

ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA
COORDENADORIA ESTADUAL ANTIDROGAS.



**PROJETO
DE
PREVENÇÃO COMUNITÁRIA
PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO
GLOBAL DE ÁLCOOL
E DE
PROBLEMAS RELACIONADOS
NOS
MUNICÍPIOS DO PARANÁ**

PROJETO DE PREVENÇÃO COMUNITÁRIA PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO GLOBAL DE ÁLCOOL E DE PROBLEMAS RELACIONADOS NOS MUNICÍPIOS DO PARANÁ.

I. INTRODUÇÃO

Ia. Dados históricos

Os problemas relacionados ao consumo de álcool nem sempre foram os mesmos e nem sempre tiveram a mesma dimensão, pois a relação do homem com a bebida vem mudando, principalmente nos últimos séculos. Torna-se fácil perceber isso através de uma breve retrospectiva histórica.

Nunca houve um período de “temperança” absoluta, mas até o final do século XVII o consumo de álcool, apesar de generalizado, era visto como uma atividade social. As cidades e vilarejos eram aglomerações de pessoas bem menores do que as que hoje conhecemos; tinham uma estrutura e organização sociais mais simples e, por isso mesmo, menos problemas... Ainda não havia a indústria da bebida, que era mais consumida na forma de vinhos e cervejas, geralmente de produção caseira. Apesar da pouca legislação existente, havia fatores sociais e econômicos suficientes para controlar a embriaguez em larga escala. Os casos de embriaguez eram ocasionais, como sempre haviam sido na história da humanidade. O uso “inadequado” da bebida, a embriaguez, era visto como sendo não um problema da bebida, mas do indivíduo: um defeito moral, de caráter, o levava àquilo, e contra tais casos se levantavam os pregadores religiosos. Mas a bebida ainda era vista como “um néctar divino” pela maioria das pessoas¹.

Nos séculos XVIII e XIX, ocorre uma mudança radical e abrupta: os casos de embriaguez se generalizam em uma escala nunca vista antes; a relação do homem com a bebida havia saído fora do controle, devido ao surgimento de uma série de fatores que alteraram o equilíbrio anterior. A disponibilidade de bebidas de elevado teor alcoólico a um preço bastante acessível, o aumento da demanda proporcionado pelas novas massas de pobres trabalhadores urbanos e, a partir do século XIX, o florescimento de uma indústria capaz de fazer marketing junto às massas e lobby junto ao governo moldaram as mudanças dos próximos séculos. Os velhos controles sociais foram se enfraquecendo, à medida em que as pessoas migravam de seus antigos vilarejos para as periferias e favelas dos

emergentes centros urbanos. As principais bebidas consumidas não eram mais cervejas e vinhos, mas destilados de alto teor alcoólico. Nesta época, houve uma mudança na conceituação do problema: o álcool sozinho (mais do que o caráter do bebedor) tornou-se o foco das preocupações. A preocupação com o álcool em si alterou os pontos de vista sobre as conseqüências do consumo: em vez de enxergar a embriaguez como um hábito pessoal inoportuno, o bebedor excessivo passou a ser visto como alguém dominado e transformado por um corpo estranho, por uma substância “alienígena”. Afinal, pessoas decentes podiam ser transformadas pela bebida em seres dissolutos, violentos ou degenerados. Tal contexto social levou ao surgimento das sociedades de temperança nos EUA, que viam a venda de álcool como uma ameaça pública¹.

Nas primeiras décadas do século XX, o alcoolismo ganha o status de doença, fornecido pela classe médica e pela associação dos Alcoólicos Anônimos. Nesta concepção, tanto o bebedor como o fornecedor de bebidas foram destituídos de responsabilidade moral.

Os problemas associados ao álcool que mereciam preocupação eram aqueles relacionados ao colapso moral do bebedor crônico. Esses problemas eram vistos como não decorrentes de uma fraqueza moral do bebedor nem do poder aditivo do álcool em si, mas de alguma “química” pouco compreendida que ocorria entre a substância e certos bebedores. O álcool é inócuo para a maioria das pessoas, mas uma minoria não pode usá-lo sem sucumbir ao alcoolismo – uma doença para a qual não se espera cura além da completa abstinência. O problema é que tal concepção permite apenas “tratar” daqueles que são dependentes do álcool, deixando-se de lado a vasta maioria que bebe e que, conforme veremos, também apresenta diversos problemas relacionados ao consumo de álcool.

Programas de tratamento e de recuperação não constituem estratégias de prevenção de longo-prazo, pois, mesmo se tais programas fossem eficazes, o sistema social continuaria produzindo novos casos, e os problemas relacionados ao consumo de álcool continuariam a ocorrer.

Ib. ÁLCOOL E SAÚDE PÚBLICA

A partir da última década do século XX, o consumo de álcool começa a ser visto como uma questão de saúde pública, devido a extensão dos danos que acarreta, constituindo uma séria ameaça à segurança pública (danos à família, violência e crime, e segurança no trânsito, por exemplo). Políticas do álcool passam então a ser vistas como algo que diz respeito a todos os cidadãos cuja segurança possa estar em risco².

Também a partir da última década, diversos estudos vêm demonstrando que é possível combater tais problemas através de políticas públicas adequadas². Estudos realizados em diferentes países revelam uma série de abordagens efetivas, mesmo considerando diferenças culturais³.

Ic. POLÍTICAS PÚBLICAS E ÁLCOOL

As políticas públicas em relação ao álcool geralmente partem de uma concepção equivocada, fruto da concepção de alcoolismo do século anterior, que não encontra fundamento epidemiológico: a de que efeitos adversos do consumo de álcool afetam apenas a pequena minoria da população que bebe de maneira particularmente pesada. Esta minoria é vista como uma população à parte, em relação àqueles que não bebem pesadamente. Também existe uma tendência de focalizar apenas os problemas crônicos causados pelo consumo de álcool, negligenciando suas conseqüências adversas agudas⁴.

Na verdade, há um amplo espectro de problemas relacionados ao consumo de álcool que vão muito *além do conceito médico restrito de alcoolismo*. Problemas podem surgir a partir de um único episódio de ingestão alcoólica ou de uma repetida ingestão pesada. Tais problemas podem ser de natureza física, psicológica ou social. Exemplos de problemas agudos de natureza física são: danos e ferimentos acidentais, danos resultantes de agressões, complicações médicas agudas; exemplos de problemas agudos de natureza psicológica são: prejuízo do controle emocional, suicídio e tentativas de suicídio; exemplos de problemas agudos de natureza social são: problemas ocupacionais (faltas, acidentes de trabalho, diminuição da produtividade), crimes, violência urbana, violência doméstica, beber e dirigir⁴.

Além disso, é necessário dizer que problemas relacionados ao consumo de álcool não afetam apenas o bebedor, mas também afetam outras pessoas e a sociedade como um todo: o cônjuge e os filhos são afetados por traumas físicos e psicológicos, bem como nas suas necessidades educacionais, sociais e financeiras; vítimas do beber e dirigir, de crimes violentos ou de agressões relacionadas ao consumo do álcool; custos sociais, como perda produtiva, serviços de saúde, seguros, aplicação das leis, etc⁴.

É necessário dizer também que, além das causas individuais, há causas sociais de problemas relacionados ao consumo de álcool. Extensivas

pesquisas têm demonstrado que quanto mais elevado o consumo médio do álcool numa população, maior a incidência de problemas relacionados. Isto vale para quase todos os tipos de problemas relacionados ao álcool – por exemplo, infrações de trânsito ao dirigir alcoolizado, violência doméstica, agressões, crimes, mortalidade devida à cirrose hepática são situações que apresentam essa relação. O contrário também é verdadeiro, ou seja, se o consumo global de álcool se reduz em uma comunidade, o nível de problemas relacionados também tende a se reduzir na mesma proporção. Tal fato deu origem ao que se chama de “paradoxo da prevenção”, porque, paradoxalmente, as medidas preventivas destinadas a reduzir tais problemas têm de ser dirigidas a toda a população de bebedores, e não apenas aos bebedores pesados⁵.

Id. ALTERNATIVAS DE PREVENÇÃO

RISCO INDIVIDUAL X RISCO COLETIVO

Em uma abordagem tradicional de prevenção, identificam-se quais os indivíduos que se encontram sob risco de desenvolver o que se quer prevenir e o trabalho de prevenção é então direcionado a esses indivíduos. Por exemplo, o uso de álcool por adolescentes de uma escola de ensino médio pode ser abordado por estratégias que visem a aumentar habilidades dos pré-adolescentes em resistir à pressão dos colegas para beber, e a desenvolver atividades após a escola, além de programas educacionais baseados na escola e na família. Mas neste modelo os membros da comunidade que não se encontram sob risco *não são* afetados. As vendas de álcool no varejo e as oportunidades sociais para consumo de álcool para os adolescentes também são ignoradas nesse modelo⁶.

Quando se trata de problemas relacionados ao consumo de álcool em uma comunidade, tal abordagem mostra-se insuficiente. Por exemplo, bebedores pesados de álcool têm os maiores índices de *risco individual* para uma série de problemas; têm maior probabilidade de provocar um acidente automobilístico quando bebem e dirigem. No entanto, coletivamente eles não são o *maior* grupo sob risco, pois constituem uma minoria pequena demais que contribui apenas modestamente com os problemas relacionados ao consumo de álcool em uma comunidade. Bebedores pouco frequentes ou moderados contribuem para um número maior de problemas relacionados ao consumo de álcool, como acidentes automobilísticos, do que os bebedores pesados. Adolescentes em particular contribuem para um número desproporcionalmente grande de problemas relacionados ao consumo de álcool, como acidentes automobilísticos, pois

têm menor experiência do que bebedores pesados (que podem passar a vida sem se envolver em um acidente) em dirigir alcoolizados e são mais vulneráveis aos efeitos do álcool, podendo apresentar prejuízos físicos e cognitivos mesmo com pequenas concentrações sanguíneas de álcool⁶.

O *risco coletivo* pode ser reduzido através de intervenções nos processos que contribuem para os problemas relacionados ao consumo de álcool. Estratégias de prevenção focadas na comunidade como um todo podem ser potencialmente mais efetivas do que aquelas focadas em indivíduos específicos sob risco⁶.

Ie. PREVENÇÃO EM NÍVEL LOCAL

As políticas do álcool usualmente são concebidas em um nível nacional ou estadual, mas existem diversas alternativas de políticas do álcool que podem ser desenvolvidas em um nível local⁷. A comunidade é a nova fronteira para a prevenção de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas

Iniciativas de prevenção em nível local sugerem que estratégias preventivas eficazes devem ser bem diferentes de políticas estaduais ou nacionais e requerem uma perspectiva única⁶. Existem diversos estudos realizados em diferentes países (Austrália, Nova Zelândia, Canadá, EUA, Reino Unido, etc) sobre ação no nível local. Holder recomenda duas abordagens distintas combinadas: a abordagem educacional, que visa a mudanças no comportamento através de mudanças no conhecimento e nas atitudes, e a abordagem ambiental, que objetiva mudar comportamentos alterando os sistemas social e econômico de uma comunidade⁸. Esta é a perspectiva sistêmica de abordagem de problemas relacionados ao consumo de álcool, onde o alvo da prevenção é visto como um produto ou resultado de um sistema complexo.

O consumo de álcool é parte da rotina da vida em comunidade e deve ser considerado no contexto da comunidade, que é um sistema dinâmico e auto-adaptativo⁶. Uma perspectiva sistêmica sugere a necessidade de se combinar mudanças no comportamento e nas decisões de um indivíduo com mudanças ambientais, no sistema comunitário, de caráter social e econômico⁶.

Para se promover mudanças no sistema comunitário ou nos ambientes social, econômico e físico, políticas públicas tornam-se necessárias. Tais políticas promovem mudanças estruturais no ambiente onde usualmente

se bebe; em contrapartida, mudanças no ambiente provocam mudanças no comportamento relacionado ao consumo de álcool⁶.

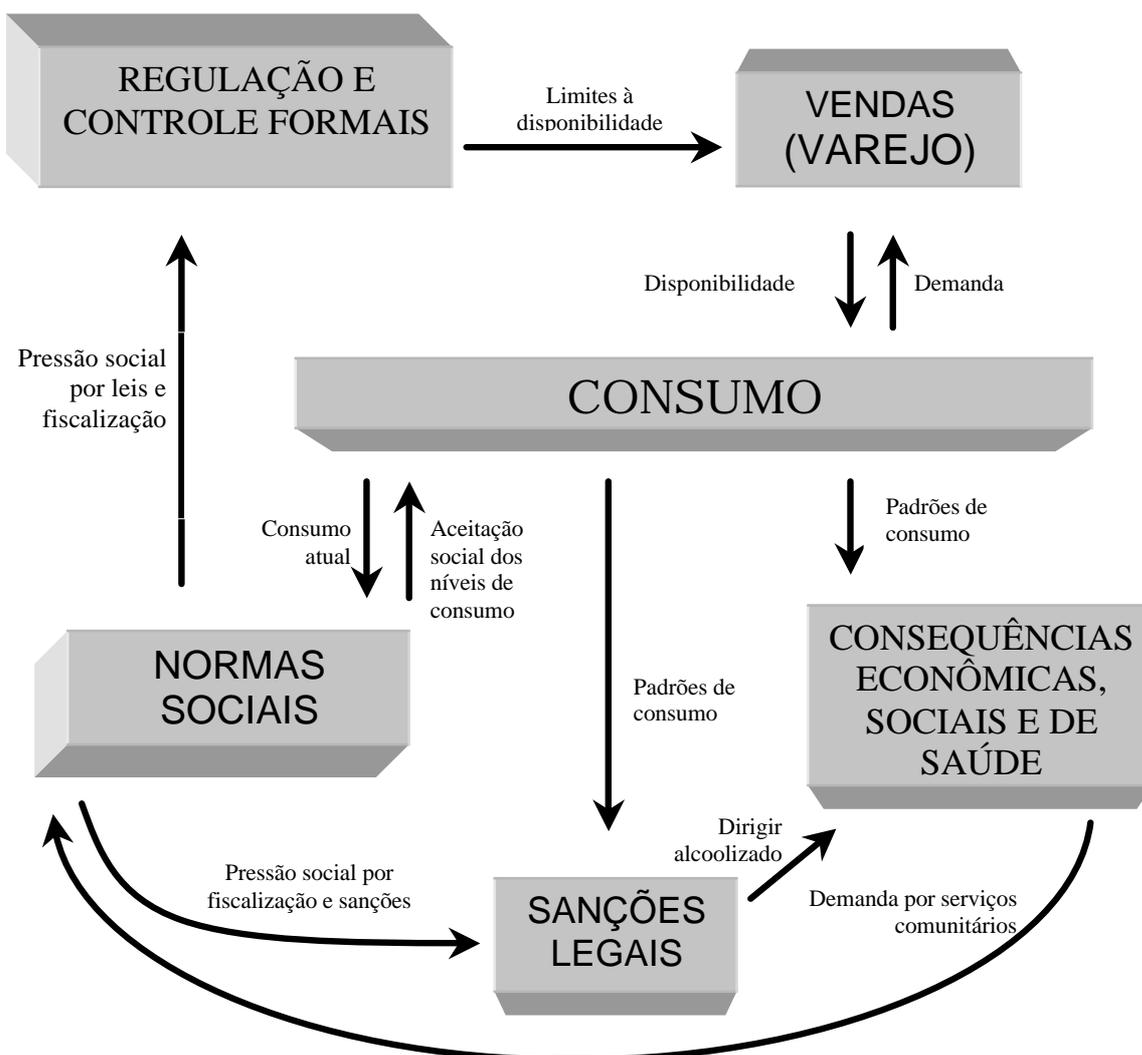
As leis federais e estaduais geralmente estabelecem as bases para políticas locais. Políticas locais geralmente objetivam a implementação e o cumprimento dessas leis já existentes, tais como: idade mínima para consumo de álcool, nível sanguíneo máximo de álcool para dirigir, restrições às propagandas, responsabilidade civil do proprietário de um estabelecimento de venda de álcool no varejo, etc.

Um exemplo de política local possível é a fiscalização e penalização do beber e dirigir; tal política pode poupar as vidas de diversas pessoas em uma comunidade, principalmente dos mais jovens. Outro exemplo de política local é o treinamento dos atendentes dos pontos de venda de álcool (bares, restaurantes), para evitarem vender bebidas a adolescentes e a clientes já intoxicados.

É importante notar que políticas que envolvam mudanças em leis e regulamentos ou enfatizam a aplicação de leis já existentes tendem a ser mais eficazes e custam muito menos para o poder público do que os programas de prevenção tradicionais (tratamento ou educação, por exemplo), que requerem investimento de longo-prazo em pessoas, materiais e métodos⁶.

If. O Modelo Sistêmico de Holder

O modelo de perspectiva social sistêmica concebido por Harold Holder⁹ nos permite compreender todas as forças que interagem entre si, influenciando o consumo de álcool em uma determinada comunidade. Para Holder, o sistema comunitário do álcool divide-se em diversos subsistemas que interagem entre si, e são agrupamentos naturais de fatores e variáveis que as pesquisas mostraram ser importantes na compreensão do uso do álcool e dos problemas relacionados. Para planejar prevenção efetiva dos problemas relacionados ao álcool, devemos considerar as interações entre esses subsistemas. O consumo do álcool é o subsistema mais importante, central; ele afeta e é afetado pelos outros subsistemas. O gráfico a seguir ajuda a compreender melhor a interação ente os subsistemas:



O Subsistema do Consumo: o uso do álcool como parte da rotina da vida social

Este é o subsistema-chave. Padrões de consumo de álcool mudam com o tempo, e os efeitos das diferenças de idade e de gênero devem ser considerados também. Os padrões de consumo para cada grupo etário e gênero podem ser subdivididos de acordo com a média diária de consumo e a distribuição da quantidade de doses consumida por evento, que são influenciados por fatores como renda, preço do álcool, disponibilidade, aceitação social ou normas sociais acerca do consumo, e regulações formais do álcool, como a idade mínima para se beber. Quando esses fatores mudam, o efeito em cadeia das mudanças determina um novo valor para a média de consumo diária, resultando em uma mudança no padrão para cada idade e gênero e para a comunidade como um todo⁹.

O Subsistema do Varejo: disponibilidade do álcool

O álcool, como qualquer produto comercial, torna-se disponível para os consumidores através dos pontos de venda do varejo, que podem ser licenciados (como lojas, bares, restaurantes) ou não (casas, estabelecimentos clandestinos, vendedores ambulantes, vendedores de beira de estrada, etc.). Os estabelecimentos podem ter licença para a venda de álcool a ser consumido no próprio estabelecimento (bares, restaurantes) ou para ser consumido fora dali (supermercados, lojas de conveniência, lojas especializadas, etc). A quantidade e o tipo dos estabelecimentos licenciados para vender álcool em uma comunidade são afetados pelo tamanho da população, consumo per capita, e fatores econômicos (renda média da população)⁹.

O Subsistema de Controle e Regulação Formais: leis, administração, e fiscalização

Este subsistema reflete as leis e controles governamentais que regulam a venda de álcool no varejo. Por exemplo, restrições podem ser colocadas no número de novas licenças de um determinado tipo, ou nos dias e horas permitidas para a venda de álcool, como um meio de conter a disponibilidade de álcool. A força das leis e regulações é afetada pelas fiscalizações efetuadas, e pela severidade das punições para as violações⁹.

O Subsistema de Normas Sociais: valores da comunidade e influências sociais que afetam o consumo

Este subsistema reflete os valores da sociedade acerca do álcool, e influencia os níveis de consumo através de reforçadores positivos ou negativos. “Reforço positivo” descreve o fenômeno através do qual o aumento no consumo de álcool ao longo do tempo está associado com o aumento da aceitação do consumo de álcool. “Reforço negativo” descreve o fenômeno pelo qual o aumento do consumo resulta em aumento dos problemas relacionados e, conseqüentemente, em diminuição da aceitação social⁹.

O Subsistema das Sanções Legais: usos proibidos do álcool

Este subsistema organiza-se para reforçar as leis contra o uso do álcool em determinadas situações e contextos. Isto pode incluir dirigir alcoolizado, intoxicação pública, posse de álcool, beber antes da idade mínima, ou beber em lugares específicos (praças e parques públicos, estádios, auditórios, determinadas festas, etc.)⁹.

O Subsistema das Conseqüências Econômicas, Sociais e de Saúde: identificação dos problemas e respostas organizadas pela comunidade

As conseqüências do beber estão relacionadas neste subsistema. Mortalidade e morbidade relacionadas ao álcool refletem os riscos à saúde associados ao uso de álcool; tais riscos variam em razão da idade, gênero, e grupo de consumo. Aumento da mortalidade/morbidade relacionada ao álcool podem estimular mudança da aceitação social e, conseqüentemente, mudança da regulação formal com o objetivo de reduzir o consumo ou comportamentos associados aos problemas causados pelo álcool. Este subsistema também responde à demanda por serviços sociais e de saúde para problemas relacionados ao uso de álcool. Este aspecto do subsistema relaciona-se com as informações acerca do número de pacientes, de serviços para tratamento, custos desses serviços, tamanho das listas de espera, e tempo médio do tratamento⁹.

Interações entre os subsistemas:

Conhecendo-se as interações possíveis entre esses diversos subsistemas, é possível planejar intervenções que possam, direta ou indiretamente, agir

no subsistema de consumo. Este anteprojeto fundamenta-se nesta idéia; por exemplo: o consumo de álcool é influenciado pelos valores e normas de uma sociedade, diretamente, ou indiretamente, através de uma pressão social por uma regulação governamental mais estrita da venda de álcool no varejo, diminuindo a disponibilidade de álcool e, conseqüentemente, o seu consumo; certos padrões de uso do álcool podem provocar conseqüências sociais que suscitam pressão social a favor de certas políticas de sanções legais, como a proibição de dirigir alcoolizado, por exemplo. A seguir, apresentamos os principais componentes de prevenção a serem abordados nesta intervenção, e as estratégias utilizadas para se abordar cada um desses componentes, com base no modelo da interação entre os subsistemas propostos por Holder⁹.

II. Justificativa

A falta de controle social do álcool tem produzido um custo social enorme para o país. Cerca de 15% da população adulta masculina bebe de uma forma abusiva. Essa população vive com uma família que acaba sofrendo de várias formas, onde cerca de 20% das moradias estão tendo ou já tiveram algum tipo de problema relacionados ao uso do álcool. Uma parte significativa das crianças abandonadas tem no álcool a causa da desorganização familiar. Metade dos acidentes automobilísticos é devida ao abuso de álcool. Mais da metade dos homicídios está relacionada ao consumo de álcool. Do ponto de vista da saúde 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas são devida ao álcool. A sociedade brasileira está pagando um alto preço pela falta de proteção com relação ao álcool¹⁰.

Existem evidências suficientes na literatura de que há uma relação entre a densidade dos pontos de venda de álcool (nº de pontos de venda/10.000 habitantes ou nº de pontos de venda/nº de residências) e violência¹¹. Em um estudo recente realizado no Jardim Ângela, uma região densamente povoada da cidade de São Paulo, onde existem altos níveis de privação social e de violência, Laranjeira e Hinkly encontraram a mais alta densidade de pontos de venda de álcool já relatada na literatura¹².

Com relação **as cidades do Paraná**, saberemos, através do **censo demográfico do IBGE**, o quanto é a causa externa de mortalidade na cidade; mas, quando examinarmos esses dados corrigidos por região administrativa da cidade, verificaremos que na região onde a principal causa de morte é causa externa, será provável que ali encontremos uma maior densidade de pontos de venda de álcool do que no resto do município.

Além disso, existem evidências suficientes na literatura que têm demonstrado que quando se reduz o consumo global de álcool em uma população, não apenas os bebedores moderados (ou “sociais”, ou que tem um padrão “normal” de consumo de álcool) são atingidos, mas os bebedores pesados e os bebedores problemáticos também são sensíveis a essa redução de consumo³.

Tais fatos – o primeiro, quanto mais elevado o consumo médio numa população, maior a incidência de problemas relacionados ao álcool, e o segundo, que os bebedores pesados também são sensíveis a medidas de redução global de consumo – conferem legitimidade a políticas que visam reduzir globalmente o consumo de álcool em uma sociedade.

Além da disponibilidade do álcool, a aceitação do seu consumo também desempenha um papel importante. Essa aceitação é determinada em grande medida por valores sociais e culturais. A cultura pode influenciar o padrão de consumo e o contexto em que o álcool é consumido, bem como a quantidade de álcool consumida. Atualmente, assiste-se a um grande aumento do consumo por parte da população adolescente, com conseqüente aumento dos danos relacionados ao álcool; e o consumo do álcool não só é largamente aceito entre esta população, como também o beber excessivo é estimulado entre os adolescentes, antecipando muitos dos problemas relacionados ao álcool. Esta aceitação do consumo e a aceitação de um padrão de beber excessivo também devem ser contempladas com políticas eficazes em alterar os valores sociais e culturais.

III. FASE I

IIIa. Objetivo Principal

Coletar dados sobre os problemas relacionados ao consumo de álcool que supomos existir **no município**.

IIIb. Objetivos secundários

Fornecer dados que justifiquem a intervenção comunitária (Fase II do projeto) e que servirão de parâmetros para a avaliação dos resultados, constituindo o pré-teste da intervenção.

IIIc. Materiais e Métodos

- Inquérito epidemiológico com estudantes de ensino médio para aferir padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas, percepção do risco, valores sociais e culturais relacionados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas.
- Inquérito epidemiológico com a população em geral, através de amostra domiciliar, para aferir padrões de uso de álcool, tabaco e outras drogas, percepção do risco, valores sociais e culturais relacionados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas e expectativas da população em relação a políticas de controle social do álcool.
- Inquérito com informantes-chaves visando a aferir crenças e expectativas dos formadores de opinião da comunidade **local**.
- Coleta de dados:
 1. Violência doméstica
 2. Agressões notificadas
 3. Acidentes automobilísticos
 4. Visitas à emergência
 5. Morbidade e mortalidade relacionadas ao consumo de álcool
 6. Índice de sucesso dos adolescentes em obter bebidas alcoólicas no varejo
- Mapeamento dos pontos de venda de álcool na cidade e de sua densidade
- Mapeamento da violência urbana
- Estudo da correlação ente os dois mapeamento anteriores

- Treinamento da equipe local para executar as tarefas acima

IV. FASE II

IVa. Objetivo Principal

Implementar um programa de intervenção comunitária, composto por um conjunto de políticas, objetivando a redução de problemas relacionados ao uso do álcool e avaliar o seu impacto.

IVb. Objetivos Secundários

- Redução dos problemas em populações específicas (adolescentes, desempregados, idosos), por exemplo: reduzir o índice de sucesso dos adolescentes em adquirir bebidas alcoólicas nos pontos de venda.
- Criar um clima social propício para a implementação de políticas semelhantes para tabaco e drogas ilícitas.

IVc. Materiais e Métodos

População: a população do município é de _____ mil habitantes.

População-controle: serão escolhidas uma ou duas cidades com características sócio-demográficas semelhantes **ao município que esta sendo implantado o programa**, com o objetivo de servirem de controle para a comparação dos resultados.

Implementação de um conjunto de políticas que visem à redução do consumo de álcool e dos problemas relacionados:

1. políticas de regulamentação do mercado varejista de álcool
2. políticas de mobilização da comunidade
3. políticas de redução do acesso ao álcool
4. políticas de redução de problemas específicos
 - beber e dirigir

- beber abaixo da idade mínima
- a responsabilidade de quem serve bebidas

Detalhamento das políticas:

1. A regulamentação do mercado varejista:

Ponto-chave do projeto, dará sustentação às outras políticas.

Baseados na experiência de outros países, sabemos que a melhor forma de regulamentar o mercado varejista é criando um Sistema de Licenças para a venda de álcool no varejo, de tal forma que somente quem possuir a Licença poderá vender bebidas alcoólicas, e o proprietário de um ponto de venda que descumprisse a legislação, teria sua licença perdida. Como não temos uma política de licença para a venda de álcool qualquer pessoa pode abrir um bar e vender álcool. Esse fato tem mudado a paisagem e a cultura urbana brasileira. Estamos acostumados a termos bares espalhados por todas as cidades, como se isso sempre tivesse existido, e fosse normal. A anormalidade chega a ponto de tragédia nas periferias das grandes cidades, onde a falta de opção de lazer transformou os bares nos únicos locais de encontro e socialização da população masculina. Contribuindo em muito para o aumento da violência. A anomalia chega a tal ponto que qualquer pessoa pode produzir e vender álcool sem grandes preocupações. As leis são poucas e não são cumpridas¹⁰.

Um dos motivos de criarmos um sistema de licenças para vender bebidas alcoólicas é controlar esse mercado, mas, além disso, deveria servir para captar recursos para compensar a sociedade do dano social causado. Portanto deveríamos pensar em uma forma adequada para gerenciar os recursos captados. O dinheiro arrecadado por esse sistema deveria ser reservado para um fundo regional financiar ações de prevenção e tratamento em relação aos problemas originados pelo álcool e outras drogas. Temos uma grande escassez de dinheiro para financiar esse tipo de ações. Mesmo com a regionalização das ações de saúde através do SUS, muito poucos recursos estão sendo alocados para o tratamento do alcoolismo e praticamente nenhum recurso para a prevenção do uso de álcool e drogas pelos jovens. Essa seria uma boa fonte de recurso permanente para reverter esse problema social¹⁰.

O primeiro passo é convencer a população que implementar esse tipo de sistema de licenças é: 1 – correto do ponto de vista técnico, pois é uma recomendação da própria Organização Mundial de Saúde; 2 – teria um impacto grande e rápido no sentido de diminuir uma grande parte dos problemas relacionados com o álcool; 3 – criaria recursos para financiar

programas de prevenção dos problemas do álcool e outras drogas para os jovens. O segundo passo é convencer os políticos de que um tipo de ação como essa é: 1 – politicamente adequada, pois é do interesse público; 2 – tem o apoio popular; 3 – possível de ser implementada nos municípios. O terceiro passo será proteger essas idéias da oposição da indústria de bebidas e dos donos de bares e restaurantes. Nenhuma atividade econômica gosta da idéia de controle dos seus lucros e farão todo o lobby possível para evitar que esse tipo de medida seja implementado. A compensação social pelo dano ambiental que o álcool produz só será uma realidade quando convenceremos a sociedade e o mundo político que controlar esse produto é uma garantia de que o bem comum deve prevalecer sobre o da indústria¹⁰.

2. A mobilização da comunidade:

As teorias da comunicação há muito tempo reconheceram os limites da mídia em alterar comportamentos diretamente. Contudo, os meios de comunicação de massa desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da opinião pública. Sabe-se que a mídia tem um papel importante na composição de um programa sobre qualquer assunto, seja para as pessoas que organizam políticas, seja para o público, não necessariamente dizendo às pessoas como pensar, mas sim sobre o que pensar³. a cobertura de notícias pode estimular discussões sobre determinada questão e legitimar opções políticas. Ou seja, a opinião pública é importante no estabelecimento e na manutenção de políticas públicas. A percepção das pessoas sobre matérias de interesse é consideravelmente influenciada pela cobertura da mídia. Leis, políticas, programas e alocação de recursos são freqüentemente baseados na importância que determinados temas ou problemas têm para o público¹⁴.

Sally Casswell, em um importante ensaio comunitário¹⁵ desenvolvido em seis cidades da Nova Zelândia na década de 1980, revela a importância do uso da mídia como sustentação a políticas públicas em relação ao álcool, ao mesmo tempo em que mostra que o uso da mídia apenas, sem as outras políticas, praticamente não provocou alterações no consumo e nos problemas relacionados ao álcool nas cidades onde apenas tal estratégia foi adotada.

Para a mobilização da sociedade da forma necessária, campanhas publicitárias e campanhas educativas podem ser utilizadas. Mas não bastam. Estudos já realizados mostram que tal iniciativa, quando realizada isoladamente, não é efetiva em reduzir danos relacionados ao consumo do álcool^{3,9}. Comunicação através da mídia local é mais efetiva quando ocorre através de um veículo de alta exposição e elevada

credibilidade do que através da mídia governamental ou de anúncios publicitários (matéria paga). A melhor maneira de mobilizar a sociedade para um projeto de intervenção como esse é através de instrumentos como o *marketing social* ou “*media advocacy*”^{5,14}.

O marketing social:

Visa a propiciar sustentação para mudanças de comportamento em relação ao consumo de álcool, bem como propiciar sustentação para as políticas públicas a serem adotadas¹⁴.

“Media Advocacy” (“apoio da mídia”):

Trata-se do uso estratégico da mídia a fim de alavancar iniciativas de políticas públicas ou sociais¹⁶.

Ao contrário de campanhas de informação pública especificamente desenhadas, tais instrumentos trabalham diretamente com a mídia local para aumentar a atenção dirigida a um problema específico de saúde pública e possíveis soluções para ele. Isto é alcançado primariamente fornecendo dados locais em suporte a matérias de interesse jornalístico ou criando eventos que a mídia local pode cobrir. Além disso, editoriais podem ser estimulados. A mídia local pode ser utilizada para captar a atenção para um problema específico, para realçar a importância de uma ou mais políticas específicas desenhadas para reduzir o problema, para pressionar os políticos que podem executar determinada política ou alterar política já existente. Ao contrário da educação em saúde ou outros usos da comunicação pública, o *apoio da mídia* geralmente não é usado simplesmente para mudar comportamentos individuais diretamente. Entretanto, indivíduos podem mudar seu comportamento como um resultado de novas informações adquiridas através da atenção da mídia a problemas relacionados ao consumo de álcool, como beber e dirigir, por exemplo¹⁴.

Uma variável que influencia significativamente a agenda política é a conscientização, apoio e pressão da comunidade. A tal ponto que, mesmo se os tomadores de decisões locais não apoiam ou não se interessam por determinado assunto, um *apoio da mídia* efetivo pode mudar as prioridades locais se o tomador de decisões reconhece a importância que a comunidade porventura conferir a um problema específico e à política preventiva associada. Em resumo, a pressão da comunidade afeta a tomada de decisões e esta pressão é causada por objetivos políticos claramente estabelecidos, aumento da conscientização social e apoio ativo da comunidade aos objetivos políticos¹⁴.

O marketing social é realizado para atrair a atenção da mídia para determinado assunto através de atividades locais, realização de eventos,

acontecimentos outros que a mídia pode cobrir. Isso pode incluir o fornecimento de dados acerca dos problemas que se quer destacar, ou das possíveis soluções que se deseja ganhem relevância. A idéia também é aumentar a cobertura que a mídia tradicionalmente dá a essa temática e direcionar a cobertura para os objetivos propostos.

Tais intervenções podem, portanto, influenciar a atmosfera social quanto ao uso do álcool em termos de níveis de consumo e prejuízos relacionados, e de fatores considerados capazes de agir sobre essas questões. Mudar o clima social pode, por sua vez, mudar a aceitabilidade e a implementação de políticas públicas conhecidas por reduzir os prejuízos relacionados ao álcool⁵.

3. Políticas de redução do acesso ao álcool:

O acesso ao álcool pode ser regulado de várias formas. Uma das mais eficazes é através do preço. Em diferentes países ao longo da história, e em comparações de diferentes países em qualquer momento determinado, foi demonstrado que reduzir o preço real do álcool tende a aumentar o seu consumo global em uma população. Da mesma forma, as medidas que tornam o álcool mais facilmente acessível por meio da redução de restrições ao seu fornecimento também tendem a aumentar o consumo. Assim, as maiores influências sobre o consumo per capita numa população incluem fatores que podem ser manipulados politicamente – como taxaço, leis de licenciamento e acordos comerciais. A manipulação dessas influências pode ter um impacto imenso sobre o nível de consumo de álcool de uma população^{4,17}.

Um grande número de estudos sobre os efeitos de mudanças de preço no consumo tem sido conduzidos em uma ampla variedade de países, incluindo Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Alemanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Quênia, Holanda, Noruega, Portugal, Espanha, Suécia, Reino Unido e EUA. Alguns estudos observaram os efeitos diretos da mudança de preço nos níveis de dano⁴.

As principais conclusões são^{4,17}:

- O álcool comporta-se como outros produtos – se o preço aumenta, o consumo cai, e se o preço cai, o consumo aumenta.
- Bebedores pesados e até mesmo dependentes são influenciados tanto quanto ou mais que os bebedores leves por mudanças de preço, contrariando o que usualmente se diz que altos preços penalizam apenas bebedores moderados e têm pouco ou nenhum efeito sobre bebedores pesados ou problemáticos.

O impacto de mudanças de preço em bebedores pesados é claramente visto nos seguintes exemplos:

Na Dinamarca, durante a Primeira Guerra, devido ao racionamento de comida, o preço da *aquavit* aumentou mais de 10 vezes e o preço da cerveja dobrou. Em dois anos, o consumo per capita de álcool caiu 75%, casos de *delirium tremens* caíram para 1/13 e mortes por alcoolismo crônico caíram para um sexto do índice anterior⁴.

Em um estudo de “*happy hours*” – períodos de preços reduzidos em bares e restaurantes – enquanto todos os bebedores bebem mais quando as bebidas são mais baratas, os bebedores pesados aumentam o seu consumo proporcionalmente mais do que os bebedores leves, ou seja, são mais sensíveis à redução de preços⁴.

Um estudo americano sobre os efeitos da variação de preços devida a mudanças nas taxas do álcool encontrou que altas taxas resultavam em menor mortalidade por cirrose e menores índices de acidentes automobilísticos fatais⁴.

A idéia de que a taxaçoão do álcool é irrelevante para a saúde pública é comprovadamente insustentável. A evidência é clara: outras variáveis mantendo-se inalteradas, o consumo de álcool por uma população será, em um grau significativo, influenciado pelo preço. Além disso, dado que tanto o bebedor leve quanto o pesado são influenciados, alterações no preço serão provavelmente traduzidas em mudanças na prevalência de problemas relacionados ao álcool⁴.

Outras formas de regulação do acesso:

Disponibilidade:

Facilidade do acesso aumenta o consumo e os danos, enquanto restrições ao acesso podem restringir o consumo e os danos. Um amplo espectro de pesquisas suporta esta conclusão. O acesso pode ser dificultado através da diminuição de pontos de venda, restrições de zoneamento, restrições do acesso de adolescentes aos pontos de venda, etc.

Densidade dos pontos de venda:

Estudos na Finlândia, RU e EUA mostram que uma alta densidade de pontos de venda em uma certa localidade aumenta significativamente as vendas de álcool. Diversos estudos mostram que há uma relação ente densidade dos pontos de venda e problemas relacionados ao consumo do álcool, como violência, por exemplo⁴. Pode-se regular a densidade dos pontos de venda através de leis específicas de zoneamento urbano¹⁸ e também através da implementação do sistema de licenças, que desestimula alguns pontos de venda; a diminuição da densidade dos pontos de venda provoca uma diminuição da concorrência que, como efeito

indireto, resulta em aumento dos preços nos estabelecimentos restantes; o aumento dos preços resultante desse processo também contribui para a diminuição do consumo¹².

Horários de funcionamento e dias de funcionamento:

Muitos estudos sobre mudanças nos horários de funcionamento e nos dias de venda mostraram aumento do consumo relacionado a horário mais amplo e redução do consumo com horário mais reduzido. Após a experimentação de fechar as lojas de bebidas aos sábados na Suécia, houve uma redução de 10% no número de prisões por embriaguez. Achados similares ocorreram na Noruega e na Finlândia⁴. Tanto os horários de funcionamento quanto os dias de funcionamento podem ser regulados através do sistema de licenças: por exemplo, o custo da licença pode ser um para os pontos de venda que vendem álcool apenas aos fins de semana e outro para os que vendem álcool todos os dias; o custo pode ser um para os estabelecimentos que só funcionam durante o dia e outro para os que funcionam também à noite¹⁷.

4. Políticas de redução de problemas específicos

Idade mínima para beber:

Redução da idade mínima para se beber resulta em maior índice de acidentes automobilísticos no grupo etário afetado pela alteração, enquanto aumento da idade mínima reduz tais acidentes.

Os EUA encontraram 28% de redução dos acidentes fatais após aumentar em um ano a idade mínima para se beber⁴.

Beber e dirigir:

Muitos dos problemas mais graves, e também mais frequentes, relacionados ao uso do álcool decorrem de si dirigir alcoolizado: atropelamentos e acidentes automobilísticos em geral têm estreita relação com o consumo de álcool. A lei que proíbe dirigir alcoolizado já existe, mas devido a ausência de fiscalização sistemática torna-se ineficaz, como tantas outras. Para se fazer cumprir a lei é necessária uma polícia treinada e equipada com instrumentos capazes de verificar *in loco* se o motorista encontra-se alcoolizado acima dos níveis permitidos pelo Código Nacional de Trânsito; operações de fiscalização (*blitze*) devem ser implementadas de forma sistemática, principalmente no período noturno.

A questão de servir bebidas com responsabilidade:

1. Treinamento de quem serve a bebida:

O treinamento em servir com responsabilidade tem se mostrado eficaz em reduzir os danos causados pelo álcool entre clientes que costumam sair dos estabelecimentos alcoolizados.

Uma pesquisa conduzida em Oregon em 1994 revelou uma redução estatisticamente significativa nos acidentes automobilísticos após 55% dos que servem bebidas terem sido treinados⁴.

2. Responsabilidade civil do proprietário:

A responsabilidade civil dos estabelecimentos que vendem bebidas a clientes alcoolizados está estabelecida em diversos países. É usada como uma reparação legal ao indivíduo cuja intoxicação tenha resultado em perda ou dano pessoal. Começa a ser utilizada como uma política para encorajar práticas seguras de se servir bebidas e para prevenir que se dirija embriagado¹⁷.

Os setores envolvidos

- Poder executivo
 - Secretaria da Saúde
 - Secretaria da Educação
 - Secretaria da Criança e Adolescente
 - Secretaria da Segurança
 - Secretaria do Meio Ambiente
 - Secretaria dos Negócios Jurídicos
- Poder Legislativo
 - Câmara dos Vereadores
- Setores organizados da sociedade civil
 - ONGs
 - Lideranças comunitárias
 - Igrejas

V. Impacto esperado e avaliação dos resultados

Espera-se, com essa intervenção, reduzir o consumo global de álcool na comunidade e reduzir também os danos relacionados ao consumo de álcool, conforme listados nos objetivos específicos. Além disso, espera-se criar um clima social propício para a implementação de políticas relacionadas ao tabaco e às drogas ilícitas.

A avaliação do projeto será realizada comparando-se os dados coletados na Fase I do projeto com os dados que serão coletados após a intervenção proposta. Esperamos uma redução significativa dos índices que permitem avaliar danos relacionados ao consumo do álcool **no município**. Tais índices serão aferidos em diversas etapas da intervenção, de tal forma que poderemos redirecioná-la, se necessário, para contemplar áreas específicas que não estiverem sendo atingidas a contento através das intervenções planejadas de início.

Referências

1. Moore MH, Gerstein, DR (editors). *Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition. Panel on alternative policies affecting the prevention of alcohol abuse and alcoholism*. National Academy Press. Washington, D.C. 1981.
2. Holder, HD. Alcohol use and a safe environment. *Addiction*. 1997; 92 Suppl 1:S117-20.
3. Casswell, S. A Decade of Community Action Research. *Substance Use & Misuse*. 2000; 35 (1&2), 55-74.
4. World Health Organization – Europe. *A summary of Alcohol Policy and the Public Good: A Guide for Action*. Eurocare – Advocacy for the Prevention of Alcohol Related Harm in Europe. 1995.
5. Edwards, G. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press. 1995.
6. Holder, HD. Prevention of Alcohol Problems in the 21st Century: Challenges and opportunities. *The American Journal on Addictions*. 2001; 10:1-15.
7. Holder HD; Reynolds RI. Application of local policy to prevent alcohol problems: experiences from a community trial. *Addiction*. 1997; 92 Suppl 2:S285-92.
8. Allamani A; Casswell S; Graham K; Holder HD; Holmila M; Larsson S; Nygaard P. Introduction: community action research and the prevention of alcohol problems at the local level. *Subst Use Misuse*. 2000; 35(1-2):1-10.
9. Holder HD. *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
10. Laranjeira, RR. *O controle social e político do álcool*. Submetido à publicação. 2001.

11. Norstrom, T. Outlet density and criminal violence in Norway, 1960-1995. *Journal of Studies on Alcohol*. 2000; 61: 907-911.
12. Laranjeira RR, Hinkly D. *Evaluation Of Alcohol Outlet Density And The Violence Conexion*. Aceito para publicação pela Revista Brasileira de Saúde Pública em março de 2002.
13. Boletim Epidemiológico do Município de Paulínia, 2000. Prefeitura Municipal de Paulínia.
14. Holder HD, Treno, AJ. Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction*. 1997; 92 (Suppl 2): S189-S199.
15. Casswell S, Stewart L. A community action project on alcohol: community organization and its evaluation. *Community Health Studies*. 1989; XIII, 1: 39-48.
16. Wallack, L. *Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention*. SAGE Publications, 1993.
17. Laranjeira, RR. *Propostas de mudanças legislativas que visem diminuir o custo social relacionado com o consumo do álcool na cidade de São Paulo*. Submetido à publicação. 2001.
18. Reynolds I, Holder HD, Gruenewald, PJ. Community prevention and alcohol retail access. *Addiction*. (1997) 92 (Supplement 2), S261-S272.