



CONSUMO DO ÁLCOOL NO BRASIL

GILBERTA ACSELRAD (ORG.)

Série Cadernos FLACSO

N12

www.flacso.org.br

Série Cadernos FLACSO

N12

www.flacso.org.br





Série Cadernos FLACSO

Número 12

FLACSO Brasil

Diretor: Pablo Gentili

Os Cadernos da FLACSO são publicados em versão eletrônica e gráfica, com tiragem de 1.000 exemplares para distribuição em instituições acadêmicas, no serviço diplomático e nos órgãos de imprensa.

Os textos publicados apresentam a opinião dos autores e não necessariamente sintetizam a posição da FLACSO Brasil sobre os temas em debate.

CONSUMO DO ÁLCOOL NO BRASIL

Gilberta Acselrad (Org.)

ISBN 978-85-60379-29-3

Junho, 2014

(c) FLACSO Brasil (da Série Cadernos FLACSO)

Rio de Janeiro, 2014

FLACSO - Brasil

Rua São Francisco Xavier, 524 - Bloco F - 12º andar

Sala 12.111 - CEP: 20550-013 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Fone/Fax: (+55 21) 2234-1896 - 2334-0890

www.flacso.org.br

Série Cadernos FLACSO

N12

www.flacso.org.br



Gilberta Acselrad, Enfermeira e Mestre em Psicologia da Educação, IESAE/ FGV (1989). Organizadora do livro *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos*, Editora Fiocruz (1ª e 2 edição 2000/2005). Coordenadora da Área de Saúde Pública e Direitos Humanos da FLACSO Brasil.



Maria Lucia Karam, Juíza de direito aposentada do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro. Presidente da Associação dos Agentes da Lei Contra a Proibição (LEAP BRASIL). Autora dos livros *De Crimes, Penas e Fantasia* (1993), *Juizados Especiais Criminais – A Concretização Antecipada do Poder de Punir* (2004), *Coletânea Escritos sobre a Liberdade* (2009), entre outros.



Helena Leal David, Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UERJ. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1995) e Doutora em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (2001). Pós-doutora na área de pesquisa sobre drogas, University of Alberta, Canadá. Diretora da Faculdade de Enfermagem da UERJ, 2012-2016.



Sergio Alarcon, Médico Psiquiatra, Bacharel em Filosofia, Doutor em Ciências na área de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). Pesquisador Associado da Área de Saúde Pública e Direitos Humanos da FLACSO Brasil e Membro da equipe nacional do projeto de formação em Saúde Mental e Redução de Danos “Caminhos do Cuidado” (GHC/Fiocruz/MS).



ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	6
1. ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL	8
Gilberta Acselrad	
2. PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NO BRASIL	25
Helena Maria Scherlowski David	
2.1 Aspectos gerais do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil	
2.2 Padrões de consumo entre os adultos	
2.3 Consumo de álcool por crianças e jovens	
2.4 Consumo de risco ou “binge drinking”	
3. MOTIVAÇÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	40
Sergio Alarcon	
4. PRINCIPAIS ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADAS ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS	47
Maria Lucia Karam	
4.1 Regulação da produção e comércio	
4.2 Regulação do consumo	
5. POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS SOBRE ALCOÓLICAS	60
Gilberta Acselrad e Sergio Alarcon	
5.1 Políticas públicas de educação	
5.2 Projetos pedagógicos e materiais educativos	
5.3 Políticas Públicas de Saúde - A hegemonia dos modelos unicausais (antes de 1990)	
5.4 Centros de Referência em Atenção e Pesquisas ao Uso de Drogas	
5.5 O espontaneísmo comunitário e o apoio social	
5.6 Lei Orgânica da Saúde (pós 1990)	
5.7 A redução de riscos e danos como política	
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86

APRESENTAÇÃO

Os artigos sobre o consumo das bebidas alcoólicas no Brasil, aqui apresentados, têm como objetivo esclarecer o estado do conhecimento sobre o álcool, padrões e motivações de uso dessa droga que é a mais consumida no país; a legislação atual que regulamenta sua produção, venda e consumo, os danos sociais decorrentes do seu uso problemático, assim como o alcance das políticas públicas de atendimento à população direta ou indiretamente envolvida.

O primeiro artigo trata da produção cultural brasileira relacionada às bebidas alcoólicas nas áreas de letras, artes e histórias em quadrinhos. Traz a luz o 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 analisados e discutidos, em diversos períodos da história do país, na produção cultural brasileira, nas ações de saúde e de educação.

O segundo e terceiro artigos discutem a oferta e as motivações de consumo das bebidas alcoólicas no nosso país. 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. Entre as diferentes e diversas motivações que levam ao consumo das bebidas alcoólicas, até que ponto a propaganda contribui para estimular o beber, produzindo desejos?

O quarto artigo trata da legislação brasileira concernente à produção, ao comércio e ao consumo de bebidas alcoólicas é 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 esta publicação, o quinto artigo trata das políticas públicas atuais sobre o álcool na área da Educação e da Saúde. No entendimento que Políticas Públicas são diretrizes de ação do poder público, sugere-se que a educação sobre drogas tem se organizado de forma atrelada às normas jurídicas estabelecidas. Programas e propostas de educação sobre drogas são apresentadas, também sendo discutidos exemplos de materiais educativos voltados para crianças e adolescentes. Na área da Saúde, é traçado um histórico da hegemonia dos modelos

unicausais de se perceber a relação saúde/doença; a experiência dos centros de referência em atenção e pesquisa sobre o uso de drogas; o espontaneísmo comunitário e de apoio social e mútua ajuda, até as experiências mais recentes ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) como Política de Saúde de Estado.

1. ESTADO DO CONHECIMENTO SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS NO BRASIL

GILBERTA ACSELRAD

A experiência do uso de drogas, entre elas a experiência das bebidas alcoólicas, evoca uma multiplicidade de argumentos: neuroquímicos, neurobiológicos, psicológicos, éticos, sociológicos, culturais, jurídicos, econômicos, políticos; em 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 sociocultural. 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).

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 a 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).

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 da 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. 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 banquete 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 a excessos frequentes. Como os povos *bárbaros* não se beneficiavam da educação que tinham os homens *livres* o beber entre eles era geralmente associado à embriaguez violenta. Mas 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 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 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, 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 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 antecederiam as guerras, o álcool também tem registrada sua eficiência terapêutica. As propriedades medicinais da cachaça eram reconhecidas como, por exemplo, defensiva contra 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 como tônico cardíaco e na prevenção da tuberculose, a cachaça com mel e limão, para curar 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).

São muitos os interesses que interferem 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, 2005: 95). 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 tornando um instrumento para desarticular a oposição dos negros à escravidão: os mercadores de escravos excitaram 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 GUIMARÃES, 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). Também as figuras de Jerônimo Barbalho, “contra o monopólio da produção e comercialização da cachaça, bebida que o próprio Barbalho produzia em seu engenho” e do

negro liberto João Angola participaram ativamente dessa Revolta. Barbalho e Angola foram decapitados em abril de 1661. Personagem importante da Revolta, João Angola teve seu papel obscurecido pela História (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 frequente. 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 caracteristicamente brasileiro, é ambivalente: por um lado o rebelde, por outro, o entorpecido. O uso da cachaça é recomendado entre escravos e índios como forma de facilitar a dominação. Mas a cachaça permanece 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. Mais adiante, rituais e tabus foram eliminados e/ou substituídos por outras formas de relação com a bebida, criam-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 indivíduo 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 (GUIMARÃES & 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 (GUIMARÃES 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, é um exemplo quando 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 beberona/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 são associados aos *bêbados*, *mancomunados com Satanás*, explicitado assim o repúdio dos jesuítas aos danos decorrentes da bebida (RAMINELLI, 2005).

Mas o consumo do álcool, em outros textos literários é naturalizado. Macário, personagem que dá nome à peça de teatro publicada em 1852 (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/aguardente, 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*. O poema (ANDRADE, 1966)

mistura 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 beber é 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 semana* (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 chuva/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 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, 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". Da mesma forma, *Na batucada da vida*, composição de Ary Barroso, 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 enfeitados". 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, há!/Isto até acho graça/Só não quero que me falte/A garrafa da cachaça". Em outra marchinha de carnaval de Mirabeau/Oliveira/Castro, faz-se diferença entre tipos de uso: *"Chegou a turma do funil/ todo mundo bebe, mas ninguém dorme no portolah, ah ninguém dorme no ponto/ nós é que bebemos e eles é que ficam tontos*. 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.

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 ‘Jubiabá’ (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 da novela *Quincas* em ‘A morte e a morte de Quincas Berro D’Água’ (AMADO, 1959). O personagem *de início 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.

Reivalino é 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 beerrão, o cavalo ou um dos dois personagens humanos (GUIMARÃES ROSA, 1988).

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: 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: 96), numa política de *ortopedia social* com vistas a controlar desejos e diferenças. O *Estado Clínico* assume o direito irrestrito de determinar o que é melhor para a saúde da população numa gestão da vida e normalização dos corpos (SAVATER, 2000). As drogas são 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*.

A legislação internacional sobre drogas foi objeto de discussão em Conferências e Convenções que definiram acordos sobre algumas drogas. Regulamentaram sua produção, comercialização, importação e exportação, ampliaram o conceito de substância entorpecente. As drogas foram classificadas como lícitas e ilícitas (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: 315) e/ou da repressão, afinal o uso dessas drogas passou a ser crime. A diferença entre os termos - lícito e ilícito - banizou a relação com o prazer. A política de governo sobre as drogas se restringirá, a partir do século XX, basicamente às que foram tornadas ilícitas, ainda que com a proibição do álcool durante a Lei Seca nos EUA (1920-33). Progressivamente, depois de sua revogação, os danos decorrentes do uso indevido de bebidas alcoólicas (violência no espaço doméstico e público, acidentes de trânsito, entre outros), tornam-se quase invisíveis, contando com uma tolerância permissiva e perversa.

O objetivo de *fazer cumprir a lei* implicou prioritariamente em ações repressivas e, nessa luta ferrenha, organizou-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 infectocontagiosas 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 tomava conta do corpo e mente do sujeito/hospedeiro, num

meio ambiente permissivo, contaminado, tornando urgente uma metodologia que chamasse a atenção quanto aos efeitos da droga no sistema nervoso central, considerados como inevitáveis e generalizáveis em qualquer tipo de consumo. Enquanto as políticas oficiais combatiam a produção e comércio ilícitos, a Saúde Pública tentou *prevenir* o consumo prejudicial do álcool (DELGADO, 2005).

Discursos de prevenção das drogas voltados aos mais jovens passaram a ser objeto de estudo. Alguns autores (NOWLIS, 1975; KORNBLIT, 1988) definiram modelos de prevenção decorrentes das posições assumidas a respeito das variáveis - droga, sujeito e meio e contexto: jurídico-moral/ético-jurídico, saúde pública, psicossocial e sociocultural, dependendo da ênfase particular seja na lei, seja no cuidado com a saúde, com os problemas psicológicos do sujeito, ou ainda com a organização social. Outros autores preocuparam-se com o enfoque educativo dado às drogas no ambiente da escola (CARLINI-COTRIM, 1989) definindo os modelos de prevenção de controle sobre os jovens, baseado na obediência às leis que proíbem ou aos ditames da saúde pública; o de oferecimento de alternativas saudáveis e o da educação. Outros ainda (ACSELRAD, 2005) acreditaram que os discursos de prevenção, centralizados nas drogas de uso proibido, tendo como meta a abstinência devem ceder espaço ao discurso de educação sobre drogas e de construção da autonomia dos sujeitos. Se a experiência de uso de drogas faz parte da história da humanidade, melhor será aprender a lidar com elas. Nesse entendimento, propôs uma metodologia participativa, dialógica em que jovens e adultos estudem juntos formas de prevenir danos e não o próprio uso. Intervenções educativas de prevenção (MOSS & DURMAN, 2009), com e junto aos adolescentes, devem ser 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. A educação sobre drogas baseada na construção da autonomia alerta sobre os danos decorrentes de usos problemáticos e ajuda na formação de escolhas e opiniões, orientando os adolescentes, no processo de crescimento, a discernir o adequado e o inadequado. Essa reflexão descreve o processo da dependência como resultado do encontro da droga com as características psicológicas dos sujeitos, o contexto sociocultural e familiar onde o sujeito está inserido, dessa forma ajudando-o na sua adaptação e modificação eventual de condutas.

No contexto da escola, o professor pode ser uma referência para a formação de hábitos saudáveis dos alunos, reforçando a autoestima, 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 educação sobre drogas difunde valores, 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. A cooperação deve substituir a confrontação e o isolamento. Mas os programas educativos 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 permitindo novas escolhas dos educadores. A educação sobre drogas ao incorporar a noção de que o uso faz parte da experiência humana permitiu entender que a opção tradicional pela prevenção corre o risco de querer prevenir a própria vida (LAZARUS, 1995), afinal já se disse que “viver é muito perigoso”, “viver é um descuido prosseguido” (GUIMARÃES ROSA, 1967). Fortalecendo a capacidade crítica diante das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, a educação sobre drogas tenta recuperar, de forma criativa e adaptada ao nosso tempo, controles sociais coletivos de uso que reduzam usos prejudiciais ao sujeito e à coletividade. 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) se tornou o *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 – um 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 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, 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 um 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 privilégio 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.

Outro procedimento de controle dos discursos seria a oposição entre a razão e loucura/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 sociocultural. O uso de certas drogas, principalmente as que se tornaram ilícitas, é apresentado 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.

Um exemplo da intervenção desses procedimentos no discurso sobre as drogas pode ser percebido quando se analisa pareceres de profissionais de saúde durante a avaliação de medidas socioeducativas, aplicadas aos adolescentes pobres em conflito com a lei. Nesses pareceres profissionais de saúde 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 é 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 é positiva, demonstra 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 socioeconômica*. 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).

A proposta de educação sobre drogas, de construção da autonomia se beneficia dos resultados obtidos por levantamentos sobre o uso de drogas no país (CEBRID, 2010). Estudos realizados, desde a década de 80, consideram o uso tanto das drogas ilícitas como das lícitas, identificam diferentes tipos de uso, diferentes motivações de consumo, conflitos e danos relacionados ao uso das diferentes drogas. Afirmam 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 esteroides. 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.

Esses levantamentos esclarecem a importância da educação sobre drogas, de construção da autonomia (CASTORIADIS, 1989) que, no caso específico das bebidas alcoólicas, sugere o *beber com cuidado, beber bem*. A educação sobre drogas aplicada às drogas lícitas e ilícitas pressupõe 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 (FREIRE, 1987). 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 sobre drogas, de construção da 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 reflita 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.

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). 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 sobre drogas, baseado na 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).

No que se refere aos discursos de 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, patologização 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.

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 insânias 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: 31). O autor mencionado 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 despovoação; 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: 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 prejudicialíssimo vício das bebidas progridem a tuberculose, a loucura, a mortalidade, os crimes, os suicídios, a miséria, etc” (MONCORVO FILHO, 1928: 37).

A associação entre alcoolismo, hereditariedade e delinquência foi também abordada. “O alcoolismo nos pais, a sífilis, as afecções mentais, a epilepsia, a oligofrenia – podem criar condições à antissociabilidade” (MEDEIROS, 1955: 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 “devastado e desorganizado” que encontraríamos as origens de todo o mal que sofria a sociedade. Afirmava-se 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: 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: 80).

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. O tratamento ambulatorial institucionalizado, com base psicanalítica, psicoterapêutica e clínica 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.

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 consumo, num determinado momento, a despeito dos danos na esfera pessoal, familiar e/ou social (MASSARD & BASTOS, 2005).

A Redução de Danos (RD) relacionada ao uso de drogas tem origem na Grã-Bretanha, no início do século XX, motivada pelos problemas decorrentes do uso da heroína. Também na Holanda, na década de 1970, o governo tenta implantar uma política de drogas cuja eficácia superasse o “fracasso” das políticas dos países vizinhos sugerindo-se como política pública mais razoável a legalização da *Cannabis* e a distinção (meramente formal) entre drogas leves e drogas pesadas. Essa visão se tornou paradigmática, em especial, por sua utilização para auxiliar a frear a epidemia de AIDS nas décadas de 1980/1990

, quando o conceito de Redução de Danos é incorporado como política pública. No Brasil, “no final dos anos oitenta, sob a coordenação do Ministério da Saúde, particularmente da Coordenação Nacional de DST/AIDS, hoje Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, começaram as primeiras reuniões motivadas pelo aumento da prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI)” (ANDRADE, 2011). As ações desse programa tinham como objetivo o *uso seguro* o que de maneira geral terá repercussão no uso de outras drogas como o álcool. Dada à dificuldade de se interromper o uso, que ele fosse pelo menos protegido. 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, 2004). “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 bebidas 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, a Redução de Danos, com informação sobre os riscos de uso e sugestões que minimizem riscos e possíveis danos, em muito pode contribuir. 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 podendo 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 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. A proposta dos CAPS AD se encontra consolidada, 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, 2007: 216).

No que se refere à relação entre álcool e violência, tão presente no imaginário coletivo, não se pode estabelecer um nexos 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 9ª Revisão e V01 a Y98 na 10ª 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, 1998: 36). 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 pessoal. Ao invés de se estabelecer o nexos 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).

As relações entre o consumo de álcool 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, 2004: 85). 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, progressivamente, se tornam mais frequentes (MELCOP, 2004). O beber problemático associado à direção de veículos tem como consequência situações potencialmente mais graves e constituem um problema relevante de saúde pública (REICHENHEIM, 2011 apud BONI, 2011). Embora as bebidas alcoólicas possam ser consumidas sem maiores problemas, dependendo da dose, frequência 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, 2004: 89).

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, 2004: 74). 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: 283).

A tendência a pensar o consumo do álcool apenas na ótica do indivíduo como ser produtivo, sem uma avaliação das causas que levam ao uso problemático, induz à vigilância sobre os trabalhadores, descartada a intervenção nas condições de trabalho favorecedoras do uso desmedido. De fato, a situação de dependência resulta do encontro de um sujeito, um produto/álcool e um meio e momento sociocultural. A forma de uso do álcool se modifica na medida em que também se nos intervenha outros dois elementos.

2. PADRÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCÓOLICAS NO BRASIL

HELENA MARIA SCHERLOWSKI DAVID

2.1 Aspectos gerais do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil

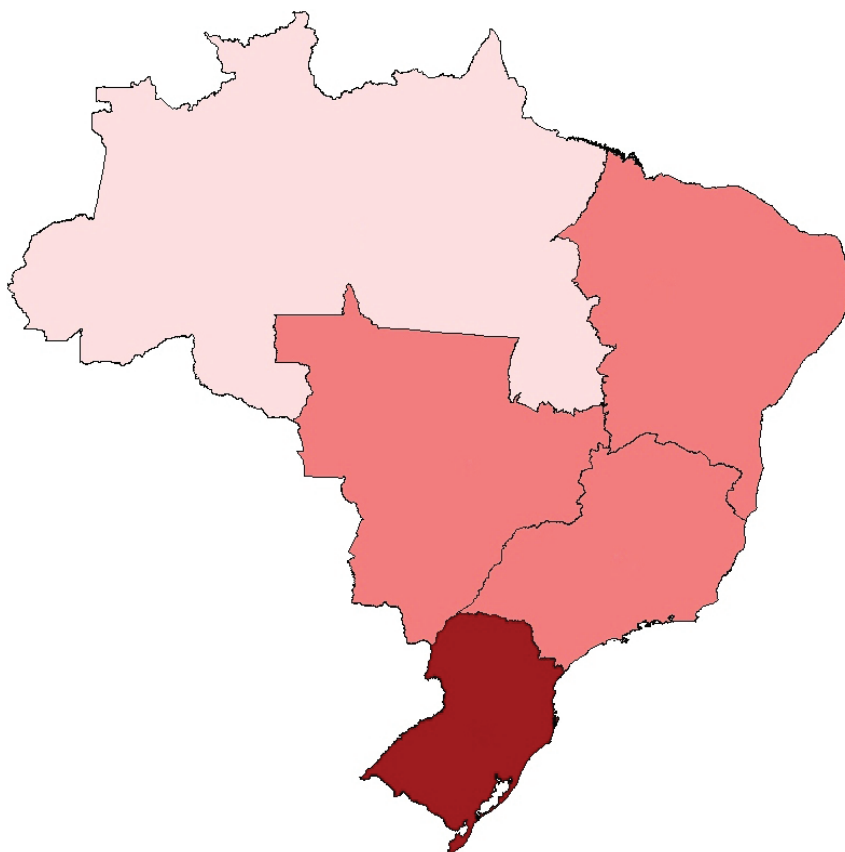
As bebidas alcoólicas são de uso corrente e comum na sociedade brasileira. Para o consumo *per capita* de bebidas alcoólicas em geral foi utilizada a base de dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), que informa um consumo, de 7.09 litros, no ano de 2007 no Brasil (GISAH/WHO, 2011). Esta base de dados 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 (LARANJEIRA, 2007) 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. 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 1 – Prevalência de consumo de álcool por adultos, Brasil, 2007.



Fonte: LARANJEIRA, 2007, elaboração própria.

Outra fonte de dados é a Pesquisa de Orçamentos Familiares (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.

* Uma primeira versão deste texto foi apresentada na Conferência Inaugural da XVI Semana de Mobilização Científica (SEMOC), na Universidade Católica de Salvador, no dia 16 de outubro de 2013.

Tabela 1 – Despesa média mensal familiar com bebidas alcoólicas, segundo classes de rendimentos e variação patrimonial mensal familiar. Brasil, 2008-2009.

	total	Classes de rendimento total e variação patrimonial mensal familiar (1)						
Chopes e cervejas		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. 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 frequência, nas áreas rurais.

2.2 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 (desenvolvido pelo Substance Abuse and Mental Health Services Administration dos Estados Unidos da América – SAMSHA, CEBRID, 2001, 2005).

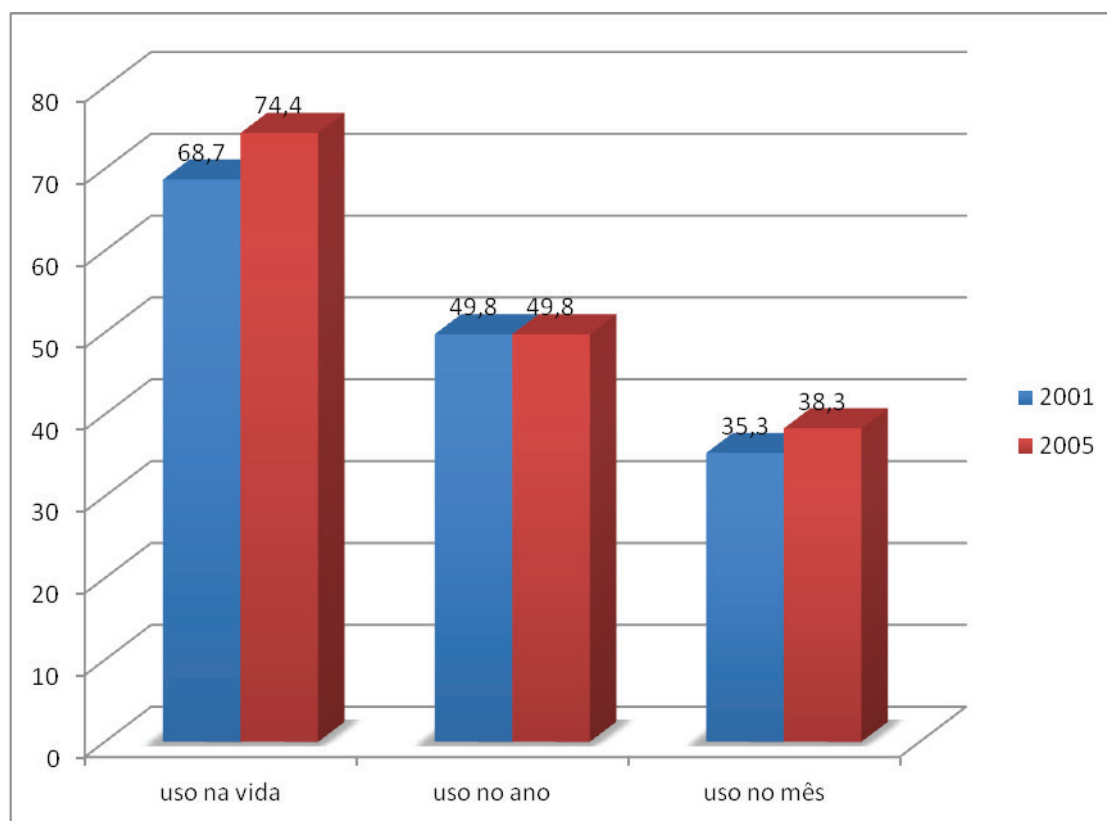
O terceiro Levantamento Nacional usado como fonte de dados é o I Levantamento sobre Padrões de Uso de Álcool na População Brasileira (LARANJEIRA, 2007) e que utilizou classificações de prevalência por frequência e intensidade, segundo variáveis sociodemográficas.

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, 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, 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 1 – 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 2 – Percentual da população segundo variáveis socioeconômicas e classificação entre consumidores de álcool e abstêmios.

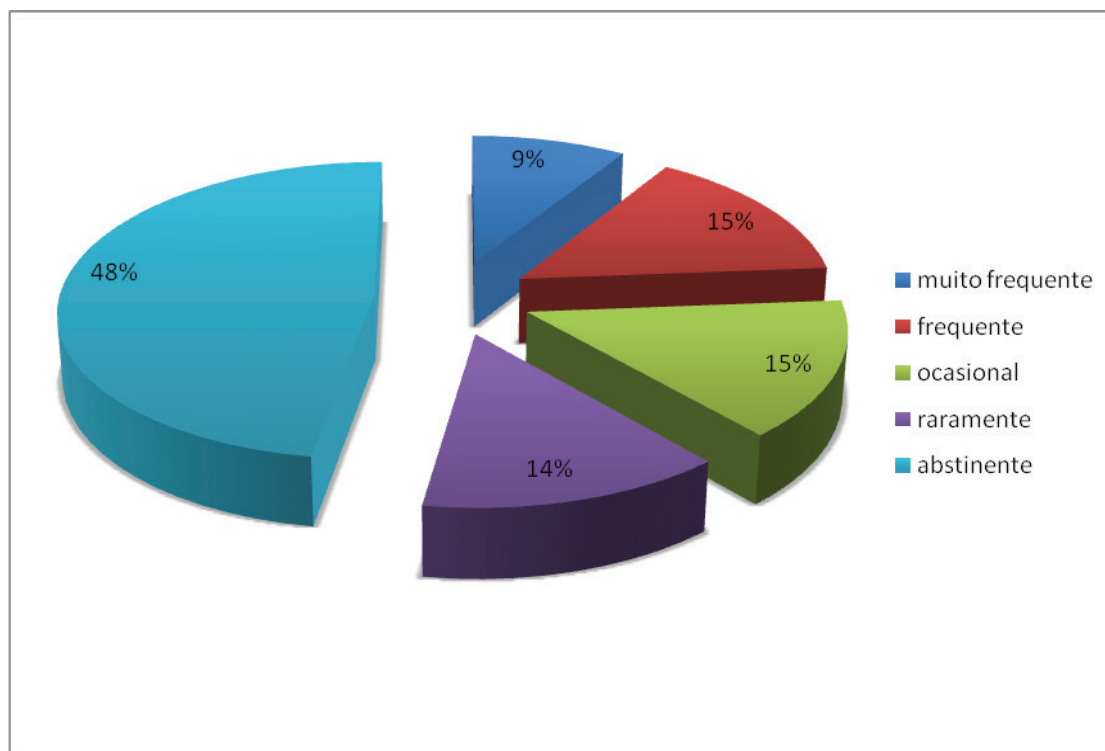
Variável	Consumidores	Abstêmios
Total	52	48
Sexo		
Homens	65	35
Mulheres	41	59
Idade		
18-24	62	38
25-34	58	42
35-44	56	44
45-59	46	54
60 e mais	32	68
Classe SE		
A	58	42
B	65	35
C	57	43
D	44	56
E	41	59

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, 2007).

Dentre os adultos brasileiros que consomem álcool, o percentual mais encontrado insere-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 2 - Frequência de beber entre adultos – Brasil, 2007.



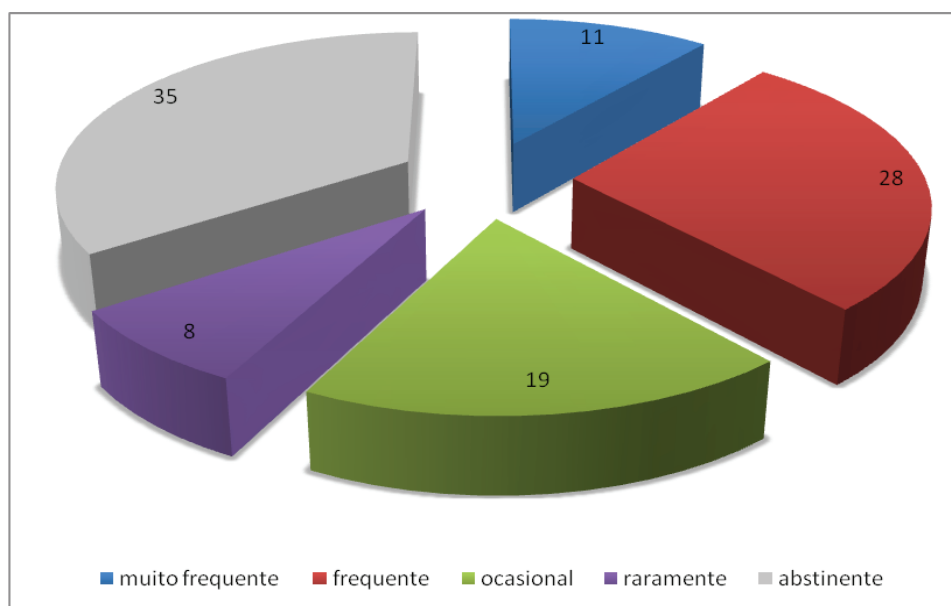
Fonte – LARANJEIRA, 2007, elaboração própria.

A prevalência média de consumo *frequente* e *frequente pesado* é de 24%. Entre as Regiões, a Sul 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, 2007).

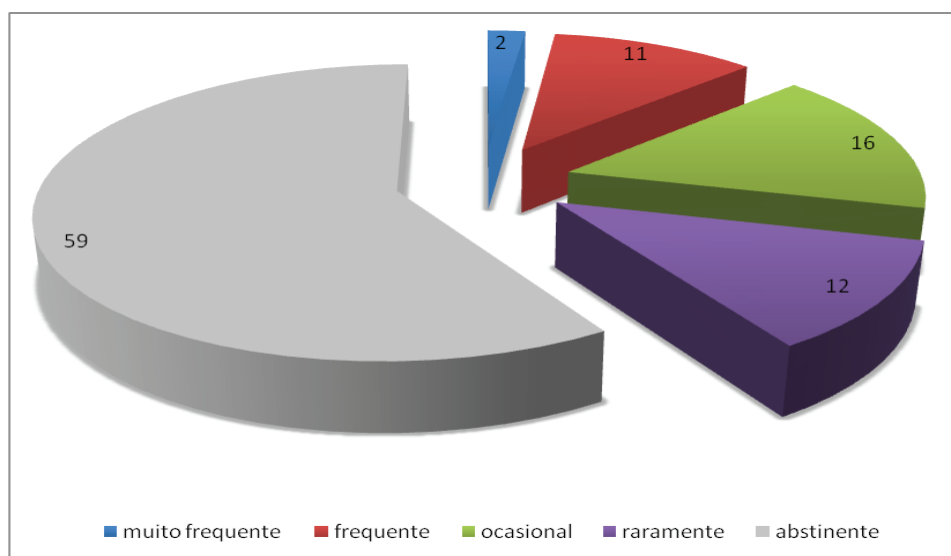
A distribuição por intensidade do consumo e sexo acompanha o padrão de maior consumo, em todas as formas, entre homens, e maior percentual de *uso não frequente*, ou nenhum entre mulheres. O grupo de *abstêmios* também apresenta diferenças significativas, e os dados confirmam que o fator sexo influi 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 3 – Frequência do consumo de bebidas entre adultos, sexo masculino, Brasil, 2007.



Fonte: LARANJEIRA, 2007, elaboração própria.

Gráfico 4 – Intensidade do consumo de bebidas entre adultos, sexo feminino, Brasil, 2007.



Fonte: LARANJEIRA, 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 3 – 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 frequente	12	9	10	7	3	9
Frequente	14	17	19	14	9	15
Ocasional	19	16	15	12	8	15
Raramente	17	16	12	13	12	14
Abstinente	38	42	44	54	68	48

Fonte: LARANJEIRA, 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 sociodemográficos e culturais (LARANJEIRA, 2007).

2.3 Consumo de álcool por crianças e jovens

O IV Levantamento de uso de drogas entre estudantes brasileiros¹ 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 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*

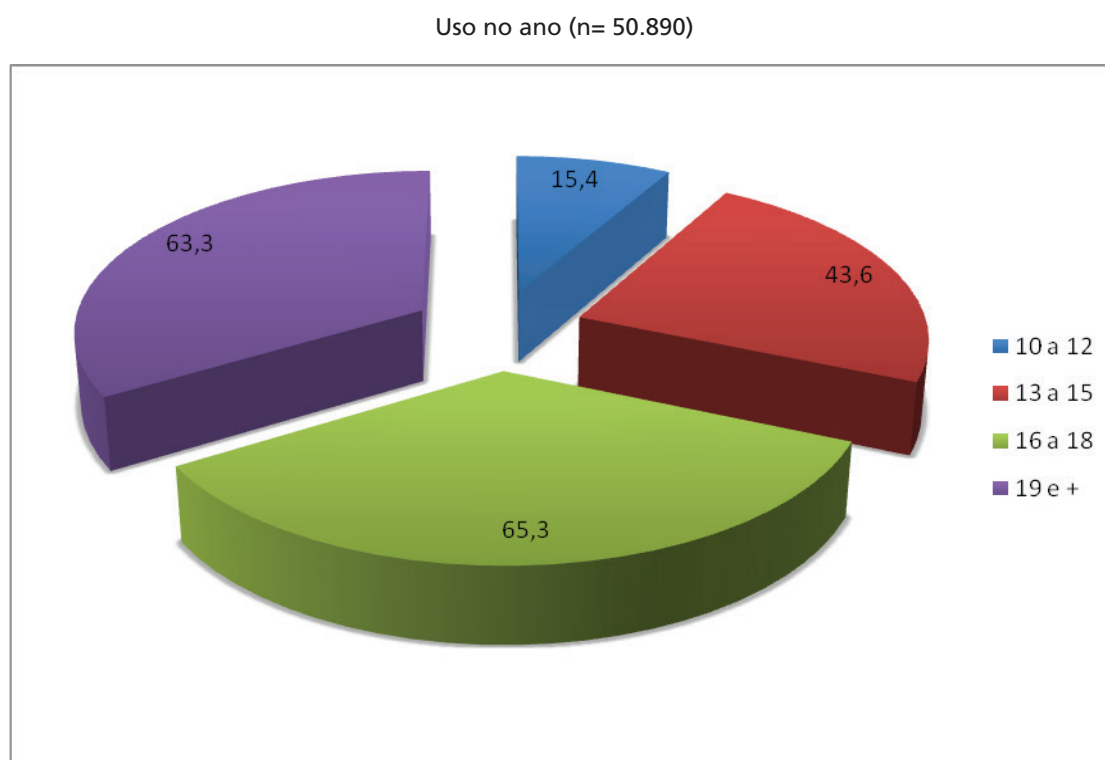
¹ Ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras, 1ª edição, SENAD, Brasília, DF, 2010.

(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 5 – Percentual de consumo de bebidas alcoólicas por jovens, por faixas de idade.



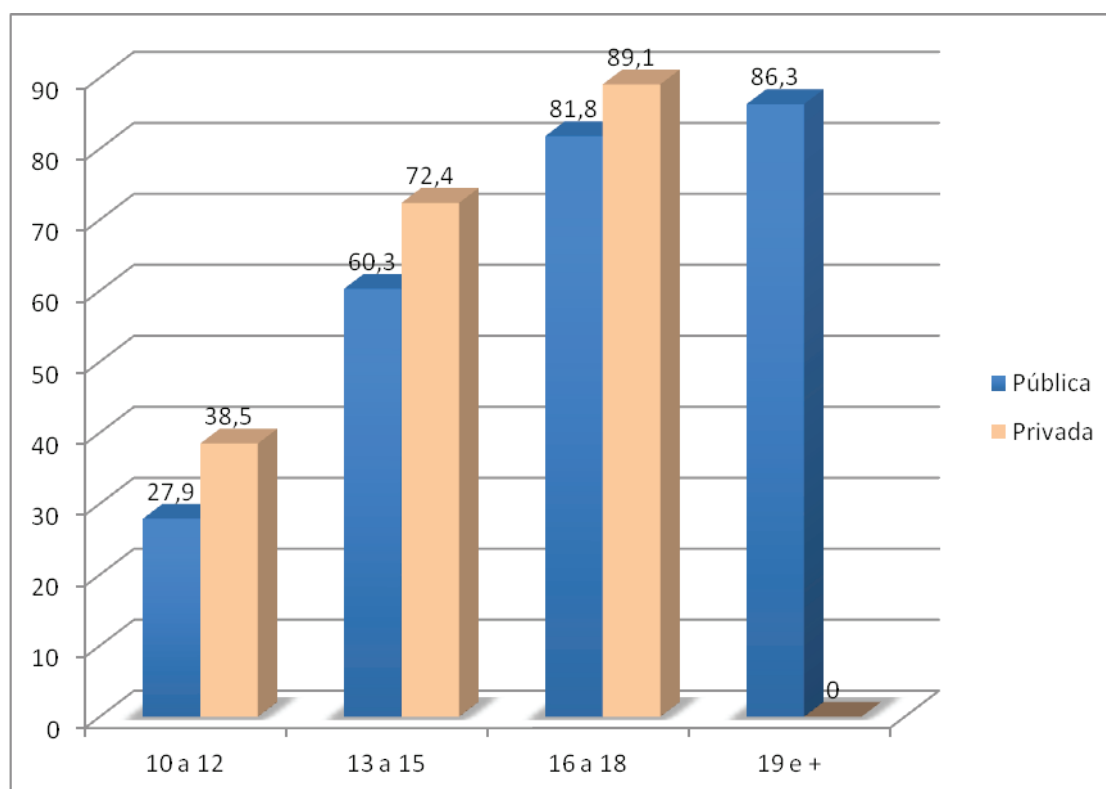
Fonte: CEBRID, 2010, elaboração própria.

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 últi-

mos, 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 6 – Percentual de consumo na vida de bebidas alcoólicas entre jovens de 10 a 19 anos, estudantes de escolas públicas e privadas.



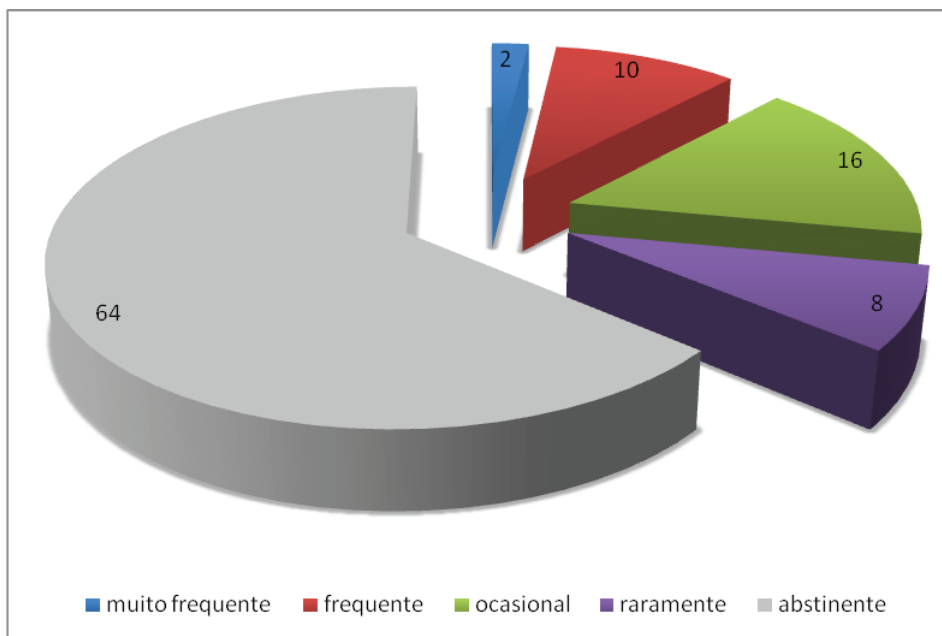
Fonte: CEBRID, 2010, elaboração própria.

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

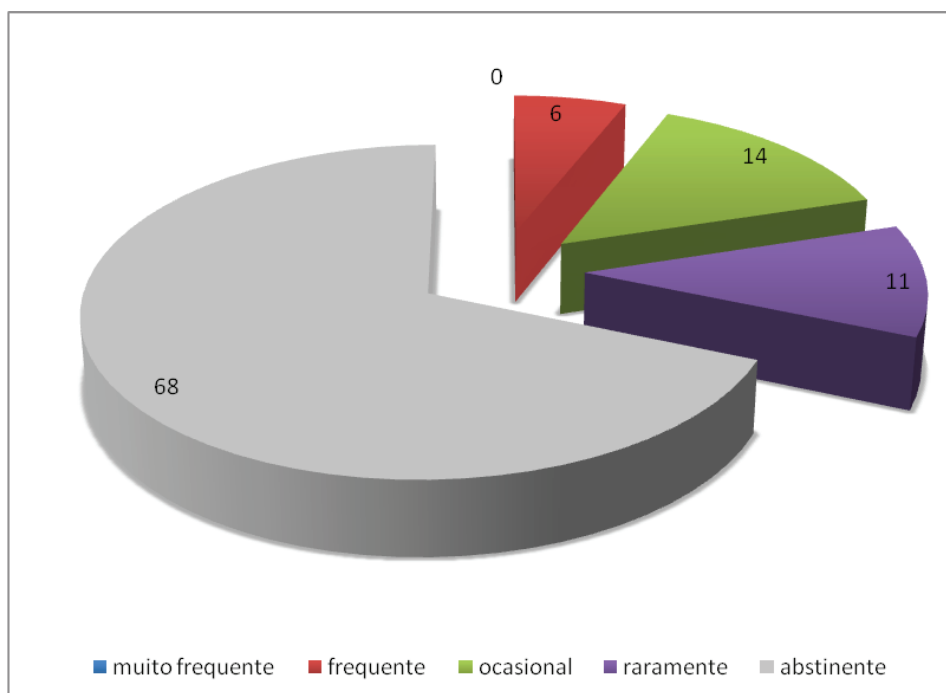
1 a 3 vezes ao mês, não possui prevalência marcadamente diferente entre os jovens do sexo masculino e do feminino, assim como o percentual de abstinente. As diferenças maiores se referem ao padrão de *uso frequente*, ou de *uso ocasional*.

Gráfico 7 – Frequência do consumo entre jovens do sexo masculino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007.



Fonte: LARANJEIRA, 2007, elaboração própria.

Gráfico 8 – Frequência do consumo entre jovens do sexo feminino, de 14 a 17 anos, Brasil, 2007.



Fonte: LARANJEIRA, 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 aos adolescentes uma percepção irreal e desinformada quanto aos danos do uso excessivo. Segundo o autor, 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 incluam as dimensões históricas e culturais dos grupos populacionais e o papel da bebida nestes contextos.

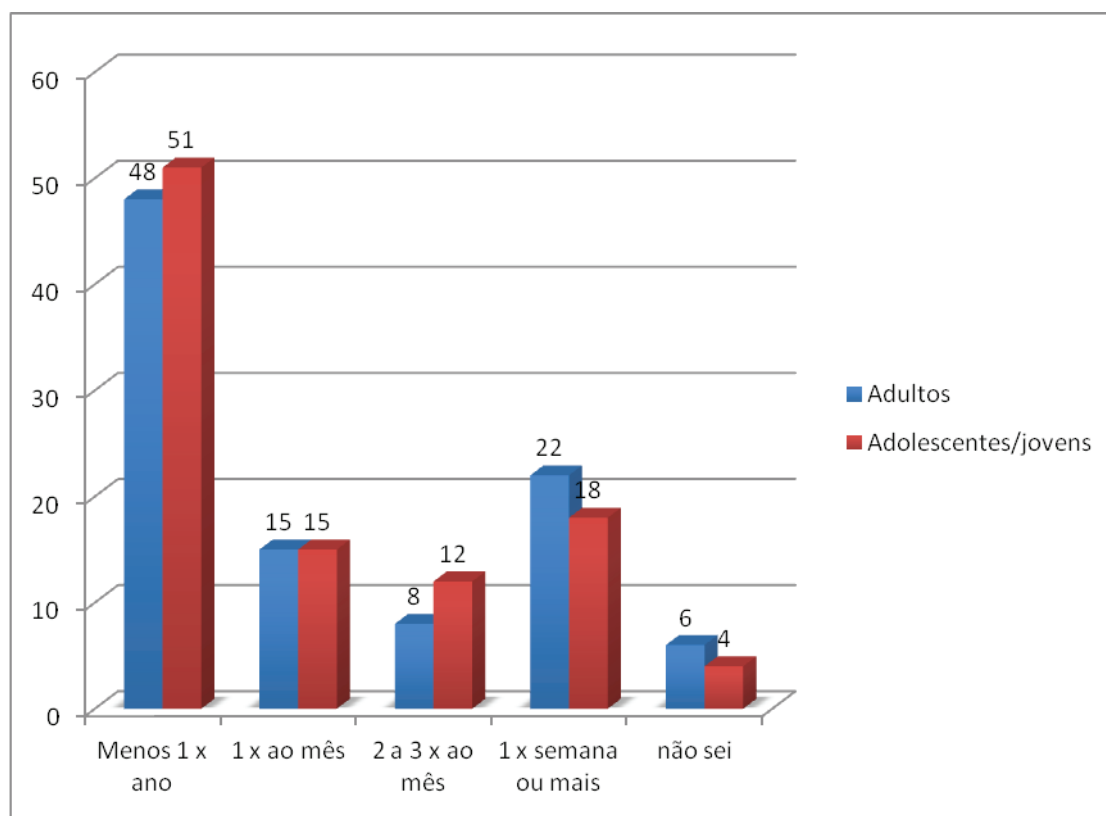
2.4 Consumo de risco ou “binge drinking”

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 biopsicossociais 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 9 – Prevalência da frequência do beber em binge, adultos e adolescentes/jovens.



Fonte: SENAD/USP, 2009, elaboração própria..

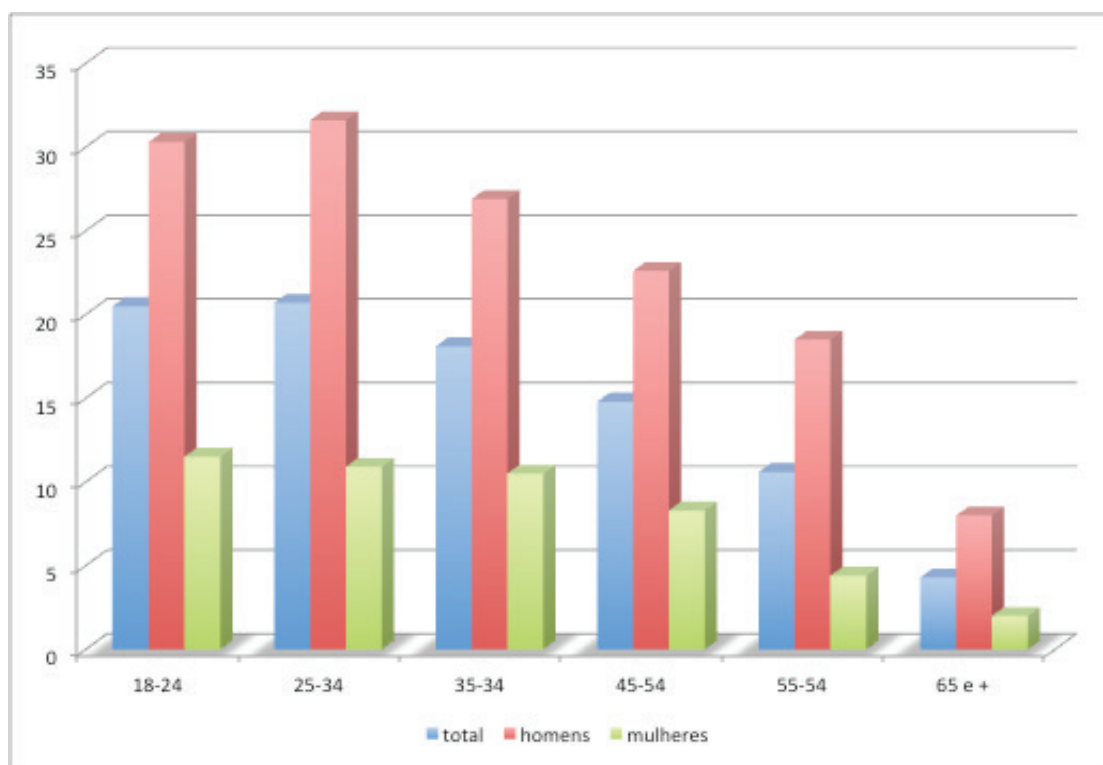
Enquanto a prevalência geral de beber em *binge* é maior entre os adolescentes, a frequência deste tipo de consumo apresentou percentuais mais altos para o consumo frequente, de uma ou mais vezes por semana, entre os adultos. Neste grupo, as faixas de idade de 18 a 34 anos tem maior prevalência de beber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

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 Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), 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, Ministério da Saúde, 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/PI (37,6%), Salvador/BA (31,3%) e Cuiabá/MT (31,2%); e, entre mulheres, em Salvador/BA (17,2%), Recife/PE (14,3%) e Vitória/ES (13,3%) (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011). Como prevalência média de frequência do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias no conjunto das cidades, o percentual de 17,0%, é 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 10 - Percentual de uso abusivo de álcool por adultos homens e mulheres segundo faixa etária, 2011 (inquérito telefônico).



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, 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 (BRASIL, Ministério da Saúde, 2011).

3. MOTIVAÇÕES DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

SERGIO ALARCON

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 europeia. É imemorial o costume tupinambá de produzir o *cauim*, a bebida fermentada feita através da mastigação e salivagem 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. E 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).

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 teria 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 europeia, ligada ao cristianismo, rompeu com o postulado ontológico dos Tupinambás para o álcool, mas apenas para afirmar sua própria interpretação divina, na transubstancialização 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 des-

classificados 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 inexistia 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 diferenciado do uso das outras drogas não é novidade. As transformações que, em meados do século XIX, conduzem lentamente as outras drogas a uma realidade autônoma em relação a do álcool (EHRENBERG, 1994).

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 agrega, sendo a possibilidade do uso abusivo ou prejudicial no máximo uma infração às regras sociais, infração que na verdade confirma essas mesmas regras.

No 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 (CEBRID, 2010), 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. 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, avaliando que estudantes mais expostos a itens de marketing de bebidas tinham maior chance de já terem bebido na vida e/ou de beber atualmente (Pinsky, 2009).

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, 2005). Beber nessas quantidades, ou acima delas, pode levar a intoxicações frequentemente associadas a uma grande série de problemas. Os fatores motivacionais para o *binge* ou bebedeira frequente 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 às bebidas. O álcool guardaria uma função antropológica dentro das forças de reprodução das subjetividades, 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: 265).

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 à 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, preconiza-se 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. Seja no espaço público, seja no espaço privado, muitos usam o álcool pelo prazer, ou para conseguir um desempenho desejado. Esse uso, aparentemente excêntrico àquele da socialização, mas que também é habitual pode estar ligado à ideia difundida de uma espécie de automedicação ampliada; corolário da obsessão moderna da saúde a qualquer preço e que inclui a “necessidade” de um estilo de vida despojado e alegre, imagem frequentemente ligada ao uso do álcool.

Novamente é estratégico pensar a questão da propaganda seja dos remédios, seja das bebidas alcoólicas. Ao estampar no final de cada propaganda de remédios a prescrição de que *ao persistirem os sintomas o médico deverá ser consultado*, transforma-se o explícito chamamento ao autocontrole sugerido pela frase em um estímulo ao consumo irracional, incorreto ou inconsciente de medicamentos (NASCIMENTO, 2005). No que se refere ao álcool há um permanente estímulo ao uso intensivo que pode se tornar abusivo, 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, denominada “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. 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 heterocontrole 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 embriaguez.

Sobre esse estímulo para a embriaguez, cabe um alerta para a configuração de uma “quimificação” da vida cotidiana (ILLICH, 1975). 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 mercantilização 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). O referido autor 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 liber-

dade natural – vulgarmente conhecida como a “lei da selva”. Antes, 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 burilado.

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 ideia de uma embriaguez legítima, como acontece com as outras drogas, limitada por falsos problemas entre o *laissez-faire* (da liberalização) e a repressão (proibicionista). Por seu estatuto legal, o álcool possui alguma cultura de uso autocontrolada, algo difícil, para não dizer impossível, de se encontrar no Brasil em relação às 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 como vítima inerme de malfeitores da indústria, dos maus amigos e de si mesmo. Desqualificação que mais se parece com uma estratégia de dominação, a ideia 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. Nessa perspectiva, o risco está na difusão de exortações e anátemas antiálcool na forma de antipropaganda ou de leis em que são trançados saberes de “prevenção”, “recuperação” ou “ressocialização” para os usuários de álcool. Assim desfaz-se a distância traçada entre o álcool-socializador e as drogas tornadas demoníacas graças a esse mesmo ponto de vista “intolerante” com a embriaguez. Com esse olhar, torna-se também o usuário de álcool, antes mesmo da possibilidade do alcoolista, alguém já pronto para a “salvação”.

Parece ser cada vez mais aceita a ideia que a sociedade teria perdido a capacidade de se autorregular em seu apetite por substâncias modificadoras do aparelho senso-perceptivo e da consciência (a tendência é a de se estender essa afirmação para uma gula generalizada por drogas, bebidas e alimentos), transferindo-se para o Estado a tradicional prerrogativa de controle sobre a vida “privada”. Por “drogas” (incluindo o álcool), entende-se mais do que a concretude de seus efeitos quando misturadas e dissolvidas ao nosso corpo em determinado contexto; entende-se principalmente o sopro etéreo de abstrações como o risco, os danos – e um mal necessário *a priori*, antes mesmo da mistura se dar.

4. PRINCIPAIS ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADAS ÀS BEBIDAS ALCOÓLICAS

MARIA LUCIA KARAM

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 enfrentamentos com as forças policiais, da impossibilidade 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 ideia 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 descontrole, ou “liberação geral”. Ao contrário, legalizar significa regular e controlar. Total descontrole 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 panaceia 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.

4.1 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 monitoramento 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 estatuinto 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 simultâneo 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, cigarilhas, 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 ideias 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 transcrito – “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 Penais².

2 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 sen-

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 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

tido, 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.

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”.

4.2 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 obri-

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

Além de ilegítimamente 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 percebíveis. 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 Lei 11705/2008, já mencionada, 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 álcool, 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 está longe 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 ideia 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 à 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 enquadra-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”³), 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.

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

³ 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.

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 "I" 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 acidentalmente caísse em um tonel cheio de bebida alcoólica e, sem querer, engolissem 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 (permissões 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).

Condicinando o exercício do poder punitivo do Estado à demonstração da possibilidade exigível de motivação conforme as 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 reprovação 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, conseqüentemente 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 reprovação 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.

5. POLÍTICAS PÚBLICAS ATUAIS SOBRE ALCOÓLICAS

GILBERTA ACSELRAD E SERGIO ALARCON

Entende-se que Políticas Públicas são diretrizes de ação do poder público; regras e procedimentos explicitados, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos (SOUZA, 2006).

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, 2010).

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 ideia só é abandonada ou modificada como o resultado de novos acordos.

5.1 Políticas públicas 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*. Essa legislação criou o Conselho de Prevenção Antitóxico, vinculado ao Ministério da Educação e Cultura para coordenar cursos de formação para os educadores, 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 e assistentes sociais, nessa ordem. As informações são basicamente sobre os malefícios do uso de drogas ilícitas, negados o uso re-

criativo e não médico. Os professores formados devem repassar os conhecimentos adquiridos aos alunos em aulas de Educação Moral e Cívica (RODRIGUES, 2004: 153-154).

Em 1972, foi 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 denunciasses as pessoas que fizessem uso de drogas em suas dependências.

A responsabilidade da escola no que se refere à educação sobre drogas foi 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 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 lei sobre drogas, anterior 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 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 conscien-

te 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 (ACSELRAD, 2005).

Cursos de extensão, atualização e especialização, seminários de estudo, organizados por equipes multidisciplinares de especialistas, com experiência na área de educação, substituíram 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, sob esta orientação se constituíram como experiências exemplares, ainda que por vezes pontuais.

Em 1992 surgiu no Brasil o 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 Polícia 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 “3ª Guerra Mundial – a guerra contra as drogas tendo três objetivos: 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 apoia no fortalecimento da autoestima e trabalha 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 5ª **série do ensino fundamental e programa específico** para Pais e Responsáveis. O PROERD tem material didático específico 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* (DE SOUZA, 1996)⁴ afinado com o modelo de prevenção e erradicação das drogas. Sua aceitação em alguns estados, como no Rio de Janeiro, é questionada. Alternativa reducionista centraliza-se 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.

Legitimado pelas Convenções Internacionais proibicionistas, é criado em 1998 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

4 Neste mesmo capítulo há uma breve análise desse material didático.

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.

Mas em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. A ótica repressiva cedeu lugar a uma lógica de transversalização com repercussões na área da educação sobre drogas. São agora consideradas as drogas lícitas e ilícitas, aparecendo o álcool como 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: 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 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 amplia a discussão, 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 relaciona 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: 28). Aos cuidados de saúde já tradicionais se somam a promoção de ações comunitárias, o desenvolvimento de recursos humanos e da pesquisa.

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, conseqüentemente, das respostas do Estado diante dela, nem sempre efetivas. Princípios da Saúde Pública e de Direitos

Humanos são afirmados no início do texto dessa Política que reconhece a Redução de Danos como uma proposta pragmática. Essencialmente, a visão repressiva, de controle social sobre a população prevalece. A população é considerada como indefesa e incapaz de decisão, quando se refere, por exemplo, ao *uso irracional das drogas lícitas*, não levando em conta o contexto cultural, os usos sociais. As ações de prevenção são voltadas para o sujeito, de forma descontextualizada, não havendo ações relacionadas aos produtores de bebidas alcoólicas. 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 educativas da PNAD.

A partir de 2005, com a realização no Brasil da 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), estabeleceu-se uma estratégia continental com políticas, estratégias eficazes e programas capazes de prevenir e reduzir os danos relacionados ao consumo de álcool. As estratégias nacionais deveriam incorporar uma lista culturalmente apropriada de políticas baseadas em evidências, estudos científicos e sistemas de informação. São consideradas entre 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.

Algum avanço pode ser notado quando a PNAD reconhece a Redução de Danos/RD como uma estratégia de prevenção pragmática. Em relação ao álcool, a RD compreende 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: 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 autoconhecimento, 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, 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 repercussões 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 enfretamento 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.

5.2 Projetos pedagógicos e materiais educativos

Em 2010, o I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários (ANDRADE, 2010: 201) analisou 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 pesquisa 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. Predominam as palestras em que falam as autoridades no assunto, enquanto os jovens escutam 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. Os jovens não têm uma boa avaliação dessas palestras: *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* (ADADE, 2012: 117, 111-120).

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 o tema, mas de forma recorrente se sentem despreparados. Ou temem

falar sobre o 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.

Os materiais lúdicos de apoio à educação sobre drogas são raros. Alguns são exemplares. Ora seguem a tradição proibicionista, numa tradução do modelo jurídico que define a partir da lei o que pode ou não pode ser usado. Outros têm uma proposta diferenciada, partem da experiência coletiva dos jovens, contextualizada, estabelecem diálogo, estimulam o pensar individual e coletivo, identificado como o modelo de educação para a saúde.

No primeiro caso, revista *A Turma da Mônica, Uma história que precisa ter fim* (DE SOUZA, 1996), tem como autor um conhecido quadrinista de histórias infantis e para adolescentes. O material teve ampla tiragem e foi traduzido em inglês e espanhol, tendo apoio da Secretaria Nacional Antidrogas e é usado pelo PROERD. A história incorpora o discurso da legislação proibicionista, tendo como objetivo a erradicação do uso (dessa forma sendo possível *um final feliz*) e a formação de multiplicadores, nas escolas e nas famílias. Não traz informações sobre o processo de sua elaboração (base bibliográfica, eventuais consultas nas escolas, por exemplo). Em que pese ser uma revista destinada a crianças – os personagens aparentam 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 sua identidade. Os colegas aparentam 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 reduzida, 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*. Na história sugere-se que no caso de um *mau encontro* (com o traficante), uma boa *coelhada* (Mônica, a personagem que dá nome a revista, resolve sempre seus problemas batendo no outro com seu brinquedo de estimação, um coelho de pelúcia) resolverá tudo *até que a polícia chegue*. No final da história, como *alternativa* às drogas, as crianças brincam de cartas, comem melancia,

pulam corda, jogam bafo-bafo. A linguagem do medo para se chegar à erradicação da droga e a sugestão de reagir com uma *coelhada* é ingênua.

Num outro ponto de vista, *O Jogo da onda: entre na onda da saúde* (MONTEIRO & REBELLO, 2000) é recomendado para uso em casa, com a família, na formação de recursos humanos. Teve uma tiragem de 11.000 exemplares, adquiridos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, com edição esgotada em 2008. *O Jogo* faz a prevenção do uso problemático 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). Incorpora a proposta de Redução de Danos, 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: 662). *O Jogo* esclarece dúvidas e promove reflexão sobre a prevenção do HIV/AIDS e sobre a dimensão social e afetiva do uso problemático de drogas, lícitas e ilícitas, a partir de questões emocionais, familiares e pedagógicas. Sua elaboração levou 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 adolescentes⁵ orientaram sua elaboração e nelas foram acolhidas opiniões e experiências relacionadas à autoimagem, ao prazer, a como agir diante de conflitos, a problemas de relação com os pais, questões pessoais, afetivas, sexuais e a opinião dos jovens sobre as substâncias psicoativas, as bebidas alcoólicas sendo sugeridas como a droga de maior consumo. A elaboração do *Jogo* foi precedida por uma análise crítica das políticas repressivas, do modelo biomédico que ainda prevalece nas ações de educação em saúde. *O Jogo* tem o formato de um tabuleiro, jogo de labirinto, com casas a serem percorridas, sugerindo-se a formação de duplas de jogadores (4 a 8, a partir de 12 anos) incentivando a construção de comentários e respostas coletivas. 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. Cada carta, segundo a sua cor, tem uma função: dicionário, perguntas com respostas fechadas, perguntas com respostas a serem construídas coletivamente, devendo ser referendadas pelas outras duplas, cartas com mensagens. Integram ainda o material: peças coloridas que representam os jogadores, dado, 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 palavras-chave: desafio, sensibilidade para decifrar o enigma das drogas, o lúdico como fundamento da cultura e de suas formas de transmissão, sendo um convite ao diálogo, um lugar de encontro entre os jovens e os educadores. Na avaliação sobre as qualidades e repercussões do *Jogo*, concluiu-se que gerou informação, estimulou a reflexão e o diálogo acerca de situações do cotidiano relacionado às drogas (CORTES, 1999), dessa forma contribuindo para uma melhor resposta dos jovens às situações de risco.

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

5.3 Políticas Públicas 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 ideia de saúde já antiga, tributária da hegemonia do modelo biomédico, este baseado no mecanicismo 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 mecanicismo 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, relacionados ao 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 elementos 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 anatomoclínicos 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 anatomoclínica (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 a medicina científica tenha nascido como medicina social (FOUCAULT, 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 doença⁶” (ALMA-ATA, 1978).

No Brasil, críticas a esse modelo assinalam aspectos nos quais o modelo flexneriano (ou curativista) mostrou-se ineficiente (AROUCA, *apud* CZERESNIA & FREITAS, 2003), a saber:

- 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.

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 ideia de saúde como ausência de doença.

6 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).

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 racionalidade dos aparelhos promotores de saúde, tornados interdisciplinares e intersetoriais, tributários de uma complexidade distinta daquela predominantemente “especialística”⁷. 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 ideia de que tudo que é considerado como fator ou condição de risco tenha de ser eliminado ou controlado.

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). 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.

Mas o risco é uma construção móvel, passível de circulação abrangente em termos de código para os perigos e ameaças que caracterizam a 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.

5.4 Centros de Referência em Atenção e Pesquisas 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 co-

⁷ 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.

nhecimento sobre as múltiplas dimensões do consumo das substâncias psicoativas, articulados com outras instituições representativas da sociedade e em consonância com princípios éticos (CETAD/UFBA). 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 se tornou multidisciplinar, contando com psiquiatras, clínicos, epidemiologistas, psicólogos, terapeutas familiares, terapeutas ocupacionais, educadores, assistentes sociais. Estabelece-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).

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, fundado pelo professor Claude Olievenstein, ampliou as experiências (CRUZ, 2005) e contribuiu para uma melhor estrutura dos serviços de atendimento aos usuários de drogas.

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 na instituição hospitalar, asilar ou de grande abrigamento em que aparecem as relações de dominação daquele que exerce seu poder terapêutico e de adestramento sobre um ci-

dadão 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.

5.5 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 conseqüências 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. Preconizada pelo Modelo *Minnesota* e adotada pelos grupos de AA, a mútua ajuda não se reduz 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 positivities dessa prática. Uma delas, mais geral, é a de “apoio social” (VALLA, 1998). 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.

Segundo outro autor (REIS, 2012) 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.

Um dos principais componentes de uma Comunidade Terapêutica (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 ideia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à proposta de tratar os grupos como 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.

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, RAMÔA, SERRA, 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 abrigo.

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 4ª 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 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, 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 consequente desenvolvimento de uma “cultura da guerra as 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. 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 (EHRENBERG, 2003). 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 se chamou de “apoio social” (VALLA, 1998) e 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.

5.6 Lei Orgânica da Saúde (pós 1990)

Com a promulgação da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de nº 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 equidade 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 ideia de saúde como *qualidade de vida*. Com essa definição ampliou-se a compreensão do 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, não mais 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 corresponsável, ao mesmo tempo fosse capaz de interferir a ponto de reinventar 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. A ubiquidade dessa saúde promocional escapa das dimensões da medicina, da fisiologia e da epidemiologia para fazerem emergir discursos nor-

mativos 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* (CASTIEL & DIAZ, 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.
- **Equidade:** 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 compartimentalizadas; 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, biopsicossocial, 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 SUS⁸. 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*. 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

8 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 ideia de que a saúde não se reduz à ausência de doença (analogamente, a reforma psiquiátrica utiliza a “*epoché* basagliana”, colocando a doença entre parênteses – 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 parênteses 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 ideia de saúde como qualidade de vida adotada pelo SUS.

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 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, 25/01/2012

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 autocuidado.

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).

II - Unidade de Acolhimento infanto-juvenil

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 31/01/2012

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 prejudi-

cial 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 4 – CAPS cadastrados no Brasil, 2008 a 2012.

Região	2008	2009	2010	2011	2012
	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. Inclui também leitos de hospitais psiquiátricos de pequeno porte, quando existirem. Esses leitos devem oferecer 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. Trata-se de uma perspectiva otimista que não necessariamente expressa a realidade dos municípios, muito variável no que se refere à oferta de dispositivos em saúde mental.

A hospitalização compulsória de usuários de crack entrou em pauta em 2010, como agenda prioritária das políticas de saúde mental. Municípios, como São Paulo e Rio de Janeiro desenvolvem ações de recolhimento/hospitalização compulsórios de usuários de crack, em especial moradores de rua e ocasionais usuários de quaisquer drogas, incluídos os dependentes de bebidas alcoólicas, trabalhadores informais, entre outros. Tal iniciativa preocupa os movimentos de defesa dos direitos humanos, pelo retrocesso dessa política em oposição ao conjunto de ações de um sistema de saúde de caráter universalista e participativo.

5.7 A redução de riscos e danos como política

Diagrama do Sistema de Álcool e Outras Drogas conforme as Políticas Públicas de Estado

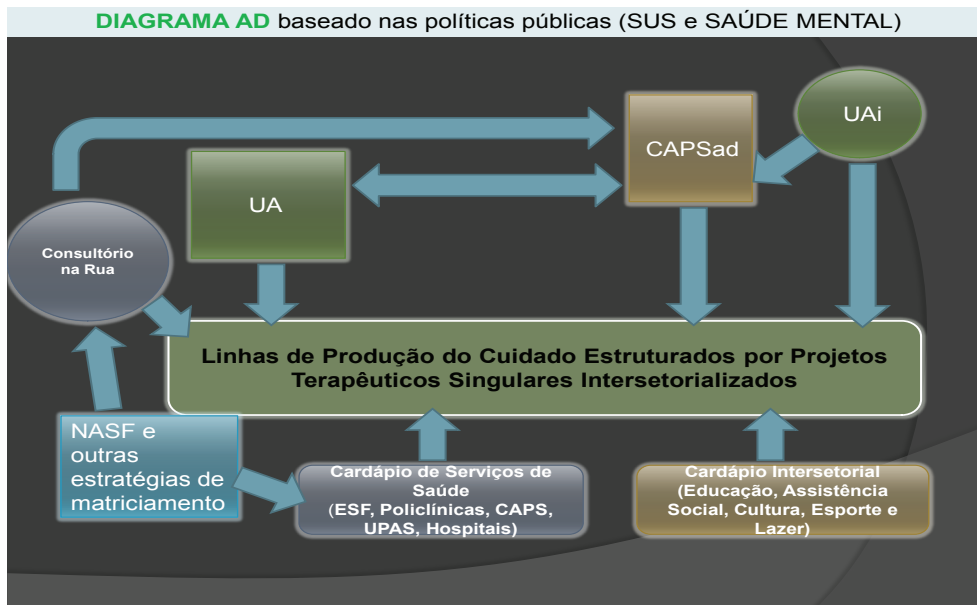


Figura 1 - Elaboração de Sergio Alarcon, para este Relatório, 2012.

O Brasil, ao contrário do que é constantemente divulgado, possui **políticas públicas de saúde para os usuários de álcool de outras drogas**, estabelecidas em consenso pela sociedade civil e sociedade política, de acordo com as conferências nacionais de saúde e saúde mental e coerentes com a Constituição Federal.

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 complexo, envolve uma série de situações-problema que não podem ser simplificadas. As políticas públicas atuais correspondem à indicação dada pela própria sociedade de ações ampliadas, contado com diferentes saberes e aportes teórico-técnicos. Diretrizes, ações e metas na constituição de políticas públicas de saúde carecem de 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 e 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 acionando estigmas e preconceitos, ora afirmando a possibilidade de uma convivência não danosa com as drogas.

Cabe ressaltar mais uma vez a importância dos levantamentos nacionais sobre o consumo de drogas psicotrópicas seja entre estudantes, seja domiciliares no esclarecimento das propostas de educação sobre drogas (CEBRID, 1986 a 2010). Os dados coletados no I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool da população brasileira, completam esse conhecimento (LARANJEIRA, 2007). Na mesma intenção, o estudo e a análise do consumo de drogas entre crianças e jovens nas escolas (ABRAMOVAY e CASTRO, 2005) sugere a 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 citados evidenciam ser o álcool a droga mais consumida no país. Em relação à média de consumo do álcool *per capita*, as informações variam. Alguns estudos sugerem que nosso consumo de bebidas alcóolicas corresponde à média mundial de consumo médio (OMS/GISAH, 2012), outros afirmam que nosso consumo médio seria o triplo da média mundial (LARANJEIRA, 2007). Entretanto, é ainda a OMS que alerta que 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 levantamentos realizados pelo 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, concretizada na Política Antidrogas. A partir daí, criou um 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 a sua erradicação. Contraditória e perigosamente, 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 tornam-se 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”. Frequente 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 social⁹. 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.

9 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

- ABRAMOVAY, M. & CASTRO, M. G. Drogas nas Escolas, Brasil. UNESCO, Rede Pitágoras, 2005.
- 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.
- 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. 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.
- 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.
- AMADO, J. Jubiabá. Rio de Janeiro: José Olympio Editora, 1935.
- _____. *A morte e a morte de Quincas Berro D'Água*, Salvador: Ed. Civilização Brasileira, 1959.
- _____. *Dona Flor e seus Dois Maridos*. Salvador: Ed. Civilização Brasileira, 1966.
- AMARANTE, P. (Org.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- 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/ GREAI/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.
- ARAÚJO, T. Almanaque das drogas. São Paulo: Leya, 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. Díficeis ganhos fáceis: drogas e juventude pobre no Rio de Janeiro. 2ª 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*. 2ª 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.
- BRASIL (ANVISA). 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: 2ª 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. Binge Drinking and Violence. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 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.
- _____; 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.
- 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.
- _____. História da Alimentação no Brasil. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1983.
- CASTEL, R., COPPEL, A. Los controles de la toxicomanía. In EHRENBURG, 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. 1ª edição, Brasília, 2010, 503p.
- 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 York: 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. 1ª 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 4ª 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.
- 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.
- 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.). *Indivíduos 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.
- FOUCAULT, M. 1988. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

- _____. 1971. *L'Ordre du Discours*. Paris: Gallimard
- 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. 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.
- GOFFMAN, E. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin: Harmondsworth, 1968.
- 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.
- GUIMARÃES, 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*. 5ª 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.
- ILLICH, I. *A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.
- _____. *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.
- 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.

- 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. *Boletín de Investigaciones, Revista Convivir*, Buenos Aires, Año III, n. 4, 1988.
- KOUTOUZIS, M. & PEREZ, P. *Atlas mondial des drogues*. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- 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.
- 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.
- MACHADO BRITO, J. Guerra às drogas e territórios em disputa. *Le Monde Diplomatique*, março 2012, p. 14.
- 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 *Atas do I Congresso Português de Sociologia. A sociedade portuguesa na viragem do século*. Lisboa: Editorial Fragmentos, 1990. pp. 259-267.
- 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*, 2ª 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, 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

Estratégias Álcool e Redução de Danos, uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ed, MS, 2004. pp.85-102.

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.scielo.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.

MONCORVO FILHO, C. A. Alcoolismo Infantil. Conferência realizada, em 18 de outubro de 1927, na Liga de Hygiene Mental, publicação do *Departamento da Creança no Brasil*, Rio de Janeiro, Paulo, Pongetti & C, 1928.

MONTEIRO, S. et al. Educação, prevenção e drogas: resultados e desdobramentos 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.

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. 2ª 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. Protagonismo 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.

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.
- 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.
- _____; 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.
- 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. Cocaína, Literatura e outros companheiros de ilusão, Ed. Casa da Palavra, Rio de Janeiro, 2006.
- 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_terapeuticas. Acesso em 31 de maio de 2012.
- RODRIGUES, T. Política e drogas nas Américas. São Paulo: EDUC FAPESP, 2004.

- RUGENDAS, J. M. Viagem pitoresca através do Brasil. Rio de Janeiro: Ed. de Ouro, 1968.
- SAVATER, F. *Ética como amor-próprio*. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.
- SENAD. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Presidência da República. Brasília, 2005.
- SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas). Legislação, prevenção e tratamento. Brasília, 1999.
- 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.
- 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.scielo.org/scielo.php> Acesso em 07 de maio de 2012.
- SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura in sociologias nº 16, Porto Alegre, julho-dezembro, 2006.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

- 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.
- VENANCIO, R.P. & CARNEIRO, H. *Álcool e drogas na história do Brasil*. Belo Horizonte: Ed. PUCMinas, 2005.
- VILLARD, P. Ivresses dans l'Antiquité Classique. *Revue Histoire, Économie 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. 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 16 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



Série Cadernos FLACSO

N12

www.flacso.org.br