiência radical cuja condição é o "sair de si", não é apenas a base da experiência mística, mas também a da intersubjetividade comunicativa. O álcool tem portanto, dentro dessa cultura, a função de permitir as relações, os vínculos sociais e familiares, sendo o próprio álcool um ser relacional.

Certamente a nossa herança cultural européia, ligada ao cristianismo, rompeu com o postulado ontológico dos Tupinambás para o álcool, mas apenas para afirmar sua própria interpretação divina, na transsubstancialização do vinho como literalmente o sangue do Cristo. Por outro lado, a cultura ocidental já mantinha a tradição que liga o uso do álcool à alegria das festas, à desmesura das comemorações e à comunicação, mas inventou uma hierarquia de seu uso conforme a situação de consumo ou conforme o tipo de socialização, convencional ou não. Por exemplo, a cachaça, bebida destilada produzida no Brasil pelos portugueses, a partir do período colonial, servia inicialmente como alimento para animais e escravos; não raro era

utilizada também como moeda nas trocas do tráfico negreiro, e chegou a ser “arma” empregada para a desagregação de determinados povos indígenas considerados traiçoeiros ou perigosos. Consolidou-se a partir daí como um produto de baixo status, agregando, em síntese, os desclassificados e marginalizados. Todavia, o consumo de bebidas alcoólicas pelas elites coloniais não era da mesma forma “repreensível”. Ao contrário, seu emprego, além das festas e relações sociais era considerado medicinal, de forma coerente com as teorias miasmática e humoral que orientavam o saber médico de então. O exagero no consumo de álcool (a noção de enfermidade alcoólica inexiste na época) era socialmente condenado apenas quando praticado pelos pobres ou escravos (CARVALHO, 2012). Entre os de “estirpe”, o bêbado não era aquele que abusava do álcool, mas sim aquele que, ao consumir, se colocava em isolamento. Desta forma, degradando-se em relação ao que se esperaria daquele que bebe, ou seja, a afirmação do suporte de coesão comunitária, de pertencimento a um grupo (EHRENBERG, 1994).

Ao contrário das outras drogas, o álcool manteve-se, em sua história ocidental, como meio de intercâmbio social, de comunicação, de um “sair de si em direção ao outro”. Nesse caso é interessante observar uma fratura entre o destino do álcool e o das outras drogas no Brasil (não incluído o tabaco nessa avaliação, pois este possui uma história bastante específica).

Essa percepção de que o uso da droga-álcool é socialmente diferenciada do uso das outras drogas não é novidade. Ehrenberg (1994) salienta as transformações que, em meados do século XIX, conduzem lentamente as outras drogas a uma realidade autônoma em relação a do álcool.

Sobre as condições profundas dessa ruptura, o aumento da oferta de psicoativos durante o boom das indústrias farmacêuticas entre os séculos XVIII e XIX, consequência da revolução burguesa e industrial e dos diversos interesses geopolíticos dos países centrais, conjugados, transformaram o padrão comunitário e ritualístico de uso de drogas (KOUTOUSIS & PEREZ, 1996).

Outra explicação liga a crença numa pretensa “toxicomania de massa” (termo que exclui o alcoolismo – não há a noção de “alcoholmania”) ao desenvolvimento científico-tecnológico e sua consequente influência no aumento do poder da adição. Adição essa de tal magnitude que o uso de algumas drogas psicoativas se tornaria sinônimo de dependência *química*. Drogas usadas há milênios, como o ópio, a *cannabis*, a folha de coca, estariam sendo refinadas e modificadas de tal forma que seus derivados se transformaram em armadilhas *químicas* com poder de causar danos como nunca antes na história, à saúde física e moral de seus usuários.

No Brasil as relações entre o modelo de consumo do álcool e o das outras drogas possuíram períodos de uma aparente convergência, especialmente nos momentos em que essas outras drogas são retiradas e resignificadas de suas funções puramente terapêuticas e se tornam também elas recreativas. Começam então, como o álcool, a ser descritas através de seus atributos não terapêuticos, marcadamente de socialização, de experimentação em grupo de novas percepções e de novas consciências. O ponto alto desse movimento de convergência é o período contracultural das décadas de 1960/1970, embora tenhamos notícias de outras fases, como o período chamado de *belle époque*, nos dois primeiros decênios do século XX (RESENDE, 2006).

Contudo, essa convergência se deu de forma tênue e circunscrita a estilos de vida específicos. De regra, esses atributos não terapêuticos das outras drogas acabaram por demarcar não uma proximidade com o modelo alcoólico profundamente inscrito no intercâmbio social, mas com o seu contrário. As outras drogas assumiram como característica um sair de si que também

é um sair do mundo. Isso se torna mais claro a partir das décadas de 1970/1980, exatamente no momento em que sucedem acontecimentos que impossibilitam o desenvolvimento de relações sociais de autocontrole mínimos para o uso dessas drogas, com o recrudescimento das ações proibicionistas e de “guerra às drogas” (MISSE, 2003). Ocorre então uma ruptura definitiva entre a cultura de uso do álcool e a das outras drogas. Uma ruptura que não advém, portanto, simplesmente por causa dos efeitos mais ou menos tóxicos das outras drogas, mas quando a “toxicomania” (à diferença do alcoolismo) tornou-se um problema social e político antes que um problema de saúde ou de estilo de vida. A utilização privada de drogas assume no imaginário e na vida prática algo por demais perigoso ao bem-estar de indivíduos e das coletividades, incapazes de gerirem sozinhos o cuidado de si mesmos diante da força desse *mal*.

No Brasil, a possibilidade da toxicomania é tratada em si mesma como um desvio desagregador, um risco puro e ao mesmo tempo já um dano, vinculado ao poder maligno do uso criminoso de substâncias proscritas – do qual as pessoas precisam ser salvas. No que se refere ao uso do álcool, ele antes de tudo agrupa, sendo a possibilidade do uso abusivo ou prejudicial no máximo uma infração às regras sociais, infração que na verdade confirma essas mesmas regras.

Pesquisa realizada em 2010 pelo CEBRID, intitulado “VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras”, aferiu-se que a exposição dos estudantes às drogas em geral acontece muito cedo no Brasil: cerca de 5,0% iniciaram a experimentação de droga antes dos 10 anos.

Já o I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira, constatou que mais da metade da população consome bebidas alcoólicas (LARANJEIRA, 2007). Dentre estes uma grande parcela de adolescentes entre 14 a 17 anos, sendo que em relação à faixa etária de 18 a 24 anos, somente 38% eram abstinentes.

Uma das explicações ofertada pelos pesquisadores para esse gosto pelo álcool é que a adolescência é uma fase da vida de transição entre um estado de dependência dos pais para uma condição de autonomia pessoal. Estariam, por isso mesmo, na fase da vida em que mais carecem de apoio e quando mais desafiam essa ajuda. Seus cérebros, ainda em formação, são mais susceptíveis a agentes externos, como o álcool e demais substâncias psicotrópicas, e a diferentes fatores psicossociais. É quando a inserção no grupo se torna fundamental e o beber pode aparecer, por exemplo, como um meio de integração (LARANJEIRA, 2007).

Outra hipótese para o acesso precoce de crianças e adolescentes ao uso de bebidas é a publicidade e seus efeitos sobre as crianças e jovens. Segundo Pinsky (2009) Jovens com diferentes características podem ser afetados de diversas maneiras pelos anúncios de álcool, mas é a quantidade de exposição o ponto de consenso das várias pesquisas sobre o tema. Pesquisadores avaliaram que estudantes mais expostos a itens de marketing de bebidas tinham maior chance de já terem bebido na vida e/ou de beber atualmente.

Um dos grandes problemas do uso inadequado de álcool são as chamadas bebedeiras, ou, como é conhecido na literatura internacional, “*binge drinking*”, ou “beber em *binge*”. O termo é empregado no mundo todo para definir o “uso pesado episódico do álcool”. Segundo os autores do I levantamento, a quantidade que define o “beber em *binge*” foi estabelecida por inúmeros estudos, em 5 doses para homens e 4 doses para mulheres, em uma só ocasião (BREWER e cols., 2005). Beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar a intoxicações freqüentemente associadas a uma grande série de problemas. Os fatores motivacionais para o *binge* ou bebedeira

freqüente podem ser sociais e psíquicos, e podem contribuir para esse agravamento situações como o desemprego, a falta de perspectiva – especialmente entre os mais jovens – e conflitos familiares e de relacionamento (LARANJEIRA, 2007).

Obviamente não são apenas a publicidade, as condições de vida difíceis, a condição de gênero ou de classe os únicos fatores de acesso as bebidas. O álcool guarda uma função antropológica dentro das forças de reprodução das subjetividades no Brasil, função essa relacionada ao reforço de um conjunto de representações, incluindo virtudes e mitos de sociabilidade aprendidos desde a chamada socialização primária (ocorridas justamente na infância), que vão além da função gastronômica da droga, e ultrapassam o poder da propaganda, mesmo que estas visem especialmente o público virtual, o futuro consumidor (MANO, 1990).

Os processos de socialização interiorizam nos indivíduos as normas e os valores essenciais para a coesão social. Deste modo, o uso do álcool deve ser entendido na nossa sociedade profundamente vinculado a própria trama que garante as vivências sociais. E essa importância está em primeiro lugar ligada à própria condição “pública” de visibilidade do álcool nos espaços de vida cotidiana.

Assim, um dos motivos legítimos e primordiais que explicam a motivação para o uso prevalente pelos mais jovens e, por mais da metade da população, seria o fato do álcool ser uma droga com lugar no espaço público, enquanto que as outras drogas subsistem nos guetos perigosos, ou no isolamento da vida secreta. Essa diferença de tratamento chega ao paroxismo quando examinamos os diversos locais e situações onde cotidianamente se usa álcool ou outras drogas. Para as outras drogas os espaços escondidos, obscuros, marginalizados, criminalizados (o crack e os solventes aqui têm uma característica própria, mas não entraremos no mérito). Para o álcool, praticamente todos os espaços de socialização aceitos, como os cafés, boates, restaurantes, aniversários, casamentos; ou nas grandes festas, cada qual com sua bebida de eleição: a cerveja no carnaval, o licor nas festas juninas, o vinho no natal. Isso sem esquecer o local privilegiado da cachaça do trabalhador – o boteco. Lugares e acontecimentos onde, por dever de sociabilidade, o cidadão é impelido a beber. Mas é interessante observar que, a despeito dos estímulos em propagandas e daquele que vem de grande parte dos círculos sociais, o beber álcool, apesar de ser uma droga legal e amplamente distribuída, não é um “risco” universalmente presente na vida das pessoas. A mesma pesquisa (LARANJEIRA, 2007) citada revela que 48% da população adulta é abstinente (35% dos homens e 59% das mulheres). Pode-se supor a partir daí situações de autocontrole influenciando espontaneamente (ou seja, sem a intervenção pedagógica do Estado) o comportamento da população, fato que deveria ser mais estudado.

É interessante observar como em culturas mais antigas que a brasileira, onde as maneiras de beber foram moldadas há milênios, é possível se encontrar problematizações sobre formas de autocontrole, só possíveis a partir de uma visão do uso de álcool desprovida de moralismos. Por exemplo, entre os portugueses, Carvalho cita Chafetz que preconiza que “os pais deveriam servir aos seus filhos formas de álcool (...), se eles próprios forem consumidores de álcool. Assegurando educação, informação e experiência (...) a imunização contra um comportamento de bebida não saudável e responsável, poderá ocorrer como uma defesa contra o alcoolismo” (CHAFETZ In CARVALHO, 1991:64). O álcool parece conseguir, diferente das outras drogas, quebrar a dicotomia entre os interesses da pessoa e as coerções do Estado, entre liberdade e repressão, oferecendo uma mediação possível entre ordens e desordens, entre “a desordem do sujeito e a ordem da lei” (CASTEL & COPPEL, 1994).

Além de “droga social”, o álcool também funciona em práticas introspectivas, mas ao contrário do que se diz, nem sempre motivada pela solidão, ou para confortar na amargura. Dos espaços públicos ao privado, muitos acabam por utilizar o álcool como técnica para obter mero prazer, ou para incentivar um desempenho desejado. Esse uso, aparentemente excêntrico àquele da socialização, mas que também é habitual pode ser ligado à idéia difundida de uma espécie de automedicação ampliada; corolário da obsessão moderna da saúde a qualquer preço, conforme o esmero do cuidado com o bem-estar (no qual a saúde física e mental é apenas uma parte), e que inclui a “necessidade” de um estilo de vida despojado e alegre, imagem fortemente ligada ao uso do álcool.

Nesse ponto é estratégico extrapolar novamente para a questão da propaganda das indústrias de bebidas alcoólicas. Ao estampar no final de cada propaganda de remédios a prescrição de que *ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado*, ela transforma o explícito chamamento ao autocontrole sugerido pela frase, de fato, em um estímulo ao consumo irracional, incorreto ou inconsciente de medicamentos (NASCIMENTO, 2005). Acontece que a diferença entre o autocontrole no uso de uma droga como o álcool e o estímulo ao uso abusivo, já supõe uma relação de forças anterior que explica porque a propaganda (das indústrias de bebidas) é capaz de produzir seus efeitos “colaterais”. Emerge aqui com maior intensidade a questão da produção de subjetividades, um processo pelo qual o modo de vida de homens e mulheres é formalizado por determinada relação de forças, a qual Gilles Deleuze denomina “Controle” (DELEUZE, 1992). O controle interfere na construção de conceitos, normas de moral e costumes – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais em geral. Produz uma consciência, uma subjetividade adequada a si (ao controle) que ao mesmo tempo resiste e reproduz essa relação de forças. O paradoxal é que o valor hegemônico no controle é a liberdade. A noção subjacente em relação ao exemplo dado acima é que os cidadãos são conscientes do “risco” de adoecer ao utilizar remédios (ou álcool) sem os devidos cuidados, ou seja, exatamente como sugere a propaganda. E, portanto, devem ser responsabilizados por seu próprio bem-estar.

O implícito é que ser previdente é uma obrigação, já que o dever de ser livre comporta a responsabilidade pelo cuidado de si. O desleixo quanto ao cuidado de si implica, por sua vez, no caso do álcool, no perigo do abuso, ou na pior das hipóteses, na intolerável dependência, que evidencia não apenas a incapacidade de gerir a relação com a própria liberdade, mas também a irresponsabilidade com a liberdade do outro. Melhor dizendo, a possibilidade de incongruência entre ação e liberdade (evidenciada “pornograficamente” na situação do uso compulsivo) salienta o risco que a liberdade, como valor exemplar, determina como limite nas relações com o outro.

Diferente do que acontece com as drogas ilícitas, no caso do álcool é nítido haver nas propagandas o pressuposto da tolerância à embriaguez, desde que sob a condição de não se deixar levar pelos excessos capazes de produzir dependência e morte – seja individual ou coletiva (VAZ, 2002). O risco subjacente colocado nas propagandas em frases como “se beber não dirija”, ou “beba com moderação”, encontra-se apresentado sob a forma da alteridade; em outras palavras, o mal são os outros, na medida em que nos descobrimos intrinsecamente ligados ao destino de todos na salvaguarda da liberdade. Se aí alguns encontram a base de uma moral positiva – a procura de meu próprio bem me obriga a querer a dos outros –, ao mesmo tempo o outro é um risco e condição para a produção, liberação e potencialização de meu corpo, e de minha própria consciência (EWALD, 2003).

No entanto, com relação ao estímulo midiático para uso de álcool, essa liberdade é secretamente subtraída, já que para esse tipo de liberdade não está automaticamente dada quando

se trata do contexto no qual o uso é estimulado e ganha sentido, ou seja, o das grandes festas da desmesura, no qual apenas a embriaguez é desejável, nunca o autocontrole.

Mais uma vez a diferença entre o álcool e as ilícitas é que para as drogas ilícitas o hetero-controle é um *a priori* que não espera pelos danos da toxicomania, como sucede com o uso do álcool. No caso do álcool a mídia se comportaria como uma tradutora das relações dicotômicas entre o uso legítimo e ilegítimo – conforme o que manda a lei de veiculação dessas propagandas –, reforçando, contudo certas características segundo seu próprio interesse que, por ser parte de uma composição de ordem, não faz mais que enfatizar o próprio valor hegemônico da desmesura ao invés de expor situações que favoreçam o autocontrole. Ao mesmo tempo em que condena através de palavras de ordem fracas a embriaguez ilegítima (se dirigir não beba; beba com moderação...), estimula a embriaguez cotidiana como mediadora dos momentos de relaxamento e alegria, ou mesmo como resposta a demanda por *performance* – mas tudo sempre através da embriaguês.

Sobre esse estímulo para a embriaguez, Ivan Illich (1975) já alertava para a configuração de uma “quimificação” da vida cotidiana. Pode-se aqui se perguntar sobre qual especificidade essa crítica hoje em dia poderia estar endereçada: se para a mercantilização da alegria mediada pelas marcas de cerveja, se para a mercatilização da saúde a qualquer preço através da indústria farmacológica, se para a necessidade cotidiana de se ultrapassar os próprios limites e se manter com o desempenho social positivo. Pode ser justa nos nossos dias uma crítica à falta de “liberdade” para que um controle societário no uso do álcool e das outras drogas se desse através do desenvolvimento de uma cultura imanente ao próprio uso, sem tanta mediação de tecnologias reducionistas (que nos explicam apenas o óbvio, ou seja, que beber pode ser perigoso) ou dos aparelhos repressores do Estado (que nos invadem a privacidade com estratégias de tolerância zero). Mas provavelmente Illich pretendia, antes de tudo, alertar sobre o exagero dos autocontroles mentais gerados pela crença no progresso (não apenas na crença do poder médico sobre o doente, como também o da escola sobre a criança, o do capital sobre o trabalho, etc), e enfatizar a necessidade de se produzir algum grau de autosuficiência para que de “controlados”, os sujeitos pudessem se tornar efetivamente sujeitos. O que, por sua vez, não poderia significar, queremos crer, em uma proposta de retorno àquilo que Rousseau chamava de liberdade natural – vulgarmente conhecida como a “lei da selva”. Antes um outro tipo de regulação para todas as drogas, que fosse não-apenas “especialístico”, sobre o uso do próprio corpo, de acordo com necessidades históricas e, portanto, ligadas aos costumes, nos quais se encontraria o uso social e recreativo do álcool como um modelo a ser melhor burilado. Sobre a perda dos referenciais para um autocontrole do uso de álcool, é peculiar a história que nos conta Illich, de uma estudante a quem oferece um copo de sidra e que lhe responde: “Não, obrigada, minhas necessidades de açúcar já foram satisfeitas para o dia todo.” Para Illich, o ato inocente de beber em sociedade neste caso foi arrebatado por uma tecnologia do corpo que construiu crenças e desejos não exatamente mercantis, mas subservientes a uma alteridade normalizadora – como a que associa beleza à anorexia, e/ou saúde à comida “natural” – (apud PAQUOT, 2003).

Por fim, um outro risco seria, no afã de se limitar os exageros da indústria e sua propaganda, cometer o pecado de exagerar nas críticas sobre a própria idéia de uma embriaguez legítima, exatamente como acontece com as outras drogas, limitadas por falsos problemas entre o *laissez-faire* (da liberalização) e a repressão (proibicionista). É claro que, por seu estatuto legal, o álcool possui, mesmo que despontencializada, alguma cultura de uso autocontrolada, algo difícil, para não dizer impossível, de se encontrar no Brasil em relação as outras drogas. Contudo

há por parte dos críticos ao uso de drogas por autoregulação a desqualificação da capacidade autônoma de discernimento do sujeito usuário de álcool, considerado então como uma vítima inerme de malfeiteiros da indústria, dos maus amigos e de si mesmo. Desqualificação que mais se parece com uma estratégia de dominação por trás da idéia de um sujeito cujo dever é ser, antes de tudo, autônomo, mas que, no fim, está sempre em falta com esse dever. O que leva invariavelmente à peremptória necessidade de algum remédio, capaz de restituir a estatura propriamente humana (falar “madura” seria um eufemismo) desse sujeito infantilizado. Por trás dessa necessidade, o risco está na difusão de exortações e anátemas antiálcool na forma de antipropaganda ou mesmo de leis em que são trançados saberes de “prevenção”, “recuperação” ou “ressocialização” para os usuários de álcool. Situação que acaba por desfazer a distância traçada entre o álcool-socializador e as drogas tornadas demoníacas graças a esse mesmo ponto de vista “intolerante” com a embriaguez. O objetivo assim, para essa perspectiva, seria tornar também o usuário de álcool, antes mesmo da possibilidade do alcoolista, alguém já pronto para a “salvação”.

De fato, parece ser cada vez mais aceita a idéia de que nossa sociedade teria perdido a capacidade de se auto-regular em seu apetite por substâncias modificadoras do aparelho sensorio-perceptivo e da consciência (e, na verdade, a tendência é a de se estender essa afirmação para uma gula generalizada por drogas, bebidas e alimentos), sendo obrigada a transferir aos aparelhos de Estado essa tradicional prerrogativa da vida “privada”. Estaríamos vivendo uma era na qual pelo termo “drogas” (incluindo o álcool) entendemos mais do que a concretude de seus efeitos quando misturadas e dissolvidas ao nosso corpo em um determinado contexto; entendemos principalmente o sopro etéreo de abstrações como o risco, os danos – e um mal necessário *a priori*, antes mesmo da mistura se dar.

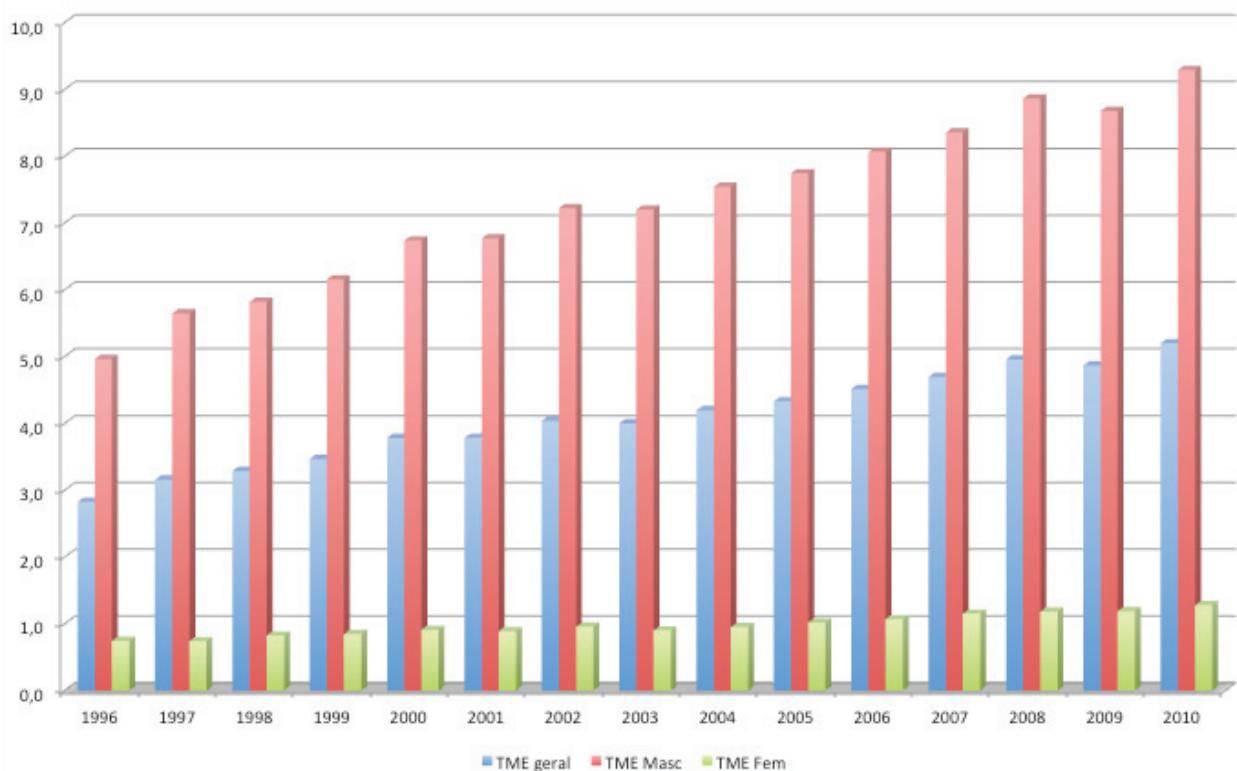
CAPÍTULO 6

DANOS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL NO BRASIL

Os dados sobre morbidade e mortalidade específicos em decorrência do consumo de bebidas alcoólicas são de difícil obtenção, em função de serem os danos diretos relacionados a um consumo prolongado, cujos efeitos tendem a se tornar mais visíveis em idades acima dos 40 anos, o que pode contribuir para a presença de co-morbidades. O indicador de mortalidade por Doença Alcoólica do Fígado é um dos marcadores específicos, e sua evolução entre 1996 e 2010 pode ser vista no Gráfico xx:

Gráfico 29

Evolução da taxa de mortalidade específica por doença alcoólica do fígado, por sexo. Brasil, 1996 a 2010



Fonte: DATASUS/MS, elaboração própria

As taxas de mortalidade por esta causa oscilaram entre 2,8 e 5,2 por 100.000 habitantes, no período entre 1996 e 2010. Entre os homens, ficou com uma média de 7,3/100.000 e entre as mulheres, de 1,0/100.000. A média geral foi de 4,1/100.000 hab. Considerando-se o aumento

populacional, não há uma evolução expressiva da mortalidade por esta causa. Ainda, há que se considerar o fator subnotificação de óbitos, mais frequente nos primeiros anos de implantação do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), que exige, para seu adequado preenchimento, treinamento de todos os digitadores a respeito da codificação de causas de óbito. Considera-se que ao longo da década de 90 estas subnotificações foram progressivamente diminuindo, a partir do processo de qualificação, nos municípios, deste processo.

Além dos dados gerais já apresentados no capítulo 1, detalharemos neste capítulo os danos identificados entre alguns grupos populacionais

DANOS ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL ENTRE MENORES DE IDADE

Não há consenso sobre se os padrões de frequência de consumo de bebidas alcoólicas de consumo podem ser considerados causas diretas de dados à saúde ou de alterações comportamentais, dada à complexidade da relação entre os fatores biológicos, psicossociais, culturais, tanto do ponto de vista coletivo como individual (MINAYO, 1998). Estas conclusões parecem mais relacionadas às formas como a questão do uso de substâncias é percebida, de forma geral, e quanto ao papel que o uso de bebidas possui na sociedade.

Por outro lado, há um consenso maior sobre as consequências, em alguns aspectos relativos à saúde, nos padrões de consumo nos quais o número de doses está aumentado, o que inclui tanto o consumo continuado como o episódico, sendo que a literatura médica estabelece o limite de doses para a definição dos padrões de uso. Nesta situação estariam classificados o “beber frequente pesado” (5 ou mais doses de álcool, 1 ou mais vezes por semana) e o beber em *binge* ou “beber pesado episódico”, que indica o consumo de 5 doses ou mais de bebida alcoólica em uma mesma ocasião (LARANJEIRA *et al*, 2007).

A mesma literatura médica refere-se ao aumento, nestes padrões, da exposição do bebedor a situações de risco, tais como danos diretos oriundos da intoxicação alcoólica aguda sobre o sistema nervoso central, e riscos advindos de certos comportamentos que seriam mais frequentes nos momentos em que há alteração, pela alcoolemia, nos padrões usuais dos indivíduos a respeitos de sua conduta social: sexo desprotegido, gravidez indesejada, quedas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, comportamento anti-social na família e no trabalho e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral (LARANJEIRA *et al*, 2007; SILVEIRA *et al*, 2008).

Os dados dos estudos nacionais afirmam que cerca de dois terços dos adolescentes de ambos os gêneros são abstinentes. Entre os adolescentes menores de idade que informaram fazer uso de bebidas, quase 35% consomem ao menos 1 vez no ano, e 24% bebem pelo menos 1 vez por mês (CEBRID, 2010). Há dúvidas sobre a validade de se transpor os padrões de consumo, esquemas diagnósticos e a avaliação das consequências do uso de bebidas dos estudos feitos em adultos para aqueles realizados com crianças e adolescentes, dada as diferenças no conjunto de variáveis epidemiológicas, culturais, biológicas e psicológicas que caracterizam as faixas de idade dos menores de idade (PECHANSKY, 2004).

Sobre os fatores relacionados ao consumo de álcool e drogas por adolescentes, encontra-se, com frequência, um tom de acusação e culpabilização, sobre os pais ou responsáveis, quanto ao comportamento de uso de bebidas alcoólicas pelos filhos. O que parece haver é um julgamento moral sobre o fato de ser verdadeiro que a experimentação de bebidas ocorre, com fre-

quência, no ambiente familiar, já que na cultura brasileira há uma percepção bastante difundida de que o álcool “quando devidamente utilizado em situações sociais, tem boas funções, como promover encontros sociais ou o “relaxamento” após um dia estafante” (LEPRE & MARTINS, 2009). O comentário da autora lembra que há diversos fatores envolvidos no uso do álcool no ambiente familiar, referidos às produção da vida cotidiana, tais como trabalho, renda, relações familiares, condições de vida, questões sempre complexas, o que joga por terra o simplismo de argumentos em torno da centralidade da permissividade ou descaso dos pais.

Entre os fatores protetores em relação aos danos decorrentes do consumo de bebidas mencionados por um grupo de adolescentes com e sem usuários de álcool e drogas (Sánchez *et al*, 2004), destaca-se a rede de apoio social representada pela família, acesso à informação, a inserção religiosa, e a perspectiva de futuro. No caso da família do adolescente, é, em especial, o núcleo parental que adquire importância, e atua como referência e suporte nas condições em que os danos já estão instalados. Trata-se de questão que se configura em novas bases numa sociedade na qual a mulher adquire papéis antes exclusivos do homem, como a chefia das famílias. A ampliação do acesso dos jovens à circulação nos territórios das cidades e às formas rápidas de informação e comunicação em rede também são fatores a se considerar no debate sobre o difícil equilíbrio entre a relação de respeito e confiança entre pais e filhos e a permissividade.

O consumo de bebidas entre os adolescentes é marcadamente social, e ocorre com frequência em locais públicos não sujeitos à fiscalização, como praças, eventos públicos e ruas (SOUZA, 2009), sobretudo nas cidades menores e bairros. Se o consumo dentro do ambiente familiar pode estar sujeito à proibição ou passa por alguma forma de regulação, em especial quando os pais ou parentes são abstinentes, o consumo nas ruas pode se dar de forma mais livre. É o padrão de consumo do beber em *binge*, que é apontado, nestes casos, como um padrão de consumo capaz de expor o adolescente a um risco aumentado de acidentes e violências.

As abordagens que buscam explicar a relação entre certos danos ou agravos à saúde e o uso de bebidas por adolescentes podem estar referidas a estudos de caráter epidemiológico que identificam o uso de bebidas e suas categorias de análise como variáveis capazes de afetar determinado desfecho (situação de violência, por exemplo), e cujas relações são balizadas por modelagens matemáticas que visam estabelecer até que ponto, e com que força de associação, as relações entre os fatores não se dão ao acaso. Já outras abordagens do campo da saúde coletiva trabalham com análises que relacionam as questões não como variáveis isoladas, mas como processos complexos, imbricados, articulados a narrativas que expressam visões atravessadas por certas concepções de mundo.

No que se refere aos danos do álcool à saúde dos menores de idade, e suas possíveis explicações, a literatura destaca abordagens de caráter epidemiológico e outras que problematizam questões histórico-sociais. No campo da psiquiatria e da psicologia clínica, considera-se que alguns riscos são mais freqüentes nestas faixas de idade, pois manifestam características próprias desta fase, como o desafio a regras e à onipotência. A presença do “pensamento mágico” pelo adolescente, expressa pela frase “isso não vai acontecer comigo” é um elemento a ser levado em conta, independente do uso ou não de bebidas alcoólicas. De modo geral, os riscos que são informados na literatura internacional e aos quais estariam mais expostos os adolescentes que fazem uso de bebidas alcoólicas são (PECHANSKY *et al* 2004):

Acidentes, em todas as suas formas: automobilísticos, motociclísticos, de bicicleta, como pedestres (atropelamentos e quedas), pela diminuição dos reflexos relativos ao equilíbrio, loco-

moção e reações rápidas, e pela maior desinibição em favor da busca de atividades que geram novas emoções e descobertas;

Violências em todas as suas formas, como agressor ou como vítima, pela exacerbação de conflitos no grupo de amigos, ou na relação com adultos violentos, pela diminuição da capacidade de julgamento e defesa.

Sexo desprotegido e gravidez indesejada (associados ou não a violência sexual);

Prejuízos no desempenho escolar, em função dos impactos do uso do álcool na memória, e, em decorrência, no processo de aprendizagem.

Maior facilidade para desenvolver uma relação de dependência do álcool quando comparados com adultos, por uma “não hierarquização” realista quanto aos prejuízos do uso de bebidas (entre os adultos, situações como a perda do emprego, por exemplo, poderiam servir como “freios sociais”). Além disso, o início precoce favoreceria o aumento de chances de dependência na vida adulta (neste caso, o uso na adolescência serviria como marcador do uso na vida adulta).

O estudo aponta ainda que a sociabilidade dos adolescentes que fazem uso de bebidas pode ser afetada, a ponto de se estabelecer uma associação exclusiva entre lazer e uso de bebidas, ou ainda à facilitação do manejo de habilidades sociais no grupo (aproximações afetivas e sexuais).

Já as análises que entendem o consumo de bebidas como parte de um complexo de relações sociais que se constróem a partir de determinações micro e macroestruturais diversas, incluem nesta discussão as questões relativas às formas sociais e históricas de opressão e exploração, entendendo que os sujeitos não são vítimas passivas nem seres autônomos capazes de escolhas individuais que não sejam também determinadas pela posição que ocupam na sociedade brasileira.

O uso de álcool e drogas entre jovens de comunidades periféricas, mais pobres e com menor acesso à escolaridade e aos equipamentos de bem estar público (saúde, cultura, lazer, entre outros), é analisado nesta perspectiva crítica, como elemento que integra os agenciamentos cotidianos construídos para garantir a sobrevivência e o acesso àquilo que outros jovens possuem, mas não eles. Questões como a falta de emprego e as baixas condições sócio-econômicas, com consequente ausência de bens materiais e a impossibilidade de tê-los, geram grande insatisfação entre os mais jovens e o desejo de obter estes bens a qualquer preço, o que poderia estar associado, em alguns casos, a situações de violência e criminalidade.

No que tange ao desempenho acadêmico, o uso de bebidas por adolescentes estudantes dos estratos mais pobres pode piorar os resultados quanto ao seu aprendizado, isso dentro de um sistema escolar que historicamente não atendeu às especificidades histórico-culturais destas crianças. “Adolescentes que bebem demais se ausentam com maior frequência das aulas, perdendo a totalidade do processo pedagógico. Aqueles que conseguem frequentar as aulas apresentam sonolência, lentidão e dificuldade para entender o que o professor diz” (LEPRE & MARTINS, 2009).

No caso da violência de gênero, seria temerário centralizar no uso ou abuso de bebidas alcoólicas a causa do fato violento, já que se trata de fenômeno com raízes profundas e que obedece a uma lógica de poder que se encontra naturalizada na sociabilidade brasileira. O álcool poderia exacerbar um comportamento violento, mas não é sua causa (GIFFIN, 1994).

Outro estudo com 356 adolescentes de ambos os sexos da cidade do Rio de Janeiro, com idades entre 12 e 19 anos, todos pertencentes a estratos sócio-econômicos baixos, atendidos

num serviço para tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST (TAQUETTE *et al* 2009), obteve resultados que reafirmam o caráter de dominação de gênero nas relações afetivo-sexuais dos jovens, com índices de uso (na vida ou atual) de bebidas semelhantes entre os sexos (68,9% entre as meninas, e 69% entre os meninos). Um número de parceiros maior que dois, no entanto, é maior entre os meninos (71,4% conta 28,6%), assim como os percentuais de uso de preservativos (54% dos meninos e 35,5% das meninas). Também o histórico de abuso sexual foi mais reportado por meninas (26,1%) do que por meninos (9,5%). O histórico de prostituição foi reportado com maior frequência pelos meninos (15,9% contra 3,1%). A reprodução de um padrão de dominação de gênero entre estes jovens, em que pesem os avanços da população feminina na sociedade brasileira, evidenciam que as mudanças não atingem os grupos sociais da mesma forma. Caso estas questões não sejam incluídas nas agendas das políticas públicas de saúde, as ações de promoção e prevenção ficarão enormemente prejudicadas.

Sobre o trabalho infantil, apesar dos programas nacionais de redução de seus índices, em 2008 cerca de 1,7 milhão de crianças brasileiras ainda se dedicavam a atividades produtivas, o que representa 5% das crianças brasileiras de 5 a 14 anos, e 9% das de dez a 14 anos (IPEA, 2010). Em se tratando do adolescente trabalhador, os estudos têm identificado como chance para o consumo de álcool, além do gênero masculino e o fato de morarem longe da família. Aqueles que trabalham meio ou período integral apresentam as taxas mais altas de uso de álcool em relação aos não-trabalhadores (SOUZA *et al*, 2005). O trabalho, no caso do adolescente, insere-o nas formas de sociabilidade dos adultos com quem trabalha, o que pode favorecer um determinado padrão de uso de álcool diferente do que ocorre apenas entre estudantes.

Em relação às crianças de idade abaixo dos 14 anos não há dados epidemiológicos sobre a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas, usualmente reportada como casos específicos e isolados.

Vale lembrar ainda que agrupados sobre o termo “desordens espectro alcoólicos fetal” (*fetal alcohol spectrum disorders* - FASD) existe uma condição, anteriormente chamada de Síndrome Alcoólica fetal (SAF), apresentada por crianças ao nascer ou pequenas e que inclui alterações físicas, mentais, comportamentais e/ou de aprendizado. A incidência desta condição (ABEAD, 2012) é estimada em um em cada mil nascimentos, com 30 a 50% de chances de levar a lesões fetais em relação às mães que não bebem na gravidez. Não foram encontrados estudos no Brasil que sejam conclusivos a respeito deste problema na população, sendo reportados apenas casos isolados. Da mesma forma, não fica clara a relação entre quantidade e frequência de consumo de bebidas pela gestante e a ocorrência desta síndrome. Assim, a correlação com o uso de bebidas alcoólicas pela mãe, e os mecanismos pelos quais as alterações se produziriam carecem de aprofundamento, já que estas mesmas alterações são encontradas na população materna geral, independente de histórico de uso de bebidas alcoólicas.

ACIDENTES DE TRÂNSITO

Considera-se que os acidentes de trânsito são, no Brasil, um grave problema de saúde pública, pelos custos humanos, sociais e pelo impacto financeiro produzidos. Dentre as causas externas de mortalidade, os acidentes de trânsito respondem pelo maior percentual como causa isolada, em torno de 20%. Estudo do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas – IPEA de 2004, a respeito do impacto financeiro dos acidentes de trânsito de áreas urbanas concluiu que nas ro-

dovias federais, o custo total dos acidentes ocorridos em 2005 foi de 6,5 bilhões de reais. Alguns tipos de acidentes geram consequências mais graves sobre as vítimas – é o caso dos atropelamentos e dos acidentes com motocicletas (IPEA, 2004). Utilizando outra metodologia (GALASSI 2008) calcula-se o custo social a partir dos Anos de Vida Perdidos por Mortalidade e Incapacidade, multiplicados pelo valor do rendimento médio mensal de todos os trabalhos assalariados no Brasil, calculado por sexo e nível de escolaridade, obtendo-se um valor do Custo Social total do uso do álcool no Brasil no ano de 2007 de R\$8.562.680.331,00

Estudos em nível nacional que visam estabelecer a associação entre os acidentes de trânsito e o uso de bebidas alcoólicas são recentes no Brasil. Levantamento Nacional desenvolvido no ano de 2009 nas 27 capitais brasileiras buscou avaliar as prevalências de consumo de bebidas alcoólicas entre motoristas nas estradas, incluindo-se carros particulares, caminhões e outros veículos profissionais, num total de 3.398 sujeitos (PECHANSKY *et al*, 2010).

Para mensurar o volume de álcool ingerido, utilizou-se etilômetros (no Brasil, popularmente chamados de “bafômetros”, em função do uso coloquial da palavra “bafo” como sinônimo de expiração, em especial a com odor alcoólico característico após a ingestão de bebidas). O procedimento foi baseado no padrão de abordagem de rotina por parte da Polícia Rodoviária Federal brasileira nas estradas. No Brasil, as rodovias nacionais e estaduais de grande movimento possuem postos da Polícia Rodoviária Federal para inspeção de rotina de cargas, registro de irregularidades e mobilização de recursos em casos de acidentes. No caso deste estudo, foi efetuada uma parceria, com treinamento prévio de policiais para a abordagem dos motoristas, em conjunto com coletadores de dados treinados. Os dados eram coletados somente após o consentimento do motorista, aleatoriamente parado pelos policiais, e convidado a participar do estudo, com entrevista e realização do teste. Este consentimento pode ser, contudo, em parte, originado no receio de ser penalizado por não realizar o teste, já que muitos motoristas desconhecem o direito a recusar-se a realizar o teste (ou não acreditam que este direito será respeitado, naquele momento em que está na estrada, em situação vulnerável).

Entre os motoristas entrevistados, 94,3% eram homens, com idade média de 37,3 anos. Os motoristas dirigiam, na maioria, carros particulares (51%), seguindo-se as motocicletas (28,9%), ônibus (10%) e caminhões (9,9%). Os motivos do deslocamento incluíram trabalho em 52,5% dos casos (n=1783), passeio em 39,2% (n=1333) e outros motivos em 8,5% (n=281). Predominantemente, os motoristas estavam vindo (42,2%, n=1.435) ou indo (62,9%, n=2.135) de suas casas ou da de um conhecido, ou vindo (34,8%, n=1.183) ou indo (22,5%, n=766) para seu trabalho.

Do total de participantes, 71,1% (n=2412) relataram ter consumido bebidas alcoólicas nos doze meses anteriores à coleta, sendo que apenas os motoristas de ônibus diferiram desta proporção (61,1%). Atribui-se esta diferença à resposta a uma maior responsabilização e penalização do motorista profissional, o que pode induzir a um consumo menor, a uma subnotificação, ou a ambos. Sobre consumo abusivo nos doze últimos meses (binge, ou seja, cinco doses ou mais para o sexo masculino e quatro ou mais para o sexo feminino), o estudo revelou que isto aconteceu em 73% do total de motoristas de carro, 79% dos motoristas de moto, 71% dos motoristas de caminhão e 61% dos motoristas de ônibus.

O aumento no número de motociclistas no Brasil é expressivo nos últimos anos. Segundo a Associação Brasileira dos Fabricantes de Motocicletas, Ciclomotores, Motonetas, Bicicletas e Similares (ABRACICLO, 2012), entre os anos de 1998 e 2012 houve um aumento de 565,4% na frota circulante de duas rodas a motor no Brasil, com crescimento mais acelerado, sobretudo,

a partir do ano de 2007. Há variações importantes entre as Regiões brasileiras, expressando mudanças nos padrões de transporte da população: enquanto nas Regiões Sul e Sudeste, nas quais o acesso à compra de motocicletas já era maior, o crescimento entre 1998 e 2012 foi de 375,2% e, 438,2%, respectivamente, a Região Norte teve um crescimento de 1441,1% na frota, e a Nordeste, 1052,9% (ABRACICLO, 2012). A maioria dos consumidores são homens (75%) e com idade abaixo dos 40 anos (72%). É, sobretudo, nas pequenas cidades, servidas por estradas de terra e de difícil circulação para carros que estão surgindo os novos motociclistas. É de uso corrente afirmar-se, hoje, que a motocicleta substituiu o cavalo e o jegue (burro), formas de transporte de cargas usuais nas cidades menores e áreas rurais.

Outro estudo (MELCOP *et al* 2011) produziu um relatório com base em uma análise do perfil das pessoas acidentadas atendidas durante uma semana do ano de 2009, em unidades de emergência e com dados do Instituto Médico Leal de seis capitais estaduais das cinco Regiões brasileiras: Manaus (AM), Fortaleza (CE), Recife (PE), Brasília (DF), São Paulo (SP), Curitiba (PR). No total, foram incluídos 1.248 sujeitos. Na amostra, 74,2% de todos os acidentados eram homens, com concentração na faixa entre 20 e 29 anos (38,4%), seguida pelas faixas entre 30 e 39 anos (20,3%) e entre 40 e 49 anos (11,3%). Os motociclistas constituíram a maior proporção das vítimas (40,1%), sendo que dentre as vítimas do sexo masculino, 50,9% eram motociclistas.

No conjunto das cidades, a prevalência de uso de bebidas alcoólicas foi de aproximadamente 25% (no caso, reportada pela própria vítima ou por parentes), sendo 86% do sexo masculino e 43% na faixa etária entre 20 e 29 anos. A maior prevalência de uso de bebidas foi verificada no Recife (36%) e a menor em Brasília (14,2%). Os homens apresentaram prevalência quase duas vezes maior que a observada em mulheres (28,2% contra 14,2%). Em relação à faixa etária, as maiores prevalências foram verificadas entre os 30 e os 39 anos, e entre os 50 e os 59 anos (MELCOP *et al*, 2011).

Entre as vítimas que haviam consumido bebidas alcoólicas, 36% das vítimas eram motociclistas, seguidos pelos pedestres (19%) e ciclistas (14%). Sobre o tipo de acidente, 29% das vítimas que consumiram álcool sofreram queda, 25% estavam em veículos que colidiram e 23% foram atropeladas. A maior parte sofreu acidentes no final de semana: 31% no domingo, 28% no sábado e 14% na sexta-feira. Em relação ao turno, 37% sofreram acidentes à noite e 28% na madrugada. Quanto à quantidade, 42% consumiram até duas doses e 21%, dez ou mais doses. O estudo concluiu que é um equívoco tratar a questão do consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com os acidentes de trânsito apenas a partir dos condutores de veículos. O estudo reforça a perspectiva de que dirigir sob o efeito de bebidas alcoólicas é um fator de risco para a gravidade do acidente, mas chama a atenção para a necessidade de se considerar os outros participantes do cenário dos acidentes - pedestres, ciclistas e passageiros que também podem sofrer acidentes após a ingestão de bebidas alcoólicas. No estudo, o atropelamento foi uma das principais causas de morte no trânsito e na maioria das vezes (41%) é o pedestre que estava alcoolizado. O estudo também amplia, nas suas conclusões, o debate sobre a segurança das condições das vias de circulação nas cidades, alertando para a necessidade de estudos que considerem estas variáveis.

Em 2011, foi estruturado o Programa Parada: Pacto Nacional pela Redução de Acidentes no Trânsito, por meio de parceria entre o Ministério das Cidades (MinCidades), o Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) e o Ministério da Saúde, com vistas à implementação de um conjunto de medidas socio-educativas e outras, visando diminuir o número de acidentes. Os dados sobre os efeitos do Programa para a redução nos acidentes ainda estão sendo produzidos.

VIOLÊNCIA E CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

No Brasil, mulheres são mais vitimizadas pelas formas de violência doméstica e violência ou abuso sexual. A cultura da masculinidade, presente na sociedade brasileira, em maior ou menor grau, parece favorecer as ações violentas e a exposição ao risco de violência. As relações sociais, definidas conforme o gênero, especificam manifestações próprias: a mulher deve ter condutas de evitação, permanecer na esfera privada da vida, ser passiva e o homem deve manter postura de enfrentamento e atuar à luz da arena pública. Tal cultura, conforme reforçam os dados sócio-demográficos e epidemiológicos já apresentados, predispõe o homem jovem à violência e torna mais explícitas as situações que envolvem o uso de bebidas alcoólicas (ROCHA & DAVID, 2011).

No caso das mulheres, essa mesma cultura determina que muitos fenômenos e problemas vivenciados sejam pouco visíveis. Considera-se que o papel da mulher na família é central, e é no âmbito das relações familiares que se consolidam, também, processos de expropriação e dominação, real ou simbólica. A própria violência perpetrada por mulheres é de difícil visibilidade no contexto das violências, como um todo.

A partir de dados do I Levantamento Nacional sobre Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA *et al*, 2007), Zaleski (2009) desenvolveu um sub-estudo focalizando as situações de Violência entre Parceiros íntimos (VPI), aqui conceituada como a que ocorre entre pessoas que coabitam maritalmente, sendo ou não casadas formalmente.

O estudo trabalhou com 1445 homens e mulheres casados ou vivendo em união estável, em 143 municípios brasileiros escolhidos aleatoriamente, com entrevistas entre 2005 e 2006. Com relação aos dados de VPI, as análises indicaram uma prevalência de 10,7% de violência de parceiro íntimo homem contra mulher e uma prevalência de 14,6% de violência de parceiro íntimo mulher contra homem (incluindo episódios classificados como agressão mútua, somente perpetração e somente vitimização). Como este tipo de classificação inclui agressões do tipo empurrar ou sacudir, que podem fazer parte dos modos como as mulheres admoestam seus parceiros em discussões domésticas, isto pode ter interferido no aumento da prevalência das agressões femininas. No entanto, em outros países, chegou-se a resultado semelhante. Ainda assim, deve-se levar em conta que as consequências da violência doméstica em termos de danos à saúde são mais frequentes entre as mulheres, independente de serem estas as que iniciaram as agressões.

Os homens consumiam álcool em 38,1% dos casos de VPI e mulheres em 9,2%. A parceira do homem consumia álcool em 30,8% dos atos de VPI e o parceiro da mulher em 44,6%. A idade mais jovem da mulher (14-29 anos) é um significante fator preditor tanto de perpetração de violência de parceiro homem contra mulher quanto de violência de parceiro mulher contra homem.

Embora se admita que o álcool possa ter, sob determinadas circunstâncias, um efeito modificador ou exacerbador do comportamento violento, muitos pesquisadores tendem a resistir à idéia da causalidade direta, e questionam se os agressores, supostamente movidos pelo efeito do álcool, também não teriam o mesmo comportamento em abstinência (MINAYO & DEL-SANDES, 1998; GIFFIN, 1994).

Em estudo mais recente (FONSECA *et al* 2009), em 108 cidades com mais de cem mil habitantes, em 2005, entre os 7.939 domicílios pesquisados, em 2.661 (33,5%) foi relatado algum tipo de violência - em 1.361 (17,1%) domicílios os agressores estavam sob o efeito do álcool no momento da violência, ou seja, em mais da metade dos casos de violência reportados, o agres-

sor estava sob o efeito de bebida alcoólica. Ainda assim o autor questiona se, nestas situações de violência, o consumo excessivo do álcool é causal ou usado como desculpa para o comportamento violento. Segundo o autor, “a crença de que o álcool é o responsável pelas agressões diminui a culpa do agressor e aumenta a tolerância da vítima, podendo favorecer novos episódios”. Este estudo mostrou que o uso de álcool pelo agressor pode aumentar o impacto da violência, suas consequências para a saúde da família e o prolongamento da violência, já que nestes casos houve relatos de que as situações de violência se perpetuaram por anos.

A violência comunitária, conceituada como a que ocorre entre pessoas que não convivem na mesma família ou casa, podendo compartilhar um mesmo território, foi analisada com um grupo de 1830 jovens entre 14 e 19 anos, sendo 968 meninas e 862 meninos (MOREIRA *et al*, 2008). O resultado mais importante que o estudo relata refere-se aos riscos associados de uso de álcool com vitimização moderada e severa de violência comunitária, tanto para meninos como para meninas, pois neste grupo o uso de álcool pareceu aumentar a vulnerabilidade à vitimização, independente do tipo de comportamento violento.

Estas análises levam a pensar na possibilidade de mudanças recentes nos padrões de vitimização de gênero, já que meninos também tendem a ser vítimas de violência. Nas faixas de idade mais velhas e, em uniões conjugais, o padrão de vitimização da mulher parece persistir, sobretudo, no que se refere às consequências sobre a saúde. No entanto, a ocorrência de formas de violências perpetradas por mulheres leva a questionar sobre a presença do comportamento violento em geral na sociedade brasileira.

Embora associações com o uso de álcool estejam presentes, algumas vezes em uma prevalência expressiva, os autores reconhecem a complexidade do fenômeno das violências doméstica e comunitária e a dificuldade de isolar e dimensionar qual o efetivo papel que o consumo de álcool produz nestas relações.

INTERNAÇÕES EM HOSPITAIS E EM CENTROS ESPECIALIZADOS PARA TRATAMENTO DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS

Em 2009, o Ministério da Saúde lançou o Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas/PEAD voltado aos 100 maiores municípios brasileiros (com mais de 250 mil habitantes), todas as capitais e 7 municípios de fronteira selecionados, totalizando 108 municípios. O PEAD busca alcançar, prioritariamente, crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, e se apóia em quatro eixos:

- ampliação do acesso;
- qualificação dos profissionais;
- articulação intra/intersetorial;
- promoção da saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma.

De fato, verifica-se que o anunciado crescimento da prevalência de consumo de *crack* nas grandes cidades, nos últimos cinco anos, acabou por conduzir mudanças nas políticas de atendimento em saúde mental voltadas para o álcool e outras drogas. O tratamento específico voltado para as pessoas com problemas no consumo de álcool está inserido no conjunto das ações e possui pouca visibilidade, dada a transcendência da questão do *crack*, intensamente veiculada pelos

órgãos de comunicação de massa. Assim, mais recentemente, surgem dispositivos terapêuticos que visam atingir os grupos populacionais que dificilmente acessam o sistema de saúde, como as populações de rua, por meio de ações e modalidades como os Consultórios de Rua.

Os Consultórios de Rua dirigem-se, segundo o Ministério da Saúde (2010) “aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial”. Mesmo sem questionar a importância de modalidades de acolhimento e terapêutica que considerem as especificidades destes grupos sociais, o que se verifica é que não há, no momento, uma política de saúde especificamente voltada para o enfrentamento das situações-problema em relação às bebidas alcoólicas - seja em função dos padrões de uso pesado, seja devido às consequências do uso prolongado sobre a saúde física e mental. Estes usuários são, portanto, atendidos pela Rede de Atenção em Saúde Mental, quando indicado, sendo frequentemente atendidos na rede hospitalar ou ambulatorial geral, em decorrência das consequências físicas, sem que estas instâncias de especialidades médicas dialoguem ou estabeleçam processos de cuidado articulados.

CAPÍTULO 7

PRINCIPAIS ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA
RELACIONADA ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS¹⁴

Diferentemente do que ocorre em relação a determinadas drogas tornadas ilícitas, como a maconha ou a cocaína, a produção, o comércio e o consumo das bebidas alcoólicas são, hoje, atividades legalizadas em todo o mundo ocidental. Nem sempre foi assim. Assim como as drogas hoje ilícitas só foram proibidas a partir do século XX, o álcool, hoje uma droga lícita, já foi objeto de proibição, nos Estados Unidos da América, no período de 1920 a 1933, quando em vigor naquele país o Volstead Act, que ficou historicamente conhecido como a “Lei Seca”.

Essa proibição não tão distante e a natureza do álcool – substância psicoativa que provoca alterações no estado mental, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais –, bastam para demonstrar a relatividade e a artificialidade da vigente distinção entre drogas lícitas e ilícitas. Mais ainda, demonstra a arbitrária diferenciação imposta pelas convenções internacionais e legislações internas dos diversos países sobre as condutas de produtores, comerciantes e consumidores de umas e outras substâncias psicoativas, que, em nítida violação ao princípio da isonomia, submete uns à intervenção do sistema penal, etiquetando-os como “criminosos”, enquanto outros desenvolvendo similares atividades, o fazem em plena legalidade.

O tratamento jurídico dado ao álcool e a outras drogas lícitas, como o tabaco, também, desde logo, demonstra uma das mais nocivas consequências da opção proibicionista. Desenvolvendo-se em um ambiente de legalidade, a produção e o comércio das bebidas alcoólicas ou dos produtos derivados do tabaco não são atividades violentas. Por que na produção e no comércio de maconha ou cocaína é diferente? Por que, nesses casos, tais atividades econômicas estão associadas à violência? A resposta é óbvia: a diferença está no tratamento jurídico; a diferença está na proibição de umas e na legalidade de outras. Aliás, também vale perguntar por que os anos de proibição do álcool nos Estados Unidos da América tornaram especialmente a cidade de Chicago famosa por seus *gangsters*, como Al Capone, famosa pelos tiroteios em suas ruas, famosa pela violência? E por que, depois do fim da “Lei Seca”, a produção e o comércio de bebidas alcoólicas não geraram mais violência? A resposta é a mesma: a diferença está na proibição e na legalidade.

Com efeito, não são as drogas que causam violência. A produção e o comércio de drogas não são atividades violentas em si mesmas. As atividades econômicas consistentes na produção e no comércio de maconha, de cocaína e das demais drogas tornadas ilícitas só se fazem acompanhar de armas e de violência porque se desenvolvem em um mercado ilegal. É a ilegalidade que cria e coloca no mercado empresas criminalizadas que se valem de armas não apenas para enfrentar a repressão. As armas se fazem necessárias também em razão da ausência de regulamentação e da consequente impossibilidade de acesso aos meios legais de resolução de conflitos. Mas, a violência não provém apenas dos confrontos com as forças policiais, da impossi-

14 Capítulo elaborado integralmente por Maria Lucia Karam.

bilidade de resolução legal dos conflitos, ou do estímulo ao mercado das armas. A diferenciação, o estigma, a demonização, a hostilidade, a exclusão, derivados da própria idéia de crime, sempre geram violência, seja da parte de agentes policiais, seja da parte daqueles a quem é atribuído o papel do “criminoso”, ainda mais quando o poder punitivo se agiganta e se inspira no paradigma da guerra e os autores de crimes recebem não apenas a marca do “outro” ou do “mau”, mas são apontados como o “inimigo”. É a política antidrogas (ou melhor, anti- determinadas drogas) que produz violência. A nociva, insana e sanguinária “guerra às drogas”, como qualquer outra guerra, também é letal.

O tratamento jurídico atualmente dado ao álcool e a outras drogas lícitas, como o tabaco, em todo o mundo ocidental, igualmente demonstra que legalização de drogas não significa des-controle, ou “liberação geral”. Ao contrário. Legalizar significa regular e controlar. Total descontrolle existe sim na ilegalidade, sendo mais uma das nocivas consequências da proibição, da irracional e danosa política antidrogas (anti- determinadas drogas). A intervenção criminalizadora do Estado entrega o mercado das drogas tornadas ilícitas a agentes econômicos que, atuando na clandestinidade, não estão sujeitos a quaisquer limitações reguladoras de suas atividades. São os criminalizados agentes que decidem quais as drogas que serão fornecidas, qual seu potencial tóxico, com que substâncias serão misturadas, qual será seu preço, a quem serão vendidas, onde e em que circunstâncias serão vendidas. A ilegalidade significa exatamente a falta de qualquer controle sobre o supostamente indesejado mercado.

Como veremos a seguir, na análise das principais limitações estabelecidas na legislação brasileira à produção, ao comércio e ao consumo de bebidas alcoólicas, que constitui o objeto específico desse capítulo, a legalização é a única forma de controlar e regular o mercado de substâncias que, como o álcool, o tabaco, a maconha, a cocaína, ou quaisquer outras drogas, são potencialmente aptas a causar riscos e danos à saúde dos indivíduos.

Naturalmente, a regulação consequente à legalização nem sempre se faz da forma mais adequada. Como também veremos a seguir, muitos dos principais dispositivos da legislação brasileira sobre bebidas alcoólicas são bastante criticáveis. Decerto, a legalização não é panacéia para todos os males. É apenas a única forma de permitir que as atividades consistentes na produção, no comércio e no consumo de drogas possam se desenvolver regular e controladamente, em um ambiente de normalidade, único capaz de reduzir riscos e danos e único propício a criar condições racionais para lidar com substâncias que, embora eventualmente possam ser prejudiciais à saúde dos indivíduos, fazem parte da história da humanidade, desejadas e utilizadas desde seus primórdios.

REGULAÇÃO DA PRODUÇÃO E COMÉRCIO

Conforme estabelece a Lei 9782/99, empresas produtoras e distribuidoras de bebidas alcoólicas só podem funcionar mediante autorização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, a quem incumbe regulamentar, controlar e fiscalizar os produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, aí incluídas as bebidas de qualquer natureza.

O mesmo órgão estatal é incumbido do controle de qualidade dos referidos bens e produtos por meio de análises previstas na legislação sanitária, ou de programas especiais de mo-

nitoramento da qualidade em saúde, incumbência cuja execução poderá ser delegada aos estados, municípios e distrito federal.

As empresas produtoras e distribuidoras de bebidas alcoólicas estão sujeitas ainda a restrições na veiculação da propaganda de seus bens e produtos. Tais restrições encontram fundamento no próprio texto constitucional. Com efeito, no capítulo em que trata da comunicação social, a Constituição Federal brasileira, reafirmando a liberdade de expressão, vedando toda e qualquer censura e estatuindo que a manifestação do pensamento, a criação, a expressão e a informação, sob qualquer forma, processo ou veículo não sofrerão qualquer restrição, exceto as estabelecidas nela própria, dispõe, na regra do artigo 220, § 3º, item II, que compete à lei federal estabelecer “os meios legais que garantam à pessoa e à família a possibilidade de se defenderem (...) da propaganda de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente”. Logo em seguida, na regra do § 4º do referido artigo 220, especificamente dispõe que “a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais (...) e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso.”

O comando constitucional veio a se concretizar na Lei 9294/96, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos derivados do tabaco (e outros produtos fumígenos), bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

Logo se revela, porém, na Lei 9294/96 uma inexplicável discrepância nas restrições impostas, de um lado, aos produtos derivados do tabaco e, de outro, às bebidas alcoólicas. Enquanto estabelece que maços de cigarros devam conter cláusulas de advertência sobre os males do fumo, acompanhadas de imagens ilustrativas do sentido da mensagem (imagens que vêm se pautando pelo inútil e despropositado exagero aterrorizador), inseridas em cem por cento de sua face posterior e de uma de suas laterais e, a partir de 1º de janeiro de 2016, devendo conter ainda um texto adicional a ocupar trinta por cento da parte inferior de sua face frontal, a mesma lei determina que os rótulos das embalagens de bebidas alcoólicas conterão tão somente advertência consistente na frase “evite o consumo excessivo do álcool”, sem qualquer referência aos riscos e danos à saúde que podem resultar da ingestão de tal substância.

A explícita sugestão do texto constitucional, ao incluir as bebidas alcoólicas dentre os produtos cuja propaganda comercial deverá conter, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso, é ignorada ainda no dispositivo legal que dispõe que, na parte interna dos locais em que se vende bebida alcoólica, deverá ser afixada advertência no sentido de que dirigir sob a influência de álcool constitui crime, nenhuma palavra sendo acrescentada quanto a eventuais riscos e danos à saúde decorrentes do consumo da droga, enquanto a exposição dos produtos fumígenos nos locais de venda há de ser acompanhada pelas mesmas advertências constantes de suas embalagens.

Será que o legislador ordinário entendeu ser desnecessária qualquer advertência sobre eventuais malefícios decorrentes do uso do álcool? Por que? Será que imaginou que seus consumidores efetivos e potenciais já estariam devidamente esclarecidos sobre tais eventuais malefícios, enquanto os fumantes efetivos e potenciais precisariam ser doutrinados e aterrorizados? Ou supôs, ao contrário do constituinte, que bebidas alcoólicas não causariam qualquer malefício? Ou ainda, “viciado” na violação ao princípio da isonomia que, como inicialmente destacado, marca a arbitrária distinção entre drogas lícitas e ilícitas, deste “vício” não conseguiu se livrar tampouco ao regular as drogas legalizadas, exibindo inexplicavelmente simultâneos rigor contra o tabaco e tolerância com o álcool.

Discrepância maior se verifica na veiculação da propaganda. Enquanto estabelece ser “ vedada, em todo o território nacional, a propaganda comercial de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, com exceção apenas da exposição dos referidos produtos nos locais de vendas, desde que acompanhada das cláusulas de advertência”, a mesma lei permite a propaganda comercial de bebidas alcoólicas em emissoras de rádio e televisão, com a só restrição de horário – a propaganda sendo permitida entre 21h e 6h – e de não associação do produto ao esporte, ao desempenho saudável de qualquer atividade, à condução de veículos e a imagens ou idéias de maior êxito ou sexualidade das pessoas.

Único tratamento igualitário entre os produtos fumígenos e as bebidas alcoólicas se encontra nos dispositivos que permitem chamadas e caracterizações de patrocínio para eventos alheios à programação normal ou rotineira das emissoras de rádio e televisão em qualquer horário, desde que identificadas apenas com a marca ou slogan do produto, sem recomendação de seu consumo, aplicando-se tal restrição também à propaganda estática em estádios, veículos de competição e locais similares, bem como no dispositivo que veda a utilização de trajes relacionados a esportes olímpicos na veiculação da propaganda.

A mais inexplicável desigualdade encontrada na Lei 9294/96, porém, é o dispositivo que exclui de sua incidência determinadas bebidas alcoólicas. Com efeito, estabelece a regra do parágrafo único do artigo 1º daquele diploma que somente “consideram-se bebidas alcoólicas, para efeitos desta Lei, as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a treze graus Gay Lussac.”! Para o legislador de 1996, a cerveja não seria bebida alcoólica! Seria o que? Um refrigerante? Produtores e comerciantes de cerveja seguem assim, incólumes e impávidos, fazendo livre propaganda de tal droga, a qualquer hora, tendo até mesmo assegurada a associação de sua imagem aos mais populares eventos esportivos.

Ainda no que se refere à propaganda, a Lei 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente) estabelece, na regra de seu artigo 79, que revistas e publicações destinadas ao público infanto-juvenil não poderão conter ilustrações, fotografias, legendas, crônicas ou anúncios tanto de bebidas alcoólicas, quanto de tabaco.

O legislador de 1990, embora não fazendo distinções entre as bebidas alcoólicas, tampouco pareceu estar informado sobre sua natureza. Nas regras do artigo 81 da Lei 8069/90, que proíbem a venda de determinados produtos a crianças ou adolescentes, as bebidas alcoólicas são elencadas no item II daquele artigo, sendo assim diferenciadas dos “produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida”, a que se refere o seguinte item III. Será que pensou o legislador que bebidas alcoólicas não causariam dependência?

O fornecimento a crianças ou adolescentes desses ditos “produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica” constitui o crime previsto na regra do artigo 243 da mesma Lei 8069/90, assim redigida: “Art. 243. Vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança ou adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida: Pena - detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave.” (a pena privativa de liberdade originalmente cominada era de seis meses a dois anos, tendo sido aumentada para dois a quatro anos pela Lei 10764/2003). Naturalmente, esse dispositivo legal não se refere às drogas tornadas ilícitas. Condutas a elas referentes são objeto da lei específica (a Lei 11343/2006 em vigor, que substituiu a Lei 6368/76, vigente quando da elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente). A ressalva feita ao final do dispositivo transscrito – “se o fato não constitui crime mais grave” – diz respeito exatamente a esse ponto.

Motivação maior para tal dispositivo legal foi o uso da chamada “cola de sapateiro” por crianças e adolescentes em situação de rua.

Mas, tampouco as bebidas alcoólicas são objeto da regra do artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente. O fornecimento de bebidas alcoólicas a crianças ou adolescentes constitui tão somente a contravenção prevista no item I do artigo 63 da Lei das Contravenções Penais, que comina a pena de prisão simples de dois meses a um ano, ou multa, a quem servir bebidas alcoólicas a menor de dezoito anos.

Há quem insista em ignorar a clara distinção efetuada pelo legislador de 1990 e pretenda a punição mais rigorosa do fornecimento de bebidas alcoólicas a crianças ou adolescentes, invocando a referida regra do artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente. Tal entendimento, porém, é insustentável. Pouco importa que distinguir bebidas alcoólicas de “produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica” revele compreensão da natureza das bebidas alcoólicas divorciada da realidade. Se o legislador fez tal distinção, não pode o aplicador da lei simplesmente ignorá-la em prejuízo do indivíduo, criando um crime inexistente. É decorrência básica do princípio da legalidade a garantia de que ninguém pode ser punido por qualquer conduta que não esteja precisamente definida na lei. E a Lei 8069/90 não incluiu o fornecimento de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes na definição criminalizadora que trouxe na regra de seu artigo 243. Assim, tem acertadamente decidido o Superior Tribunal de Justiça que tal conduta pode constituir tão somente a referida contravenção prevista no artigo 63, item I da Lei das Contravenções Penais¹⁵.

Além do fornecimento a menor de dezoito anos, o artigo 63 da Lei das Contravenções Penais, em seus itens II a IV, igualmente define como contravenção a conduta de servir bebida alcoólica a quem se acha em estado de embriaguez; a pessoa que o agente sabe sofrer das faculdades mentais; e a pessoa que o agente sabe estar judicialmente proibida de frequentar lugares onde se consome bebida de tal natureza.

O fornecimento de bebidas alcoólicas sofre ainda restrições de natureza administrativa, como a estabelecida na Lei 11705/2008, que, em seu artigo 2º, veda a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas para consumo no local, na faixa de domínio de rodovia federal ou em terrenos contíguos à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, devendo ser afixado no estabelecimento aviso de tal vedação. Não são abrangidos por tal vedação estabelecimentos situados nas áreas urbanas delimitadas pela legislação de cada município ou do distrito federal. O descumprimento da regra sujeita o infrator à multa e, em caso de reincidência dentro do prazo de doze meses, à suspensão da autorização de acesso à rodovia por prazo de até um ano. A referida Lei 11705/2008 explicita, em seu artigo 6º, que bebidas alcoólicas são todas as bebidas potáveis que contenham álcool em sua composição com grau de concentração igual ou superior a meio grau Gay-Lussac. Aqui sim, ao contrário do que vimos em relação à Lei 9294/96, se tem definição de bebida alcoólica condizente com a realidade.

Também em matéria de restrições de natureza administrativa ao fornecimento de bebidas alcoólicas têm-se leis estaduais e municipais vedando sua venda e qualquer outra

15 Veja-se a afirmação contida no REsp 331794, relator Min. José Arnaldo da Fonseca, DJ , quanto ao artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente: *“A exegese do aludido dispositivo revela que, ao estabelecer as condutas delituosas em espécie, o legislador excluiu, deliberadamente, a venda de bebidas alcoólicas.”* Vejam-se, no mesmo sentido, também do STJ, o HC 113.896/PR, relator Ministro relator Ministro Og Fernandes, Sexta Turma, DJ 16/11/2010; agravo de instrumento 1275948, relator Ministro Arnaldo Esteves Lima, DJ 06/04/2010; RHC 28689, relator Ministro Celso Limongi (convocado), Sexta Turma, DJ 18/05/2011.

forma de distribuição em estádios de futebol e ginásios esportivos, de que são exemplos a Lei 9470/96 do estado de São Paulo e a Lei 14726/2008 da cidade de São Paulo. Esta última estabelece a vedação da distribuição de bebidas alcoólicas apenas no período de duas horas antes e uma hora depois dos eventos esportivos profissionais, prevendo a imposição de multa para o caso de descumprimento e, no caso de terceira reiteração da infração, cassação do alvará de funcionamento, ou revogação do termo de permissão de uso.

As leis estaduais e municipais se fazem no âmbito de sua atribuição concorrente com a da União, nos termos do artigo 24 da Constituição Federal, inexistindo lei federal que estabeleça regras gerais sobre o tema. A lei federal – Lei 10671/2003 (Estatuto do Torcedor) – não se refere expressamente à distribuição de bebidas alcoólicas, focalizando-se não na atividade comercial, mas sim no consumidor, apenas dispondo, na regra constante do item II do artigo 13-A, introduzida pela Lei 12299/2010, que é condição de acesso e permanência do torcedor no recinto esportivo não portar bebidas, seu descumprimento impedindo o ingresso do infrator ou sujeitando-o ao afastamento do local.

Tal dispositivo legal não será aplicável durante a realização no Brasil da Copa das Confederações FIFA 2013 e da Copa do Mundo FIFA 2014, nos termos do § 1º do artigo 68 da Lei 12663/2012 (a chamada Lei Geral da Copa), assim abrindo caminho para a comercialização e consumo de bebidas alcoólicas nos estádios de futebol durante a realização daqueles eventos, não obstante a mesma lei, ao tratar, em seu artigo 29, da possibilidade de órgãos públicos celebrarem acordos com a FIFA para divulgação de campanhas nos eventos, inclua como objeto de tais possíveis campanhas a inviável pretensão traduzida no slogan “por um mundo sem drogas”.

REGULAÇÃO DO CONSUMO

A moderação do legislador brasileiro na regulação da produção e do comércio de bebidas alcoólicas – e até mesmo a renúncia à imposição de quaisquer restrições, como na analisada hipótese da propaganda comercial da cerveja – transforma-se em furor repressivo quando se trata não mais de empresas, mas sim do indivíduo consumidor. Exemplo maior desse furor repressivo são as alterações introduzidas na Lei 9503/97 (Código de Trânsito Brasileiro) pela Lei 11705/2008, em sua pretensão de impedir que motoristas dirijam veículos após a ingestão de álcool.

A infração administrativa que, na redação original do artigo 165 do Código de Trânsito Brasileiro, consistia em dirigir sob a influência de álcool em nível superior a seis decigramas por litro de sangue passa a ser simplesmente dirigir sob a influência de álcool. Aqui, um mero copo da mesma cerveja cuja propaganda é liberada já parece ao legislador tão nocivo a ponto de tirar do indivíduo a habilidade de dirigir veículos com segurança. Para não deixar qualquer dúvida, enfatiza a modificada regra do artigo 276 daquela lei que qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às sanções administrativas previstas no referido artigo 165 (multa e suspensão do direito de dirigir por doze meses, além da retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação).

Desde sua redação original, a regra contida no seguinte artigo 277 já estabelecia que todo condutor de veículo automotor, envolvido em acidente de trânsito ou alvo de fiscalização de trânsito, suspeito de dirigir sob a influência de álcool, fosse submetido a testes de alcoolemia,

exames clínicos, perícia ou outro exame que, por meios técnicos ou científicos, em aparelhos homologados pelo CONTRAN, permitem certificar seu estado, testes ou exames que, amplamente praticados, passaram a ser conhecidos como “teste do bafômetro”.

A Lei 11705/2008, na regra constante do introduzido § 3º do artigo 277, dispôs que ao condutor que se recusar a se submeter a tais testes ou exames serão aplicadas as mesmas sanções previstas na regra do artigo 165, ou seja, os testes ou exames serviriam tão somente para que o motorista provasse não ter ingerido bebida alcoólica, presumindo-se que o tenha feito pelo simples fato do mesmo invocar o direito fundamental a não produzir prova contra si mesmo. Nítida a inspiração totalitária, a naturalmente conduzir à imperativa afirmação de invalidade e, portanto, de inaplicabilidade de tal dispositivo legal, por manifesta violação ao núcleo essencial das normas fundamentais inscritas nas declarações internacionais de direitos e nas constituições democráticas consagradoras da garantia da presunção de inocência.

O direito a não produzir prova contra si mesmo – direito a não se autoincriminar, direito ao silêncio, direito de permanecer calado, direito de não contribuir para a prova da acusação – é inseparável da garantia da presunção de inocência. Expressamente consagrado em declarações internacionais de direitos e constituições democráticas, significa que ninguém está obrigado, de nenhuma forma, a confessar ou a fazer ou a colaborar para que se faça prova contra si mesmo.

O direito a não produzir prova contra si mesmo é uma das mais importantes garantias asseguradas ao réu no processo penal e, antes disso, a quem quer que esteja sendo investigado em inquérito policial ou em qualquer outro procedimento destinado a fornecer elementos para futura propositura de ação penal condenatória.

Mas, esse direito a não produzir prova contra si mesmo tem alcance ainda maior. É um direito especialmente garantido a quem é acusado da prática de um crime, a quem, estando na posição de réu ou de investigado, está especialmente vulnerável, sob a ameaça de sofrer o peso do poder punitivo do Estado. No entanto, mesmo sem estar nessa posição especialmente vulnerável, o indivíduo tem o direito, não só a não se autoincriminar, isto é, a não ter que revelar que cometeu um crime, mas também a não ter que revelar nenhuma outra coisa que possa lhe causar um dano, que possa de qualquer forma prejudicá-lo.

Essa é orientação que há de reger não só processos ou procedimentos penais, administrativos, ou de qualquer outra natureza. Isso é algo que vale para a vida em geral. Ninguém pode ser constrangido ou obrigado a revelar uma verdade que o prejudica. A verdade não pode ser arrancada. Dizer a verdade sobre alguma coisa prejudicial a si mesmo só é uma virtude se for um comportamento espontâneo. Virtudes não combinam com obrigações ou constrangimentos. Virtudes, por natureza, pressupõem a liberdade.

Em um Estado democrático, ninguém pode ser obrigado ou constrangido de qualquer forma a produzir prova contra si mesmo. Ninguém pode ser obrigado ou constrangido de qualquer forma a colaborar com investigação ou busca de prova que o possa prejudicar. Nenhum processo, nenhuma investigação ou qualquer outro tipo de procedimento pode ser conduzido de modo a obter provas através do próprio indivíduo sobre quem poderá recair algum tipo de sanção, restrição ou afetação de sua situação jurídica.

Pretender obter a verdade sobre uma conduta violadora de uma lei através do próprio indivíduo a quem se imputa tal violação, ou pretender viabilizar a imposição de uma sanção através da colaboração do próprio indivíduo que irá sofrê-la são posicionamentos que não conseguem esconder sua totalitária inspiração nos antigos métodos da Inquisição ou nos mais re-

centes arsenais construídos por ditaduras de todos os matizes. Sua intrínseca incompatibilidade com a democracia é evidente.

Além de ilegitimamente violar a garantia do estado de inocência, todas as modalidades de intervenção corporal ou extração de material do corpo do indivíduo para exames de DNA, testes antidoping, para detectar uso de drogas ilícitas ou lícitas, para formar prova em processos de qualquer natureza, ou para condicionar o exercício de direitos, igualmente violam os direitos fundamentais à integridade física e à intimidade.

Provas obtidas por meio de ilegítimos exames físicos investigativos são provas ilícitas, não podendo ser introduzidas em qualquer espécie de processo. No caso do chamado “teste do bafômetro”, se o Estado pretende provar que alguém estava embriagado quando dirigia um veículo, deve fazê-lo através de testemunhas que poderão descrever atitudes indicativas de ingestão excessiva de bebida alcoólica, que, aliás, são facilmente perceptíveis. Se o indivíduo quiser demonstrar que não tinha bebido, aí sim o exame pode ser feito a seu pedido. Mas, jamais poderá ser obrigado a fazê-lo.

Além da infração administrativa, o Código de Trânsito Brasileiro cria crimes relacionados ao uso de bebidas alcoólicas. Estabelecendo penas de detenção de seis meses a três anos, multa e suspensão ou proibição de se obter a permissão ou a habilitação para dirigir veículo automotor, originalmente criminalizava, na regra contida em seu artigo 306, a conduta de “conduzir veículo automotor, na via pública, sob a influência de álcool ou substância de efeitos análogos, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem”, assim prevendo a ocorrência de um perigo concreto à incolumidade alheia (demonstrável através da forma em que o veículo vinha sendo conduzindo, por exemplo, em zig-zag) como elemento necessário à identificação da tipicidade penal na conduta de dirigir veículo sob a influência do álcool. Criminalizadas ainda, na regra contida no artigo 310, as condutas de permitir, confiar ou entregar a direção de veículo automotor a quem, por embriaguez, não esteja em condições de conduzi-lo com segurança, as penas cominadas sendo de detenção de seis meses a um ano ou multa.

A já mencionada Lei 11705/2008, porém, deu nova definição típica à conduta criminalizada na regra do referido artigo 306, que passou a ser simplesmente “conduzir veículo automotor, na via pública, estando com concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a 6 (seis) decigramas”.

Eliminando a previsão do perigo concreto à incolumidade alheia, para assim presumir um perigo abstrato que supostamente existiria no mero fato de alguém dirigir após ter ingerido determinada quantidade de álcool, a nova definição típica manifestamente viola a exigência de ofensividade da conduta proibida. O princípio da exigência de ofensividade (ou lesividade) da conduta proibida limita a possibilidade de criminalização de qualquer ação ou omissão a hipóteses de estarem estas referidas a uma ofensa relevante a um bem jurídico relacionado ou relacionável a direitos individuais concretos, ou à sua exposição a um perigo de lesão concreto, direto e imediato. Além de se vincular ao reconhecimento da dignidade da pessoa, além de se vincular ao princípio da legalidade, a exigência de ofensividade da conduta proibida expressa o postulado da proporcionalidade, extraído do aspecto de garantia material da cláusula do devido processo legal.

A criminalização de condutas tão somente por parecerem abstratamente inadequadas, como acontece na indevida criminalização da mera direção de veículos após a ingestão de álco-

ol, sem que se apresente um perigo concreto de lesão a um bem jurídico individualizável, está mais uma vez, a revelar inspiração totalitária, incompatível com o Estado democrático.

Assim desautorizadamente “atropelando” princípios garantidores consubstanciados em normas inscritas nas declarações internacionais de direitos e constituições democráticas, o legislador de 2008, em seu furor punitivo, acabou por criar um crime que, mesmo para os que indevidamente aceitam tipos de crimes de perigo abstrato, resulta dificilmente reconhecível na prática da justiça criminal. No afã de demonstrar seu rigor, estabeleceu que a conduta proibida estaria configurada com a mera presença de concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a seis decigramas. Assim o fazendo, acabou por condicionar a identificação da tipicidade da conduta à realização de uma única prova: o exame de sangue, único a poder efetivamente demonstrar tal concentração de álcool. E tal exame, exigindo extração de material do corpo do indivíduo, constitui prova obtida por meio de ilegítimo exame físico investigativo, que, como visto, é prova ilícita, não podendo ser introduzida no processo.

Na prática, os motoristas acabam sendo submetidos ao mais facilmente realizável “teste do bafômetro”, constrangidos pelas ilegítimas sanções administrativas desautorizadamente impostas aos que recusam tal submissão. Tal teste, pelas razões já expostas, igualmente constitui prova ilícita. Mas, além de, tanto quanto o exame de sangue, violar o direito do indivíduo a não produzir prova contra si mesmo, o “teste do bafômetro” não seria apto a demonstrar a concentração de álcool por litro de sangue igual ou superior a seis decigramas. A definição típica é explícita e taxativa: fala em sangue. O “teste do bafômetro” (ou etilômetro) pode demonstrar apenas concentração de álcool por litro de ar expelido dos pulmões, o que longe está de atender à exigência da definição típica.

A regra do parágrafo único do artigo 306, a dispor que o Poder Executivo federal estipulará a equivalência entre distintos testes de alcoolemia, para efeito de caracterização daquele crime, evidentemente não poderia alterar tal realidade. Estes distintos testes teriam de ser, quaisquer que fossem eles, aptos a comprovar a concentração de álcool no sangue e não qualquer outra concentração daquela substância. Imprestável a edição do Decreto 6488/2008, a dizer que teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro) revelador de concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligrama por litro de ar expelido dos pulmões equivaleria a exame de sangue revelador de concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue. Somente alguém totalmente esquecido das limitações ao exercício do poder punitivo derivadas do princípio da legalidade – e assim totalmente esquecido de princípio que está na base da própria idéia de democracia – poderia admitir a analogia em prejuízo do réu (a classicamente vedada analogia *in malam partem*), para então afirmar que concentração de álcool em ar expelido dos pulmões seria equivalente a concentração de álcool no sangue.

A inviabilidade do reconhecimento do proposto crime do artigo 306 do Código de Trânsito Brasileiro já conduziu a movimentação do Congresso Nacional, onde tramita projeto para sua modificação. Lamentavelmente, essa movimentação não é motivada pela manifesta inconstitucionalidade do dispositivo legal focalizado, sendo, ao contrário, fruto de insatisfação com supostas “dificuldades” para sua aplicação, advindas de posicionamentos de juízes que minimamente cumprem seu dever de negar aplicabilidade a leis violadoras da Constituição.

Nova violação a normas constitucionais e a normas inscritas nas declarações internacionais de direitos, desta vez ao princípio da isonomia, é encontrada em outro dispositivo do Código de Trânsito Brasileiro – a regra contida no § 1º de seu artigo 291, também introduzida pela Lei 11705/2008, que veda a aplicação de dispositivos da Lei 9099/95 (a lei dos juizados

especiais criminais) a hipóteses de ações penais veiculadoras de acusações por alegada prática do crime de lesão corporal culposa no trânsito, se o agente estiver sob a influência de álcool (primeira parte do item I do § 1º do artigo 291).

O crime de lesão corporal culposa no trânsito, em seu tipo básico descrito na regra do artigo 303 do Código de Trânsito Brasileiro (“praticar lesão corporal culposa na direção de veículo automotor”), é apenado com detenção de seis meses a dois anos e suspensão ou proibição de obter permissão ou habilitação para dirigir veículo automotor. Com pena máxima cominada de dois anos de detenção enquadrava-se, pois, na definição de infração penal de menor potencial ofensivo, constante da regra do artigo 61 da Lei 9099/95 (com a redação dada pela Lei 11313/2006), que as identifica como as contravenções penais e os crimes a que a lei comine pena máxima não superior a dois anos.

Sempre vale repetir que o princípio da isonomia implica que o mesmo tratamento seja dado e os mesmos direitos sejam reconhecidos a todos que estejam em igualdade de condições e situações. A particularidade do crime de lesão corporal culposa resultar de conduta realizada na direção de veículo por quem agiu sob influência de álcool não pode constituir um diferencial quando se cuida de institutos relacionados à dimensão do potencial ofensivo da infração penal (a composição civil e a impropriamente chamada “transação penal”¹⁶), não se autorizando, assim, a desigualdade de tratamento por essa particularidade que, para tal efeito, se mostra irrelevante.

A dimensão de uma infração penal que a faz ser identificável como de menor potencial ofensivo é determinada pela Lei 9.099/95 com base tão somente na medida da pena máxima abstratamente cominada. Trata-se aqui de lei geral imperativamente aplicável a todos que se encontrem na situação por ela definida, não estando autorizada a desigualdade de tratamento entre indivíduos a quem seja atribuída prática de infrações penais que, sendo definidas em regras que a elas cominam penas máximas de igual quantidade, apresentam igual dimensão de ofensividade.

No que diz respeito à dimensão de seu potencial ofensivo, a lesão corporal culposa resultante de conduta realizada na direção de veículo por quem agiu sob influência de álcool, a que é cominada a pena máxima de dois anos, não se distingue de quaisquer outras infrações penais a que cominadas iguais penas máximas. Todas se identificam, em sua igual natureza de infrações penais de menor potencial ofensivo, pela quantidade das penas que lhes são abstratamente cominadas e todos seus apontados autores igualmente se identificam na igualdade de condições e situações em que se encontram.

A obediência ao princípio da isonomia impõe que a aplicabilidade da composição civil e da impropriamente chamada “transação” (artigos 74 e 76 da Lei 9.099/95) se estenda a todo e qualquer processo, em que deduzida pretensão punitiva fundada na alegada prática de qualquer infração penal a que cominada pena máxima não superior a dois anos.

16 A composição civil, prevista na regra do artigo 74 na Lei 9.099/95, dá a um antecipado reconhecimento da obrigação de indenizar o efeito de impedir a propositura da ação penal condenatória, na hipótese de alegada infração penal de menor potencial ofensivo identificável em fato igualmente configurador de ilícito civil, quando a demanda veiculadora da pretensão punitiva devesse ser apresentada em ação penal condenatória de iniciativa do ofendido ou condicionada a representação por ele formulada. A impropriamente chamada “transação penal”, prevista no artigo 76 da Lei 9099/95 consiste na aplicação antecipada de pena não privativa de liberdade a apontados autores de infrações penais de menor potencial ofensivo, que, preenchendo determinados requisitos, renunciem à resistência à pretensão punitiva.

Há, ainda, outros dispositivos de leis penais se referindo ao consumo de álcool.

A Lei das Contravenções Penais, em seu artigo 62, define como contravenção a conduta de quem se apresentar publicamente em estado de embriaguez, de modo a causar escândalo ou pôr em perigo a segurança própria ou alheia, cominando pena de prisão simples de quinze dias a três meses ou multa. O Código Penal, na alínea “l” de seu artigo 61, prevê como agravante da pena a circunstância de ter o agente cometido o crime em estado de embriaguez pré-ordenada.

Ainda no Código Penal têm-se as regras do artigo 28 e §§, a dispor que a embriaguez voluntária ou culposa não exclui a imputabilidade penal (a capacidade de culpabilidade, isto é, a capacidade de compreender o caráter ilícito da conduta e/ou se autodeterminar de acordo com essa compreensão), somente podendo repercutir nesse campo da culpabilidade a embriaguez proveniente de caso fortuito ou força maior. Desde logo, cabe ressaltar que embriaguez proveniente de caso fortuito ou força maior é algo praticamente inimaginável. Nos cursos de Direito, costuma-se mencionar o folclórico exemplo de alguém que accidentalmente caísse em um tonel cheio de bebida alcoólica e, sem querer, engolisse o líquido...

No mundo real, porém, ao contrário do que dispõe a lei, é imperativo considerar a repercussão do consumo de bebida alcoólica na capacidade de culpabilidade. Tratando-se de droga, ou seja, substância psicoativa que provoca alterações no estado mental, podendo gerar dependência e causar doenças físicas e mentais, bebidas alcoólicas decerto podem repercutir sobre a capacidade psíquica do indivíduo que as consome.

Sempre cabe esclarecer que crime não é apenas a realização de uma conduta definida em um dispositivo legal criminalizador. Os elementos básicos constitutivos do crime vão bem mais além. Além da tipicidade, que é a qualidade da conduta de se adequar à descrição legal, com seus aspectos objetivos e subjetivos (por exemplo, em uma hipótese de furto, subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel, sabendo e querendo realizar essa subtração), conduta esta apta a afetar o bem jurídico a que se refere à regra criminalizadora (na hipótese do furto, a possibilidade do titular do patrimônio dele dispor), todo crime se integra ainda pela ilicitude ou antijuridicidade, que é a contradição da conduta com a ordem jurídica, surgindo do fato daquela não estar amparada por uma permissão legal (permisões como as situações de legítima defesa ou de estado de necessidade), e da culpabilidade, que é a reprovabilidade pessoal do injusto (isto é, da conduta típica e ilícita), reprovabilidade que só ocorre quando, nas circunstâncias em que foi praticada a conduta, se podia exigir que seu autor agisse conforme determina a lei.

A pena imponível ao autor de uma conduta penalmente ilícita (o injusto penal, ou a conduta penalmente típica e antijurídica) estabelece-se a partir da medida da culpabilidade desse indivíduo que é pessoalmente responsabilizado por aquela conduta. A medida da culpabilidade é dada exatamente pelo âmbito de autodeterminação de tal indivíduo, a demonstrar a maior ou menor possibilidade de se lhe exigir que, no caso concreto, escolhesse outro comportamento ajustado ao que determinam as leis criminalizadoras (o poder atuar de outro modo).

Condicionando o exercício do poder punitivo do Estado à demonstração da possibilidade exigível de motivação conforme às leis por parte do autor do injusto penal concretamente realizado, o princípio da culpabilidade impede qualquer reprovação por uma escolha que o indivíduo não pôde fazer, ou que se o reprove quando não pôde exercitar sua capacidade de escolha, sempre considerada tal escolha tão somente em relação à conduta ilícita concretamente realizada.

Dizendo respeito à capacidade de escolha (isto é, à autodeterminação), capacidade que é inerente ao próprio conceito de pessoa, o princípio da culpabilidade, expressado na máxima de que não há pena se a conduta não é reprovável a seu autor, está diretamente vinculado ao reconhecimento da dignidade do indivíduo.

Ninguém pode ser reprovado só pelo fato de seu comportamento ter causado um resultado objetivamente danoso, uma lesão ou um perigo concreto de lesão para o bem jurídico. Também não pode existir qualquer reprevação se o indivíduo não tinha capacidade psíquica de compreensão do valor ou desvalor de seus atos, ou não tinha condições de livre e tranquilamente escolher entre o comportamento proibido e outro comportamento ajustado ao que determinam as leis. Para que o Estado possa exigir este outro comportamento, faz-se necessário, antes de tudo, que o indivíduo tenha capacidade psíquica de compreensão ou de autodeterminação, em relação ao caráter ilícito de sua conduta. A incapacidade psíquica necessariamente afasta a culpabilidade, consequentemente excluindo a existência do crime.

Há situações em que o indivíduo, embora podendo até compreender a ilicitude da conduta, se encontra diante de circunstâncias que reduzem de tal modo sua capacidade de autodeterminação (isto é, sua liberdade de agir) que não lhe permitem a abstenção da conduta proibida.

O abuso de álcool certamente pode provocar perturbação emocional que estreite este âmbito de autodeterminação, retirando do indivíduo sua liberdade de agir ou reduzindo esse espaço de liberdade. Em tais circunstâncias, é imperativo o reconhecimento da ausência de culpabilidade, ou, na segunda hipótese, de culpabilidade diminuída, conduzindo à afirmação da inexistência de crime, ou, na segunda hipótese, implicando em atenuação significativa da pena.

Derivando o princípio da culpabilidade do próprio reconhecimento da dignidade de todos os indivíduos e determinando que somente possa ser objeto de reprevação a conduta daquele que agiu livremente, podendo compreender a ilicitude de sua conduta e se autodeterminar de acordo com essa compreensão, toda afetação desta liberdade de agir há de implicar no reconhecimento da ausência, ou, pelo menos, da redução da culpabilidade, nada importando se a afetação da liberdade de agir decorre do consumo de álcool ou de outra circunstância qualquer.

CAPITULO 8

POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS SOBRE BEBIDAS ALCÓOLICAS

Segundo uma série de autores (LASWELL, SIMON, LINDBLOM, EASTON, MEAD, SABATIER, JENKINS-SMITH, apud SOUZA, 2006) pode-se entender que Políticas Públicas são diretrizes de ação do poder público; regras e procedimentos explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos.

A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Uma distinção importante neste contexto é entre políticas de governo e políticas de Estado (ALMEIDA, 2009).

Por Política de Governo entende-se o que é feito por um governo em determinado período, com pouca ou nenhuma participação da sociedade civil.

Por Política de Estado entende-se o resultado de acordos entre a classe política e a sociedade civil sobre determinado tema, de tal modo que mesmo mudando os governos a idéia só é abandonada ou modificada como o resultado de novos acordos.

ÁREA DE EDUCAÇÃO

A Política de Drogas no Brasil, tradicionalmente foi definida tendo como ponto de partida a legislação, aprovada em Convenções Internacionais, que tornou ilícitas algumas drogas, de uso legal antes do século XX.

No que se refere ao papel da Educação, a legislação sobre drogas de 1971, determina “a execução de planos e programas nacionais e regionais de esclarecimento popular especialmente junto à juventude, a respeito dos malefícios ocasionados pelo uso *indevido* de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. (...) Obriga os estados, territórios e Distrito Federal a organizarem, no início de cada ano letivo, cursos para educadores com o objetivo de ‘prepará-los para o *combate*, no âmbito escolar, ao tráfico e uso *indevido* de substâncias que determinem dependência física ou psíquica’. Cria o Conselho de Prevenção Antitóxico, vinculado ao Ministério da Educação e Cultura para coordenar cursos de formação para os educadores. Essa formação volta-se preferencialmente para os diretores de estabelecimentos de ensino, orientadores educacionais, professores de Educação Moral e Cívica, professores de Ciências Físicas e Biológicas, professores de outras disciplinas a assistentes sociais, nessa ordem. As informações são basicamente sobre os malefícios do uso de drogas ilícitas, negados o uso recreativo e não médico. Os professores formados devem repassar os conhecimentos adquiridos aos alunos em aulas de Educação Moral e Cívica (RODRIGUES, 2004, P. 153-154).

Em 1972, é elaborado o Programa Educacional sobre Drogas, em 1972, voltado para jovens entre 14 e 18 anos. O ensino sobre as drogas passa a ser matéria das aulas de Biologia, com base em informações científicas sobre *os malefícios decorrentes do uso de drogas*. A legislação sobre drogas de 1976 previa “a manutenção de palestras e aulas no currículo escolar”, e a perda de eventuais subvenções caso a direção da Escola não denunciasse as pessoas que fizessem uso de drogas em suas dependências.

A responsabilidade da escola no que se refere à educação sobre drogas é também regulamentada na Lei Federal n. 9.394/1996, segundo a qual desde o ensino fundamental, esse tema deve ser incluído nos currículos escolares, integrado aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) devendo ser abordados transversalmente aos conteúdos programáticos tradicionais; a escolha das estratégias metodológicas e didáticas ficando a cargo de escolas e educadores (ARAÚJO, 2001; FEFERMANN E FIGUEIREDO, 2006 apud ADADE, 2012).

Na mesma década de 80, Centros de Referência em atenção ao uso de drogas, criados em algumas universidades públicas no país (Rio de Janeiro/RJ, Salvador/BA e São Paulo/SP, entre outros) iniciaram um processo de reflexão e ação sobre o que deveria vir a ser uma educação sobre drogas. No que se refere ao que fazer educativo, a opção inicial foi pela atenção primária ao uso indevido de drogas. Progressivamente, outras conceituações entraram na pauta: educação para a saúde em drogas; educação na ótica da Redução de Danos; educação sobre drogas na ótica da defesa dos direitos dos usuários; educação para autonomia em drogas; a educação comprometida politicamente com a construção de políticas públicas democráticas sobre drogas. De maneira geral, havia uma oposição à tradicional prevenção do uso de drogas – tradução da política repressiva antidrogas.

A própria lei sobre drogas, Lei 6.368/1976, que vigorou até meados de 2006, responsabilizava o cidadão comum pela prevenção e combate ao comércio ilícito de drogas, punindo também diretores de escola com a perda de eventuais subvenções, caso não denunciassem ao poder público quem fizesse uso de drogas em suas dependências. Nos Centros de Referência, entretanto, a reflexão sobre ações educativas relacionadas às drogas pretendiam reverter o habitual papel reservado à educação - o de vigiar e punir, prática essencialmente repressiva e distante da pedagogia. Assim, essas práticas educativas inovadoras sobre drogas, propostas pelos Centros de Referência, aconteceram, até 2006, de forma paralela e contrária à política de drogas oficial.

A reflexão sobre o que se tornara o *problema da droga*, até então era restrita, essencialmente, à área biológica e médica - *a ação das drogas ilícitas no sistema nervoso central e os danos devidos ao uso*. Definiram-se alguns princípios básicos: ampliação do conhecimento sobre fenômeno de uso para as áreas da epidemiologia, psicologia, socioantropologia, direito, psicanálise, educação, comunicação de massa, cultura, entre outros aspectos que condicionam a experiência da droga; aceitação da experiência do uso de drogas como paralela à própria história da humanidade, sendo parte da condição humana; análise das múltiplas dimensões que condicionam a situação de uso dependente; recuperação da *Paidéia*, o educador consciente podendo vir a ser um objeto-suporte junto aos jovens, da passagem para a vida adulta e na resolução de problemas relacionados às drogas; realização dos projetos locais, articulados à comunidade, como fator de continuidade de ação e transformação efetiva na forma de lidar com as drogas (ACSEL-RAD, 2005).

Cursos de extensão, atualização e especialização, seminários de estudo, foram organizados por equipes multidisciplinares de especialistas, com experiência na área de educação.

Nessa formação, substituiu-se o objetivo de *formar multiplicadores* aos quais caberia repetir a necessidade de erradicação das drogas, pelo de formar agentes de reflexão sobre drogas e ação, no sentido da (re)criação de mecanismos de proteção individuais e coletivos face ao cenário caótico decorrente do proibicionismo. Os projetos locais, nas escolas e nas comunidades, elaborados por esses agentes e supervisionados pelas equipes multidisciplinares dos Centros de Referência, se constituíram como experiências exemplares, ainda que por vezes pontuais.

Em 1992 surge no Brasil o PROERD - Programa Educacional de Resistência às Drogas/PROERD que se inspira e é articulado ao programa norte-americano Drug Abuse Resistance Education - D.A.R.E., surgido nos EUA em 1983. Implantado pela Policia Militar do Rio de Janeiro existe hoje em vários estados do país e está regulamentado no Conselho Nacional de Comandantes Gerais da Polícia Militar, sendo apoiado pela Secretaria Nacional de Políticas de Drogas/SENAD. Segundo o PROERD vivemos uma “terceira Guerra Mundial – a guerra contra as drogas, as drogas como flagelo do 3º milênio, tendo basicamente em três pontos fundamentais: erradicação das culturas de vegetais psicotrópicos, supressão do tráfico transcontinental e repressão do comércio clandestino”. O programa afirma a necessidade da prevenção, junto aqueles que ainda não tiveram contato com as drogas. Através de uma proposta comportamentalista associada a símbolos de uma educação moral e cívica se apóia no fortalecimento da auto-estima outros temas tais como: “o cultivo da felicidade, o controle das tensões, a civilidade e as técnicas de autocontrole e resistência às pressões dos companheiros e às formas de oferecimento de drogas, assim como as informações sobre os efeitos de drogas lícitas e ilícitas. Reconhecer as pressões e as influências negativas, criar habilidades de resistência integram o programa. As atividades se organizam através de três programas, segundo o nível de ensino do público: educação infantil e anos iniciais do ensino fundamental; 4ª e 5º série do ensino fundamental e programa específico para Pais e Responsáveis. O PROERD tem material didático específicos para estudantes, pais e um Manual do Instrutor (PROERD BRASIL, 2012). Também faz uso de outros materiais didáticos, tais como a *Revista da Monica Essa história tem que ter um fim* (SOUZA, 1996)¹⁷ afinado com o modelo de preevenção e erradicação das drogas. Sua aceitação em alguns estados, como no Rio de Janeiro, é questionada. O PROERD permanece sendo uma alternativa reducionista, centralizada nos malefícios causados pelas drogas ilícitas. A entrada do policial militar, representante da lei, no espaço da escola, fragiliza o papel pedagógico do educador na orientação dos alunos sobre as drogas. A imagem negativa da polícia tantas vezes identificada com a violência contra o cidadão, não favorece sua aceitação no espaço das escolas, parecendo mais uma tentativa de militarização do espaço de ensino..

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou sua Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e, pela primeira vez, a ótica repressiva cedeu lugar a uma lógica de transversalização com repercussões na área da educação sobre drogas. São consideradas nessa política as drogas lícitas e ilícitas, aparecendo o álcool em primeiro lugar, tendo em vista ser a droga de maior consumo no país. “O compromisso da saúde e do Ministério da Saúde seria fazer proliferar a vida e fazê-la digna de ser vivida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.11), legitimando a difusão de “informações sobre saber beber com responsabilidade, e sobre as consequências do uso inadequado do álcool”, informações consideradas como um direito. No campo das práticas, essa política distingue diferenças de consumo de drogas, vias de utilização e escolha de produtos, nas diferentes regiões do país, às vezes com diferenças significativas numa mesma região; a pauperização no país como facilitadora da opção de inserção social através do envolvimento

17 Consta desse mesmo capítulo, uma breve análise desse material didático.

no comércio ilícito de drogas, forma *sinistra* e perigosa de geração de renda; a precocidade da primeira experiência; as políticas internacionais segundo as quais, países como o nosso são contextualizados segundo a produção, comércio e exportação de substâncias ilícitas e, sobretudo a insuficiência e/ou ausência histórica de políticas públicas de atendimento aos usuários de drogas, na ótica dos direitos humanos. A consciência do rigor da Lei que criminaliza os usuários é clara, mas a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde abre uma discussão mais ampla, propõe novos caminhos. “A prevenção do uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos que podem acontecer ao indivíduo, ao grupo, à comunidade. Riscos que estão presentes em todos os campos da vida (na família, na escola, em qualquer ambiente de convívio social) e, segundo essa política, se ampliam quando o indivíduo/sua família se relacionam fragilmente com o mundo. Transformações no ambiente de ensino, garantida a participação dos jovens, são fatores de proteção. O fortalecimento de fatores de proteção vai sendo tecido. Da teoria à prática, essa Política tem como expressão concreta a Redução de Danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 28). Aos cuidados de saúde já tradicionais se somam a promoção de ações comunitárias, o desenvolvimento de recursos humanos e da pesquisa.

Expressão do proibicionismo, legitimado pelas Convenções Internacionais já referidas, é criada em 1998 uma nova estrutura relacionada a drogas com o Sistema Nacional de Políticas Antidrogas, um Conselho Nacional Antidrogas e a Secretaria Nacional Antidrogas, com suas representações estaduais e municipais. Nesse momento é elaborada uma Política Nacional Antidrogas/PNAD que mantém os mesmos mecanismos de repressão e criminalização da produção, comércio e porte das drogas tornadas ilícitas. De forma pontual e contraditória aceita a caracterização do uso e da dependência às drogas como um problema de saúde pública. A oscilação recorrente entre reprimir e/ou tratar das pessoas envolvidas com drogas, na prática são expressões afirmativas, por vezes, da mesma tendência de exercer controle social sobre a população.

A tensão entre esses pontos de vista, entre outros motivos, levou a um realinhamento da PNAD até então adjetivada como *Antidrogas*, sendo renomeada, a partir de 2005. O Sistema Nacional Antidrogas passou a ser denominado Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas; o Conselho Nacional Antidrogas, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas; e a Secretaria Nacional Antidrogas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Os objetivos desta estrutura e de seus órgãos constituintes permanecem mantidos (ALVES, 2009), embora anuncie uma transformação da compreensão da problemática das drogas e, consequentemente, das respostas do Estado diante dela, nem sempre efetivas.

Princípios da Saúde Pública e de Direitos Humanos são afirmados no inicio do texto dessa Política que reconhece a Redução de Danos como uma proposta pragmática. A PNAD também reconhece a necessidade de ações articuladas, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e os danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade. Mas, essencialmente, a visão repressiva, de controle social sobre a população prevalece. A PNAD percebe a população como indefesa, incapaz de decisão, quando se refere, por exemplo, ao *uso irracional das drogas lícitas*, não levando em conta o contexto cultural, os usos sociais. Ainda prevalecem as ações de prevenção voltadas para o sujeito, de forma descontextualizada, não havendo ações voltadas para os produtores de bebidas alcoólicas. Em que pesem as intenções de respeito aos direitos humanos, a teoria na prática é outra: notam-se diferenças de

tratamento das situações relacionadas às drogas. Dependendo do nível social das pessoas envolvidas - nos casos de acidentes de trânsito, de violência associada ao uso de álcool, é comum a impunidade do agressor e, por vezes até mesmo, a culpabilização da vítima (*atravessou a rua sem cuidado, provocou o agressor*).

A PNAD determina que as ações preventivas do uso indevido de drogas devem ser incluídas na educação básica e superior. Segundo o texto dessa Política, o foco é o indivíduo no seu contexto sócio-cultural, desestimulando a primeira experiência, incentivando a redução do consumo de maneira geral, buscando diminuir riscos e danos decorrentes do *uso indevido*. No ambiente de trabalho, as empresas e instituições devem desenvolver ações de caráter *preventivo* sobre drogas de maneira geral supondo-se tanto as drogas licitas quanto as ilícitas. A política recomenda a descentralização das ações, a capacitação contínua de todos os atores envolvidos no processo de prevenção, para que possam se tornar multiplicadores da prevenção e promoção da saúde. Recomenda também a organização de um banco de dados e o mapeamento das boas práticas em prevenção, colocada à disposição da sociedade, como forma de estímulo às ações preventivas. O conceito básico de *prevenção* permanece vigente. Se em relação ao álcool, a sua aceitação cultural justifica o qualificativo de *indevido* associado à *prevenção*, a manutenção do enfoque prioritário nas drogas ilícitas, devido ao proibicionismo, de alguma forma condiciona as ações da PNAD.

Também em 2005, realizou-se no Brasil a 1^a Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), um passo importante no desenvolvimento de uma estratégia continental. Nessa reunião, recomendou-se que os países das Américas programassem políticas, estratégias eficazes e programas capazes de prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool. O documento final produzido nesse encontro ficou conhecido como a Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre Álcool e enfatiza que as estratégias nacionais devem incorporar uma lista culturalmente apropriada de políticas baseadas em evidências, estudos científicos e sistemas de informação. As medidas devem levar em conta, dentre outras situações: ocasiões em que se bebe excessivamente; o consumo geral da população e das mulheres em particular (inclusive durante a gravidez); o consumo por menores de idade, jovens, índios e outras populações vulneráveis; a violência, as lesões intencionais, acidentes, doenças e transtornos ocasionados pelo consumo do álcool; a urgência em se desenvolver, programar e avaliar estratégias eficazes e programas para redução das consequências negativas sociais e da saúde do uso nocivo do álcool tendo em vista que este uso causa morte prematura, doença e incapacidade; prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool deve ser considerado uma prioridade de saúde pública para ações por parte de todos os países da região das Américas. Foram definidas como áreas prioritárias de ação as ocasiões quando se bebe excessivamente; o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), populações indígenas, jovens e outras populações vulneráveis; violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool.

A PNAD reconhece a Redução de Danos/RD como uma estratégia de prevenção pragmática. Em relação ao álcool, a RD comprehende que “todas as pessoas que bebem estão sujeitas a riscos decorrentes do uso do álcool, muitas dessas consequências negativas ocorrendo entre pessoas que não são dependentes, mas sob efeito da bebida podem se envolver em situações de alto risco como dirigir depois de beber” (JULIÃO, In SILVEIRA & NIEL, 2008, P.36).

A Redução de Danos propõe ações junto *aos usuários* e também *de transformação do contexto*. Medidas de controle da promoção do uso entre os mais jovens, da propaganda das bebidas alcoólicas que associa o beber ao sucesso, são algumas das que foram postas em prática. Mas a possibilidade de agir na oferta de bebidas, definindo-se controles protetores dos usuários, depende do nível de cidadania, de garantia de direitos que uma população tenha alcançado. As dificuldades dessas ações decorrem da força política e econômica das indústrias produtoras do álcool, muitas vezes impedindo a aprovação de medidas que contribuiriam para reduzir danos. Em relação ao ambiente onde as pessoas bebem, a redução de danos em álcool recomenda alguns cuidados no sentido de usos seguros, reduzindo os riscos da embriaguez – numa ocasião social, procurar definir o quanto irá beber e beber devagar aumentando o tempo entre uma dose e outra; alternar o consumo de bebidas alcoólicas com água, refrigerantes, sucos; não beber de estômago vazio, não beber se vai dirigir ou evitar dirigir se beber; escolher no grupo de amigos quem não vai beber naquela noite, podendo dirigir sem risco. Os donos dos estabelecimentos onde se vendem bebidas alcoólicas podem promover o treinamento de seus funcionários no sentido de maior cuidado com a clientela em situação de embriaguez (STRONACH, 2004).

A educação sobre como beber bem, beber seguro, beber com moderação promove auto-conhecimento, vital na redução de danos. Ao invés de falar *sobre* o usuário e sua comunidade, a Redução de Danos tem o cuidado de *lhes dar a palavra*, incluindo-os na elaboração das políticas, numa prática que reconhece a diferença e estimula a cooperação. A Redução de Danos substitui o conceito de *prevenção* pelo da *educação* sobre o álcool na tentativa de fortalecer a autonomia. Dirige-se a toda a população, no entendimento de que há não só o uso crônico, mas há pessoas que não são alcoolistas, mas por vezes bebem demais (BUNNING *et al*, 2004). A Redução de Danos, de maneira geral, tem limites, recomendando-se a abstinência do álcool no caso de crianças e adolescentes, gestantes e lactantes, pessoas que dirigem ou operam máquinas industriais ou técnicas (JULIÃO, In NEIL & SILVEIRA, 2008).

Em 2006, a lei 6368/1976 é substituída pela lei 11.343/06 ainda basicamente focada nas drogas ilícitas. No que se refere à educação essa nova Lei regulamenta a formação continuada de professores na área de prevenção ao uso indevido de drogas, recomendando a implantação de projetos pedagógicos no ensino público e privado. Fica, portanto, legalmente definida a responsabilidade da escola e dos professores na formação educacional sobre drogas (ADADE, 2012).

Em 2009 foi lançado pelo governo Federal o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas/ PEAD. Esse plano definiu a ampliação das políticas públicas de prevenção e tratamento em álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde. O PEAD vai além da clínica da dependência do álcool e outras drogas, com repercuções na área da educação, quais sejam: o respeito ao ambiente cultural, aos direitos humanos e à inclusão social; a prioridade a ser dada às crianças, adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade e risco, tendo em vista a tendência de uso de álcool e outras drogas cada vez mais cedo nessa população, além das altas prevalências de uso de álcool e drogas entre jovens; a importância do enfrentamento do estigma associado aos usuários de álcool e outras drogas, na sua dimensão política. O PEAD estabelece como uma de suas diretrizes que a atenção integral a crianças e adolescentes se relaciona com as questões da família, da comunidade, da escola, da moradia, do trabalho, da cultura, além dos grandes problemas sociais do mundo contemporâneo.

PROJETOS PEDAGÓGICOS E MATERIAIS EDUCATIVOS

Em 2010, o I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários (ANDRADE, 2010, cap. 9, p. 201) analisa como as drogas são abordadas nos projetos pedagógicos institucionais, identificando:

- Atividades de prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas, baseadas no modelo de educação afetiva, formando multiplicadores, a maioria das ações sendo destinada para a comunidade em geral.
- Atividades de Redução de Danos através de aconselhamentos, encaminhamentos para rede social e de saúde, distribuição de materiais educativos basicamente dentro das instituições, poucas desenvolvendo a atividade educativa no campo. O público-alvo mais atingido pelas ações de redução de danos é o adulto em situação de risco social, entre 25 e 59 anos. Nas instituições governamentais predominam os profissionais de saúde. Nas instituições não-governamentais prevalecem os voluntários e os ex-usuários de drogas.
- Atividades de ensino e pesquisas nas instituições governamentais, essencialmente, sobre o tema de tratamento/recuperação de dependentes. Nas instituições não-governamentais prevalece o tema da prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas. Mesmo com a falta de apoio para o desenvolvimento de pesquisas, a grande maioria das instituições possui publicações em revistas científicas (nacionais e internacionais). A equipe de ensino e pesquisa é composta em sua grande maioria por mestres, destacando-se psicólogos, médicos, enfermeiros e assistentes sociais (ANDRADE, 2010).

Mas como os professores pais e jovens reagem às políticas públicas sobre drogas? De maneira geral o debate nas escolas não acontece, em termos de uma relação dialógica. Até hoje predominam as palestras em que falam as autoridades no assunto, enquanto os jovens devem escutar passivamente. O tempo reservado para o debate é sempre curto, no máximo aberto para perguntas - o especialista *sabe* por isso fala, enquanto o aluno *não sabe* por isso só lhe cabe perguntar, não comentar. Nessas palestras/aulas expositivas, focalizadas nas drogas ilícitas essencialmente, e nos seus efeitos sobre o sistema nervoso central, a abordagem é de amedrontamento. Segundo Adade (2012, p. 117, 111-120) os jovens não têm uma boa avaliação dessas palestras quando se manifestam: *palestras (...) chato! Muito chato! - palestra é ruim! Ninguém presta atenção e todo mundo fica com vergonha de perguntar (risos) eu sou uma delas - se for uma coisa teórica o adolescente não presta atenção! Você vai chamar a pessoa pra vir pra cá em um sábado ouvir palestra? Meu deus, vão mexer no celular!(risos) - palestra todo mundo senta no auditório e fica conversando. Ninguém presta atenção em nada do que a pessoa que tá lá na frente fala, ninguém pergunta.*

Abordar o álcool e de forma contextualizada é mais raro. De maneira geral as escolas temem abordar o assunto das drogas: seria uma forma de admitir a questão, fazendo supor aos pais a existência de casos de uso no estabelecimento, o que no limite poderia levar a desistência de matrículas no ano seguinte. Professores buscam uma formação sobre drogas, mas de forma recorrente se sentem despreparados. Ou temem falar de um assunto que deveria ser tratado no âmbito das famílias. Muitos pais, por sua vez, na luta pela sobrevivência, têm pouco tempo de diálogo com os filhos, não têm muito resolvida suas experiências com drogas na juventude, ou não identificam o álcool como droga. Na pesquisa realizada por Adade (2012) a maioria dos jovens não considera o álcool como droga.

Alternativos às tradicionais palestras, dois materiais educativos sobre drogas são exemplares. O primeiro segue a tradição, numa tradução do modelo jurídico que define a partir da lei o que pode ou não pode ser. O segundo, numa proposta diferenciada, parte da experiência coletiva dos jovens, contextualizada, estabelece diálogo, estimula o pensar individual e coletivo, identificado como o modelo de educação para a saúde.

. A Turma da Mônica, Uma história que precisa ter fim (DE SOUZA, 1996) (ANEXO I) é um material didático com proposta lúdica baseada no que diz a legislação sobre drogas ilícitas basicamente. Teve ampla tiragem e foi traduzido em inglês e espanhol, tendo apoio da Secretaria Nacional Antidrogas e sendo utilizado até a presente data em vários programas, entre os quais o PROERD. Apresentado no formato de revista infantil em quadrinhos trata da *prevenção do uso* de drogas, com a proposta de servir de base para formação de multiplicadores, nas escolas e nas famílias. O autor é um conhecido quadrinista que escreve histórias infantis e para adolescentes, em revistas diferenciadas para cada uma dessas faixas de idade – A Turma da Mônica e a Turma da Monica teen.



Figura 1

De Souza, M. - Revista da Mônica, Uma história que precisa ter fim, disponível em www.monica.com.br/institut/drogas/pag1.htm

No material não há informações sobre o processo de sua elaboração (base bibliográfica, eventuais consultas nas escolas, por exemplo). A revista tem uma proposta de erradicação das drogas, objetivo definido no próprio título – *uma história que precisa ter fim* anunciado como *um final feliz*. Em que pese ser uma revista destinada a crianças - os personagens aparecam ter em torno de 6 e 7 anos, brincam de bola de gude, esconde-esconde, jogo de bafo-bafo, casinha, pular corda - o conteúdo drogas parece mais adequado ao cotidiano de adolescentes. Já na capa de cobertura da revista, o autor usa uma linguagem e desenho que infundem medo, como forma de impedir atitudes consideradas indesejáveis. Os personagens são estereotipados – o menino que usa drogas está sempre de óculos escuros, dissimula a identidade. Os colegas aparecam espanto/medo diante de um adulto com aparência de fantasma/traficante que tem para oferecer, em seu casacão, seringas, cigarros e frascos (talvez de medicamentos?). Os personagens dos pais sentem falta de objetos, roubados de casa. O filho poderia ser *calmo, sossegado, brincalhão, despreocupado, mas não é*. O *traficante* veste capa de inverno pesado, é cabeludo, tem aparência de alienígena e propõe um pacote branco sugerido como droga. A prevenção é centrada nas drogas proibidas por lei, *laboratórios clandestinos, preços e lucros altos, morte*. A referência às bebidas alcoólicas é mínima sem aprofundamentos, focalizando apenas os danos, restrita a uma frase sobre - *acidentes de trânsito*. O uso é identificado como dependência, *vai querer mais e mais, difícil largar; comportamentos violentos*. O autor alerta contra os *falsos amigos, balas e doces que não devem ser aceitos quando oferecidos por estranhos; quem usa precisa de tratamento, quem trafica será preso*. Um personagem adolescente percebe o *desvio* e obriga o usuário a falar com a professora, personagem que se propõe a levá-lo até em casa e comunicar aos pais. Esses ignoravam o que se passava com o filho e, quando tomam ciência do uso de drogas se desesperam, hesitam entre trancá-lo em casa, ou chamar a polícia. A personagem da professora recomenda *calma, necessidade de abandonar as drogas, o que será doloroso*, mas o menino conseguirá com *apoio de especialistas, compreensão e carinho*. O texto recomenda *amar a si mesmo e a seu próprio corpo, nunca usar o que faz mal à saúde, e sempre recorrer aos pais e professores*. Se as crianças voltarem a encontrar o traficante, uma boa *coelhada* da Mônica (a personagem sempre resolve suas disputas batendo no seu opositor com o seu brinquedo de estimação, um coelho de pelúcia) o derruba, *até que a polícia chega*. No final da história, como *alternativa* às drogas, as crianças brincam de cartas, comem melancia, pulam corda, jogam bafo-bafo. Na história está sempre presente o medo, a repetição de uma verdade inquestionável, a erradicação da droga. A sugestão de reagir ao comércio ilícito de drogas com uma *coelhada* é ingênua e perigosa, a ação repressiva não cabendo ao cidadão comum, muito menos às crianças.

Num outro ponto de vista, *O Jogo da onda: entre na onda da saúde* (MONTEIRO & REBELLO, 2000) é um material didático lúdico que se insere na perspectiva da prevenção contra o uso abusivo/indevido de drogas, levando em conta o contexto socioeconômico, histórico e político deste fenômeno, assim como as experiências e opiniões dos jovens em relação ao tema (MONTEIRO, 2003). Contrapõe, portanto, a proposta de Redução de Danos à tradicional política chamada de “guerra às drogas”, ou seja, que os usos de drogas “determinem o mínimo de danos e o máximo de alívio e bem-estar a indivíduos e às comunidades” (MONTEIRO, 2003, p. 662). *O Jogo* procura esclarecer dúvidas e promover reflexões sobre a prevenção do HIV/AIDS e sobre a dimensão social e afetiva do uso indevido de drogas, lícitas e ilícitas, a partir de questões emocionais, familiares e pedagógicas. O material teve uma tiragem de 11.000 exemplares que foram adquiridos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo sua edição esgotada em 2008.

Na sua elaboração, as autoras levaram em conta a complexidade do fenômeno de uso, contextualizado em termos socioeconômicos, históricos e políticos e os limites da proposta de

prevenção às drogas. A preocupação central foi criar um suporte às ações pedagógicas capazes de *minimizar danos* e *evitar o uso indevido* de quaisquer drogas, sem dar um enfoque predominante às de uso ilícito. Entrevistas realizadas com adolescentes¹⁸ e a precariedade de materiais educativos sobre drogas motivaram a sua elaboração. Nas entrevistas, as autoras acolheram opiniões e experiências relacionadas à auto-imagem, ao prazer, a como agir diante de conflitos, problemas de relação com os pais, questões pessoais, afetivas, sexuais e a opinião mesma que tinham sobre as substâncias psicoativas, entre outras. Ainda nas entrevistas, as bebidas alcoólicas foram assinaladas como a droga de maior consumo. A elaboração desse material didático também foi precedida por uma análise critica das políticas repressivas, do modelo biomédico que ainda prevalece nas ações de educação em saúde. A responsabilidade pela educação das novas gerações foi considerada pelas autoras (MONTEIRO *et al*, 2003).



Figura 2: Caixa; *Jogo da Onda*.

Fonte: MONTEIRO & REBELLO, 1998.

Nota: Dados adaptados por ADADE (apud ADADE, 2012)

O Jogo tem o formato de um tabuleiro, no qual se desenha um caminho em labirinto com casas a serem percorridas pelos jogadores, sugerindo-se ser jogado em duplas (4 a 8, a partir de 12 anos). Um baralho com 100 cartas de 4 cores diferentes – laranja, vermelha, azul e verde – sugere situações variadas a serem pensadas e de alguma forma encaminhadas. De cor laranja são as cartas de dicionário, nas quais a partir de perguntas determinadas há informações e conceitos básicos. As cartas verdes trazem uma pergunta e uma mensagem relacionada. As azuis têm uma pergunta a ser construída e respondida coletivamente. As vermelhas uma pergunta e uma resposta. Cada carta, segundo a sua cor, tem uma função: dicionário, perguntas com respostas fechadas, perguntas com respostas a serem construídas, algumas devendo ser referendadas

18 Estudantes matriculados na rede escolar de ensino do estado do Rio de Janeiro, com idade entre 12 e 18 anos.

pelos outras duplas, cartas com mensagens. Integram ainda o material: quatro peças coloridas que representam os jogadores, um dado, um encarte com as regras do jogo, e um manual para educadores, pais e participantes com dicas, textos e sugestões bibliográficas comentadas. *O Jogo* tem como objetivo abrir uma conversa informal sobre drogas lícitas e ilícitas, com base nos princípios da educação para a saúde. *O Jogo* tem como palavras-chave: desafio, sensibilidade para decifrar o enigma das drogas, o lúdico como fundamento da cultura e de suas formas de transmissão, esclarece dúvidas e promove a reflexão de forma divertida, sendo um convite ao diálogo como lugar de encontro entre os jovens e os educadores a partir de duas constatações: “muitos pais não se sentem capazes de orientar os filhos corretamente, além de terem receio de que a simples menção do assunto drogas possa despertar o interesse pelo consumo”; “a possibilidade da manutenção de um diálogo claro e aberto entre professores e alunos, visto que o conhecimento dos profissionais de ensino sobre drogas muitas vezes é mais restrito que o dos estudantes”. Concebido na tradição de outros jogos destinados aos adolescentes, o labirinto a ser percorrido e, no qual, questões e situações são colocadas para os jogadores, as respostas terão que ser construídas coletivamente, não havendo soluções pré-estabelecidas.

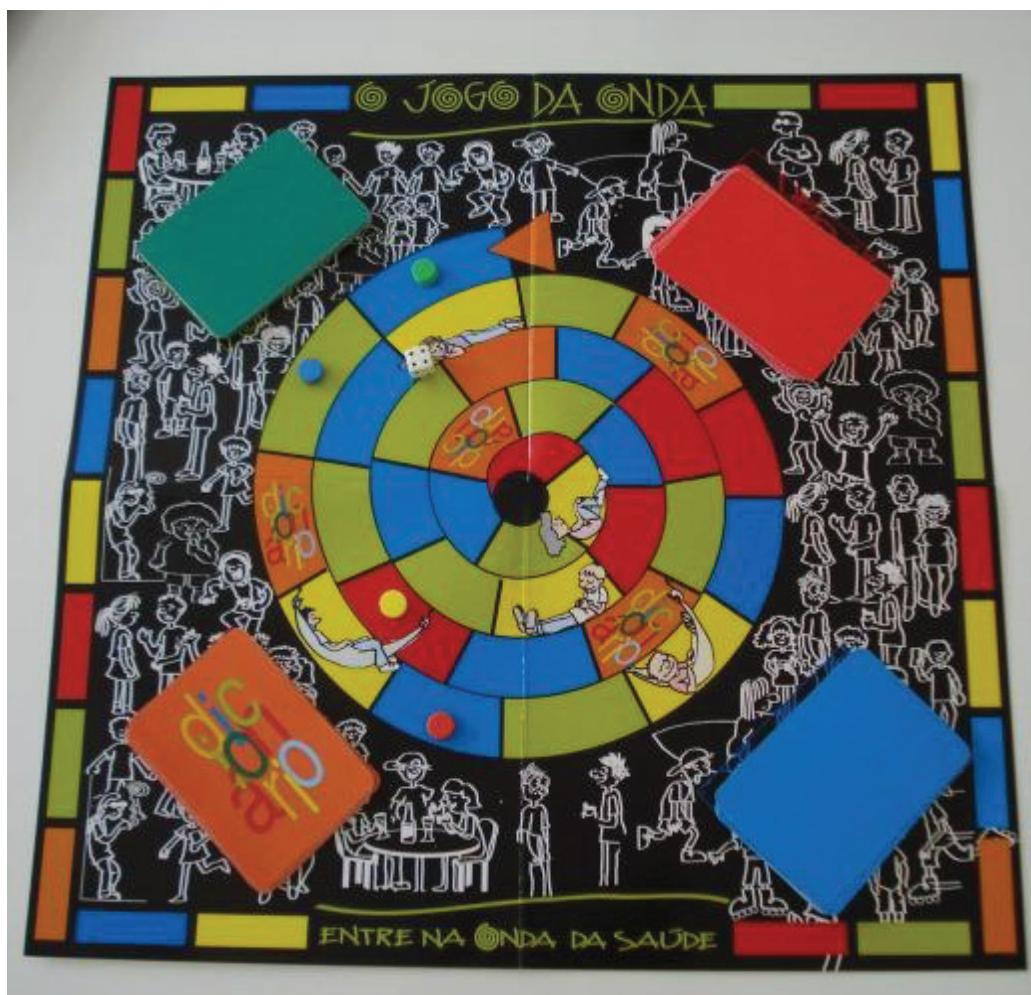


Figura 3: Tabuleiro; *Jogo da Onda*.

Fonte: MONTEIRO & RABELLO, 1998.

Nota: Dados adaptados por ADADE (apud ADADE, 2012)

Uma avaliação feita sobre as qualidades e repercussões do jogo entre estudantes e educadores que *jogaram*, concluiu que este gerou informação, estimulado a reflexão e o diálogo acerca

de situações do cotidiano relacionado às drogas (CORTES, 1999). “A partir de uma abordagem qualitativa, por meio da condução de grupos focais sobre a temática do jogo com estudantes, da observação direta das partidas do jogo e de um questionário aplicado aos participantes antes e depois da partida”; “novos conteúdos foram sugeridos entre eles em relação às drogas lícitas e ilícitas”; “criadas 62 novas cartas (inseridas nos baralhos azul, verde e vermelho) abarcando os temas sugeridos a serem inseridas nas edições futuras” (ADADE, 2012, p. 51).

O Jogo aposta na reflexão, na construção de valores essenciais na construção de um projeto de vida futura e é recomendado para ser usado em casa, com a família, na formação de recursos humanos.

Um estudo recente (ADADE, 2012) analisa as possibilidades de uma ampliação dos temas já tratados, a introdução de novas *cartas*, com vistas à reedição do material que responde à demanda dos jovens por formas de ação educativa que promovam a discussão e interação criativa entre educadores e adolescentes.

ÁREA DE SAÚDE

A HEGEMONIA DOS MODELOS UNICAUSAIS (ANTES DE 1990)

No Brasil, antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo termo saúde entendia-se (oficialmente) o bem-estar físico acompanhado por ausência de doença. Uma idéia de saúde já antiga, tributária da hegemonia do modelo biomédico, este baseado no mecanismo que se desenvolveu a partir das revoluções científica e industrial, entre os séculos XVI e XVIII, foi a condição para o surgimento da medicina científica, em fins do século XVIII (Foucault, 1988a). Esse modelo considerava a doença como um defeito transitório ou permanente de um artefato ou da relação entre artefatos da engrenagem humana. Curar a doença implicava, para esse modo de pensar, no concerto desse equipamento cheio de delicadezas, mas previsível como um relógio.

Ainda que o mecanismo filosófico-científico tenha se tornado uma condição para a medicina moderna, sua disseminação hegemônica apenas se deu graças a uma série de eventos não-científicos que surgem por motivação política e/ou econômica, resultando na organização da educação em saúde e nos equipamentos sanitários, comumente denominado “poder-médico”.

Sobre alguns componentes historicamente marcados do poder-médico podemos citar, por exemplo:

1. Institucionalização da profissão médica pelo Estado moderno,
2. Controle da higiene e da salubridade pública,
3. Controle da população pobre.

Por institucionalização da medicina entenda-se aqui o controle pelo Estado dos programas de ensino e atribuição de diplomas, subordinação da prática médica a um poder administrativo superior, adoção do médico como “administrador” da saúde, etc. Por salubridade pública, entenda-se o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos que permitem a melhor saúde possível para um determinado grupo ou população. É correlativamente a ela que, por exemplo, aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elemen-

tos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde. A higiene pública que surge no séc. XIX como noção essencial da medicina social francesa é a responsável pelo controle político-científico deste meio (FOUCAULT, 1988a:54). Entenda-se, por fim, o controle da população pobre como toda sorte de intervenções – que inclui a verificação de vacinas, o registro de doenças, as ações em locais considerados insalubres – na qual uma espécie de cordão sanitário autoritário é estendido ao interior das cidades entre ricos e pobres: *os pobres encontrando a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grande despesa e os ricos garantindo não serem vítimas de fenômenos epidêmicos originários da classe pobre* (FOUCAULT, 1988a:56).

Pode-se dizer que esse processo foi desigual no tempo e no espaço nas sociedades ocidentais, tornando, da mesma forma, desigual nos Estados a aplicação do modelo mecanicista cartesiano difundido pela ciência e parte constituinte do poder-médico. Aqui aventamos a hipótese de que esse modelo apenas foi universalizado no meio acadêmico ocidental especialmente após a reforma flexneriana (AGUIAR, 2007), ocorrida no ensino médico norte-americano no início do século passado e difundida mundialmente após a Segunda Grande Guerra.

A essência do modelo flexneriano está concentrada nos aspectos curativos, face à valorização que confere ao diagnóstico e à terapêutica, corroborados por vigoroso conhecimento dos processos anatomo-clínicos e fisiopatológicos. Aliados à microbiologia pasteuriana revolucionaram as práticas médicas, numa ruptura essencial com a perspectiva da medicina medieval e que se caracterizou pelo nascimento da anatomo-clínica (FOUCAULT, 1988). Por conseguinte, a hegemonia daquilo que ficou conhecido como poder-médico apenas se solidificou a partir da globalização da reforma de Flexner, contaminando a totalidade das outras disciplinas vinculadas direta ou indiretamente à institucionalização da medicina pelo Estado moderno. Ou seja, o poder-médico não deve ser entendido como o poder *do* médico, enquanto indivíduo, mas principalmente a hegemonia do modelo biomédico, institucionalizado pelo Estado. Este poder médico organizou a racionalidade do ensino, da pesquisa, da assistência à saúde em todos os níveis e em todas as profissões capazes de conexão direta com a medicina (serviço social, psicologia, odontologia, fisioterapia, enfermagem, etc.). Acredita-se que a hegemonia biomédica das práticas da saúde tenha trazido, de um lado, grandes benefícios para a resolutividade da assistência, mas, por outro, também o desenvolvimento da tendência de compreensão reducionista do processo saúde/doença, visto exclusivamente em uma dimensão unicausal (em geral, biológica). Como seria de se esperar, a omissão que o modelo biomédico faz dos processos de individuação e subjetivação (mesmo que se possa dizer que o poder-médico “objetifica”, sendo um dos componentes pré-individuais do processo de individuação contemporâneo) é consistente com as definições de saúde e doença por ele conotadas.

Ainda que, como nos coloca Foucault, a medicina científica tenha nascido como medicina social (1988a), o modelo biomédico pós-reforma flexneriana enfatizou a predominância da assistência médica hospitalocêntrica, curativa e individual e pelo entendimento negativo da saúde, interpretada como um estado físico e mental “ausente de doença¹⁹” (ALMA-ATA, 1978).

19 A Conferência de Alma-Ata enfatiza que *a saúde – estado de completo bem -estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde* (Alma-Ata, 1978: §1).

No Brasil, é do sanitarista Sergio Arouca uma das principais críticas a esse modelo. Arouca elencou aspectos nos quais o modelo flexneriano (ou curativista) mostrou-se ineficiente, dos quais selecionamos:

1 – o “curativismo” centralizado na intervenção terapêutica, descuidada da prevenção da ocorrência, levou ao **encarecimento** da atenção médica e à redução do seu rendimento;

2 – a educação médica voltada para as especialidades, fazendo com que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se a noção de sua totalidade e/ou integralidade, fato que levou ao desaparecimento do **humanismo** médico;

3 – a medicina curativa, realizada dentro de um contexto de interesses puramente **individualistas**, desvinculada dos reais problemas de saúde da população (AROUCA, *apud* CERES-NIA & FREITAS, 2003).

Sem entrar no mérito dessas críticas, tanto a Reforma Sanitária, quanto a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, se apoiaram nas diversas críticas aos efeitos considerados excludentes da organização flexneriana da saúde, sendo sua principal consequência teórica provavelmente a inflexão do que antes caracterizava a idéia de saúde como ausência de doença.

Esse fato, de certa maneira, descentrou a importância dos atos curativos – em geral vinculados às ações da assistência médica, segundo o modelo unicausal das doenças – para a rationalidade dos aparelhos promotores de saúde, tornados interdisciplinares e intersetoriais, tributários de uma complexidade distinta daquela predominantemente “especialística”²⁰. É esse descentramento que explica mais profundamente a opção filosófica do Sistema Único de Saúde em seus princípios e formulações, e justifica os equipamentos e estratégias adotados desde o seu início.

Em que pese os avanços, no âmbito das práticas de saúde, que buscam garantir a coerência entre a concepção ampliada e as ações de saúde, considera-se que predominam, ainda, as concepções de cunho higienista e unicausal, em parte em função de seu forte poder explicativo. Em especial, o conceito de **risco** ganha, nos dias de hoje, uma função explicativa e de arbitragem social que tende a ser naturalizada nas práticas de saúde, que trazem embutida a idéia de que tudo que é considerado como fator ou condição de risco tenha de ser eliminado ou controlado. Como pontuam Bornstein, David e Araújo (2010, p. 95), “os valores positivos associados à saúde, a higidez e a longevidade, parecem ser os mais pujantes da contemporaneidade. Talvez signifiquem a atualização do mito da imortalidade ou, pelo menos, a possibilidade de uma morte retardada, indefinida”.

A noção de risco, cuja origem é longínqua e tem seu nascedouro na Inglaterra vitoriana, é hoje difundida pelas práticas de educação em saúde e pelos meios de comunicação. Costuma trazer, de forma implícita ou explícita, a ideia da culpabilização dos indivíduos pelos seus males presentes ou futuros, demandando, da parte dos profissionais de saúde, uma severa e continuada educação dos prazeres (VALLA, 1993; CASTIEL 1998 *apud* BORNSTEIN et al, 2010). O controle, pelo campo da saúde, sobre o consumo de álcool e drogas, tende a se produzir por esta via, a do controle sanitário sobre as pessoas, configurado no discurso de competência e autoridade científica emitidos pelos profissionais de saúde.

Com base no pensamento de Mitjavila (2002), o risco é uma construção móvel, passível de circulação abrangente em termos de código para os perigos e ameaças que caracterizam a

20 É importante se fazer a ressalva de que nem a Reforma Sanitária nem a Psiquiátrica em nenhum momento preconizaram o fim da medicina científica ou da medicina mental, mas o fim da hegemonia de seus pontos de vista sobre a organização dos serviços públicos de assistência.

vida nas sociedades contemporâneas. Sua relação com o conhecimento tecnocientífico recoloca este conceito como um dispositivo de conhecimento e poder, como instrumento de arbitragem para os problemas sociais. O efeito paradoxal é que, na busca por controlar o risco, conhece-se, cada vez mais, a imprevisibilidade.

Em relação às ações públicas para o acolhimento e cuidado do usuário de álcool (assim como o de outras drogas), algumas particularidades históricas devem ser colocadas anteriormente à própria formulação que no final será aqui apresentada como a estratégia do SUS atual.

CENTROS DE REFERÊNCIA ATENÇÃO/PESQUISA AO USO DE DROGAS

Em relação ao uso compulsivo de álcool e outras drogas, ainda na década de 80, tendo em vista a inadequação do atendimento público ao uso de drogas e dos tratamentos da dependência, foram criados no país Centros de Referência em Atenção e Pesquisas ao Uso de Drogas. Suas ações contemplavam a atenção aos usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, promovendo também pesquisa e ensino, com vistas à produção e difusão do conhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das substâncias psicoativas, articulados com outras instituições representativas da sociedade e em consonância com princípios éticos (CETAD/UFBA)[\[1\]](#). A reflexão sobre o que se tornara o *problema da droga*, até então restrito essencialmente à área biológica e médica, ampliou-se para outras áreas: epidemiologia, filosofia, psicologia, socioantropologia, direito, psicanálise, educação, comunicação de massa, cultura, entre outros aspectos que condicionam a dependência às drogas. O objetivo de erradicação das drogas foi considerado uma meta contrária à própria condição humana. O atendimento psicoterápico não se restringiu mais apenas à eliminação de sintomas, não mais doutrinando os pacientes para que abandonassem determinados padrões de comportamento. Uma série de discursos que tendem a colocar em questão o papel hegemônico do médico (e/ou de qualquer outro proveniente das profissões conexas à medicina) como único produtor da “verdade da doença” (FOUCAULT, 1988) foi se desenvolvendo. Mais do que uma preocupação com comportamentos desviantes, o enfoque principal passou a ser o **ser humano** em sua singularidade e em sua totalidade. O atendimento de tornou multidisciplinar, contando com psiquiatras, clínicos, epidemiologistas, psicólogos, terapeutas familiares, terapeutas ocupacionais, educadores, assistentes sociais. Estabeleceu-se uma parceria com hospitais gerais, criando-se a possibilidade de internação especializada em farmacodependências, coordenada por membros de sua própria equipe (PROAD/São Paulo, 2012)[\[2\]](#).

Esses Centros estabeleceram como normas a demanda espontânea por tratamento, a garantia do anonimato dos usuários e a gratuidade. A partir dos anos 80, até os dias de hoje, estabeleceram como ações básicas o tratamento psicoterápico ambulatorial e clínico, para dependentes de drogas ilícitas, atendendo também casos de alcoolismo quando havia também dependência de alguma droga ilícita. Promoveram cursos de extensão, atualização e especialização, seminários de estudo, gratuitos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas no mundo contemporâneo, como espaços de diálogo entre profissionais de diversas áreas e as equipes multidisciplinares de especialistas, com experiência na área de atenção a usuários de substâncias psicoativas.

O contato entre os vários centros de referência, em diferentes estados do Brasil, assim como o intercâmbio com o Centro Médico Marmottan em Paris/França, dirigido pelo professor

Claude Olievenstein, ampliou as experiências (CRUZ, 2005) e contribuiu para uma melhor estrutura dos serviços de atendimento.

Os Centros de Referência podem ser considerados uma das bases críticas sobre o problema-droga que diagnostica também a “iatrogenia” derivada do hospitalocentrismo. Identificam, tanto nas estruturas diretamente ligadas à psiquiatria como naquelas instituições regidas pela mesma racionalidade de fundo, limitações inerentes ao conceito de “saúde/doença” unicausal – o que favoreceria determinadas relações de poder, em nome das exigências da ordem social e das necessidades terapêuticas curativas, que pediam o isolamento a priori dos usuários de álcool.

É nesse sentido que a instituição hospitalar, asilar ou de grande abrigamento lugares onde aparecem as relações de dominação daquele que exerce seu poder “terapêutico e de “adestramento” sobre um cidadão subitamente tornado sem “direitos”, abandonado à arbitrariedade institucional torna-se o cerne da luta que alia uma série de atores que podemos agrupar como antipsiquiátricos.

Institucionalizar alguém tornou-se, no jargão antipsiquiátrico, em outras palavras, o artifício de anular uma subjetividade até fazê-la o seu contrário, como correlato objetivo de um outro sujeito, sendo este outro, justamente, a própria instituição. Contudo, desinstitucionalizar não significa apenas desospitalizar (AMARANTE *et al*, 1998), mas, principalmente, conjurar tanto os processos quanto os efeitos reducionistas da institucionalização.

As críticas estruturais que são feitas ao modelo que privilegia um sistema centrado em hospitais psiquiátricos por isso se estende a outras instituições que nasceram à sombra de sua racionalidade: as comunidades terapêuticas, as clínicas privadas, e até mesmo os grupos de mútua-ajuda – pois todos em princípio entenderiam a saúde pela simplificação unicausal, e institucionalizariam o sujeito.

O ESPONTANEÍSMO COMUNITÁRIO E O APOIO SOCIAL

Na tradição brasileira, as dificuldades para a implantação de equipamentos resolutivos para usuários de álcool e outras drogas, e a hegemonia ideológica dos pressupostos moralizadores balizados por uma legislação “antidrogas”, favoreceu o desenvolvimento de estruturas de atenção importadas das experiências comunitárias anglo-saxãs: em especial as abordagens dos Alcoólicos Anônimos (Modelo *Minnesota*), e a das chamadas “Comunidades Terapêuticas”, grande parte das quais mantidas por religiosos.

A prática de mútua ajuda baseia-se na perspectiva de que a união de pessoas com vivências aparentadas ajuda-os a lidar com as consequências impostas pela condição da dependência. A atenção e o apoio recíproco são interpretados como uma ação terapêutica suficientemente poderosa para se atingir ao objetivo da perene abstinência. Baseados na mútua ajuda preconizada pelo Modelo *Minnesota*, adotada pelos grupos de AA, não se reduzem a meras trocas de experiências em torno de um problema comum. Cada grupo que se desenvolve possui uma organização autônoma, na qual a história de cada membro é valorizada como um caminho coerente para o outro buscar suas próprias soluções e enfrentar seus desafios. Com o aprofundamento das relações de mútua ajuda, podem acontecer práticas efetivas de cuidado e suporte para a vida dos participantes (REIS, 2012).

Apesar das divergências sobre os ganhos e os limites existentes nessas irmandades, duas formulações podem lançar luz sobre as positividades dessa prática. Uma delas, mais geral, é o

conceito usado por Victor Vincent Valla (1998), de “apoio social”. Apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos sistematicamente por grupos e/ou pessoas que já se conhecem: resultam em benefícios tanto para quem recebe quanto para quem oferece o apoio, possibilitando que ambas tenham o controle e o sentido sobre suas vidas e destinos.

Outra proposição, mais específica, é aquela levantada por Reinarmann (REIS, 2012), para quem tais grupos representam espaços concretos nos quais os indivíduos encontram uma explicação cosmológica relativamente consistente para recompor o sentido de mundo e de pertencimento. Graças a isso de certa maneira tornam-se de novo capazes de aprofundar laços de comunidade, vivenciando e partilhando problemas e experiências comuns, o que leva à diminuição do sentimento de solidão e de impotência diante da vida.

As Comunidades Terapêuticas/CT, baseadas também no método Minnesota, adaptam o modelo de mútua ajuda dos AAs à concepção de Comunidade Terapêutica, criada no pós-guerra pelo psiquiatra inglês Maxwell Jones (JORGE, 1997). Trata-se de uma experiência que tem por função fornecer suporte e tratamento em um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, aos usuários abusivos de substâncias psicoativas. A convivência entre os pares seria o principal instrumento terapêutico tendo por finalidade, promover a reabilitação física e psicológica, bem como de reinserção social.

Para Jones, um dos principais componentes de uma CT reside no envolvimento dos pacientes, seus familiares, profissionais através da participação democrática, quebrando ao máximo as relações de poder verticalizadas próprias das instituições totais. A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à idéia de tratar os grupos como se fossem um “organismo psicológico”. (JONES, 1972), capaz de criar meios de superação de obstáculos através de um relacionamento positivo entre todos.

Esse modelo de CT tornou-se política nacional na Inglaterra a partir do Plano Nacional de Saúde de 1948 e também influenciou em parte o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Já as CT que se desenvolveram no Brasil para usuários de Álcool e outras Drogas, nascem inspiradas no modelo de tratamento norte-americano - o confronto entre a realidade do usuário e as práticas de laborterapia e psicopedagogia, através de dinâmicas e palestras baseadas em aspectos da perspectiva da ajuda mútua. Uma das primeiras instituições a adotar esse modelo no Brasil foi a CT Vila Serena, de São Paulo. Vila Serena trouxe ao país a prática do aconselhamento, onde antigos usuários são capacitados para atuar no tratamento dos abrigados ou residentes da CT (VAISSMAN, M.; RAMÔA, M.; SERRA, S.V, 2008). Contudo, diferente das práticas dos AAs, o aconselhamento possui clara ascendência na hierarquia da CT, sendo este o portador de um drama pessoal que serve de caminho necessário para a recuperação do outro, sendo a identificação com essas vivências pessoais um pré-requisito para a manutenção ou não do usuário no abrigamento.

Essas abordagens permaneceram por muito tempo no âmbito privado das localidades mais pobres, como respostas espontâneas de parcelas da sociedade à urgência exigida pelas consequências do uso prejudicial do álcool e outras drogas. O uso prejudicial encontrava-se sem resposta apropriada do setor público de saúde. A não ser pela internação em hospitais psiquiátricos (públicos ou conveniados), de modelo institucionalizante e lógica unicausal, favorecia-se o fenômeno do *revolving door* (várias reinternações devidas à sequência de recidivas), tendo ainda como único objetivo e *a priori* terapêutico a abstinência total.

Segundo o Relatório da 4^a Inspeção Nacional de Direitos Humanos sobre locais de internação para usuários de drogas, realizado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2011, a maioria das CT brasileiras são iniciativas da sociedade civil, em geral de cunho religioso, com pouca ou nenhuma regulação pública. As relações institucionais são hierarquizadas ao extremo, e o que se entende como “tratamento” é a imperiosa mudança de estilo de vida: a imposição de normas e regras baseadas em preceitos religiosos (ou seja, na adesão religiosa); a ruptura total dos laços afetivos e sociais; o impedimento de qualquer forma de comunicação com o mundo externo (CFP, 2011).

No Brasil, por muitos anos, o único cuidado longitudinal não apenas acessível, mas especialmente aceitável por parte das populações desfavorecidas, se resumiu aos grupos de mútua ajuda e às CT. Esse tipo de tratamento encontrou solo fértil para se desenvolver graças às dificuldades do Estado em cumprir com suas obrigações constitucionais (a partir de 1988 – quando a saúde se torna um direito) de oferecer Saúde integral à população. E também graças à “opção” da sociedade brasileira em se aliar com as determinações de uma política antidrogas, igualmente moral – e por isso belicista e indutora da violência. Essa realidade motivou não apenas o *boom* das CT, mas a sua degradação que vai além da adaptação teórico-prática operada sobre o modelo de Maxwell Jones.

No intuito de fiscalizar o funcionamento das CT, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ANVISA, na sua missão “de proteger e promover a saúde da população, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços”, - estabeleceu o Regulamento Técnico para o seu funcionamento. Esse regulamento foi definido por meio da Resolução Diretora Colegiada de nº 101/2001, publicada em 31 de maio de 2001. O Manual de Orientações sobre as Normas Sanitárias para Comunidades Terapêuticas elaborado pela Diretoria de Vigilância Sanitária /Gerência de Fiscalização de Estabelecimentos de Interesse de Saúde busca a melhoria dos serviços prestados pelas comunidades terapêuticas na tentativa de reduzir agravos à saúde, aos quais a população de usuários abusivos de substâncias psicoativas, em tratamento, está exposta. Estabelece a fiscalização anual e define documentos básicos a serem apresentados para obtenção de Alvará Sanitário de funcionamento das CT a ser renovado anualmente. Define também que o seu responsável técnico deverá ter formação superior na área de saúde registrado no Conselho Regional de classe. Também é prevista a fiscalização cotidiana através de vistorias *in loco*, relatórios, atividades educativas, e supervisão às entidades e aos e aos envolvidos com estas instituições. A autoridade sanitária deve ter livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e toda a documentação pertinente deve estar à disposição, respeitando-se o sigilo e a ética, necessária às avaliações e inspeções. A ANVISA também estabelece como critérios a serem observados: condições de saúde do paciente, capacidade de atendimento da instituição, avaliação da situação social e familiar da pessoa, grau de resistência ao tratamento (adesão) e o grau de resistência à continuidade do tratamento (manutenção), como indicadores importantes para a avaliação do comprometimento psíquico e das chances de sucesso do tratamento. A aceitação dos pacientes nestes serviços deve levar em conta o grau de comprometimento do paciente por causa da dependência (ROEDER, 2004). Mais recentemente, a ANVISA através de Resolução RDC de 30 de junho de 2011, dispõe sobre os requisitos básicos para o funcionamento de instituições (urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas) que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas (ANVISA, 2011).

Em que pese a evidência de violações aos Direitos Humanos detectadas pelo Relatório do Conselho Federal de Psicologia (2011) na maioria das CT da amostra levantada, não se pode deixar de admitir a coerência com a histórica omissão do Estado na fiscalização dessas instituições. O acúmulo de denúncias e a rarefação de respostas – sendo o relatório uma exceção – apontam para a estranha confirmação de que, para os usuários de álcool e outras drogas, a solução moral é amplamente partilhada pela sociedade brasileira mesmo nos dias atuais.

Por outro lado, não se pode deixar de salientar que as soluções, construídas pelas populações (sem a interferência do poder público), são em geral indissociadas da produção de modos minoritários de territorialização. Entende-se aqui por “modo minoritário” não um ponto de vista quantitativo sobre um fenômeno, mas como um conjunto de atores paradoxalmente revolucionários em relação aos modelos hegemônicos que fundam os mitos de homogeneidade sócio-cultural da geopolítica. Para entendê-los um pouco melhor é importante, inicialmente, deixar de se considerar o território como sinônimo da noção de “lugar” ou mesmo de “espaço” e passar a considerá-lo como algo construído a partir de determinadas práticas humanas que incluem as dimensões do saber, do poder e da subjetivação. Tal perspectiva permite entender como se produziram, entre as décadas de 70 e 90, as relações que forjaram uma territorialidade marcada pelas dificuldades materiais, o crescimento do trabalho informal, o desemprego estrutural, a escassez ou ausência de amparo social. Situação essa conjugada a emergência urbana de diversas entidades de apoio social não estatal (sendo o neopentecostalismo apenas uma forma dentre tantas). Tudo isso acontecendo *pari passu* a transformação do Brasil em rota do comércio ilícito de entorpecentes, o conseqüente desenvolvimento de uma “cultura da guerra às drogas”, o aumento dos múltiplos tipos de violência ligados ao tráfico de drogas e armas, etc. Vista por esse ângulo, fica menos obscuro entender a insuficiência de uma crítica que se baseie apenas na acusação de incompetência das soluções “arcaicas” ou no populismo moral do proselitismo conservador das CT. Como sugere Alain Ehrenberg (2003), uma sociedade ao se omitir das responsabilidades que lhe caberia institucionalmente, transfere a seus indivíduos a construção idiossincrática de referenciais materiais e simbólicos para a manutenção da existência. Não seria, portanto, de se estranhar que esses indivíduos demandassem estratégias de auto e mútua ajuda para, de alguma maneira, conter o esgarçamento cada vez mais insuportável do liame comunitário. Isso explica a facilidade com que se disseminaram tanto os grupos chamados de “auto-ajuda”, baseados no Modelo Minnesota, com características leigas e voluntárias, onde indivíduos da própria comunidade atuam uns sobre os outros na recuperação e reinserção social de dependentes químicos; e algumas Comunidades Terapêuticas, que ofertam “tratamentos morais” e também leigos (não científicos), com longas internações e sem projeto terapêutico evidente além da conversão religiosa e da exigência de abstinência total como objeto moral. Embora tais “modelos” sejam realmente “institucionalizantes”, particularistas e morais, possuem em geral, um legítimo comprometimento com a territorialidade grupal em risco. Isso porque, sobretudo ofertam – mais do que técnicas de recuperação para “viciados” – aquilo que Victor Vincent Valla (1998) chama de “apoio social”, que não pode ser simplesmente confundido com o assistencialismo populista.

Essas considerações ajudam a entender como e porque essas instituições se desenvolveram e se tornaram poderosos braços do proselitismo conservador no seio das populações menos abastadas.

LEI ORGÂNICA DA SAÚDE (PÓS 1990)

Com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de n.º 8.080 e 8.142, em 1990, o Brasil passa a ter como Política de Saúde de Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS). Resultado direto do consenso conquistado pela **VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986** é, ao mesmo tempo, uma formulação organizacional para o ordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 (Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde;).

O SUS se constrói a partir de uma grande mobilização social e política de caráter libertário, entre as décadas de 70 e 90 do século passado, e incorporou a preocupação com o respeito às diferenças, como componente das estratégias de intervenção do Setor de Saúde sobre os indivíduos e as populações. Disso resultou o esforço para a implantação desse sistema que tem por princípios a universalidade, a eqüidade e a integralidade, tendo ainda como diretrizes de organização a descentralização e a participação da sociedade. Nesse contexto desenvolveu-se, por notável influência do modelo sanitário canadense (CZERESNIA & FREITAS, 2003), a idéia de saúde como *qualidade de vida*. Essa definição de saúde implicou ampliação da perspectiva sobre o processo saúde-doença para além dos enfoques unicausais, e a consequente reorientação das políticas públicas do setor em suas estratégias de incorporação de questões sociais, econômicas e ambientais. Essa visão do processo saúde-doença acabou por reconhecer que os equipamentos da rede pública, caracterizados por estruturas medicalizadas, responsivas primordialmente às demandas espontâneas da população, além de obedecerem a uma organização setorialmente isolada, não conseguiam enfrentar os múltiplos determinantes das condições de saúde. Ênfase maior passou a ser conferida às ações locais, mais próximas da realidade efetivamente vivida pelos indivíduos. Ao mesmo tempo, percebeu-se a necessidade de se organizar serviços mais dinâmicos e porosos às múltiplas demandas comunitárias, que não são com facilidades respondidas, apenas, com ações puramente curativas ou preventivas. Tornou-se por isso uma questão a definir, nos diferentes ambientes sociais e culturais, como as pessoas entendem as causas do adoecimento e como, efetivamente, se comportam em relação aos tratamentos possíveis e disponíveis em seu meio. E, mais importante, criou-se a expectativa de que essa comunidade, atuando de forma co-responsável, ao mesmo tempo fosse capaz de interferir a ponto de re-inventar os dispositivos para esses tratamentos e cuidados, no horizonte da promoção social da qualidade de vida.

Ao definir a saúde a partir de seus princípios e doutrinas, o SUS colocou a promoção social da qualidade de vida como a perspectiva estruturante dos seus dispositivos de ação (conforme o princípio da integralidade e o conceito de saúde como qualidade de vida). Essa inflexão em relação ao modelo anterior bipartido entre o “preventivismo” e o “curativismo”, fez emergir um plano de ações de cunho político-social, capazes de produzir efeitos diferenciais tanto na prevenção quanto na estrita “recuperação” ou “cura”. Isso significa que, em termos de parâmetros para as ações, não bastaria, para essa perspectiva, estar livre de doença para se ter saúde; saúde aqui cujo conceito deixa de ser expresso apenas pela assistência puramente médica.

Por outro lado essa inflexão não significou o fim – como já foi dito – daquilo que acima caracterizamos como poder-médico. Segundo Castiel & Diaz (2007), a ubiqüidade dessa saúde promocional escapa das dimensões da medicina, da fisiologia e da epidemiologia para fazerem emergir discursos normativos sobre moral e bons costumes. *E também é portadora de concepções biopolíticas da subjetividade somática que erige o corpo em sua maleabilidade automanipulável como matriz de identidade* (2007:26). Promovendo estratégias de intervenção microfísicas na

coletividade, a promoção social da qualidade de vida acaba por incidir sobre processos de individuação e subjetivação, o que inclui as condições políticas, econômicas, sociais e afetivas de estar no mundo.

O SUS estabeleceu como princípios:

Universalidade: garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão. Com a universalidade, o indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como aqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal.

Eqüidade - assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

Integralidade - reconhecimento na prática dos serviços de que entendem que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartmentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral; o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a **promover, proteger e recuperar sua saúde**.

Quanto à Reforma Psiquiátrica, apesar de sua especificidade, de modo geral está de acordo – como não poderia deixar de ser – com os referenciais teóricos da Reforma Sanitária e da Lei do SUS²¹. Propõe “desconstruir” o modelo assistencial anterior, baseado no entendimento biomédico dos transtornos mentais, e construir um novo estatuto social para o portador de “sofrimento psíquico”, incluindo-o como ator de sua própria inserção na *cultura cívica* da sociedade (LABRA & VASCONCELOS, 2002). A reforma não pretende acabar com o tratamento clínico e muito menos com a psiquiatria, mas, sim, eliminar os efeitos deletérios da prática de “institucionalização do sujeito” como “efeito colateral” no lidar com a loucura. Sobre esse ponto, já citado acima, cumpre-se maior esclarecimento sobre em que sentido a Reforma Psiquiátrica entende a desinstitucionalização.

O conceito de desinstitucionalização diz respeito, segundo a psiquiatria democrática italiana, principal influência da reforma brasileira, na construção co-responsável de projetos

21 A Lei Federal 10.216 (Brasil, 2002), sancionada em 06 de abril de 2001, constitui a Política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas. Sobre ela e a correspondência mantida com a Reforma Sanitária, pode-se dizer que:

1. seus pressupostos são coerentes com a idéia de que a saúde não se reduz à ausência de doença (analogamente, a reforma psiquiátrica utiliza a “epoché basagliana”, colocando a doença entre parêntesis – com o objetivo de fazer emergir em meio ao reducionismo dos sinais e sintomas nosológicos, a “territorialidade” que caracteriza o sujeito como indivíduo singular);
2. a doença (mental) entre parêntesis conduz à necessidade de se construir formas mais complexas de se lidar com o sofrimento psíquico (atenção psicossocial, com base territorial, substitutivo ao modelo “manicomial”);
3. essas ações complexas se traduzem, resumidamente, nos vários dispositivos que compõem um serviço territorial de Saúde Mental – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Clubes de Convivência e de Lazer Assistidos, Cooperativas de Trabalho Protegido, Oficinas de Geração de Renda e Residências Terapêuticas etc.;
4. há analogia e coerência entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e a idéia de saúde como qualidade de vida adotada pelo SUS.

que aumentem a qualidade de vida, entendendo assim a terapia também como uma potencialização das estratégias e práticas de emancipação do indivíduo. Dessa maneira, desinstitucionalizar, no caso específico do usuário de álcool, não se reduz a desospitalizar, mas em toda uma gama complexa interdisciplinar e intersetorial de ações. A prática da internação, se não é abolida, é restrita e apenas suporte para o tratamento em situações eventuais. Por isso, as políticas públicas para álcool e outras drogas no âmbito da Saúde preconizam a construção de estruturas de Saúde Mental que substituam a antiga centralidade dada às internações e abrigamentos.

A Lei Federal 10.216, sancionada em 6/4/2001, constitui as diretrizes para as políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas (política pública de Estado). Diante das diretrizes pactuadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001, o Ministério da Saúde publicou em 2002 a Portaria GM 336, que atualiza e amplia a Portaria SNAS 224 de 29 de janeiro de 1992 que implementou os Centros de Atenção Psicossociais/CAPS. Com a Portaria 336 são criados os CAPS-AD e CAPS-i, assim como três modalidades de CAPS (I, II e III) que se diferenciam pelo porte/complexidade e abrangência populacional. O CAPS torna-se o responsável pela ordenação da rede no âmbito do seu território.

A diretriz da política aponta, portanto, para universalidade do acesso da população em toda a rede de atenção psicossocial. O caráter universal da política garante o acesso dos pacientes onde quer que eles cheguem.

A universalidade do acesso de usuários de álcool e outras drogas, independentemente da presença de comorbidade, é garantida também pela Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011. Essa Portaria institui a Rede de Atenção Psicossocial, de atendimento das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). No artigo que trata da atenção psicossocial especializada, fica definido que todas as modalidades de CAPS existentes (incluindo o CAPS-AD III criado pela Portaria 2841 de 20 de setembro de 2010 e redefinido pela Portaria GM 130, de 26 de janeiro de 2012) devem realizar acolhimento a pessoas usuárias de álcool, *crack* e outras drogas.

Os serviços para usuários de álcool e outras drogas possuem atualmente a seguinte tipologia:

“I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com

população acima de setenta mil habitantes; são serviços extra-hospitalares de atenção diária, que têm equipe multiprofissional – psicólogo, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional, clínico geral, enfermeiro, entre outros. Observação: Os CAPS AD são também considerados ordenadores da rede de atenção para casos que requerem intensividade e semi-intensividade, estratégicos não apenas para o tratamento de longa duração, como para a organização dos fluxos de encaminhamentos destes casos para toda a rede de saúde e rede intersetorial de apoio. Dependendo da situação, podem ser expressivos para a resolubilidade das crises de baixa ou moderada gravidade.

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes.

VI - CAPSi: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes" (Portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011)

Os CAPS fazem rede intra-setorial específica com Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, Hospitais-Dia, Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, entre outros. Fazem rede intra-setorial inespecífica com os demais equipamentos da saúde pública, notadamente os da atenção primária, como as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Família (NASF).

Fazem parte da rede específica (que são equipamentos de saúde complementares ao tratamento destinado a dependentes químicos):

I - Unidades de Acolhimento/UA (PORTARIA Nº 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012)

Trata-se de local protegido que possui uma posição estratégica no tratamento, diminuindo as demandas por internação (seja em hospitais psiquiátricos, ou em comunidades terapêuticas, ou outros serviços asilares de baixa resolubilidade). Esse tipo de serviço se justifica pelas características próprias das consequências do uso prejudicial de álcool e outras drogas, como as constantes recidivas, o uso compulsivo, a intolerância intra-familiar (incluindo violência doméstica), rede de apoio social inexistente ou de baixo impacto, envolvimento com o tráfico, enfim, as dificuldades para transpor os chamados "dificultadores para o tratamento". Destinam-se a dar suporte para aqueles com dificuldades no restabelecimento de vínculos sociais ou familiares, importantes para o desenvolvimento do auto-cuidado. O objetivo, além da proteção, é manter o paciente vinculado ao seu *projeto terapêutico territorializado* (em coerência com a Lei do SUS), estabelecendo as condições de possibilidade para as ações intensivas de *promoção da saúde como qualidade de vida* (serviços interligados aos CAPS ad).

Acolhimento, proteção, tratamento e ações de reinserção social e familiar para crianças e adolescentes com alto grau de vulnerabilidade e usuárias de drogas. Unidade estratégica, responsável em tese pelo agenciamento coletivo contra o "abandono" (incluindo ações integradas com justiça, promotoria, serviço social, cultura, esporte e lazer, educação, etc), ou seja, destinada a analisar as causas da situação de vulnerabilidade e suas consequências, como o uso de drogas, prostituição, violência. São serviços que estão sempre interligados aos CAPS AD e/ou CAPSi,

obedecendo ao Projeto Terapêutico Singular (PTS) desenhado por essas equipes, de acordo com o diagnóstico situacional caso-a-caso.

III - Consultórios na Rua (eCR)

São unidades de cuidado volante para a população usuária de álcool, *crack* e outras drogas, em situação de rua.

Segundo a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, as eCR desempenham suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)**, dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário.

IV - Leitos em Hospital Geral (PORTARIA Nº 148, DE 31 DE JANEIRO DE 2012).

A necessidade da oferta de leitos de curta permanência é estratégica, não apenas para a rede de atenção psicossocial, mas especialmente para as emergências superlotadas dos hospitais gerais. Sabe-se que há alta prevalência de pacientes que são internados em hospitais gerais com complicações clínicas decorrentes a transtornos primariamente relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Sem dúvida um melhor e mais precoce diagnóstico etiológico, capaz de associar os comprometimentos clínicos ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, diminuiria em muito o afluxo recorrente (*revolving door*) de pacientes aos hospitais gerais, além de melhor qualificar os encaminhamentos para os serviços extra-hospitalares apropriados.

Os CAPS AD constam do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob a mesma rubrica que os demais CAPS, não permitindo a obtenção do dado específico. O número de CAPS cadastrados no SUS brasileiro, por Região de implantação, evidencia a dificuldade no acesso à rede de cuidados por parte da população das Regiões Norte e Nordeste, quando comparado às Regiões Sudeste e Sul. Nas duas primeiras, o aumento no número de unidades tem sido proporcionalmente maior que nas últimas, como forma de buscar diminuir as desigualdades regionais. Os dados referem-se ao mês de abril de cada ano.

Tabela 12
CAPS cadastrados no Brasil, 2008 a 2012

Região	2008	2009	2010	2011	2012
Região Norte	66	74	85	107	121
Região Nordeste	483	541	606	657	714
Região Sudeste	537	551	598	648	699
Região Sul	259	285	309	325	344
Região Centro-Oeste	83	84	91	106	111
TOTAL	1.428	1.535	1.689	1.843	1.989

Fonte: DATASUS/MS, 2012

A Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde disponibiliza, ainda, uma rede de leitos hospitalares, distribuídos em hospitais gerais, emergências e serviços hospitalares de referência para álcool e drogas. São articulados em rede, mas podem estar associados aos leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando existirem. Segundo o Ministério, “esses leitos devem ofertar o acolhimento integral ao paciente em crise e devem estar articulados com outros dispositivos de referência para o paciente, e a tendência é que essa rede de leitos de atenção integral se expanda e substitua a internação em hospitais psiquiátricos convencionais.” Esta é uma perspectiva otimista, que não necessariamente expressa a realidade dos municípios, que é muito variável no que se refere à oferta de dispositivos em saúde mental.

Há ainda que mencionar um debate recente em torno da hospitalização compulsória de usuários de drogas, em função da questão do crack que se insere, a partir de 2010, como agenda prioritária no campo das políticas de saúde mental. Alguns municípios, como São Paulo e Rio de Janeiro, desenharam programas baseados em ações de recolhimento e hospitalização compulsórios de usuários de crack, em especial o grupo que vive nas ruas. Essas ações se estendem a moradores de rua e ocasionais usuários de quaisquer drogas incluídos os dependentes de bebidas alcoólicas, trabalhadores informais, entre outros. Tal iniciativa tem despertado os movimentos de defesa dos direitos humanos, pelo retrocesso que este tipo de política representa no conjunto de ações de um sistema de saúde de caráter universalista e participativo.

A REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS COMO POLÍTICA

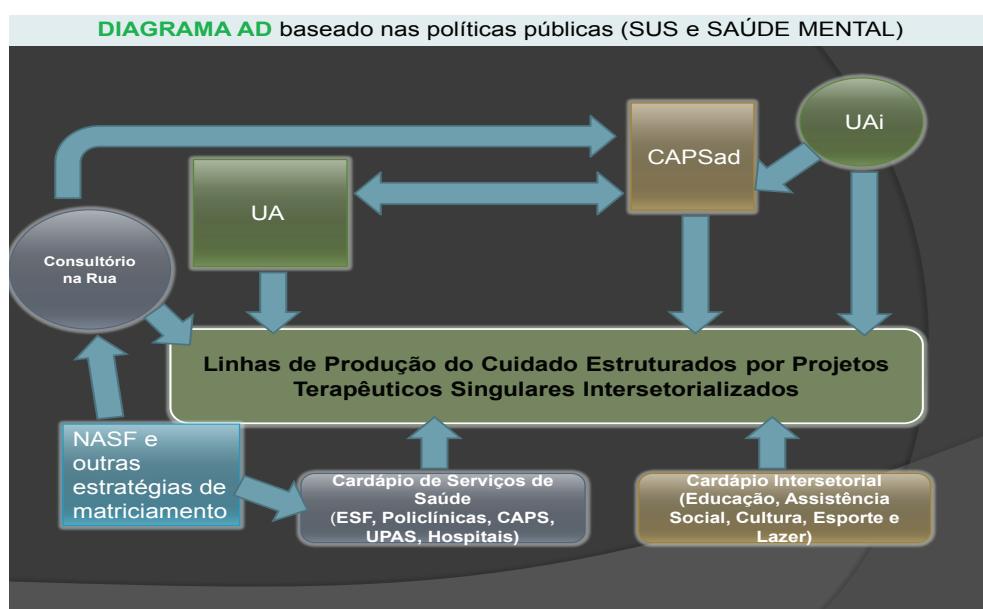


Figura 4 - Elaboração de Sergio Alarcon, para este Relatório, 2012.

A realidade contemporânea não deixa, contudo, de colocar elementos problemáticos na maneira como a Saúde tem sido pensada, especialmente no interesse dos usuários de álcool e outras drogas. O uso de álcool (assim como o de outras drogas) se insere num contexto cultural, extremamente complexo, envolvendo uma série de situações-problema que não podem ser simplificadas no afã de resolvê-las.

As políticas públicas existentes para esses usuários correspondem à indicação dada pela própria sociedade da necessidade de ações ampliadas, para onde devem convergir diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Assim, as diretrizes, ações e metas na constituição de políticas para o Ministério da Saúde têm certamente como horizonte uma perspectiva problematizadora. Dela resulta a incorporação, sob os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da lógica ampliada da redução de danos, as ações e equipamentos inspirados nas Comunidades Terapêuticas, grupos de mútua ajuda e as práticas dos Redutores de Danos (através, por exemplo, das Unidades de Acolhimento e também, em certa medida, dos Consultórios na Rua), permitindo assim a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso prejudicial de álcool outras drogas de modo complexo, interdisciplinar e intersetorial. Há então como resultado um projeto diversificado em ofertas terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras da saúde. Resta o investimento prioritário em sua implantação pelo país.

CONCLUSÃO

As políticas sobre drogas, a partir do século XX, diferenciaram de forma arbitrária as drogas em ilícitas e lícitas, privilegiando as primeiras na tentativa de sua erradicação. Ao álcool – usos e danos – restou um cuidado secundário.

Usos, costumes e eventuais danos se modificaram ao longo do tempo, mas as substâncias psicoativas continuam fazendo parte da vida dos povos, em todos os países e em todos os tempos. A aceitação cultural do uso das bebidas alcoólicas foi sendo construída ao longo dos séculos e, em alguns momentos, sendo negada. Formas de controle, individuais e coletivas, são claramente possíveis, ainda que insuficientemente verificadas nas pesquisas acadêmicas. A produção cultural brasileira é cheia de exemplos relacionados às bebidas alcoólicas nas áreas de literatura, música, poesia, assim como no humor e nas histórias em quadrinhos, mostrando essa possibilidade vivida sem constrangimentos. Mas conflitos políticos, sociais e econômicos foram conformando um contexto no qual os discursos sobre as drogas se constroem, ora açãoando estigmas e preconceitos, ora afirmado a possibilidade de uma convivência não danosa com as drogas.

No plano da produção de conhecimento, cabe ressaltar a importância dos levantamentos nacionais sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de ensino em 27 capitais brasileiras realizados, desde 1986 a 2010, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas CEBRID/UNIFESP. Também teve um papel esclarecedor o I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira, ampliando o conhecimento, realizado em 2007 (LARANJEIRA/SENAD). Um terceiro estudo, *Drogas nas Escolas*/UNESCO, analisa o quadro do consumo de drogas entre crianças e jovens do ensino fundamental e médio em 14 capitais brasileiras, sugerindo a alternativa de uma mudança na cultura escolar, a criação de escolas protegidas e a atenção integral aos alunos. Partindo da experiência dos jovens, dos pais e educadores sobre usos e problemas relacionados ao consumo de drogas, esses estudos trazem dados objetivos vividos pela população brasileira, sugerindo alternativas inclusivas de lidar com a questão, na contramão de estigmas e preconceitos que reforçam a política tradicional repressiva. Os vários estudos consultados na presente pesquisa evidenciam ser o álcool a droga mais consumida no país. Em relação à média de consumo do álcool *per capita*, as informações variam. Alguns autores sugerem que estamos dentro da média mundial de consumo médio (WHO/GISAH, 2012); outros ainda nosso consumo médio seria o triplo da média mundial (LARANJEIRA, 2007). Entretanto, é ainda a OMS que alerta que o conhecimento sobre a média de uso inclui uma grande diversidade de fontes de informação, daí a necessidade desses dados não poderem ser considerados isoladamente. Os estudos quantitativos sugerem também que no Brasil, experimentamos muito, mas dependemos pouco (série de estudos do CEBRID), ou seja, essa droga não parece ser o problema número um da sociedade brasileira. Assim, essas pesquisas contribuem com sua objetividade para esclarecer nossa razão *entorpecida* pela legislação antidrogas que foi transformada em *Política de Governo*, a partir de acordos firmados entre altos governantes em convenções internacionais e concretizada na Política

Antidrogas. A partir daí, criou-se o cenário metafórico de uma “guerra nas estrelas”, evocadora de duvidosas epidemias de consumo de drogas ilícitas. Essas drogas foram consideradas o principal e suposto inimigo público, justificando a repressão sem medida e sua erradicação. Contradictoriamente, relegou a um papel secundário o álcool – droga, esta sim, que deveria ser objeto de maior cuidado.

Estudos qualitativos, em especial os que tratam da história do consumo do álcool, recuperam a memória de usos e costumes que, no passado, ajudaram a construir mecanismos de controle individuais e coletivos como forma de proteção e redução de danos. Tais danos, diga-se de passagem, não eram objeto de julgamentos e preconceitos, sendo ao contrário objeto de cuidados, da promoção e garantia da integração e reintegração social. Esses estudos sugerem que precisamos criar novos mecanismos de proteção, em acordo com o nosso tempo. Sugerem a urgência de pensarmos, por um lado, a possibilidade de sermos sujeitos da nossa história - de *beber pouco e bem* - e, por outro, a necessidade de questionarmos o consumismo, como prática substitutiva da cidadania. A desmedida do consumo traduz-se, no que se refere ao álcool, no dito beber *binge* - “uso pesado episódico do álcool”. Freqüente entre os adolescentes, esse é um comportamento de risco que responde plenamente ao tão difundido modelo de “cidadania de mercado” – *consumo, logo existo*, sem a consciência crítica do que fazemos a nós mesmos e ao outro.

Chama a atenção o programa atual de combate ao *crack* no Brasil, parte da política de segurança pública que promove a remoção e fomenta o abrigamento e a internação compulsória de populações pobres e marginalizadas, incluídos os dependentes do álcool. O programa tem se limitado a uma ação policial de *limpeza das ruas*, não havendo previsão de uma segunda fase de integração social²². Quando removidas, essas populações são enviadas a abrigos, com estrutura precária sendo recorrente a volta às ruas, na ausência de um projeto efetivo de integração social, um projeto de futuro. Segundo alguns autores “a operação não esconderia seu caráter higienista de perseguição aos indesejáveis e converge para o controle dos espaços públicos urbanos e caminham lado a lado com projetos de reurbanização e regularização fundiária” (MACHADO BRITO, 2012).

A Política Antidrogas se distancia da realidade de consumo no país. Sua prática é incoerente com a da Política Pública de Saúde sobre o álcool e outras drogas, proposta desde 2004. Promover saúde significa agir conjuntamente com o próprio usuário e seus familiares para a construção do bem estar global do indivíduo, problematizando suas condições políticas, econômicas, sociais e afetivas de estar no mundo. O objetivo desse estudo foi o de contribuir no sentido da construção de uma *Política Pública* sobre o álcool e outras drogas, aqui entendida como o resultado de uma ação reflexiva de toda a sociedade.

22 Segundo documento oficial enviado à Guarda Civil Metropolitana pela Secretaria Municipal de Segurança de São Paulo, citado por Juliana Machado Brito, *Guerra as drogas e territórios em disputa* In Le Monde Diplomatique, março 2012, p. 14.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEAD/Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas. **Cai número de internações por uso de drogas em janeiro.** 2010. Disponível em: <http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php>. Acesso em 01 de junho de 2012.
- ABRAMOVAY, M. & CASTRO, M. G. **Drogas nas Escolas, Brasil.** UNESCO, Rede Pitágoras, 2005.
- ACNIELSEN. 2006. O Mercado de Bebidas em Cena. Disponível em: www.acnielsen.com.br Acesso em 12/06/12.
- ACSELRAD, G. A. Educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas In ACSELRAD, G. (Org.) **Avessos do prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, pp. 183-212.
- ACSELRAD, G. **Os discursos preventivos sobre o uso de drogas.** 1989. 152p. (Dissertação de Mestrado) - IESAE/FGV, Rio de Janeiro.
- ADADE, M. **A visão de estudantes sobre drogas:** subsídios para ações educativas orientadas pela Redução de Danos. 2012. 191p. (Dissertação de Mestrado) - Departamento Biociências e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- AGUIAR, R. A. T. DE A. **Construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil.** 2007. 166p. (Dissertação de Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- ALARCON, S. Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso In ALARCON, S. & JORGE, M. A. S. (Orgs.) **Álcool e outras drogas:** diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- ALMA-ATA, Declaração de. Organização Mundial de Saúde. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. URSS, 6-12 de setembro de 1978.
- ALMEIDA, M. M.; OLIVEIRA, M. A.; PINHO, P. H. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes? Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700016&lng=en&nrm=iso. Acesso em 01 de junho de 2012.
- ALMEIDA, M. M. de. *et al.* **A adesão de adolescentes ao tratamento para o uso de álcool e outras drogas:** um bicho de sete cabeças. 2010. 358p. (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- ALMEIDA, P. R. 2009. Sobre políticas de governo e políticas de Estado: distinções necessárias. Instituto Millenium, 13 de agosto de 2009 (Disponível em <http://www.imil.org.br/artigos/sobre-politicas-de-governo-e-politicas-de-estado-distincoes-necessarias/>; acesso em 05 de junho de 2012)

ÁLVARES DE AZEVEDO, M. A. Macário. In BUENO, A. (Org.) **ÁLVARES DE AZEVEDO, Obra Completa.** Rio de Janeiro: Ed. Nova Aguilar, 2000.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso . Acesso em 29 de maio de 2012.

ALZUGUIR, F. DE C. V. **Moralidade, vergonha e doença:** a carreira moral de homens e mulheres alcoólatras. 2010. 120p. (Tese de Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

AMADO, J. **Jubia**. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1935.

AMADO, J. **A morte e a morte de Quincas Berro D'Água**, Salvador: Ed. Civilização Brasileira, 1961.

AMADO, J. **Dona Flor e seus Dois Maridos**. Salvador: Ed. Civilização Brasileira, 1966.

AMARAL DIAS. C. **O que se Mexe a Parar:** estudos sobre a droga. Coimbra: Ed. Afrontamento, 1979.

AMARAL, R. A. do. **Prevenção do dirigir sob efeito de álcool entre estudantes de medicina.** 2010. 184p. (Tese De Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

AMARANTE, P. (Org.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMATO, T.C. *et al.* Crenças e comportamentos sobre práticas de prevenção ao uso de álcool entre pacientes da atenção primária a saúde. Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, RJ, ANO 8, N. 3, P. 744 758, 2º semestre 2008. ISSN: 2808-4281. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/pdf/v8n3a13.pdf> . Acesso em 27 de maio de 2012.

ANCHIETA, J. **Auto representado na Festa de São Lourenço.** Serviço Nacional de Teatro, Ministério da Educação e Cultura, Rio de Janeiro, 1973.

ANDRADE, A.G. I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD/ GREA/IPQ-HC/FMUSP, 2010, 284p.

ANDRADE, M. de. **Nós e o Natal.** Rio de Janeiro: Ed. Artes Gráficas Gomes de Souza, 1964.

ANDRADE, O. **Poesias Reunidas.** São Paulo: Ed. DIFEL, 1966.

ANDRADE. T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol.16, nº12, dez. 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300015> . Acesso em 27 de maio de 2012.

ANDRADE. T. M. Princípios e Perspectivas da Redução de Danos entre Usuários de Drogas no Brasil. Álcool e Drogas. Revista da ABEAD, 1(1-2), pp. 51-58, 1998.

ANVISA. Resolução RDC de 30 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/anvisa/108617-29.html> . Acesso em 15 de maio de 2012.

ARATANGY, L. **Doces venenos, conversas e desconversas sobre as drogas.** 9^a edição, São Paulo: Ed. Olho D'Água, 1988.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas.** São Paulo: Leya, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BEBIDAS - ABRABE. 2012. Associação Brasileira dos Fabricantes de Motocicletas, Ciclomotores, motonetas e Similares – ABRACICLO. Dados do Setor, 2012 [on line] acessível em <http://www.abraciclo.com.br/> acesso em 07 maio 2012.

Associação Brasileira dos Fabricantes de Motocicletas, Ciclomotores, motonetas e Similares – ABRACICLO. Dados do Setor, 2012 [on line] acessível em <http://www.abraciclo.com.br/> acesso em 07 maio 2012.

BARBOSA, L. C. **O Fundo de Poço Pode se Transformar em Fundo de Posso:** trabalho com um grupo de mulheres alcoolistas sob a perspectiva de redução de dano. 2008. 139p. (Tese de Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BARROS, M. B, BOTEGA, N. J., DALGALARONDO, P. *et al.* Prevalence of alcohol abuse and associated factors in a population-based study. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, Aug. 2007. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 16 June 2012. Epub May 29, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000032>.

BARROS, R. P. de. MENDONÇA, R. Trabalho infantil no Brasil: rumo à erradicação. Texto para discussão 1506, IPEA, Brasília, 2010.

BARTH-HAAS GROUP. 2009. News & Reports. **The Barth Report Hops.** Disponível:http://www.barthhaasgroup.com/index.php?option=com_content&task=view&i=28&Itemid=30. Acesso em: 23/05/2012.

BASAGLIA, A. E. **Adictos a drogas em tratamento:** um estudo sobre o funcionamento psíquico de suas mães. 2010. 193p. (Tese de doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

BATISTA, V. M. **Difíceis ganhos fáceis:** drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. 2^a edição. Rio de Janeiro: Ed. Instituto Carioca de Criminologia/Ed. Freitas Bastos, 1998.

BASTOS, F.I. & FONSECA, E.M. Políticas de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira In ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer:** Drogas, AIDS e Direitos Humanos. 2^a edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. pp. 289-310.

BONI, R.B. **Disponibilidade de bebidas alcoólicas e beber e dirigir.** 2011. 150p. (Tese de Doutorado) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BORNSTEIN, V.J.; DAVID, H.M.S.L.; ARAÚJO, J.W.G. 2010. Community health agents: reconstruction of the risk concept at local level. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.

BRASIL (AVISA). Resolução nº 29, de 30 de junho de 2011. Requisitos de segurança para o funcionamento das instituições que prestam serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, Brasília, DF, 2011.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Brasília, DF, 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, Redefinido o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, Brasília, DF, 2012a.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, Diretrizes de organização e funcionamento dos Consultórios na Rua. Brasília, DF. 2012b.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial, Brasília, DF, 2012c.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 3088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. Rede de Atenção Psicossocial para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, Brasília, DF, 2011.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Instituição, no âmbito do sistema único de saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – 24 horas – CAPS ad III, Brasília, DF, 2010.

BRASIL (Ministério da Saúde). Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criação do Comitê Gestor e dá outras providências, Brasília, DF. 2010a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Álcool e outras drogas. Adolescentes e jovens para a educação entre pares Saúde e Prevenção nas Escolas, Brasília, DF, 2010. 59p. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em 25 maio de 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 1.190/GM/MS, de 4 de junho de 2009. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS: diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009-2010. Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS/PEAD 2009-2010. Brasília, DF, 2010.

BRASIL (Ministério da Saúde e da Educação). Orientação sobre os Programas de Saúde na Escola para elaboração de Projetos Locais, Brasília, DF, 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em 24 de maio de 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, DF, 2004. 144p. Disponível em <http://www.saude.gov.br> Acesso em 25 maio de 2012.

BRASIL (Ministério da Saúde). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Textos Básicos de Saúde: 2^a edição revista e ampliada. Brasília, DF, 2004.

BRASIL (Ministério da Saúde). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004a.

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001, Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002a

BRASIL (Ministério da Saúde). Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, normas de funcionamento e composição de equipe, Brasília, DF, 2002b.

BRASIL (Ministério da Saúde). Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL Ministério da Saúde. Anais do Seminário sobre Alcoolismo e Vulnerabilidade às DST/AIDS entre os povos indígenas da Macrorregião sul, sudeste e Mato Grosso do Sul. Série Seminários e Congressos, n.º 4. 2001. Disponível em: <http://www.aids.gov.br> Acesso em 23 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2012. Informações em saúde. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?area=359A1B0C0D0E0F359G3H0I1Jd1L2M0N&VInclude=../site/texto.php> Acesso em 22 de maio de 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO. Orientação sobre os Programas de Saúde na Escola para elaboração de Projetos Locais. Brasília, DF, 2007. Disponível em <http://portal.mec.gov.br> Acesso em 24 de maio de 2012.

BRASIL. LEI 9.294, DE 15 DE JULHO DE 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9294.htm . Acesso em 28 de abril de 2012.

BRASIL. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Presidência da República. SENAD, Brasília, DF, 2009. 364p.

BREWER R. e cols. (2005). Binge Drinking and Violence. Journal of the American Medical Association, August 3, 294 (5):616-619.

BUNNING, E. *et al.* Ministério da Saúde/SAS/Depto. de Ações Programáticas Estratégicas. **Consumo do álcool em países em transição**. Álcool e Redução de Danos, uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, DF: Ed. MS, 2004. p.19-28.

CAETANO, A.F.P. Os Sás em maus lençóis... A Revolta da Cachaça e a Revolta de Beckman nas disputas político-econômica da América Portuguesa (Rio de Janeiro e Estado do Maranhão e Grão Pará, século XVII). Anais do II Encontro Internacional de História Colonial, Natal, setembro de 2008. Disponível em: <http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais>. Acesso em 20 de maio de 2012.

CALLADO. A. **A Revolta da Cachaça** (peça de teatro). Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1983. Escrita em 1959, encenada em 1995.

CAMARANO, A. A. & KANSO, S. Tendências demográficas Mostradas pela PNAD 2007, 2009. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/2009/livro_SituacaoSocialBrasileira_2007.pdf. Acesso em 11 de junho de 2012.

CAMARGO JR., K. R. As armadilhas da “concepção positiva de saúde”. *Physis*, v.17, n 1, pp.63-76, Jan./ Apr. 2007.

CAMPOS, E. A. de. **Alcoolismo, doença e pessoa**: uma etnografia da associação de ex-bebedores alcoólicos anônimos. 2005. 2v. 220p. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, Ciências Sociais, São Carlos.

CAMPOS, E A de; REIS, J G. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo - Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 14, n. 34, set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em 03 de Junho de 2012.

CAMPOS, M. A. Freire e Freud: por uma atitude transitiva na educação sobre drogas In ACSELRAD, G. (org.), **Avessos do prazer**: Drogas, AIDS e Direitos Humanos, Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005, pp. 213-229.

CAMPOS, M. A. M. da R. & SCHOR, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 3, 2008 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> . Acesso em 10 de Junho de 2012.

CARLINI-COTRIM, B. e PINSKY, I. Prevenção ao abuso de drogas na escola: revisão da literatura internacional recente. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo, nº 69, pp. 48-52, 1989.

CARRARA, E. **Metamorfose a'uwe (xavante): o álcool e o devir do sentimento coletivo**. 2010. 195p. (Tese de Doutorado) – Instituto de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, A. M.T. Higiene e Eugenia: brevíssima genealogia da trama discursiva antialcoólica no Brasil. In ALARCON, S. & JORGE, M. A. S. **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

CARVALHO, J. N. N. **Prevenção do abuso de álcool e droga nos jovens**. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica, 1991.

CASCUDO, L. C. **Prelúdio da Cachaça, Etnologia, História e Sociologia da Aguardente no Brasil**. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1986.

CASCUDO, L. C. **História da Alimentação no Brasil**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.

- CASTEL, R., COPPEL, A. Los controles de la toxicomanía. In EHRENBERG, A. (Org.) **Individuos bajo influencia**: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos. Bueno Aires: Nueva Visión, 1994.
- CASTIEL, L. D. & DIAZ, C. A. D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- CASTORIADIS, C. Psicanálise, Pedagogia, Política, discussão das possibilidades/impossibilidades. Revista Lettre Internationale, França, nº 21, pp. 54-57, Verão 1989.
- CASTRO A.C., Ribeiro J. A., Duarte B.C. Gasto social e política macroeconômica: trajetórias e tensões no período 1995-2005. Texto para discussão n. 1324. IPEA, Brasília, 2008.
- CAVALCANTI, F. Relatório de Atividades do Projeto de Monitoramento e Supervisão das Experiências de Consultório de Rua para Populações usuárias de Drogas em 14 Municípios Brasileiros. Aliança de Redução de Danos, Universidade Federal da Bahia/ UFBA, Salvador, 2011.
- CEBRID/UNIFESP/SENAD. VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras. 1^a edição, Brasília, 2010, 503p.
- CEBRID/ Depto. de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina/SENAD. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil. Brasília, 2001, 480 p.
- CEBRID/SENAD. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil, Brasília, 2005, 455 p.
- COHEN, P. The case of the two Dutch drug policy commissions. An exercise in harm reduction 1968-1976. Trabalho apresentado na 5th International Conference on the Reduction of Drug related Harm, 7-11 Março 1994, Addiction Research Foundation, Toronto, 1994, Revisto em 1996.
- COIMBRA, C.M.B. Classes Perigosas: uma pequena genealogia In FERREIRA, G. & FONSECA, P. (Orgs.) **Conversando em casa**. Rio de Janeiro: Ed. 7Letras, 2000. p. 56-65.
- COIMBRA, C.M.B. Direitos Humanos e Criminalização da Pobreza. Trabalho apresentado no I Seminário Internacional de Direitos Humanos, Violência e Pobreza: a situação de crianças e adolescentes na América Latina hoje. UERJ, outubro de 2006. Disponível em: <http://www.slab.uff.br/textos/texto54.pdf>. Acesso em 12 de abril de 2012.
- COLEN L. e SWINNEN, J. Beer drinking nations: the determination of global beer consumption. Working Paper, No. 79. Nova Iorque: American Association of Wine Economists, 2011.
- CONAD/Conselho Nacional Antidrogas. 2005. Política Nacional Sobre Drogas, Resolução Nº 3 / GSIPR / CH / CONAD, Brasília, 27/10/2005.
- CONFECOM. 1^a Conferência Nacional De Comunicação – Pelo Fim Da Publicidade De Bebidas Alcoólicas. 2009. Disponível em: <Http://Comunicacao.Pol.Org.Br/Alcool> (acesso em 10 de abril de 2012) . Acesso em 14 de abril de 2012.
- Conselho Federal de Psicologia. Relatório/CFP da 4^a Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília, 2011.

CRUZ. M.S. Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania In ACSELRAD, G. (Org.) **Avessos do prazer**: Drogas, AIDS e Direitos Humanos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. pp. 277-288, 2005.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DALCIN, S.R. **Concepções sobre bebidas alcoólicas de escolares do ensino médio**. 2011. 62p. (Dissertação de Mestrado) - Educação em Ciências, UFSM, Santa Maria-RS. Disponível em <http://w3.ufsm.br/ppgeqv/Docs/Dissertacoes/Saulo.pdf>. Acesso em 14 de abril de 2012.

DALY, H. E. & COBB JR. J. B. **Para el bien común, reorientando la economía hacia la comunidad, el ambiente y un futuro sostenible**. México: Ed. Fondo de Cultura Económica Contemporánea, 1993. pp. 85-94.

DELAHAYE, M.C. Grandeur et décadence de la Féee Verte. *Revue Histoire, Économie et Société*, França, n. 4, pp.475-489, 1988.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992, pp 219-226.

DELGADO, P. G. Drogas: o desafio da Saúde Pública In ACSELRAD, G. (Org.), **Avessos do Prazer**: Drogas, AIDS e Direitos Humanos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. pp. 165-181.

DE SOUZA M. A Turma da Mônica em uma história que precisa ter fim. Instituto Cultural Mauricio de Souza Produções/SENAD, 1996. Disponível em www.monica.com.br/institut/drogas/pag1.htm. Acesso em 14 de abril de 2012.

DUARTE, P. C. V. Por uma política Estadual sobre álcool e outras drogas. 1ª Conferência Estadual sobre Drogas. Março de 2012. Disponível em: <http://www.abead.com.br/midia/exibMidia/?midia=8669> . Acesso em 02 de abril de 2012.

Uso intenso de álcool e outros comportamentos de risco à saúde entre estudantes universitários da pontifícia universidade católica do Paraná. 2005. 102p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Redução de Danos no ambiente de trabalho. Ministério da Saúde/SAS/Depto. De Ações Programáticas Estratégicas Álcool e Redução de Danos, uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004. pp. 73-84.

EHRENBERG, A. Um mundo de funâmbulos In EHRENBERG, A. (Org.). **Individuos bajo influencia: drogas, alcoholes, medicamentos psicotrópicos**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994.

ELBREDER, M. F. **Gênero e dependência do álcool**: análise de pacientes tratados em ambulatório especializado. 2010. 103p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

ETENE/BNB. **Cachaça e rapadura na área de jurisdição do BNB: produção, tecnologia e mercado**. Fortaleza: ETENE/BNB, 2008.

EWALD, F. Solidariedade, proteção, segurança In CANTO-SPERBER, M. (Org.) **Dicionário de ética e filosofia moral**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2003.

FARIA, J. G. de.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 21, n. 3, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 01 de junho de 2012.

FERREIRA, A., **Cana Caiana**. Recife: Edição do autor, 1939.

FIDELIS DIAS, I. Usos de abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá, In LABATE, B. et al, **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: Ed. EDUFBA, 2008. pp.199-217.

FIGUEIREDO, B. G. O arranjo das drogas nas boticas e farmácias mineiras entre os séculos XVIII e XIX In VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. pp. 141-154.

FONSECA, A. M.; GALDUROZ, J. C. F. TONDOWSKI, C. S. NOTO, A. R. Padrões de violência domiciliar associada ao uso de álcool no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2009, vol.43, n.5, pp. 743-749.

FOUCAULT, M. 1988. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal.

FOUCAULT, M. 1971. **L'Ordre du Discours**. Paris: Gallimard

FRANCO, W. M. Justiça Infanto-Juvenil, situação atual e critérios de aprimoramento, Relatório de Pesquisa. In Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. 2012. Disponível em <http://www.ipea.gov.br>. Acesso em 30 de maio de 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17ª edição. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1987.

GALDURÓZ, J.C. & CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl I), 2004.

GALLASSI, A. D. **Análise do custo social do uso do álcool no Brasil no ano de 2007**. 2010. 2v. 358p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade De São Paulo, São Paulo.

GALLASSI, A. D. et al. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 10 de junho de 2012.

GIFFIN, K., 1994. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10:146-155.

GOFFMAN, E. **Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates**. Penguin: Harmondsworth, 1968.

GOMES, G. M.& MACDOWELL, M.C. Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Textos para discussão, 706. Brasília, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/IPEA, fev. 2000.

GONÇALVES, A.M. & SENA, R.R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n.2, mar./abr. 2001. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>. Acesso em 16 de maio de 2012.

GRUBE, J.W.; WALLACK, L. Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs and intentions among schoolchildren. *American Journal of Public Health*, v. 84, n. 2, p. 254-259, fev. 1994.

GUIMARAES, L.A.M. & GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. *Psicologia & Sociedade*, 19 (1), pp. 45-51, jan/abril 2007.

GUIMARÃES ROSA, J. **Grande sertão**: veredas. 5^a edição, Rio de Janeiro: José Olympio, 1967.

Primeiras Estórias. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1988.

HENMANN, A. & PESSOA JR., O. **Diamba, Sarabamba**: coletânea de estudos sobre a maconha, São Paulo: Ground, 1986.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm Acesso em 12/04/2012.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Pessoas de 10 anos ou mais de idade, total e alfabetizadas por situação de domicílio no Maranhão. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010> Acesso em 12 de abril de 2012.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Domicílios particulares permanentes por classe de rendimento nominal mensal Brasil (em salários mínimos) no Maranhão. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010> Acesso em 1 de abril de 2012.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Domicílios particulares permanentes por classe de rendimento nominal mensal Santa Catarina. (em salários mínimos) no Maranhão. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010> Acesso em 12 de abril de 2012.

IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas, por situação de domicílio no Brasil. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010> Acesso em 12 de abril de 2012.

IBGE. População Residente por Ano segundo Faixa Etária, 2005-2010. 2010. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2002/default.shtm> Acesso em 12 de abril de 2012.

IBGE. Senso demográfico 2010 por faixa etária e sexo. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao> Acesso em 12 de abril de 2012.

IBGE. Indicadores sócio-demográficos urbano e rural por sexo nos estados do Brasil. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>? Acesso em 10 de abril de 2012.

IBGE. Um Panorama da Saúde no Brasil. Acesso e utilização dos serviços, Condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.vooz.com.br/>

noticias/ibge-divulga-hoje-dados-da-pnad-sobre-panorama-da-saude-33485.html Acesso em 14 de maio de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
BRASIL. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 10 de maio de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
na região Centro-Oeste. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 09 de maio de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
na região Nordeste. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 09 de maio de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
na região Norte. 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 04 de abril de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
na região sudeste. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 04 de abril de 2012.

IBGE. Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade
na região sul. 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/default.php?codigo=0&frm=piramide> Acesso em 03 de abril de 2012.

IBGE. Reprovação do Ensino Fundamental no Brasil no ano de 2010. 2010.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao> Acesso em 03 de abril de 2012.

IBGE. Reprovação do Ensino médio no Brasil no ano de 2010. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao> Acesso em 15 de maio de 2012.

ILLICH, I. A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

ILLICH, I. Medicina desumanizada: a obsessão da saúde perfeita. Le Monde Diplomatique, Edição
brasileira ano 1 número 0, dez. 1999. Disponível em <http://diplo.dreamhosters.com/1999-12,a1609.html>, Acesso em 31 de maio de 2012.

INEM, C. & ACSELRAD, G. (Orgs.). **Drogas, uma visão contemporânea.** Rio de Janeiro: Ed Imago, 1993.

IPEA. Políticas Sociais, acompanhamento e análise. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br> Acesso em 03 de abril de 2012.

IPEA. Ministério do Trabalho e Emprego. Mercado de trabalho: conjuntura e análise, v.1, n.0, Brasília, Ano 17, fev 2012

IPEA/ANTP/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Impactos sociais e econômicos dos acidentes de trânsito nas aglomerações urbanas brasileiras: Pesquisa de Custos Médico-Hospitalares. Brasília, 2004. 164f.

IPEA. Impactos dos acidentes de trânsito. Brasília, 2003. <http://www.ipea.gov.br/Destaques/textos/relatorio.pdf> Acesso em 10 de junho de 2012.

JAGUAR. 2001. **Confesso que bebi, memórias de um amnésico alcoólico.** Rio de Janeiro e São Paulo: Ed. Record.

JONES, M. **A Comunidade Terapêutica.** 1972. Petrópolis: Editora Vozes, Petrópolis.

JORGE, M. A. S. **Engenho dentro de casa:** sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental. 1997. (Dissertação de Mestrado) - ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro.

JULIÃO, A.M. Redução de Danos para o álcool In NIEL, M. & DA SILVEIRA, D.X. (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos:** uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD/UNIFESP/ Ministério da Saúde, 2008. pp. 35-42.

JUNQUEIRA, M. A. DE B. **Intervenção breve para os problemas relacionados ao uso do álcool: avaliação de atitudes entre estudantes de enfermagem.** 2010. 157p. (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

KELLY, K. J.; EDWARDS, R.W. Image advertisements for alcohol products: is their appeal associated with adolescents' intention to consume alcohol? *Adolescence*, San Diego, v. 33, n. 129, p. 47-59, 2003.

KORNBLIT, A. L. Actualizaciones sobre prevención de la drogadicción. *Boletin de Investigaciones, Revista Convivir*, Buenos Aires, Ano III, n. 4, 1988.

KOUTOUZIS, M. & PEREZ, P. **Atlas mondial des drogues.** Paris : Presses Universitaires de France, 1996.

LABIAK, V. B. *et al.* Fatores de exposição, experiência no trânsito e envolvimentos anteriores em acidentes de trânsito entre estudantes universitários de cursos na área da saúde, Ponta Grossa, PR, Brasil. *Saúde soc.*, São Paulo, mar. 2008, v. 17, n. 1. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 10 de junho de 2012.

LABRA, M. E.; VASCONCELOS, J. S. A. 2002. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. In: Ciência e Saúde Coletiva, vol. 7, n 3, pp. 537-547. Rio de Janeiro: ABRASCO.

LACERDA, A. L. T. Alcoolismo e trabalho. In GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. **Saúde Mental e Trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. v. 1, pp. 04-12.

LACOSTE, J; PEDRERA-MELGIRE, M.; CHARLES-NICOLAS, A.; BALLON, N. 2010. Cocaïne et alcool: des liaisons dangereuses [Cocaine and alcohol: a risky association]. *Presse Med.* 2010;39(3):291-302.

LARANJEIRA, R.; ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 03 de abril de 2012.

LARANJEIRA *et al.* I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: SENAD, 2007.

- LAZARUS, A. 1995. **Y a-t-il une prévention primaire de la toxicomanie ? In Toxicomanies, SIDA et Droits de l'Homme.** Unesco Paris. Paris : Ed. SOS Drogue International DGLDT, 1995. pp.141-144.
- LEPRE, R. M. **Raciocínio moral e uso abusivo de álcool por adolescentes.** 2005. 190p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho, São Paulo.
- LONDON, J. **Memórias alcoólicas.** São Paulo: Ed. Paulicéia, 1993.
- LOPES, E. Resenhas e analyses, A significação da eugenia e da genética para a hygiene psychica In Archivos Brasileiros de Hygiene Mental. Typ. do Jornal do Comércio. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.147-150, 1931.
- LUIZ, R.C. **Marcadores biológicos do consumo de álcool no sangue de cordão umbilical: diagnóstico precoce da seqüência alcoólica fetal.** 2005. 136p. (Tese de Doutorado) – Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho, Botucatu.
- MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 152p. (Dissertação de mestrado) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- MACHADO BRITO, J. 2012. Guerra as drogas e territórios em disputa. *Le Monde Diplomatique*, março 2012, p. 14.
- MACHADO, R. M. **Transtornos psiquiátricos:** uma abordagem epidemiológica do alcoolismo na região centro oeste de Minas Gerais. 2010. 185p. (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MAGNO GUIMARÃES, C.. Os quilombos, a noite e a aguardente nas Minas coloniais In VENÂNCIO, R.P. & CARNEIRO, H., **Álcool e drogas na história do Brasil.** Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. pp.93-122.
- MANO, P. L. O valor e o papel do álcool na família In Actas do I Congresso Português de Sociologia. **A sociedade portuguesa na viragem do século.** Lisboa: Editorial Fragmentos, 1990. pp. 259-267.
- MAPA. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Sobre a definição de cachaça. Disponível em: www.agricultura.gov.br Acesso em maio de 2012.
- MASSARD, E. & BASTOS, F.I. Políticas de Redução de Danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira In ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**, 2^a edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. pp. 289-310.
- MEDEIROS, M. Fatores de anti-sociabilidade juvenil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil*, Rio de Janeiro, vol. IV, nº 1, pp. 70-83, 1955.
- MEIRA, E.D. **A cachaça morretiana:** uma tradição inventada? Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina de Estágio Supervisionado em Pesquisa Histórica. Departamento de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, 2010.

MELCOP, ANA GLÓRIA TOLEDO. O consumo de álcool e os acidentes de trânsito: pesquisa sobre a associação entre o consumo de álcool e os acidentados de trânsito nas cinco regiões brasileiras / Ana Glória Toledo Melcop, Denise Maria Maia Chagas, Djalma Agripino Filho. — Recife: CCS Gráfica e Editora, 2011

MELCOP, A.G.T. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. Ministério da Saúde/SAS/Depto. De Ações Programáticas Estratégicas Álcool e Redução de Danos, uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ed, MS, 2004. pp.85-102.

MELO, Z.M. *et al.* Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade de Recife. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, pp. 201-208, mai./ago. 2005.

MEZAN ALGRANTI, L. Aguardente de cana e outras aguardentes: por uma história da produção e do consumo de licores na América Portuguesa In VENÂNCIO, R.P. & CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. pp. 71-92.

MINAYO, C.S. & DESLANDES, S.F.. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1), pp. 35-42. Jan/mar 1998. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php> Acesso em 04 de maio de 2012.

MISSE, M. O movimento: a constituição e reprodução das redes do mercado informal ilegal de drogas a varejo no Rio de Janeiro e seus efeitos de violência In BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. (Org.). **Drogas e pós-modernidade 2**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2003.

MITJAVILA, M. 2002. O risco como recurso para a arbitragem social. In: *Tempo Social; Rev. Sociol.* USP, S. Paulo, 14(2): 129-145, outubro de 2002.

MOLL, J. **La pédagogie psychanalytique, origine et histoire**. Paris: Ed. Dunod, 1989.

MONCORVO FILHO, C. A. **Alcoolismo Infantil**. Conferência realizada, em 18 de outubro de 1927, na Liga de Hygiene Mental, publicação do *Departamento da Criança no Brasil*, Rio de Janeiro, Paulo, Pongetti & C, 1928.

MONTEIRO, S. *et al.* Educação, prevenção e drogas: resultados e desobramentos da avaliação de um jogo educativo. In Educ. Soc., Campinas, vol. 24, nº 83, pp. 659-678, ago. 2003. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br> Acesso 9 de junho de 2012.

MONTEIRO, S.; REBELLO, S. **O jogo da onda**: entre na onda da saúde. Rio de Janeiro: LEAS/IOC/ Departamento de Biologia/FIOCRUZ, Edições Consultor, 1998.

MOREIRA JR., S. Regulação da publicidade das bebidas alcoólicas. In: **Textos para discussão 20**. Brasília: Senado Federal, 2005.

MOREIRA, T. C. *et al.* A violência Comunitária e o abuso de Alcool entre adolescentes: comparação entre sexos In Jornal Pediátrico, Porto Alegre, 2008, v. 84, no 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 05 de abril de 2012.

MOSS, E. & DURMAN, S. Alcoolismo na adolescência: intervenção na escola. 2009. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2518-8.pdf> Acesso em 06 de abril de 2012.

MOTA, L.. **Sertão alegre; poesia e linguagem do sertão nordestino.** 2^a edição. Fortaleza: Universidade do Ceará, 1965.

MUSUMECI, B. Alcoólicos anônimos: uma mensagem na garrafa lançada ao mar In INEM, C. & ACSELRAD, G. **Drogas**: uma visão contemporânea. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1993. pp. 261-273.

NAKAGOME, P.T. & SOUSA, R. C. G. O. Protagomismo negro, autoria branca: A Revolta da Cachaça e ARENA CONTA: ZUMBI. Estação Literária Londrina, Vagão-volume 8 parte A, p. 65-76, dez. 2011. Disponível em <http://www.uel.br/pos/letras/EL> Acesso em 05 de maio de 2012.

NASCIMENTO A. C. 2005. Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado. isto é regulação?. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos.

NIEL, M. & DA SILVEIRA, D.X. (Orgs.). **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD/UNIFESP/Ministério da Saúde, 2008.

NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. Rio de Janeiro: Ed. IBESC/UERJ, 1975.

O`HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática In MESQUITA F.; BASTOS, F. I. (Orgs.). **Drogas e Aids**: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIEVENSTEIN, C. **A Droga**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1984.

OLIVEIRA, A. R. *et al.* **Sistema agroindustrial da cachaça e potencialidades de expansão das exportações**. SENAI, 2004. Disponível em: <http://site.sc.senai.br/tecnologia/cachaca/docs/sistemaagroind.pdf> Acesso em: junho de 2012.

OLIVEIRA. C. A. M. de. **Perfil sócio-demográfico epidemiológico dos usuários de drogas injetáveis e características de mulheres e homens do Projeto AJUDE**. 2006. 169f. (Tese de Doutorado) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de São João Del Rei, São João Del Rei.

OLIVEIRA, P. M. DE O. **Prevalência de traumatismos dentários e associação com o uso de álcool, maconha e cocaína em estudantes de 14 a 19 anos da cidade de Diamantina-MG**: um estudo epidemiológico. 2010. 2v. 125p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal De Minas Gerais, Belo Horizonte.

Organization of American States. Secretariat for Multidimensional Security. Report on Drug Use in the Americas, 2011.

PECHANSKY, F.; SZOBOT, C. M. SCIVOLETTO, S. Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 10 de maio de 2012.

PECHANSKY, F.; DUARTE, P. do C. A. V, DE BONI, R. B. Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Porto Alegre, 2010.121p.

PEY, M. O. **A escola e o discurso pedagógico.** São Paulo: Ed. Cortez, 1988.

PINSKY, I. (Org). Publicidade de bebidas alcoólicas e os jovens. São Paulo: FAPESP, 2009.

PINSKY, I.; ARAÚJO SILVA, M.T. A frequency and content analysis of alcohol advertising on Brazilian television. *Journal of Studies on Alcohol*, mai. 1999, v. 60, n. 3, p. 394.

POLLO-ARAUJO, M.A. & MOREIRA, F.G.. Programas de Redução In NIEL, M.; DA SILVEIRA, D.X. (Orgs.) **Drogas e Redução de Danos:** uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo: PROAD/UNIFESP/Ministério da Saúde, 2008. pp. 11-19.

PREZZOTTO, K.; LAVAL, V. L. AMBEV: Análise da fusão e os efeitos sobre o mercado. 2011. Disponível em <http://www.apec.unesc.net/>, Acesso em 12 de junho de 2012.

PRIMO, N. N. P.; STEIN, A. T. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande (RS): um estudo transversal de base populacional. *Revista de Psiquiatria. Rio Grande Sul*, Porto Alegre, dez. 2004, v. 26, n. 3. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 04 de abril de 2012.

PROERD BRASIL. 2012. Disponível em <http://www.proerd.rn.gov.br>. Acesso em 14 de maio de 2012.

RAMINELLI, R. Da etiqueta canibal: comer antes de beber In VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil.** Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005. pp.29-46.

RAMÔA, M. L. A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: Um estudo sobre o projeto CAPS-AD. 2005. v. 1, 168 p. (Tese de doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, PUC-RJ, Rio de Janeiro.

REICH, W.. 1973. **Psicoanálisis y educación.** Barcelona: Cuadernos Anagrama.

REIS, T. R.. 2012. Empoderamento e Grupos de Mútua Ajuda In ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. **Álcool e outras drogas:** diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

RESENDE, B. 2006. Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão. Ed. Casa da Palavra. Rio de Janeiro.

ROCHA, P. R. da; DAVID, H. M. L.. Questionários sobre o uso de álcool e drogas entre trabalhadores: revisão da literatura. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, ago. 2011, v. 7, n. 2.

ROEDER, M. A. Manual de Orientações sobre as Normas Sanitárias para Comunidades Terapêuticas, Secretaria de Estado da Saúde, Diretoria de Vigilância Sanitária Gerência de Fiscalização de Estabelecimentos de Interesse de Saúde – GEFES, Santa Catarina, 2004. Disponível em www.ccs.saude.gov.br/.../Comunidades_terap%C3%A9uticas Acesso em 31 de maio de 2012.

RODRIGUES, T. **Política e drogas nas Américas.** São Paulo: EDUC FAPESP, 2004.

ROSA, S. E. S.; COSENZA, J. P.; LEÃO, L. T. S. Panorama do setor de bebidas no brasil. BNDES Setorial, Rio de Janeiro, n. 23, p. 101-150, mar. 2006.

RUGENDAS, J. M. **Viagem pitoresca através do Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. de Ouro, 1968.

SABADINI, M. B. DO A. **Discursos e atitudes dos profissionais de saúde sobre o uso de álcool e outras drogas.** 2010. 120p. (Tese de Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SAIDEL, M G. B. **Representações sociais de membros de equipes de saúde da família sobre o uso problemático de álcool por idosos.** 2010. 169p. (Dissertação de Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

SANCHES, P. M. A. **Análise espacial do consumo de álcool em Araraquara.** 2010. 102p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Est. Paulista Júlio De Mesquita Filho, Araraquara.

SANCHEZ, Z.V, OLIVEIRA L.G, NAPPO S.A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade [Protective factors from adolescents against drug use emphasizing the role of religiosity]. Ciência Saúde Coletiva, 9 (1), pp. 43-55, 2004.

SAVATER, F. **Ética como amor-próprio.** São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.

SCANDIFFIO, M. I. G. **Análise prospectiva do álcool combustível no Brasil, Cenários.** 2004. 202p (Tese de Doutorado) – Faculdade de Engenharia Mecânica – Planejamento de Sistemas Energéticos, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

SENAD. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República. Brasília, 2005.

SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas). Legislação, prevenção e tratamento. Brasília, 1999.

SILVA, C. J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde.** 2005. 194p. (Tese de Doutorado) - Psiquiatria e Psicologia Médica ,Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

SILVA, N. L.. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua:** um estudo longitudinal. 2008. 223p. (Tese de Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

SILVA, S. E.D. *et al.* A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. Escola Anna Nery [online], vol.11, n.4, pp. 699-705, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000400023> Acesso em 06 de maio de 2012.

SILVEIRA, C. M. **Preditores sociodemográficos das transições entre os estágios do uso de álcool (uso na vida, uso regular, abuso e dependência) e remissão dos transtornos relacionados ao uso do álcool na população geral adulta residente na Região Metropolitana de São Paulo.** 2010. 150p. (Tese de Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVEIRA, C. M., SILVEIRA, C.C., SILVA, J.G., SILVEIRA, L.M., ANDRADE, A.G., ANDRADE, L.H.S.G. Epidemiologia do beber pesado e beber pesado episódico no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. Rev. Psiquiatria Clínica, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 06 de maio de 2012.

- SILVEIRA, C.M.; WANG, Y.P.; ANDRADE, A.G.; ANDRADE, L.H. Heavy Episodic Drinking in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Sociodemographic Correlates. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68 (1), pp.18-27, 2007.
- SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade)/DATSUS. 2008. <http://200.214.130.46/sim/default.asp> Acesso em 10 de junho de 2012.
- SINDICERV (Sindicato Nacional das Indústrias de Cerveja). 2012. Disponível em: <http://www.sindicerv.com.br> Acesso em 12 de maio de 2012.
- SOUZA, C. 2006. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. In: *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.
- SOUZA, D. P. O. de.; ARECO, K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, ago. 2005, v. 39, n. 4. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php> Acesso em 07 de maio de 2012.
- SOUZA, J., KANTORSKI, L.P., GONÇALVES, S.E., MIELKE, F.B., GUADALUPE, D.B. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. *Revista de Enfermagem*, UERJ, 15(2), pp. 210-7, abr./jun. 2007.
- _____ Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional de enfermagem, Escola Anna Nery. *Revista de Enfermagem*, 12 (4), pp. 622-29, dez 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a03.pdf>. Acesso em 12/04/2012. Acesso em 04 de maio de 2012.
- SOUZA, S. de L. **Compreendendo o consumo de bebidas alcoólicas através do olhar dos adolescentes**. 2009. 168p. (Tese de Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-29102009-141445> Acesso em 03 de junho de 2012.
- STAMM, M. **Quebrando o silêncio no cuidado transdimensional a mulheres alcoolistas em família**. 2005. 325p. (Tese de Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- STEMPLIUK, V. A *et al.* Estudo comparativo entre 1996 e 2001 do uso de drogas por alunos de graduação da Universidade de São Paulo, Campus São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, n. 3, p. 185-193, 2005.
- STRONACH, B. Álcool e Redução de Danos, uma abordagem inovadora para países em transição. Ministério da Saúde/SAS/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2004. pp. 29-35.
- SZTUTMAN, R. Cauim, substância e efeito: sobre o consumo de bebidas fermentadas entre os ameríndios. In: Labate, B. C. et al (org) *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- TAQUETTE, S. R *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20, n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em 01 de maio de 2012.

TERRA, M. B. **Fobia social e alcoolismo:** um estudo da cormobidade. 2005. 162p. (Tese de Doutorado)

– Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

UEHARA, Y. **Políticas Científicas e Tecnológicas e Patentes:** O Proálcool. 2010. 153p. (Tese de Doutorado) – Programa de pós-graduação em História da Ciência, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA/UFBA. Relatório de Atividades do Projeto de Monitoramento e Supervisão das Experiências de Consultório de Rua para Populações usuárias de Drogas em 14 Municípios Brasileiros. Salvador: Aliança de Redução de Danos. Fátima Cavalcanti, Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA), 2011.

VAZ, P. 2002. Um corpo com futuro. In: PACHECO, A.; COCCO, G.; VAZ, P. (Org.). O trabalho da multidão. Rio de Janeiro: Gryphus, v. 1, p. 121-146.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto SANGARI, 2012.

VAISSMAN, M., RAMÔA, M., SERRA, A. S. V. Panorama do tratamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro. Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, jan./dez 2008, v.32 nº 78/79/80.

VALLA, V.V. A construção desigual do conhecimento e o controle social dos serviços públicos de educação e saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Orgs.). Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p.43-56.

_____. 1998. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares In COSTA, M. V. (Org). 1998. *Educação Popular Hoje*, Loyola, São Paulo, pp. 151-180.

VALLE, R. (Org.) **História da província de Santa Cruz.** São Paulo: Ed. Hedra, 2008.

VARGAS, D. de. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista:** um estudo psicométrico. 2005. 202p. (Tese De Doutorado) – Enfermagem Psiquiátrica, Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto.

VENANCIO, R.P. & CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil.** Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005.

VIGITEL. Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2011. Acessível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1521. Acesso em 25 maio 2012.

VILLARD, P. Ivresses dans l'Antiquité Classique. *Revue Histoire, Economie et Société*, França, nº 4, pp. 443-459, 1988.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) - Global Status Report on Alcohol. Geneva World Health Organization, 2011.

WHO. Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission [serial on the Internet]. 2004. Disponível em <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/provision%20of%20sterile%20injecting> Acesso em 12 de maio de 2012.

WHO. Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives from Low and Middle Income Countries / Social consequences of alcohol consumption in Argentina. 2005.

WHO - World Health Organization. World Health Statistics 2012. WHO Graphics, France, 2012. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/ Acesso em 03 de junho de 2012.

WHO/GISAH - World Health organization - Global Information System on Alcohol and Health, 2012. Available at http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/index.html. Accesso em 25 de maio de 2012.

YAMAMOTO, C.H A. **Demanda por bebidas alcoólicas no Brasil.** 2011. 88p. (Dissertação de Mestrado Profissional) - Escola de Economia de São Paulo, São Paulo.

ZALESKI, M. J. B. **1º Levantamento nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira:** metodologia, estudo da violência entre parceiros íntimos e consumo de álcool. 2009. 302p (Tese de Doutorado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.