

Sérgio Duailibi

Ronaldo Laranjeira

Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas

Alcohol-related public policies

RESUMO

O artigo apresenta uma revisão sobre estudos dos problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e as estratégias para minimizá-los, abordando recentes evidências científicas. Para tanto, realizou-se pesquisa na literatura científica sobre políticas públicas relacionadas ao álcool, por meio das buscas nas bases MEDLINE, SciELO e LILACS. Políticas que visam a diminuir o consumo de álcool têm sido implementadas pelos países para minimizar os efeitos dessa substância na saúde e segurança da população, mas só recentemente tais estratégias e intervenções foram avaliadas cientificamente. Discutem-se as políticas de melhor custo-efetividade, capazes de promover redução dos danos e dos custos socioeconômicos relacionados ao uso de bebidas alcoólicas, por meio de estratégias conducentes à mudança de comportamentos e contextos de consumo prejudiciais aplicáveis em diferentes comunidades.

DESCRITORES: Consumo de bebidas alcoólicas, prevenção e controle. Políticas públicas. Revisão [Tipo de publicação].

ABSTRACT

The article is a review of studies on alcohol-related problems and public policies for consumption reduction addressing recent national and international scientific evidences. In this way, literature review was carried out on alcohol-related public policies through searches in MEDLINE, SciELO and LILACS databases. Policies for alcohol consumption reduction have been implemented in different countries to minimize its effects on people's health and safety but only recently such strategies and interventions have been scientifically evaluated. It is discussed better cost-effectiveness policies for reducing harmful effects and socioeconomic costs associated with alcohol use through the development of strategies favoring changes in behavior and harmful consumption contexts that can be applicable to different communities.

KEY WORDS: Alcohol drinking, prevention & control. Public policies. Review [Publication type]

Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas. Departamento de Psiquiatria. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Sérgio Duailibi
Unidade de Pesquisa em Álcool e outras Drogas (UNIAD)
Universidade Federal de São Paulo
R. Machado Bitencourt, nº 300, Vila Clementino
04044-000, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: duailibi@uol.com.br

Recebido: 15/3/2007

Revisado: 18/6/2007

Aprovado: 1/8/2007

INTRODUÇÃO

Apesar de gerar empregos e lucros para produtores, vendedores, anunciantes, investidores, o álcool traz um custo social expressivo, que ultrapassa com facilidade o montante arrecadado por impostos sobre sua produção e comercialização. Uma estimativa aponta o custo econômico anual do abuso de álcool nos Estados Unidos em torno de 48 bilhões de dólares, incluindo US\$ 19 bilhões de gastos com cuidados médicos.⁵ Na Austrália o custo de problemas relacionados ao álcool são calculados em 1% do seu produto interno bruto.⁶

O uso prejudicial do álcool é associado a mais de 60 tipos de doenças, incluindo desordens mentais, suicídios, câncer, cirrose, danos intencionais e não intencionais (beber e dirigir), comportamento agressivo, perturbações familiares, acidentes no trabalho e produtividade industrial reduzida. Associa-se também com comportamentos de alto risco, incluindo sexo inseguro, doenças sexualmente transmissíveis e o uso de outras substâncias psicoativas.^{1,15} Problemas relacionados ao álcool não só afetam o consumidor individual mas também toda a comunidade, mesmo pessoas que não bebem, incluindo familiares e vítimas de violências e acidentes associados ao uso de bebidas alcoólicas.²⁴ Mulheres que consomem bebidas alcoólicas podem ter o risco de gravidez indesejada e expor-se a uma gama extensiva de alterações, incluídas na síndrome alcoólico-fetal.²⁴ Adolescentes e adultos jovens, mais do que indivíduos de qualquer outra idade, têm maior risco de sofrer acidentes de trânsito, violências e rompimentos familiares relacionados ao uso prejudicial de álcool.^{12,15}

A importância do álcool e seu peso global nos danos à saúde são representados na Tabela 1, cujos dados foram calculados a partir do indicador de saúde *Disability Adjusted Life Years* (DALY) por 1.000 habitantes. Esse indicador refere-se ao percentual de anos perdidos em

razão de doença ou mortalidade precoce atribuíveis à ingestão alcoólica, comparando países desenvolvidos com países em desenvolvimento com alta mortalidade e baixa, como o Brasil. De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2002, o consumo abusivo de bebidas foi responsável por 4% da carga global de doenças e 3,2% de todas as mortes prematuras mundiais.^{1,12} Isto se traduz em 58.3 milhões de anos perdidos por razão de inaptidão e 1.8 milhão de mortes, ou 3,2% da mortalidade global, por doenças atribuíveis a ingestão alcoólica.^{1,24}

Na média, o consumo do álcool no continente americano é 50% maior que o nível de consumo global. Países como Brasil, Chile e México têm proporção relativamente elevada de abstêmios, mas o consumo per capita dos bebedores é consideravelmente mais alto que a média da população mundial. Isto é relevante, pois quanto mais alta a média de consumo em uma população, maior será a prevalência dos danos relacionados ao álcool.^{1,2,14}

O objetivo do presente artigo foi descrever os recentes avanços relacionados às pesquisas dos problemas do álcool e as estratégias políticas mais eficientes para atenuá-los.

Foi realizada revisão da literatura em bases de dados eletrônicos (Medline/PubMed, Lilacs) e em periódicos nacionais não indexados, busca específica por autores e contato com pesquisadores. A seleção dos artigos teve como critérios de inclusão: publicações de periódicos nacionais e internacionais sobre políticas relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, que apresentassem enfoque no aspecto custo-efetividade e facilidade de implementação das medidas preventivas. Foram acrescentados consensos e publicações elaborados pela OMS.

Tabela 1. Peso global dos danos à saúde atribuíveis ao consumo de álcool, expressos em percentagem do indicador DALY – anos perdidos em função de doenças ou mortalidade precoce, 2000.

| | Países em desenvolvimento | | Países desenvolvidos | | | |
|--------------------------------|---------------------------|---|--------------------------------|-----|-----------------------------------|------|
| | | % | | % | % | |
| Alta mortalidade | | | Baixa mortalidade | | | |
| Baixo peso | 14,9 | | Álcool | 6,2 | Tabaco | 12,2 |
| Sexo inseguro | 10,2 | | Hipertensão | 5,0 | Hipertensão | 10,9 |
| Baixas condições sanitárias | 5,5 | | Tabaco | 4,0 | Álcool | 9,2 |
| Fumaças (combustíveis sólidos) | 3,6 | | Baixo peso | 3,1 | Colesterol | 7,6 |
| Deficiência de zinco | 3,2 | | Massa corporal alterada | 2,7 | Massa corporal alterada | 7,4 |
| Deficiência de ferro | 3,1 | | Colesterol | 2,1 | Baixo aporte de frutas e vegetais | 3,9 |
| Deficiência de vitamina A | 3,0 | | Baixo aporte de vegetais | 1,9 | Inatividade física | 3,3 |
| Hipertensão | 2,5 | | Fumaças (combustíveis sólidos) | 1,9 | Drogas ilícitas | 1,8 |
| Tabaco | 2,0 | | Deficiência de ferro | 1,8 | Sexo Inseguro | 0,8 |
| Colesterol | 1,9 | | Baixas condições sanitárias | 1,8 | Deficiência de ferro | 0,7 |

DALY: Disability Adjusted Life Years

MECANISMOS DE PRODUÇÃO DOS DANOS RELACIONADOS AO ÁLCOOL

Três mecanismos explicam os danos associados ao consumo de álcool: toxicidade física, intoxicação e dependência.¹ Tais danos dependem do padrão de consumo pessoal, que se caracteriza pela frequência e quantidade do uso do álcool, e pelo contexto em que se bebe (às refeições ou não, festas, reuniões, entre outros). Padrões que conduzam a uma elevação rápida dos níveis alcoólicos sanguíneos resultam em danos associados com intoxicação aguda, como acidentes e violência. Padrões que promovam consumo de álcool frequente e pesado associam-se com problemas de saúde crônicos como cirrose, doença cardiovascular e depressão. Finalmente, o beber contínuo pode resultar em dependência, que uma vez instalada, prejudica a habilidade pessoal de controlar a frequência e quantidade da bebida consumida.¹

A toxicidade do álcool atinge direta ou indiretamente uma gama extensa de órgãos e sistemas corporais ocorrendo após exposição crônica ao álcool. A dependência química conta com diferentes causas contributivas que incluem exposição repetida, fatores biológicos (incluindo vulnerabilidade genética), psicológicos e sociais.^{1,9} Porém, a causa principal dos problemas relacionados ao álcool na população é a intoxicação alcoólica, processo agudo relacionado geralmente ao grande consumo de bebidas em curto período de tempo.^{3,9,10}

O risco de problemas decorrentes de um único episódio de intoxicação é mais alto entre aqueles que o fazem infreqüentemente do que entre aqueles que bebem com mais freqüência.^{1,3,9} Estudos recentes mostram relação direta entre a intoxicação ocasional e problemas como violência, acidentes e mortes no trânsito, problemas familiares e profissionais.^{1,9,11} Isso contraria a tendência popular de associar todos os problemas relacionados ao consumo de álcool com o alcoolismo, uma vez que um grande espectro de problemas causados pelo álcool está relacionado à intoxicação e não com sua dependência.^{1,9,24} Portanto, prevenir a intoxicação pelo álcool é uma estratégia poderosa para diminuir os danos causados pelo álcool e deve ser um dos objetivos das políticas públicas.^{1,9,24}

A relação entre intoxicação e problemas decorrentes sofre uma grande influência do contexto físico e social. Portanto, os danos podem ser evitados alterando-se o ambiente onde se bebe, seja fisicamente (tornando o local mais seguro) ou temporalmente (separando o hábito de beber de atividades que requeiram atenção).¹⁰

DEFINIÇÃO E TIPOS DE POLÍTICAS DE ÁLCOOL

São consideradas políticas do álcool aquelas que dizem respeito à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social. Definem-se políticas do álcool como qual-

quer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de organizações não-governamentais (ONG) para minimizar ou prevenir problemas relacionados ao álcool.¹

Quem faz a política do álcool? A resposta a esta pergunta difere entre países e entre níveis diferentes de governo de cada país. Leis federais e nacionais freqüentemente estabelecem as bases legais para prevenção e políticas de tratamento.² Em muitas nações, como o Brasil, há um vácuo em advocacia pública, propiciando que ONG sejam prováveis candidatas para representar o público nos assuntos relacionados ao consumo de álcool. Mais recentemente, estes assuntos tornaram-se a preocupação dos profissionais de saúde.

Os meios de comunicação têm tido influência significativa no debate político nos níveis nacionais e locais, confirmando seu papel dominante na cultura contemporânea. A bebida alcoólica tem sido apoiada por livres valores de mercado e conceitos sociais, e de forma crescente, têm seus interesses defendidos pelas suas indústrias. Estas, entraram na arena política para proteger seus interesses comerciais e em alguns países constituem-se no principal agente não-governamental presente à mesa onde se discute política do álcool.² Embora a indústria do álcool tente fazer alguma propaganda educativa (“se beber não dirija”, ou “beba com moderação”, por exemplo), seus interesses comerciais entram em conflito com medidas de saúde pública.

As políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias: as alocatórias e as regulatórias.¹⁴ As políticas de alocação promovem recursos a um grupo ou organização específica para prevenção e tratamento, de forma a atingir objetivos de interesse público, como financiamento de campanhas educativas e fornecimento de tratamento aos dependentes do álcool. As políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas. Por exemplo, leis têm sido usadas para restringir o acesso à bebida alcoólica por razões de saúde e segurança pública, que: regulam preço e taxaço dessas bebidas; impõem uma idade mínima para sua compra; limitam os horários de funcionamento de bares; proibem total ou parcialmente a propaganda de bebidas.³

POLÍTICAS RELACIONADAS À DISPONIBILIDADE DO ÁLCOOL

A disponibilidade representa um dos componentes fundamentais do consumo de substâncias.³ Se a substância for barata, facilmente acessível e conveniente, seu consumo será intenso e conseqüentemente haverá aumento da quantidade e da importância dos problemas a ele associados. Há três tipos de disponibilidades: econômica (preço, taxaço); de varejo (facilidades de

compra e acessibilidade ao álcool); e social (acessibilidade de fontes de não varejo do álcool, como família e amigos).³

Quanto à disponibilidade econômica, estudos^{3,9,21} mostram que a estratégia de aumento de preços do álcool é altamente eficaz, se associando à redução de consumo e problemas decorrentes, principalmente nos grupos mais vulneráveis: os adolescentes (menor renda disponível) e o dos bebedores pesados.³

Para especialistas, o aumento de preços das bebidas alcoólicas é o meio mais eficaz de reduzir a embriaguez ao volante, principalmente em jovens.^{4,12,13} Nos Estados Unidos, o aumento de 10% no preço de bebidas alcoólicas reduziu a probabilidade de se dirigir embriagado em 7% para homens e 8% para mulheres, com reduções ainda maiores nos menores de 21 anos.¹¹⁻¹³ Vários estudos têm examinado o impacto dos preços do álcool em homicídios e outros crimes (incluindo seqüestro, assalto, furto, roubo de veículos, violência doméstica e abuso de crianças).^{7,8,10} Estudos indicam que o aumento dos preços de bebidas está associado à diminuição da ocorrência destes crimes^{4,5} e de afastamentos do trabalho.³

A disponibilidade de varejo é representada pela facilidade de compra e venda nos mercados formal e informal. As limitações na disponibilidade de varejo visam regular o mercado de venda da bebida alcoólica, limitando o acesso do consumidor ou regulando o contexto em que é consumida. Nesse sentido, várias ações podem ser realizadas:

- Delimitação da localização dos pontos de venda. Governos locais podem aplicar medidas que limitem os locais onde possam existir pontos de venda de bebidas, como leis de zoneamento urbano, estabelecimento de uma distância mínima de escolas ou estabelecer um sistema de licença para a venda de bebidas.
- Diminuição da densidade dos pontos de venda. Quanto menor a densidade, maior a oportunidade de lucros na venda de álcool, maior o seu preço e menores o seu consumo e os problemas associados.^{1,4,12} Estudo estimou que a diminuição de 10% na densidade dos pontos de venda de álcool reduz o consumo dos destilados de 1% a 3% e o consumo do vinho de 4%.¹⁸ Outros estudos encontraram associação inversamente proporcional entre a densidade dos pontos de venda e problemas relacionados à bebida e condução de veículos.^{17,22,23}
- Estabelecimento de idade mínima para a compra de bebidas. A redução ocorre ao especificar a idade que

se pode comprar e consumir a bebida legalmente. Elevações na idade mínima para se comprar bebidas – com adequada implementação e fiscalização – podem provocar reduções substanciais nos problemas relacionados ao álcool na população mais jovem, especialmente os decorrentes de acidentes de carro e violência.¹⁵⁻¹⁷

- Restrição dos dias e horários de venda. Esta medida diminui as oportunidades para compra, o consumo e os problemas relacionados ao álcool.^{1,9,20} Um bom exemplo nacional é a lei de fechamento de bares às 23:00h, que em Diadema, que produziu uma redução importante e nos homicídios e violência contra mulheres na cidade.⁸ O contrário também é verdadeiro: quando as restrições são suspensas, ocorre aumento dos problemas.^{14,20} Os que bebem até tarde durante a semana constituem segmento da população que bebe de forma particularmente pesada.
- Instituição de serviços de venda de bebidas responsáveis. O treinamento de garçons e vendedores de bebidas tem o potencial de diminuir a venda de álcool para pessoas já intoxicadas e menores de idade, por conseguinte, reduz o número de acidentes de carro.²³
- Regulação da venda. O poder de influência dessa medida sobre o consumo de bebidas alcoólicas é maior nos estabelecimentos que vendem a bebida para ser consumida no próprio local, já que têm a oportunidade de influenciar diretamente o que acontece durante e após a compra. As regulamentações podem: especificar o volume das doses das bebidas (o padrão internacional é de 35 ml); inibir descontos e promoções do tipo consumação mínima ou livre; incluir treinamento dos funcionários em relação à oferta alimentos, de opções de entretenimentos e outras questões não relacionadas diretamente com o consumo de álcool.^{1,23}
- Implantação de sistema de licenças. O mecanismo de controle mais direto e imediato sobre o álcool tende a ser a implantação de sistema de licenças para a venda de bebidas alcoólicas. Se o sistema tiver poder para suspender ou revogar a licença do estabelecimento em caso de infrações, torna-se um instrumento efetivo e flexível para reduzir problemas relacionados ao álcool.¹

Finalmente, a disponibilidade social refere-se à obtenção de bebidas por meio de “fontes sociais” (amigos e parentes), que geralmente não envolvem dinheiro. Fontes sociais são responsáveis por 36% a 67% de condutores alcoolizados de veículos. A iniciação precoce

* Departamento Estadual de Trânsito. Álcool e trânsito. São Paulo; 2004 [acesso em 21/10/06]. Disponível em: http://www.detran.sp.gov.br/campanhas/alcool_transito/in_alcool_transito.html

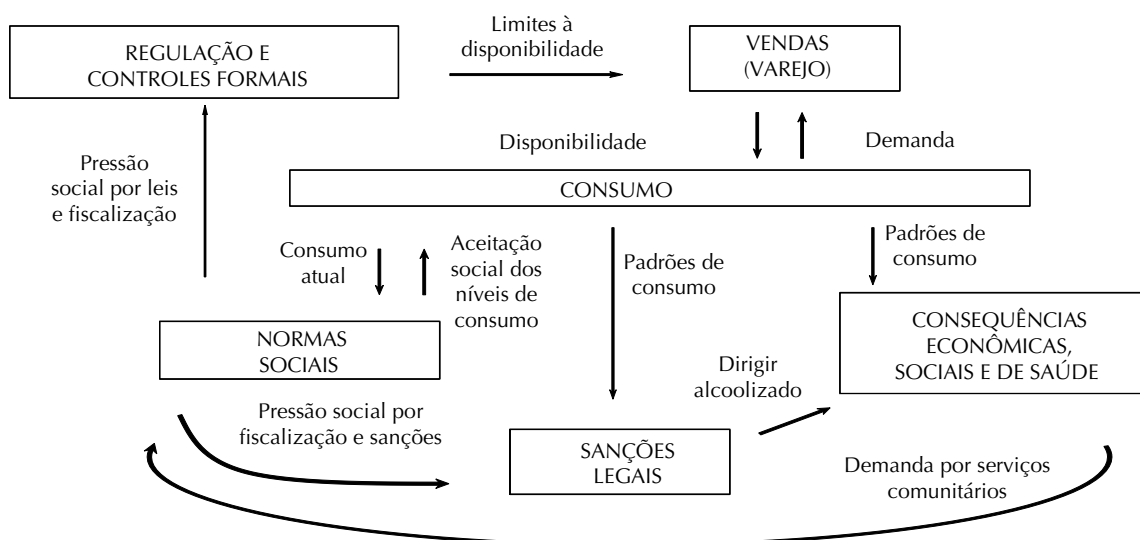


Figura. Fatores envolvidos na regulação do mercado de bebidas alcoólicas. Modelo idealizado por Holder & Reynolds¹¹ (1997).

do uso de álcool por adolescentes muitas vezes ocorre em festas ou na própria casa.^{11,12}

Os fatores envolvidos na regulação local do mercado de bebidas alcoólicas são exemplificados na Figura, no modelo idealizado por Holder & Reynolds.¹⁰

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL

Acidentes devidos à condução de veículos sob o efeito do álcool constituem sério problema mundial. No Brasil, dados do Departamento Nacional de Trânsito (Denatran) mostram que 50% dos acidentes automobilísticos fatais são relacionados ao consumo de álcool.*

Várias são as ações efetivas para reduzir esses problemas:

- Redução na concentração alcoólica sanguínea (CAS) permitida por lei para dirigir. Estudo mostra que o risco de um indivíduo se acidentar com CAS de 0,05% é o dobro do risco para uma pessoa com CAS igual a zero; e quando a CAS atinge 0,08%, esse risco é multiplicado por dez.¹⁷ Devido às evidências de forte correlação entre a CAS e acidentes de veículos, muitos países estabeleceram leis que determinam os níveis máximos de CAS tolerados para motoristas.¹⁶ Além da quantidade de álcool que a pessoa ingeriu, a CAS depende também de fatores individuais, como peso, gênero, velocidade da ingestão alcoólica, presença de alimento no estômago, entre outros. Prejuízos no desempenho

tornam-se marcantes para CAS entre 0,05% e 0,08%, mas podem estar presentes em CAS abaixo de 0,05%.¹⁶⁻¹⁷

- Estabelecimento de postos de fiscalização com utilização de bafômetros para checagem aleatória ou seletiva. Uma estratégia para aumentar a "certeza de punição" para motoristas infratores consiste em aumentar a frequência e a visibilidade da fiscalização. Essas fiscalizações geralmente ocorrem seletivamente, ou seja, somente os motoristas que a polícia julga estarem alcoolizados são submetidos ao teste do bafômetro. Todavia, estudo norte-americano mostrou que a polícia pode deixar de selecionar 50% dos motoristas com CAS > 0,10%.¹³ Uma alternativa às checagens seletivas são as aleatórias: qualquer motorista, em qualquer momento, pode ser submetido ao teste, que pode variar em frequência e local, sem aviso prévio, sempre muito visíveis e causam impacto na mídia. Estimativas sugerem que a realização de mil testes diários reduz em 6% dos acidentes graves e em 19% dos acidentes noturnos envolvendo um único veículo.¹³ Existem evidências científicas de que checagens aleatórias têm um efeito sustentado e significativo em reduzir acidentes, traumas e mortes associados ao beber e dirigir,¹ além de oferecer aos bebedores uma desculpa legítima para beber menos com os amigos.
- Suspensão administrativa da licença de motoristas que dirigem intoxicados. A perda ou suspensão da carteira de habilitação é uma medida eficaz para acidentes relacionados ou não ao álcool. Infratores que não perdem a licença apresentam maior índice

de reincidência. Estudo revelou que embora três quartos dos motoristas que perderam a licença permanecessem dirigindo, eles o faziam com menor frequência e com mais cautela.¹⁵⁻¹⁷ Estabelecimento de uma graduação no licenciamento para motoristas novatos. Tolerância zero para associação entre álcool e direção nos primeiros anos da carteira de motorista.^{1,2}

CUSTO-EFETIVIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Em geral, as estratégias apresentadas custam pouco em comparação aos custos dos problemas relacionados ao consumo de álcool, principalmente do beber pesado. Exemplo disso é a instituição de idade mínima para a compra de bebidas, medida de custo insignificante e de grande impacto. O custo de implantação de tais medidas tende a se elevar quando se encontram resistências. Interesses comerciais podem dificultar a implantação de medidas de zoneamento ou outras destinadas a regulamentar a distribuição geográfica dos pontos de venda. Inversamente, o custo diminui quanto maior o apoio popular às medidas implantadas.

Considerando a importância das políticas públicas relacionadas com o álcool para saúde, segurança e economia internacional, a OMS realizou um estudo com a participação de vários especialistas de nove países, para avaliar diferentes políticas de consumo de bebidas alcoólicas. Foi composta uma lista das dez “melhores práticas” com base nos seguintes critérios: evidência de efetividade, existência de suporte científico, possibilidade de transposição para diferentes culturas e custos de implementação e sustentação.^{1,5}

Cinco práticas são referentes a políticas de controle de álcool (regulatórias): 1) estabelecimento (e fiscalização) de idade mínima legal para compra de bebidas alcoólicas; 2) monopólio governamental das vendas de bebida no varejo; 3) restrição dos horários ou dias de venda; 4) restrições de densidade dos pontos de venda de álcool; 5) criação de impostos para o álcool.

Outras quatro práticas estão diretamente relacionadas com o controle do beber e dirigir: 1) redução do limite de concentração sanguínea do álcool permitida para dirigir; 2) suspensão administrativa da licença de motoristas que dirigem alcoolizados; 3) estabelecimento de postos de fiscalização de sobriedade; e 4) política de “tolerância zero” quanto ao dirigir alcoolizado, por vários anos, no licenciamento para motoristas novatos.^{1,5} A última prática é instituir processos terapêuticos do tipo intervenções breves para bebedores pesados.

Algumas estratégias políticas são bastante populares, porém sua eficácia é reduzida por apresentarem baixa efetividade a alto custo.^{1,5}

- Promoção de atividades alternativas de lazer e diversão “livres de álcool” (como esportes) e abordagens efetivas direcionadas à clarificação de valores, auto-estima e habilidades sociais são igualmente ineficazes.¹
- Prevenção nas escolas. O objetivo dos programas escolares é modificar as crenças, atitudes e comportamentos dos adolescentes em relação ao álcool. Embora aumentem o conhecimento, não modificam o consumo. Além disso, fornecer informação sobre os perigos de diferentes substâncias psicoativas pode despertar a curiosidade e estimular o consumo entre aqueles que buscam estímulos. Qualquer que seja o programa educacional adotado, é alternativa bastante cara e pouco efetiva, com pequeno e fugaz impacto.
- Designação de serviços de transporte ou “designação do motorista da vez” para prevenção do dirigir alcoolizado.
- Advertências nos rótulos das bebidas não são eficazes em mudar comportamentos relacionados ao consumo de álcool e não são efetivos para diminuir o consumo entre bebedores pesados.
- Mensagens publicitárias. Embora possuam apelo popular, a propaganda educativa nunca é tão bem produzida, nem possui os mesmos recursos e frequência nos meios de comunicação do que a propaganda da indústria do álcool. Apresenta alguma efetividade quando parte integrante de um programa mais amplo de políticas. Proibir a publicidade do álcool custa bem menos e é bem mais eficaz que qualquer medida de contra-propaganda.¹

Na Tabela 2, estão listadas estratégias e intervenções possíveis de serem adotadas, cuja efetividade encontra-se documentada na literatura internacional. Mesmo aquelas cuja efetividade não foi comprovada estão listadas, a fim de servir de alerta e evitar gastos públicos com o que não funciona.¹

INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS E AMBIENTAIS

As estratégias ambientais apresentadas consistem em medidas regulatórias que afetam o ambiente onde ocorre o consumo de álcool. A literatura revela que regulamentações de caráter preventivo, direcionadas às vendas de álcool e respaldadas por controle eficiente são mais efetivas que programas de prevenção baseados somente na educação direcionada a prováveis bebedores.^{1,5,24} O uso de álcool possui contexto social, cultural e comunitário. Portanto, o consumo pesado pode ser modificado e os problemas reduzidos por meio de estratégias que alterem este contexto e que sejam direcionadas para o ambiente onde o álcool é vendido

e consumido. Desta forma, sua efetividade não vai depender do apoio e/ou adesão dos bebedores, embora estes possam aumentar seus efeitos.

A mobilização da comunidade aumenta o grau de consciência dos problemas associados ao abuso de

bebidas em bares e casas noturnas, desenvolve soluções para problemas específicos e pressiona os proprietários dos bares a reconhecerem suas responsabilidades. O envolvimento da comunidade mostra elevado sucesso na redução das agressões e de outros problemas relacionados ao consumo em bares, como episódios de

Tabela 2. Efetividades das estratégias e intervenções possíveis de serem implementadas como políticas do álcool.

| Estratégia ou intervenção | Efetividade | Suporte científico | Transposição cultural | Custos | Grupo-alvo/ Comentários |
|--|-------------|--------------------|-----------------------|----------|---|
| Disponibilidade | | | | | |
| Proibição total | *** | *** | ** | Alto | PG; Muitos efeitos colaterais |
| Idade Mínima | *** | *** | ** | Baixo | AR; Fiscalização é necessária |
| Restrição à densidade de bares | ** | *** | ** | Baixo | PG; Implementação de longo prazo |
| Responsabilidade dos atendentes | *** | * | *** | Baixo | AR; Requer definição legal de responsabilidade |
| Disponibilidade diferenciada pelo teor alcoólico | ** | ** | * | Baixo | PG |
| Preço e taxação | *** | *** | *** | Baixo | PG; efetividade depende do controle da produção e distribuição ; desvantagens: produção ilícita e contrabando |
| Alterando o contexto | | | | | |
| Não servir cliente alcoolizado | * | *** | ** | Moderado | AR; Necessário treinamento e fiscalização |
| Manejo da agressividade | * | * | * | Moderado | AR |
| Códigos de conduta | O | * | * | Baixo | AR; Ineficaz sem fiscalização |
| Fiscalização dos pontos de venda | ** | * | ** | Alto | AR: Ineficaz sem fiscalização |
| Promoção de atividades sem-álcool | O | ** | * | Alto | PG |
| Mobilização da comunidade | ** | ** | * | Alto | PG |
| Educação e persuasão | | | | | |
| Programas escolares | O | *** | ** | Alto | AR; Aumenta conhecimento, não diminui o consumo |
| Advertência nos rótulos | O | * | * | Baixo | PG; Aumenta conscientização, não muda comportamento |
| Regulando a promoção do álcool | | | | | |
| Proibição da propaganda | * | ** | ** | Baixo | PG; Forte oposição da indústria |
| Controle do conteúdo da propaganda | O | O | O | Moderado | PG; Sujeito a acordos de auto-regulação |
| Beber e dirigir | | | | | |
| Pontos de checagem | ** | *** | *** | Moderado | PG; Efeito de curta duração |
| Checagem aleatória | *** | ** | * | Moderado | PG; maior custo de implementação |
| Reduzir CAS permitida | *** | *** | ** | Baixo | PG; maior custo de implementação |
| Suspensão da habilitação | ** | ** | ** | Moderado | BAD |
| Campanhas do motorista designado | O | * | * | Moderado | AR; não evita acidentes |

Efetividade: O: falta de evidência; *limitada; **moderada; ***elevada

Suporte científico: O: sem estudos de efetividade; *Apenas um estudo com boa metodologia; **Dois a quatro estudos completados; ***Cinco ou mais estudos de efetividade concluídos

Transposição cultural: O: estratégia não testada; *apenas um país testado, quanto à estratégia; **Dois a quatro países estudados; *** Cinco ou mais países estudados

PG= população geral; AR= Grupos de alto-risco (bebedores de alto-risco ou pessoas particularmente vulneráveis aos efeitos do álcool, como os adolescentes); BAD= Pessoas que fazem uso abusivo do álcool ou são dependentes.

violência, traumas e acidentes de trânsito.¹ Estratégias de redução de danos no ambiente em que se bebe têm despertado interesse crescente em sociedades e lugares onde o consumo de álcool é amplamente aceito. Esta abordagem preventiva é relativamente nova e efetiva, embora tenham uma relação custo-efetividade mais baixa que as estratégias de controle e de taxaçoão do álcool.^{1,5,24}

As estratégias publicitárias de bebidas alcoólicas acarretam conseqüências à saúde pública. Tais evidências são fortes o bastante para fazer com que o Estado, para o interesse público, regule a promoção do álcool, em vez de deixar que a indústria e a mídia façam sua “auto-regulação”, levando a oferta excessiva, baixos preços e elevado consumo.^{1,9}

Estudo comparando 17 países com proibição total, parcial ou sem proibição da publicidade e propaganda de bebidas alcoólicas mostrou o seguinte:¹ países que proíbem a publicidade de destilados têm níveis de consumo 16% mais baixos e 10% menos acidentes automobilísticos fatais do que países sem qualquer proibição. As nações que proíbem a propaganda de cervejas e vinhos e destilados têm níveis de consumo 11% menores e 23% menos acidentes automobilísticos fatais do que os que proíbem apenas a propaganda de destilados.

PANORAMA NACIONAL

No Brasil, algumas leis federais propõem ações regulamentatórias relacionadas às bebidas alcoólicas. Entre elas destacam-se a proibição da venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos (artigo 243 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/90 e Lei das Contravenções Penais, artigo 63) e a legislação do Código Brasileiro de Trânsito (artigo 165), que considera como infração gravíssima dirigir alcoolizado com níveis de álcool superiores a seis decigramas por litro de sangue. O condutor fica sujeito à multa, suspensão do direito de dirigir, retenção do veículo e recolhimento da sua carteira de habilitação.

Reconhecendo que nenhuma política é efetiva, a menos que seja fiscalizada permanentemente, estudo nacional mostrou que menores de idade de 13 a 17 anos conseguiram facilmente comprar bebidas alcoólicas em diferentes tipos de estabelecimento.¹⁹ Sem multa e fiscalização adequada, dificilmente poderia haver condições de se promover uma melhora nesta situação. O que funciona realmente é a certeza de que uma determinada infração será punida.¹⁹ Pesquisa realizada em Diadema (São Paulo) concluiu que quase 20% dos motoristas pesquisados com bafômetros estavam dirigindo com níveis de álcool iguais ou maiores que os permitidos pela lei.⁸

Porém, há boas perspectivas de avanços na legislação nacional. Em Brasília, novembro de 2005, foi realizada a Primeira Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, promovida pelo governo brasileiro com o apoio institucional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Este foi um passo importante no desenvolvimento de uma estratégia continental, tendo sido recomendado que os países das Américas implementassem políticas, estratégias eficazes e programas capazes de prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool. O documento final dessa reunião 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 considerar, dentre outras situações: ocasiões em que se bebe excessivamente; consumo geral da população e das mulheres em particular (inclusive durante a gravidez); consumo por menores de idade, jovens, índios e outras populações vulneráveis; e violência, lesões intencionais, acidentes, doenças e transtornos ocasionados pelo consumo do álcool. A compreensão e o apoio da população são elementos imprescindíveis para o planejamento, o direcionamento e a implementação de políticas públicas sobre o consumo do álcool. Enquanto algumas medidas dependem da aprovação de lei pelo Poder Legislativo, outras podem ser adotadas a partir de decisão política, de normas regulamentadoras ou atos administrativos do Poder Executivo.

Recentemente, o Decreto nº 6.117 aprova a Política Nacional sobre o Álcool, que dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool, sua associação com a violência e criminalidade e confere outras providências como as que restringem a exibição da propaganda na televisão de bebidas com baixo teor alcoólico, como a cerveja.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O álcool é importante fonte de danos para a saúde e segurança públicas e não deveria ser tratado como um produto qualquer, inócuo e sujeito às leis de mercado.¹ A conseqüência desse descontrole e da excessiva oferta e acessibilidade têm gerado consumo elevado a baixos preços e ampla disponibilidade de álcool nos ambientes, banalizando o seu consumo e levando a tolerância em relação às transgressões legais. Poucas restrições às propagandas nos meios de comunicação as tornam eficientes em seduzir o público, principalmente o jovem, para o consumo de bebidas alcoólicas.¹ Ao contrário, o mercado de venda do álcool deve ser melhor regulado estabelecendo-se um controle social desta substância. Há evidências científicas fortes e suficientes de que o estabelecimento de políticas regulatórias de controle do acesso e disponibilidade do álcool são efetivas em reduzir o consumo da bebida alcoólica e problemas relacionados.^{1,3,9}

O impacto esperado das políticas do álcool é a redução global: do consumo, dos danos relacionados ao álcool (violência doméstica, acidentes automobilísticos, agressões em geral, morbidade e mortalidade relacionadas, intoxicações pelo álcool), do sucesso dos adolescentes na obtenção de bebidas. Espera-se também a criação um clima social propício para outras políticas.

As vantagens de estabelecimentos de políticas ou estratégias ambientais locais, com controle dos ambientes onde se bebe são inúmeras: melhor adaptação aos hábitos culturais da comunidade, maior flexibilidade e

facilidade na obtenção de apoio social e mobilização, maior facilidade para serem ampliadas, avaliadas e de visualização de seus benefícios.

As perdas e prejuízos associados ao consumo abusivo do álcool são relevantes e seus custos sociais em relação à saúde e à segurança ainda não foram adequadamente dimensionados no Brasil. Dado o baixo custo e facilidade de implementação de muitas políticas revisadas no presente artigo, sua instituição pode reduzir significativamente os problemas do álcool em muitas comunidades.

REFERÊNCIAS

1. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: The global burden of alcohol consumption. Oxford: Oxford University Press. p. 57-92.
2. Babor TF, Caetano R. Evidence-based alcohol policy in the Americas: strengths, weaknesses, and future challenges. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4-5):327-37.
3. Birckmayer J D, Holder H, Yacoubian GS, Friend KB. A general causal model to guide alcohol, tobacco, and illicit drug prevention: assessing the research evidence. *J. Drug Educ*. 2004;34(2):121-53.
4. Chaloupka FJ, Grossman M, Saffer H. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol Res Health*. 2002;26(1):22-34.
5. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Studs Alcohol*. 2004;65(6):782-93.
6. Collins D, Lapsley G. The social costs of drug abuse in Australia in 1988 and 1992. Canberra: Commonwealth Department of Human Services and Health. Australian Government Printing Service; 1996. (National Drug Strategy Monograph Series, 30).
7. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. Does restricting opening hours reduce alcohol related violence? *Am J Public Health*. 2007;97(12). No prelo.
8. Duailibi S, Pinsky I, Laranjeira R. Prevalência do Beber e Dirigir em Diadema –SP. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5). No prelo.
9. Edwards G, Anderson PL, Babor T, Casswell S, Ferrence R, Giesbrecht N, et al. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford University Press: Oxford;1994.
10. Holder HD, Reynolds RI. Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from a community trial. *Addiction*. 1997;92 (Supl 2):285-92.
11. Hurst PM, Harte D, Frith WJ. The Grand Rapids dip revisited. *Accid Anal Prev*.1994;26(5):647-54.
12. Jones-Webb R, Toomey T, Miner K, Wagenaar AC, Wolfson M, Poon R. Why and in what context adolescents obtain alcohol from adults: a pilot study. *Subst Use Misuse*. 1997;32(2):219-28.
13. Kenkel DS. Drinking, driving and deterrence: the effectiveness and social costs of alternative policies. *J Law Econ*. 1993;36(2):877-913.
14. Laranjeira R, Romano M. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(Supl 1) 68-77.
15. Mayer RR, Forster JL, Murray DM, Wagenaar AC. Social Settings and Situations of Underage Drinking. *J Stud Alcohol*. 1998;59(2):207-15.
16. McKnight AJ, Voas RB. Prevention of alcohol-related road crashes. In: Heather N, Peters TJ, Stockwell T, editors. International handbook of alcohol dependence and problems. Chichester: John Wiley and Sons; 2001. p. 741-70.
17. Miller TR, Lestina DC, Spicer RS. Highway crash costs in the United States by driver age, blood alcohol level, victim age, and restraint use. *Accid Anal Prev*.1998;30(2):137-50.
18. Rehm J, Taylor B, Patra J. Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*. 2006;101(8):1086-95.
19. Romano M, Duailibi S, Pinsky I e Laranjeira R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo – SP. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):495-501.
20. Romley JA, Cohen D, Ringel J, Sturm R. Alcohol and environmental justice: The density of liquor stores and bars in urban neighborhoods in the United States. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68(1):48-55.
21. Room R, Bondy SJ, Ferris J. The risk of harm of oneself from drinking Canada 1989. *Addiction*. 1995;90(4):499-513.
22. Room R, Jernigan DH, Carlini-Marlatt B, Gureje O, Makela K, Marshall M, et al. Alcohol and the developing world: a public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 2002. (Finnish Foundation for Alcohol Studies series, WM 274 2002AL)
23. Wagenaar AC, Holder HD. Effects of alcoholic beverage server liability on traffic crash injuries. *Alcohol Clin Exp Res*.1991;15(6):942-7.
24. World Health Organization. Fifty-Eighth World Health Assembly. A58/18. Provisional agenda item 13.14. 7 April 2005. Public health problems caused by harmful use of alcohol. Report by the Secretariat. Geneva; 2005. p. 1-4.