

**LILLIAN REZENDE**

**SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DIREITOS HUMANOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social,  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da  
Universidade Estadual do Oeste do  
Paraná, como requisito parcial à  
obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Milene Alves  
Secun.**

**TOLEDO  
2008**

**LILLIAN REZENDE**

**SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E DIREITOS HUMANOS**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Serviço Social,  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas da  
Universidade Estadual do Oeste do  
Paraná, como requisito parcial à  
obtenção do grau de Bacharel em  
Serviço Social.**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ms. Milene Alves  
Secon.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Milene Alves Secon  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Cleonilda Sabaini Thomazini Dallago  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Cristiane Carla Konno  
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 17 de novembro de 2008.

Dedico esse trabalho à minha sanidade mental, que contribuiu para que eu não desistisse em momento algum.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me fazer forte mesmo quando não havia qualquer possibilidade disso.

A minha mãe por todo esforço e compreensão que dispensou nesse período.

À professora Mileni, SUPER ORIENTADORA, que esteve sempre presente, tirando dúvidas (e colocando outras rrsr).

À Cristiane Carla Konno, por me auxiliar a escolher o melhor caminho a seguir na execução do trabalho, mesmo por pouco tempo.

A todos que de uma forma ou outra contribuíram para a realização desse trabalho.

“A vida pode doer muito, mas quando a gente sabe que a dor faz parte da luta maior e de sempre, pelo qual justifica estar vivo, quando aprende (sempre à revelia, lógico) que as coisas existem para acabar, e que outras já nascem para viver pouco, curto e grosso, então o que prevalece são os laços de alegria e de amor, apesar de tudo”.

(Roberto Freire)

REZENDE, Lillian. **Síndrome da dependência de álcool e direitos humanos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus – Toledo, 2008.

## RESUMO

Ao entendermos que o usuário de álcool não pode perder a garantia de seus direitos já assegurados por lei, como é o caso dos direitos humanos, trazemos através deste trabalho a necessidade de revermos alguns conceitos sobre o tema, para isso, estudamos os distintos significados que abordam a questão, e realizamos uma separação entre os mesmos em caso de saúde, de doença moral e na perspectiva da redução de danos, que traz em si a idéia de direitos humanos. No âmbito de Brasil, contextualizamos a trajetória do atendimento da saúde pública, reforçando a importância que tiveram duas reformas: a reforma sanitária, que trouxe as bases para a formulação do sistema único de saúde (SUS) e a psiquiátrica, que auxiliou na reformulação das formas de atendimento dispensado aos usuários hospitalizados. No governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva foi criado um Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) que tem como pauta criar ações que auxiliem na prevenção e redução dos problemas gerados pelo uso abusivo do álcool. Apesar dessas e outras ações contribuírem para um melhor entendimento da relação dependente/direitos na teoria, percebemos que na prática existem barreiras que se opõe para a efetivação dessas ações. Seja pelo corte financeiro das políticas públicas ou pelo não entendimento da questão por uma visão crítica, que produziria uma ação pautada na ética e garantia dos direitos. Entendemos ser de suma importância o entendimento por parte do profissional de serviço social do tema, afim de proporcionar ao usuário a garantia de condições dignas que vão além do simples tratamento ou internação, mas que possam ser condizentes com sua realidade, e garantir sua condição de “ser de direitos”, independente de qualquer situação imposta.

**Palavras-chave: síndrome da dependência de álcool, políticas sociais públicas, direitos humanos.**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO .....</b>	<b>06</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>1 DEFINIÇÕES DA SÍNDROME DA DEPENDENCIA DE ALCOOL: UM CASO DE SAÚDE OU DOENÇA MORAL?.....</b>	<b>11</b>
1.1 A TRAJETÓRIA DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL.....	12
1.1.1 Síndrome da dependência de álcool no Brasil: alguns apontamentos.....	17
1.2 DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA.....	19
<b>2 PROCESSO DE CONTRUÇÃO DO DIREITO À SAUDE NO BRASIL.....</b>	<b>23</b>
2.1 PERÍODO DE REFORMA.....	23
2.2 A IMPLANTAÇÃO DO SUS.....	28
2.3 MODELOS DE POLÍTICAS SOCIAIS.....	31
2.4 REDUÇÃO DE DANOS.....	34
2.5 CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE ÁLCOOL INTERSETORIAL NO BRASIL.....	40
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

## INTRODUÇÃO

Este trabalho é uma exigência legal da formação acadêmica, para obtenção da nota parcial para titulação de bacharel em Serviço Social. O referido trabalho teve como tema uma questão desenvolvida a partir da nova perspectiva que o programa de redução de danos traz para a formulação de uma política de álcool no Brasil, afim de promover ao usuário a garantia e preservação de direitos, tais como os de melhor atendimento.

Como tema, analisamos as diversas concepções da síndrome da dependência de álcool (nomenclatura atribuída pela Organização Mundial de Saúde), a qual manifestamos a não utilização do termo: alcoolismo. Tratamo-las aqui a partir de duas visões específicas: a que traz o tema na ótica do julgamento moral e a que analisa como uma questão de saúde/doença no caminho de entendimento dos direitos humanos.

Como objeto trazemos essas diversas concepções teóricas que permeiam o entendimento da Síndrome da Dependência de Álcool para a intervenção profissional do assistente social. Sendo que como objetivo geral, pretendemos analisar essas interpretações da síndrome da dependência de álcool para a intervenção do profissional de Serviço Social e demais áreas de saúde, na formulação de uma política de álcool. Os objetivos específicos pretendem conhecer e estudar as diversas correntes de definição e estudo da síndrome da dependência de álcool, desmistificar as compreensões de cunho moralista e excludentes e definir teoricamente uma interpretação que subsidie a intervenção profissional do assistente social.

Recorremos a definição de Faleiros (1999), ao definir pesquisa como sendo “a reflexão crítica do seu próprio caminhar, dando-se conta das alternativas possíveis e dos argumentos e contra-argumentos que foram usados para seguir determinada direção, (...) é um processo constante de construção”(FALEIROS, 1999, p. 176).

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e exploratória. De acordo com Gil (1999, p. 43), as pesquisas exploratórias proporcionam uma visão geral aproximativa, referente ao tema investigado, e ainda, visam a formulação de problemas e hipóteses pesquisáveis a posteriores estudos.

Para efetivarmos o processo de investigação da realidade, optamos pela abordagem qualitativa, com levantamento bibliográfico documental, tendo como técnica a análise documental, e análise de dados. Foram pesquisados documentos, artigos



referente ao tema, ao Sistema Único de Saúde (SUS), sites que tratam da definição síndrome da dependência de álcool, da relação entre o programa de redução de danos e direitos humanos, da reforma psiquiátrica e reforma sanitária e de modelos de atendimento para o enfrentamento dos problemas gerados pelo consumo abusivo de álcool.

No primeiro capítulo trataremos as definições atribuídas a síndrome da dependência de álcool nas perspectivas conservadora (moralista) e na ótica dos direitos humanos. Na primeira visão, o consumidor abusivo de álcool é entendido como único responsável pelas suas ações decorrentes de sua condição. A outra visão traz a necessidade de repensar as formas de atendimento aos usuários, através da elaboração de uma política de álcool que entenda o usuário como portador de direitos, independente de sua condição de dependência do álcool.

Este trabalho apresenta a relação entre o uso de álcool e os problemas que o usuário de álcool pode vir a sofrer. Estes podem vir a afetar não só sua saúde, mas todas as suas relações sociais tais como o espaço de trabalho até conflitos com a lei.

Com relação aos direitos humanos, no primeiro capítulo abordaremos alguns significados de alguns conceitos tais como o de cidadania e questão social, além da definição do próprio direito, a fim de podermos entender a relação desse tema com a elaboração de uma política de álcool no Brasil.

No segundo capítulo, apresentaremos uma explanação de como no Brasil, se processou a construção do direito à saúde, entendendo que este se coloca como um direito humano, no qual está assentada a concepção de enfrentamento do uso abusivo de álcool pela proposta da redução de danos.

Para tal, exporemos brevemente como se deu, no Brasil, o processo de reforma sanitária, que antecedeu o processo de constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), e o de reforma psiquiátrica, relacionando sua importância para a revisão do modo de atendimento aos usuários de políticas de saúde.

Para tratarmos sobre o processo de formulação de uma política de álcool no Brasil, utilizaremos BUNING (2004) que traz quatro modelos diferentes de propostas que permeiam essa construção. A seguir, trataremos da proposta de redução de danos para a formulação e efetivação de uma política de álcool intersetorial no Brasil. Para tanto, apresentaremos a definição da expressão redução de danos, bem como algumas considerações acerca do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), criado no governo do

presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que traz em seu bojo algumas propostas explicitadas pelo programa de redução de danos.

Neste caminho percorrido pelo trabalho, verificamos que as propostas de uma política para álcool e drogas no Brasil tem sido construídas com avanços e retrocessos, mas que já se aponta a materialização do reconhecimento dos sujeitos usuários como sujeitos de direitos.

## **1 DEFINIÇÕES DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL: UM CASO DE SAÚDE OU DOENÇA MORAL?**

Para compreendermos mais claramente o tema proposto, que versa sobre as diversas concepções do alcoolismo: julgamento moral, uma questão de saúde/doença e/ou na perspectiva dos direitos humanos, torna-se imprescindível analisarmos suas variadas definições nesta sociedade. São vários os autores que tratam do assunto, tais como BUNING, STRONACH, OSIATYNSKA, BRASILIANO, TWERSKI, entre outros.

Para melhor tratarmos o tema, didaticamente estabelecemos uma divisão entre estes, ou seja, os identificamos entre aqueles que têm uma perspectiva ainda conservadora sobre a questão, enfatizando sua dimensão moral, os problemas decorrentes de seu uso e abuso, entendendo o alcoolismo como falta de caráter, malandragem, como algo individualizado, e até criminalizando o uso e o usuário. No outro grupo, encontramos aqueles que entendem o alcoolismo na dimensão saúde/doença já relacionando-o a uma perspectiva dos direitos humanos, como uma doença e que requer políticas sociais públicas de enfrentamento e tratamento desta.

Antes, porém, faz-se necessário estabelecermos que seguiremos a recomendação da Organização Mundial de Saúde com relação a substituição do termo “alcoolismo” por “síndrome da dependência de álcool”, “consumo prejudicial de álcool” (estatísticas nº F102; e F10,1), por abarcarem conceitos utilizados atualmente e que desmistifica a questão apenas pelo crivo moral. Também poderemos nos referir como “uso prejudicial de álcool”, abuso de álcool e até mesmo problemas relacionados ao álcool, uma vez que as diversas formas citadas acima contemplam o entendimento do “alcoolismo” como doença.

Ao entendermos a síndrome da dependência de álcool como doença, buscaremos através desse trabalho monográfico elaborar uma relação entre essa visão (saúde) e seu tratamento na ótica dos direitos humanos. Partindo do princípio de que o usuário de álcool não pode perder direitos que já foram garantidos por meio de lutas sociais de construções coletivas por direitos, de legislações e outras, por sua atual condição de dependente de álcool.

## 1.1 A TRAJETÓRIA DA SÍNDROME DA DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL

No ano de 1935, o grupo de auto-ajuda Alcoólicos Anônimos (AA), definiu alcoolismo<sup>1</sup> como sendo “[...] uma doença caracterizada por problemas recorrentes associados ao fato de tomar álcool”. Esses problemas se referem a diferentes áreas: familiares, educacionais, legais, financeiras, médicas e ocupacionais.

Ainda para esse mesmo grupo, a definição para alcoolista foi a seguinte: “[...] toda pessoa vencida pelo álcool e cuja vida começa a ser incontrolável”. Percebemos então que os conceitos chave dessas definições são a perda de controle e o uso continuado de álcool. Percebemos que, ainda que esse grupo entenda a síndrome da dependência de álcool no âmbito de doença, atribuem a responsabilidade ao indivíduo que consome álcool de forma abusiva.

Entendemos que esta é uma perspectiva conservadora, uma vez que trata o usuário que consome álcool de forma abusiva como “vencido”, como se este não tivesse a capacidade de decidir por sua própria vida, ou seja, como se ele fosse objeto deste álcool e não sujeito que pode decidir sobre sua vida, revelando uma perspectiva moral da compreensão desta doença.

Por vezes, o portador da síndrome da dependência de álcool é alvo de ações estigmatizadoras, que contribuem para seu isolamento das relações sociais cotidianas, o que incide para a continuidade de seu estado de dependência do álcool. Dessa forma, ele sofre o impacto de concepções pautadas na visão moralista que analisam o problema *alcoolismo* como sendo uma opção do indivíduo em ser “bêbado”, “vagabundo”, mau caráter, entre outras conotações pejorativas, que passam a idéia de que o *alcoolista* escolheu por conta própria viver dessa forma, ou seja, ele é o único “culpado” pelas situações geradas pelo consumo excessivo do álcool, sendo assim, a sociedade não deve “preocupar-se” com isso, já que foi uma escolha do indivíduo estar numa situação de “inadequação” social.

Ainda é comum, nos dias de hoje, a rotulação do usuário abusivo ou dependente de álcool como um indivíduo portador de problemas morais e de caráter, que apresenta a irresponsabilidade e a insensibilidade como suas principais características de comportamento. (BRASILIANO, 1993, citado por DUARTE, 2004, p. 73).

---

<sup>1</sup> Utilizamos o termo “alcoolismo” por ser este utilizado na visão do autor da citação.

Nessa visão preconceituosa, os programas sociais desenvolvidos para o controle e prevenção do uso abusivo de álcool estão pautados no moralismo, e nesse sentido, os indivíduos devem adequar-se a sua realidade social, buscando por meio de seus “esforços” pessoais a condição para evitar o uso e abuso do mesmo. Como é o caso de inúmeros usuários que possuem a síndrome da dependência de álcool, que perderam o emprego, foram abandonados pelos familiares e/ou não conseguem prover através de seu trabalho seu sustento. Nestes casos, estes devem ser orientados a fim de reconstruir sua vida de forma individual e por sua “própria vontade”. É interessante destacar que geralmente este trabalho, que gira em torno de uma perspectiva moralista é realizado por conselheiros religiosos, por ex-dependentes, onde o que esta em pauta é a capacidade do indivíduo de se superar pelas suas próprias forças.

Para aqueles autores que tratam o tema na perspectiva do direito, ou seja, da visão da saúde, a síndrome da dependência de álcool traduz-se como uma doença caracterizada por problemas recorrentes associados ao fato de tomar álcool, sendo que esses problemas podem referir-se a diversas áreas (familiar, educacional, legal, financeira, médica, etc.).

Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a definição de síndrome da dependência de álcool

(...) não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se a vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões econômicas, legais e morais.

Portanto, se a OMS já compreendeu que a Síndrome da Dependência de álcool é uma doença, e que envolve várias dimensões da vida do sujeito, não há como tratar apenas a dimensão da cura deste “mal” sem relacionar os demais componentes da vida social

Levamos em conta que, segundo a OMS, o consumo moderado diário de bebidas alcoólicas é para “(...) um homem adulto normal [...] ¼ de litro de vinho, ou 3 copos de vinho ou 3 copos médios de cerveja [...] repartidos pelas 2 principais refeições. A mulher adulta não deve consumir mais de [...] 2 copos de vinho, ou 2 “imperiais”(...).

Desta forma, qualquer consumo que seja superior a esta dosagem, já é entendida como abuso, podendo ser atribuído a qualquer pessoa em qualquer classe social. O consumo abusivo de álcool, e decorrente dele, suas ações prejudiciais, alcança

todas as faixas etárias, em todas as classes sociais: acidentes automobilísticos, brigas, violência, acidentes pessoais, entre outros.

Para realizarmos uma abordagem desta questão, apontaremos estudos realizados por Osiatynska (2004), que traz quatro categorias que sinalizam potenciais consumidores para qualquer quantidade de uso de álcool, ainda que moderado e esporádico.

A primeira categoria é formada por crianças e jovens que ainda não atingiram maturidade física completa. Osiatynska (2004) adverte que para esse grupo, o uso de álcool acarretará em uma sucessão de efeitos prejudiciais, e, caso usado com regularidade, o álcool pode vir a prejudicar seriamente o desenvolvimento emocional e psicológico, além de atacar o sistema nervoso central, prejudicando a função vital dos órgãos internos.

Na segunda categoria, composta por gestantes ou lactantes (consideramos que o lactante consome álcool ingerido pela mãe, mesmo ainda no período fetal), a autora releva-nos que segundo pesquisas realizadas com gestantes, o uso moderado de álcool pode ser percebido através de duas doenças sérias: a síndrome alcoólica fetal e o efeito fetal do álcool, que se apresentam no desenvolvimento do feto e no comportamento dos bebês.

Na terceira faz referência aqueles em que torna-se necessário a abstinência total do consumo de álcool, sendo é formada por pacientes tratados por doenças que tem como contra-indicação o uso de álcool, tais como pacientes que utilizam medicamentos psicotrópicos, diabéticos, hemofílicos, etc.

A última categoria abordada fazem parte aqueles indivíduos que consomem álcool moderadamente, entretanto não em situações específicas, sendo assim, elas tornam-se abstemias quando necessitam realizar atividades específicas como operar máquinas industriais ou técnicas, e dirigir.

Percebemos, através da exposição acima que a questão da síndrome da dependência de álcool pode estar presente em qualquer classe social, etnia, gênero, etc., pois o consumo do álcool está difundido na maioria dos países, sem, no entanto, haver políticas sociais públicas suficientes que tratem de seu consumo abusivo.

Ao trabalhar as categorias de possíveis consumidores de álcool, a autora trata do tema na perspectiva da saúde, ou seja, avança no entendimento que há a necessidade desta visão para efetuarmos qualquer orientação de direito para o

enfrentamento desta questão. Ainda nesta perspectiva, a autora alerta-nos sobre os principais danos ocasionados pelo consumo prejudicial de álcool.

Este grupo é formado por problemas que causam prejuízos diretamente a saúde, tais como o surgimento ou agravamento de doenças nos órgãos e sistema nervoso central. Ressalta que os efeitos produzidos pelo consumo abusivo de álcool com relação a saúde são diversos.

Segundo Osiatynska (2004, p. 41), o usuário abusivo de álcool pode vir a ter a função de seus órgãos vitais comprometida, tais como o fígado, que, segundo a autora, por reagir rápido ao consumo de álcool, está mais propenso aos seus danos. Sendo que os principais prejuízos neste órgão incluem sua degeneração, hepatite e cirrose, sendo que esta última tem caráter progressivo e irreversível.

É possível perceber que o consumo prolongado de álcool pode vir a causar danos no sistema digestivo, tais como inflamação do esôfago, câncer de cólon, pancreatite e úlceras gástricas, e conseqüentemente, uma maior propensão do aparecimento de diabetes e hipoglicemia. Além de também causar graves deficiências de vitamina B1, ácido fólico e vitamina A.

Seu uso prolongado e/ou abuso de álcool ainda prejudica os mecanismos reguladores da pressão sanguínea, pois “ (...)quanto maior a quantidade de álcool ingerida, maior a propensão ao aumento da pressão arterial(...)” (OSIATYNSKA, 2004, p. 40).

Da mesma forma, reconhecemos que o uso prolongado de álcool possibilita o aparecimento do estado de anemia, devido a perda de vitaminas geradas pelo acúmulo de álcool ingerido.

A autora sintetiza-nos que de forma geral, o uso abusivo e/ou prolongado de álcool causa diversos danos a saúde do indivíduo. E entendemos que esses problemas podem afetar sua vida e a de seus familiares de forma bastante trágica.

No quesito uso abusivo de álcool, não apenas o usuário padece de efeitos gerados pela sua forma de beber, mas adoece também seus familiares, amigos, etc. isso acontece porque além de danos causados diretamente na saúde do indivíduo consumidor abusivo de álcool, existem também os problemas psicológicos e/ou psiquiátricos, (aqui exemplificados pela autora como depressão, crises psicóticas, agressividade, etc), e os problemas sociais e interpessoais, citados pela autora como:

conflitos familiares relacionados com violência domestica, resultados de uma variedade de efeitos físicos e/ou psicológicos traumáticos, tanto a curto quanto a longo prazo entre os membros da família do consumidor irresponsável. (OSIATYNSKA, 2004 p. 39).

O uso abusivo do álcool, coloca para o usuário uma série de outras complicações que não afetam só a área da saúde, mas de todas as suas relações sociais, como os espaços de trabalho, os conflitos com a lei, etc.

Ainda podemos citar na listagem de problemas dessa categoria os problemas ocorridos no ambiente de trabalho, bem como os acidentes ocorridos devido aos efeitos do uso prejudicial de álcool no ambiente de trabalho.

Desse modo, analisamos que o uso abusivo de álcool acarreta em diversos problemas tanto para quem consome quanto para aqueles que fazem parte do cotidiano desse individuo.

Osiatynska (2004) também especifica como complicação resultante do consumo prejudicial de álcool os conflitos com a lei, que podem ser avaliados como delitos relacionados a comportamentos agressivos (conseqüentes do abuso de álcool), dirigir embriagado, bem como os crimes violentos que podem ter sido cometidos após o consumo de álcool, ou mesmo anteriormente.

Quando falamos em violência e drogas no Brasil pensamos logo no tráfico de drogas. Esquecemos, assim, do consumo de bebidas alcoólicas como uma variável importante no debate contemporâneo sobre violência, visto entendermos que o álcool caracteriza-se como uma droga licita.

Entretanto, não podemos simplesmente supor que somente as categorias compostas pelos problemas de saúde e pelos problemas psicológicos e/ou psiquiátricos resultem em danos para a saúde. A autora analisa que tanto os danos sociais quanto os conflitos com a lei incluem em seu bojo efeitos que, direta ou indiretamente podem vir a gerar problemas físicos ou psicológicos e, nesse contexto, a autora salienta que esses problemas podem vir a afetar principalmente a terceiros.

[...] O consumo prejudicial de álcool por um funcionário pode levar a acidentes, causando danos aos colegas de trabalho e ao ambiente em si. Longos conflitos interpessoais, comuns para quem bebe exageradamente, podem afetar o bem-estar e a atmosfera geral do ambiente de trabalho. (OSIATYNSKA, 2004, p. 39)



Dessa forma, com base nas análises de Osiatynska (2004), entendemos que ao discutirmos sobre os danos à saúde causados pelo consumo prejudicial, devemos levar em consideração a amplitude dos danos relacionados ao consumo abusivo do álcool, e não somente o surgimento e/ou agravamento das doenças em determinados órgãos e sistemas internos do usuário.

### **1.1.1 Síndrome da dependência de álcool no Brasil: alguns apontamentos**

Ao levarmos em consideração que o álcool é a substância química mais utilizada no mundo, por estar presente na maioria das festas e até mesmo em rituais religiosos, segundo pesquisas do IBGE, (2001) a síndrome da dependência de álcool tornou-se a terceira doença que mais mata no mundo, além de causar mais de 350 tipos de doenças físicas e psicológicas.

Também segundo dados do IBGE, (2001) o álcool é a droga preferida dos brasileiros (68,7% do total), no país, sendo que 90% das internações em hospitais psiquiátricos por dependência de drogas, acontecem devido ao álcool. Associado a isso, temos que o álcool está relacionado a 50% das mortes por acidentes de carro, 50% dos homicídios e 25% dos suicídios. Ou seja, ele (álcool) tem uma relação direta nas relações sociais estabelecidas pelos sujeitos, e não pode ser ignorado deixando apenas para grupos de ajuda seu enfrentamento. Cabe ao Estado a responsabilidade, não só pela compreensão de saúde deste tema, mas também pelas conseqüências que a SDA ocasiona para o coletivo da sociedade.

Há indicativos de que filhos de pais consumidores excessivos de álcool têm um risco até quatro vezes maior de desenvolver a dependência. É preciso saber que o álcool é, muitas vezes, a porta de entrada para o consumo das drogas, pois segundo dados disposto em sites especializados, o álcool, por ser entendido como uma droga de menor impacto, tem seu consumo liberado para indivíduos cada vez mais jovens, “[...] A idade em que o adolescente começa a tomar álcool está cada vez menor, com a média atual em 13 anos.

As causas do alto número de pessoas dependentes de bebidas alcoólicas no Brasil devem-se, principalmente, à cultura nacional, A cerveja, por exemplo, é aceita como uma bebida tradicional e a cachaça é conhecida como “caninha da roça”, “bebida de macho” e outros slogans. “[...] Você bebe no frio para esquentar e no calor para esfriar”. Entendemos que os meios de comunicação auxiliam para a formação dessa

visão, visto apresentarem propagandas onde o consumo de álcool é visto como “fonte de alegria e felicidade”, não levando em consideração seus efeitos adversos gerados por seu consumo abusivo. E quando a restrição deste uso e abuso é sempre na responsabilização direta do usuário, em como este seja o grande causador de todo problema na sociedade devido ao seu consumo.

Temos o entendimento de que no Brasil, é extremamente fácil o acesso dos jovens as bebidas alcoólicas. Mesmo existindo a lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990<sup>2</sup>, que em seu artigo 81, proíbe a venda de álcool para menores de dezoito anos, ainda é fácil o acesso destes ao seu consumo.

No entanto, devido a problemas quanto a parca ou inexistente fiscalização e conscientização de comerciantes de bebidas, essa lei, na prática, não é operante. Podemos perceber isso de uma forma muito clara ao notarmos a existência de muitos locais de venda de bebidas bem próximos às escolas.

No Brasil há uma diferenciação entre consumidores de álcool, consumidores abusivos de álcool e dependentes de álcool. Para os primeiros há uma tolerância no trato da sociedade, uma vez que estes se declaram consumidores esporádicos da bebida. Já o último grupo há uma relação de preconceito, onde este já não é mais visto, por vezes, como sujeito de direitos e para tal, cabe apenas a repressão do “vício”. Contudo, sem a devida orientação e acompanhamento da saúde publica.

A síndrome da dependência de álcool não gera apenas dependência física, mas também psíquica e isso gera uma transformação em seu meio familiar e social. Não raro, as situações muitas vezes são tratadas de forma preconceituosa e até mesmo leva ao afastamento do alcoolista da convivência familiar. Esse fator se dá pelo fato de que a síndrome da dependência de álcool nem sempre é entendida como doença, e muitas vezes o alcoolista é visto como “vagabundo”, “bêbado”, entre outros adjetivos conferidos a seu estado de embriagues.

A família do individuo consumidor abusivo de álcool tampouco se distancia dessa realidade. Além de sofrer física e/ou psicologicamente com o membro alcoolista, ela recebe da sociedade um tratamento também muitas vezes preconceituoso, impedindo-a de usufruir de suas relações sociais plenamente.

Diante do conservadorismo existente em relação ao consumidor abusivo de álcool, um grupo cada vez maior tem apontado diferentes formas de abordagem no campo da saúde. Este grupo trabalha numa perspectiva dos direitos humanos,

---

<sup>2</sup> Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

reconhecendo o consumidor abusivo de álcool como um sujeito de direitos. A proposta de trabalho que este grupo desenvolve é a de redução de danos, que se orienta por uma perspectiva de direitos humanos, aglutinando os direitos sociais, econômicos, culturais, além do respeito as condições de vida e dependência deste sujeito.

Ao tratarmos da questão do uso abusivo e/ou prejudicial de álcool na perspectiva dos direitos humanos, entendemos que o usuário que utiliza o álcool de forma abusiva não perde com isso sua condição de direito na sociedade, ou seja, ainda que esse usuário de álcool estabeleça situações que o coloquem à margem das relações sociais, ele não deve ser tratado de maneira excludente, principalmente ao que se refere aos direitos humanos irrevogáveis. Ou seja, o sujeito não é alienado dos seus direitos por sua condição social, moral, enfim, da vida.

## 1.2 DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

Para estabelecermos a relação entre Síndrome da Dependência de álcool e seu enfrentamento na perspectiva dos direitos, cabe uma reflexão anterior sobre direitos humanos, uma vez que são estes que devem orientar as diversas políticas sociais públicas que visam atender as necessidades dos trabalhadores/cidadãos, como é o caso da política nacional de saúde.

Segundo Vinagre e Pereira (2008), direitos humanos são todos os direitos de todo (ser) humano, não podendo ser confundidos como sendo os direitos dos “humanos direitos”. Ou seja, entendemos que, a garantia de direitos humanos já constituídos por lei, não está direcionada apenas a grupos ou seguimentos sociais entendidos e/ou denominados como “corretos” ou ajustáveis, mas a todos os indivíduos que fazem parte da sociedade independente de etnia, visão política, classe social, etc. De forma geral, eles expressam e traduzem os diferentes níveis de cidadania, e constituem-se padrões de referencia da vida civilizada.

De acordo com as autoras acima citadas, há diferentes tipos de direitos humanos. Existem os direitos econômicos, que dizem respeito à garantia do trabalhador a um trabalho decente, com um salário digno, há os direitos civis e políticos, que buscam garantir o direito a vida, à integridade física, à inviolabilidade do lar, da correspondência, à liberdade de expressão, à votar e ser votado, à liberdade de religião, organização, etc. Ainda especificam como categorias dos direitos humanos os direitos

sociais e culturais, que compreendem a garantia à saúde, ao lazer, a educação, à moradia, à ter sua cultura preservada, etc., e aos direitos ambientais, que correspondem à garantia da coleta sistemática do lixo, à água potável, etc.

De forma geral, segundo as autoras citadas, eles expressam e traduzem os diferentes níveis de cidadania, e constituem-se padrões de referência da vida civilizada.

Ao discorrermos sobre direitos, devemos especificar suas características, afim de melhor compreendermos sua efetivação. De acordo com Vinagre e Pereira (2008), os direitos são universais, invioláveis, inalienáveis, indivisíveis e interdependentes.

A declaração mundial dos direitos humanos de 1948, tem orientado os Estados-nação na perspectiva de garantir aos homens condições de liberdade, dignidade e direitos. Ao trazermos essa experiência dos direitos humanos no âmbito do Brasil, percebemos que sempre tivemos graves violações dos mesmos, desde a formação do Brasil- colônia até a atualidade.

Ao analisarmos o período de colonização do Brasil, percebemos que não existia sua autonomia como povo e nação. As autoras completam que entre os períodos do Império, que decorreu de 1822 a 1889, ate a Primeira Republica, que compreende o período que vai de 1889 a 1930, sempre houve graves violações no âmbito dos direitos humanos, principalmente “[...] se pensarmos no genocídio a que foram submetidos os povos indígenas e negros, teremos um exemplo contundente do que representaram estas violações de direitos na vida cotidiana”. (VINAGRE e PEREIRA, 2008, p. 35).

Ao estudarmos o período que vai de 1822 a 1889, veremos que a abolição da escravatura, ocorrida no ano de 1888, foi uma importante conquista, visto entendermos que a escravidão configura-se como uma enorme violação aos direitos humanos. As autoras assinalam como sendo escravidão “[...] a apropriação total do produto do trabalho da pessoa a esse regime, sendo, também, apropriação do seu corpo, da sua vida e do seu destino” (2008, p. 35).

Na década de 1930, aparece na cena publica o movimento operário que, segundo as autoras, aparecia como sujeito político demandando direito ao trabalho, à sua organização sindical e direitos trabalhistas, tais como descanso semanal, férias remuneradas, etc. ate a primeira republica, a “questão social”<sup>3</sup> era tratada pelo Estado

---

<sup>3</sup> Por “questão social”, entendemos que no sentido universal do termo, queremos significar o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos, que o surgimento da classe operaria impôs no mundo no curso da constituição da sociedade capitalista, de acordo com Cerqueira Filho (1982).

através da intervenção da polícia, ou seja, os indivíduos que não se adequassem aos padrões estipulados pela elite burguesa e procurassem lutar por direitos eram violentamente tratados pela polícia.

Somente em 1919, com o ingresso do Brasil na Organização Internacional do Trabalho (OIT), constatou-se uma mudança. A partir daí, foram adotadas algumas medidas na área da Seguridade Social, como as Caixas de Aposentadoria e Pensão, criadas pelos sindicatos dos operários, e posteriormente socializada um padrão mínimo de segurança e direitos trabalhistas por meio da Legislação social com a CLT (Consolidação das leis do trabalho) em 1943.

Nos períodos posteriores, no Brasil, sob a vigência de ditaduras, como a de 1964, Vinagre e Pereira (2008), ainda observam que os direitos civis e políticos foram diminuídos e implantaram-se graves medidas de repressão.

Com amparo em ‘instrumentos legais’ – os atos institucionais-, foram cassados os direitos políticos de lideranças sindicais e partidárias, de artistas e intelectuais; foram fechadas as sedes das representações estudantis e dos trabalhadores. O direito de opinião e organização foi restringido e adotada a censura aos meios de comunicação. Práticas de prisões arbitrárias, torturas e execuções sumárias de opositores do regime eram freqüentes. (VINAGRE e PEREIRA, 2008, p. 57).

Dessa forma, para obter legitimidade neste contexto, as autoras apontam que o regime militar (1964-1985), realizou um investimento na ampliação de alguns direitos sociais, tais como a universalização e unificação da Previdência. A partir de 1975, houve uma revitalização e organização de determinados segmentos da sociedade para lutarem por direitos em diversas áreas, sendo que neste período, organizações civis e religiosas empreenderam lutas pelos Direitos Humanos, destacando-se neste contexto a ala “progressista” da Igreja Católica, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e a Associação Brasileira de Imprensa (ABI).

Em 1988, com a Constituição Federal, o Brasil do final do século XX alcança direitos políticos, civis e sociais jamais imaginados, por meio de luta e pressão da classe trabalhadora organizada,

No entanto, a convivência de direitos no Brasil é paralela a sua expropriação pelo modelo político econômico estabelecido pelo capitalismo. Aqui convivemos com uma constituição federal cidadã, e cotidianamente sua recusa pelo alto grau de desigualdade social vivenciado pela grande maioria dos cidadãos, fruto permanente das manifestações da questão social.

Concordamos com Vinagre e Pereira (2008) ao discorrer sobre a falta do direito civil fundamental, que é o direito à vida e à integridade física. Elas ainda nos ressaltam que o que vigora é uma insegurança coletiva, onde não há o direito à alimentação, saúde, educação, à terra, à moradia, entre outros.

Entendemos que houve ações que se constituíram como fundamentais para a proteção dos direitos sociais, tais como a constituição de 1988, além de Declarações e Tratados, Pactos, Convenções e Programas no campo dos direitos Humanos, que adotam princípios do Direito Internacional de Proteção aos Direitos Humanos. No ano de 1996 foi criado o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) e em 2000 surge a construção do Sistema Nacional dos Direitos Humanos.

O Sistema Internacional de Proteção aos Direitos Humanos e às Liberdades Fundamentais, segundo as autoras citadas, institui obrigações gerais aos Estados que dele fazem parte em relação a todo indivíduo, daí criarem instrumentos internacionais de proteção, partindo-se da premissa de que o campo dos direitos humanos não é apenas uma questão do Estados nacionais, mas também do interesse internacional (vinagre e pereira, p. 37).

Concordamos com Battini e Costa (2007) ao afirmar que:

falar em direitos é indagar sobre as relações sociais e a constituição do poder político, a formação do Estado, uma vez que fora da sociedade politicamente organizada não existem direitos, somente relações de força de uns sobre os outros (BATTINI e COSTA, 2007, p. 20).

Ao entendermos que os direitos no contexto da sociedade capitalista são reconhecidos por meio da luta da classe trabalhadora e materializados por meio de decretos e leis, vemos que uma das formas de assegurar a efetivação desses direitos ocorre através de programas e políticas sociais públicas.

No capítulo que se segue, apresentaremos alguns aspectos interessantes para o debate desse tema, apontando brevemente o histórico da política de saúde, desde a Reforma Sanitária até a Constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo a discussão de alguns modelos de políticas voltadas para o uso abusivo do álcool e a proposta de Redução de Danos como materialidade de políticas públicas no tratamento do uso abusivo de álcool pela perspectiva dos direitos humanos.

## **2 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

Neste capítulo apresentaremos a relação da importância de tratarmos como no Brasil se processou a construção do direito a saúde, uma vez que este também se coloca como um direito humano, no qual está assentada a concepção de enfrentamento do uso abusivo de álcool pela proposta da redução de danos.

Entendemos que dentre as várias perspectivas de análises sobre a síndrome da dependência de álcool, é importante compreendermos o processo histórico do atendimento da saúde como um direito, levando em consideração que entendemos o uso abusivo de álcool como uma doença, definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que assenta a concepção de enfrentamento do uso abusivo de álcool na perspectiva da redução de danos.

Devido a este fato resgataremos brevemente alguns aspectos históricos, tais como o movimento de reforma sanitária, que se constitui como principal agente reivindicatório desse processo, bem como a reforma psiquiátrica. Também mais adiante discutiremos questões importantes que vão auxiliar na elaboração de políticas de álcool, propostas pela Organização Mundial de Saúde.

### **2.1 PERÍODO DE REFORMA**

De acordo com ALMEIDA (2008), até princípios do século XX, a cura de doenças era realizada através de instituições de caridade que eram por sua vez sustentadas pela igreja e por doações, sendo que o atendimento realizado direto por médicos era apenas para aqueles que podiam pagar por seus serviços. Dessa forma, o Estado não participava dessa assistência.

Ainda segundo Almeida (2008), no ano de 1923 surge a Lei Elói Chaves, que representou um marco no surgimento da Previdência Social Brasileira, a partir da criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Foi através delas que algumas empresas, inicialmente as das estradas de ferro, ofereceram aos seus funcionários assistência médica, além de aposentadorias e pensões.

Nesse contexto, ressalta-nos o fato de a assistência médica curativa prestada pelas CAPs ser financiada pelas empresas e seus empregados.

Com o crescimento das CAPs, algumas categorias profissionais passaram a possuir hospitais próprios, para em 1932, transformarem-se em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Segundo Almeida (2008), nessa época já havia alguma participação do Estado, sendo que estes institutos atendiam trabalhadores de uma determinada categoria profissional, “(...) Nesse momento a contribuição era tripartite, sendo realizada pelos empregados, pela empresa e pelo Estado, que atuava mediando a base contributiva previdenciária” (ALMEIDA, 2008).

Em torno de 1966, há a fundição dos IAPs existentes, surgindo assim o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para unificar e executar as políticas de previdência e assistência, o que acarretou uma participação ainda maior do Estado.

Nesse contexto houve, segundo Almeida, a criação de uma categoria, a dos pré-cidadãos, que era constituída por aqueles que “[...] ocupavam lugar no processo produtivo, mas sem reconhecimento legal, e que eram excluídos das políticas públicas produzidas” (ALMEIDA, 2008).

Houve a criação, no ano de 1977, do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o que possibilitou, segundo o autor, “[...] maior cobertura da população (todos trabalhadores urbanos formalmente inseridos no mercado de trabalho e parte dos trabalhadores rurais) e conseqüentemente aumento de gastos” (ALMEIDA, 2008).

Dessa forma, percebemos que neste contexto sócio-político, o indivíduo que precisasse de assistência médica e não estivesse formalmente inserido no mercado de trabalho, ou deveria pagar de forma direta por ela, ou seria atendido por entidades filantrópicas. O autor nos ressalta ainda que esse condicionante (estar inserido formalmente no mercado de trabalho) pode denominar-se de “cidadania regulada”, “[...] uma vez que os direitos do cidadão estavam condicionados não apenas à sua profissão, mas ao modo como a exercia” (ALMEIDA, 2008). Reflexos de uma política social pública que já não respeitava a concretização dos direitos humanos no Brasil.

Com relação à saúde pública, ou preventiva, que constitui-se basicamente como saneamento, vacinação, controle de endemias, etc. Segundo Almeida, nesse contexto acima citado, tinham uma base universal, embora tivessem sua funcionalidade paralela às ações de cunho curativas. Dessa forma, o autor remete-nos a conclusão de que nessa época, o modelo de atenção à saúde não atendia as necessidades reais da população como um todo, devido ao fato de existir uma separação nítida entre a prevenção e a cura.



A década de 70 é permeada por crises no modelo de financiamento médico, ocasionadas pela inflação médica gerada pelos próprios profissionais da área.

A assistência médica curativa no Brasil tem sido caracterizada, em maior ou menor grau, por uma compra de serviços privados. Isto tem ocorrido ora pelo pagamento direto do usuário ao médico, ora pelo pagamento indireto (pelas empresas) através de serviços próprios, conveniados ou comprados no mercado. (ALMEIDA, 2008).

Como cenário temos o período de transição, denominado de “Nova Republica” foi, segundo BRAVO (1996, p. 63) “[...] resultante de uma negociação ‘pelo alto’ entre os dirigentes do bloco autoritário e a principal força partidária da oposição”. Esta deu-se por volta de 1985.

A transição segundo Viana citado por Bravo (1996), consiste na verdadeira natureza desse processo, havendo como opções a continuidade do antigo regime e a descontinuidade que poderá vir a possibilitar o avanço da democracia.

De acordo com Bravo (1996, p. 64), algumas conquistas foram alcançadas no primeiro momento da transição, tais como a legalização dos partidos comunistas, a criação do Ministério da Reforma Agrária, entre outros. Sendo que, segundo a autora, o que preponderava era o *pacto social*, este, gerou polemias entre os diferentes setores, (quais?) devido ao fato de causar divergências tais como a questão levantada pelo movimento sindical de que é impossível haver pacto entre forças antagônicas, no caso capital X trabalho.

Para a elaboração da nova Constituição, foi convocada em 1986, através de emenda à constituição do regime militar uma Assembléia Nacional Constituinte. Segundo a autora, foram conseguidos alguns direitos na área social, através da elaboração da nova Constituição, entretanto ocorreram retrocessos, tais como a inviabilização da reforma agrária.

O governo da “nova república”, que teve início com o presidente José Sarney, comprometeu-se com o resgate da “dívida social”, segundo Bravo (1996, p. 72), que foi agravada pela crise econômica. Para isso foi criada uma estratégia de intervenção social, que, segundo a autora, teve dois níveis de temporalidade distintos:

[...] Por um lado, iniciou-se a implementação dos *Planos de Emergência*, para o combate à fome, ao desemprego e à miséria. O outro nível de atuação previa a reformulação do *Sistema de Proteção Social Brasileiro*, com a intenção de realizar reformas em algumas áreas, como a Previdência, a

Sanitária, o Sistema Financeiro da Habitação, a Educação e a Tributária (BRAVO, 1996, p. 72).

O período que antecedeu a promulgação da “Nova República” foi permeado por debates cujo intuito era o de elaboração das bases da política de saúde para o governo de transição.

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil se iniciou no final da década de 70, e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propunha que a saúde fosse um direito do cidadão, um dever do Estado e que fosse universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovessem e recuperassem (ALMEIDA, 2008).

Segundo Cordeiro, citado por Bravo (1996, p. 78), no ano de 1986 após a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, o governo assumiu a idéia da reforma sanitária, adicionando à política das Ações Integradas da Saúde (AIS) medidas nas áreas de alimentação, habitação, saneamento, entre outras, o que ocasionou na melhoria do quadro de mortalidade e morbidade vigentes no país.

Em julho de 1987 foi aprovado pelo presidente da república a constituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que foi imprescindível, segundo Bravo (1996) para a redefinição dos papéis e atribuições entre os níveis municipal, estadual e federal.

Em 1988, o INAMPS, deixou de atuar como órgão responsável pela execução indireta, ou seja, através de contratos e convênios, e direta, através de serviços próprios, de ações de saúde, e passou a repassar essas atribuições para o governo estadual e municipal, e tendo como responsabilidade a participação na definição de políticas, e acompanhamento do controle dos recursos financeiros da previdência social que estavam sendo repassados aos demais níveis de governo.

Bravo (1996) salienta que o SUDS foi alvo de diversos debates e discussões, e isto foi patrocinado por entidades como a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), além de pronunciamentos de parlamentares envolvidos com a questão da saúde na Assembléia Constituinte.

Segundo Teixeira citado por Bravo (1996, p. 80) “[...] as Constituições brasileiras trataram a questão saúde de forma superficial e arbitrária, não sendo definidas competências e fontes de financiamento, assegurando a prestação de serviço de saúde apenas aos segurados da previdência social”. De acordo com Bravo (1996), na Assembléia Constituinte, os interesses na saúde organizaram-se em dois blocos polares:

o primeiro composto por grupos empresariais, sob o comando da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (multinacionais).

Já o segundo grupo era representado pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que congregou cerca de duas centenas de entidades representativas do setor.

Para atingir seus objetivos, essas Plenárias das Entidades utilizaram-se de três instrumentos de luta, segundo Teixeira citado por Bravo (1996, p. 81): “[...] a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade em torno do processo constitucional”.

O texto aprovado pela constituinte relacionado a saúde, de acordo com Bravo (1996), prejudica os interesses empresariais, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário e não altera a situação da indústria farmacêutica. O texto constitucional tem inspiração em proposições que foram defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenham sido atendidas todas as demandas, principalmente as que se confrontavam com interesses empresariais ou mesmo de setores do governo.

Alguns aspectos foram fundamentais no processo de alteração da política de saúde privatizante e fortalecimento do setor público: a politização da questão saúde, que teve como objetivo aprofundar o nível da consciência sanitária, além de incluir suas demandas na agenda governamental, garantindo apoio político para a implementação de mudanças necessárias; a alteração da norma constitucional, ocorrida no processo constituinte, e teve como resultado um texto para a saúde que incorpora grande parte das reivindicações do movimento sanitário; e por fim, a mudança do arcabouço e das práticas institucionais, que realizou-se através de medidas que visaram o fortalecimento do setor público e universalização do atendimento, entre outras medidas tais como a “[...] a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e da execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do SUDS”. (TEIXEIRA citado por BRAVO, 1996, p. 83)

Segundo a autora, essas medidas tiveram pouco impacto nas condições de saúde da população, pois não ocorreu a sua operacionalização, devido a limites estruturais e ao fato de as forças progressistas que eram comprometidas com a reforma sanitária perder espaços, a partir de 1988, na coalizão governante e nos aparelhos institucionais.

Dessa forma, o retrocesso político do governo da transição democrática repercute também na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político.

## 2.2 A IMPLANTAÇÃO DO SUS

Diante do conceito disposto na Constituição de que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação.

Esse novo conceito de saúde considera as suas determinantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais e ao Governo o de formular políticas públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população.

Segundo Santos (2005)

(...) não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. Falar, hoje, em saúde sem levar em conta o modo como o homem se relaciona com o seu meio social e ambiental é voltar à época em que a doença era um fenômeno meramente biológico, desprovido de qualquer outra interferência que não fosse tão somente o homem e seu corpo.

O direito à saúde, como parte inerente aos direitos humanos, nos termos do art. 196 da Constituição Federal pressupõe a adoção de políticas sociais e econômicas que visem: a) à redução do risco de doenças e outros agravos; e b) ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com RODRIGUES NETO (1994, p. 9) o Sistema Único de Saúde - SUS “propunha, ao lado da democratização geral da sociedade, a universalização do direito à saúde, um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizado, integrando as ações curativas e preventivas e democrático, com participação popular”.

Ao averiguarmos a rede de atendimento aos usuários de drogas lícitas ou ilícitas no caso brasileiro, a partir do estabelecimento da saúde como direito humano

universal, percebemos que ela está distribuída entre diversas instituições, tais como unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas. Ainda como forma de atendimento ao consumidor abusivo de álcool, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), existe o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

De acordo com Siqueira (2007) este programa tem como principais componentes de assistência:

(...) a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD<sup>4</sup>, ambulatorios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS.

Para Siqueira (2007, Cartilha de redução de danos) a Atenção Psicossocial situa-se no contexto da Reforma Psiquiátrica, e tem como meta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença.

Ainda tomando as considerações realizadas pelo autor citado, percebemos em sua descrição que a Política de Atenção Psicossocial trabalha para a desconstrução da idéia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tendo como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas baseadas na recuperação dos direitos humanos e de cidadania e do poder de contratualidade social. (SIQUEIRA, 2007, Cartilha de redução de danos).

Para que se possam realizar essas ações propostas, algumas medidas são necessárias tais como a desospitalização, a desmedicação, trânsito livre nas unidades de saúde, e o mais importante: a desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e substituição pelo psicossocial.

Esse modelo está na base de funcionamento dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), que são serviços de atenção psicossocial implantados no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos.

Como prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento, implantaram-se as CAPS-AD. Estas constituem-se de Centros de Atendimento Psicossociais a usuários de Álcool e Drogas. E ainda de acordo com o autor, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído

---

<sup>4</sup> Centro de Atenção Psicossocial- Álcool e Drogas.

pelo Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002.

Este programa enfatiza a reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas, além da criação “(...) de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais” (SIQUEIRA, 2007), integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Como fator preponderante, o autor explicita ser de suma importância destacar-mos que a referida Portaria toma por base, entre outros documentos, a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), quando recomenda a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo dessa forma a intersetorialidade.

Tomamos como base a fala do autor ao explicitar como se deu a criação da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde. De acordo com ele, esta surgiu à partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde, tendo como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde, que abrangem os usuários, profissionais e gestores.

Ao trazermos para o caso da síndrome de dependência do álcool, temos a compreensão que esse movimento de humanização da atenção à saúde, que se encontra documentado na Política Nacional de Humanização<sup>5</sup> é coerente com a visão proposta por seguimentos que entendem que os indivíduos que consomem álcool de forma abusiva necessitam de um tratamento de saúde de qualidade, sem negar os demais direitos inerentes a pessoa humana.

Entretanto, concordamos com Siqueira (2007) ao afirmar-nos que, embora sejam avanços, essas políticas<sup>6</sup> ainda possuem em seu bojo resquícios de práticas que são anteriores a essas propostas, e que contem outros paradigmas de atenção. Isso porque ainda estão em processo inicial de implantação.

Os aspectos que destoam e vão numa direção contrária ao da política humanizada de atenção integral, estão bastante enraizados em modelos hegemônicos que perduraram historicamente, mas aparentemente em processo paulatino de desconstrução, que provavelmente leva um tempo bem maior do que o tempo necessário para a publicação de um documento ou de portarias que regulamentam um determinado modelo de atenção (SIQUEIRA, 2007).

---

<sup>5</sup> HumanizaSUS.

<sup>6</sup> Tanto a política de humanização quanto a de atenção integral aos usuários de drogas.

Para finalizarmos a exposição desse tema, levamos em consideração que tanto os avanços das políticas sociais públicas quanto a do modelo de atenção integral a saúde desses usuários devem ser, de acordo com o autor citado, compreendidos na prática cotidiana das unidades. Desse modo, poderemos vivenciar na prática as ações concretas de tais políticas frente a realidade de cada usuário.

### 2.3 MODELOS DE POLÍTICAS SOCIAIS

Para trabalharmos a questão de políticas utilizadas na intervenção da síndrome da dependência de álcool, utilizaremos Ernest Buning, autor que apresenta-nos quatro modelos diferentes de propostas de políticas de álcool.

Cabe-nos especificar que escolhemos este autor devido ao seu trabalho realizado junto as organizações de redução de danos. Ele é presidente da Coalizão Internacional sobre Álcool e Redução de Danos (ICAHRE). Também trabalha na área de saúde pública e uso de drogas desde o ano de 1977, tendo envolvimento no desenvolvimento de políticas de redução de danos na Holanda e ser membro-fundador da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA).

Buning (2004, p. 111) traz a discussão de quatro modelos diferentes que permeiam o desenvolvimento de políticas e intervenções direcionadas ao álcool. Para este autor, o conhecimento desses modelos é de sobremaneira importante, pois são elas que darão embasamento para formulação das políticas de álcool e suas intervenções.

O primeiro modelo é definido por Buning (2004) como o modelo de doença. Este, considera a síndrome da dependência de álcool como uma doença crônica, onde há alternância entre períodos de consumo compulsivo e de sobriedade.

Como argumentos favoráveis a esse modelo o fato de que, os usuários são vistos como pacientes, e orientados a não sentirem-se culpados pelo seu estado e, se o tratamento for realizado com cuidados médicos combinado com cuidados psicossociais, há, grandes chances de redução de danos por parte dos usuários, além de prevenir recaídas.

Porém, BUNING (2004) também traz os argumentos contrários a esse modelo. Ele ressalta que, há chances dos usuários não se verem como responsáveis pelos problemas gerados pelo uso abusivo de álcool, pois nesse modelo eles são vistos como pacientes, e podem ficar presos a idéia de doença; ainda segundo o autor, ao darem

atenção apenas àqueles considerados dependentes, não são levados em consideração os problemas gerados por pessoas que não estão classificadas como “alcoolistas”, mas que causam danos devido a seu estado de embriaguez aguda. Buning (2004) explicita ainda que, pesquisas revelam eficácia limitada do tratamento da síndrome da dependência de álcool, devido à dificuldade de convencimento dos dependentes de se tratarem, e ainda por sua taxa de recaída ser elevada.

De forma geral, o autor ressalta que esse modelo de doença pode vir a auxiliar aqueles usuários que possuem sérios problemas relacionados ao álcool, entretanto negligencia os danos que são causados por indivíduos que não são classificados como usuários abusivos ou bebedores exagerados (porém esporadicamente).

O modelo de abstinência, proibição e moderação, constitui-se o segundo modelo apresentado por Buning (2004), e implica que é melhor o não-consumo em nenhuma hipótese, de álcool. O citado autor ressalta que este modelo, antigo e originário dos países escandinavos, teve importante papel no século passado, “[...] ao fazer as pessoas se conscientizarem dos aspectos negativos do consumo de álcool, foi também um fator significativo na emancipação da classe trabalhadora e um instrumento do movimento socialista” (BUNING, 2004, p. 112).

Como argumento favorável que este modelo pode vir a ser bastante eficaz para aquelas pessoas que sofreram muito quando o uso abusivo de álcool era uma constante em suas vidas, porém, avalia como argumento contrário que, para a maioria das sociedades, não é viável como política nacional este modelo de total abstinência, devido ao fato de que o álcool está fortemente arraigado em muitos eventos sociais e culturais, sendo muitas vezes utilizado como ferramenta de socialização.

Justifica-se ainda que deve ser respeitada sempre a decisão pessoal de abster-se. Porém, essa forma de compreensão deve ser revista a partir do momento que passa a ser uma espécie de crença, ou “(...) quando as pessoas começam a pregar que sua opção é a melhor para todos” (BUNING, 2004, p. 113).

Dessa forma, o autor traz ainda a importância de serem levados em consideração tanto os aspectos negativos quanto os positivos do álcool.

O modelo de auto-ajuda configura-se como o terceiro modelo citado pelo autor, que traz como exemplo desse modelo o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA), que basicamente pode ser definido como um sistema mundial de grupos de auto-ajuda que tem beneficiado a milhares de indivíduos.



Compreende como argumentos favoráveis a esse modelo diversos fatores, como por exemplo, ele ter um baixo custo, estar disponível em horários comerciais, não existir pressão com relação as falas dos participantes (cada um fala o que quiser, ou não fala), e ainda por este modelo utilizar a mesma metodologia no mundo inteiro.

Por conseguinte, traz como argumento contrário o fato de que o AA, não reconhece que alguns consumidores abusivos de álcool possam chegar ao ponto de beberem socialmente, ainda que este fato seja evidenciado cientificamente.

O autor ressalta que devemos levar em consideração que não há evidências sobre quais fatores serviriam para antecipar a certeza de que um consumidor abusivo de álcool pode tornar-se um bebedor social ou não (BUNING, 2004).

E ainda como argumento contrário explicita que tendo sua filosofia baseada em “eu sou impotente perante meu vício e confio mais em uma entidade maior (Deus) do que em mim”, este grupo traz uma conotação religiosa, que pode ser contraproducente, a partir do momento que as pessoas abandonarem o grupo.

Entretanto, ressalta que um fator favorável a esse grupo de auto-ajuda é que seus participantes possuem completo controle sobre seu próprio bem-estar. Não aceitam ajuda do governo, portanto tornam-se independentes, e isso, para Buning (2004), é um fator importante.

Entendemos que apesar de o autor ressaltar-nos o grupo de Alcoólicos Anônimos (AA) como uma organização que entende a síndrome de dependência de álcool na perspectiva da saúde, ou seja, analisa o comportamento do consumidor abusivo de álcool como doença, percebemos que esse grupo ainda possui uma perspectiva de caráter conservador, pois analisa o consumidor abusivo de álcool em sua individualidade, atribuindo somente a ele a responsabilidade pela sua cura.

De forma geral, o autor nos traz que, contanto que ela não seja vista como “cura para tudo”, há espaço para sua filosofia na política de álcool.

O quarto e último modelo apresentado por Buning (2004) é composto pelo modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS), que descreve algumas áreas a serem consideradas quanto a elaboração de uma política de álcool.

A primeira área é a de intervenção, onde fazem parte a promoção de educação e saúde, a rotulagem de produtos e a regulação de atividades promocionais (BUNING, 2004, p. 114).

A segunda área é formada pela redução da oferta. Na terceira área encontra-se a regulação da disponibilidade física, onde agrupam-se a restrição da disponibilidade

para jovens, monopólios e sistemas de licenciamento, taxaço e outras regelaço es de preço e polí ticas restritivas.

A quarta á rea a ser considerada pela OMS é a parte do tratamento, onde são discutidas as estratégias de tratamento.

Este modelo tem como ponto forte a coerência e a abrangência de diversas áreas. Já como contraponto, afirma que este modelo tem como base o controle externo, regulação, etc, e isso vai depender muito da implementação e execução de medidas externas.

Para este autor,

[...] Em um mundo ideal, uma política sobre o consumo de álcool deveria simplesmente objetivar o fortalecimento do controle interno dos indivíduos, com as pessoas sendo cientes dos danos causados pelo álcool e adotando comportamentos responsáveis (BUNING, 2004, p. 115).

Entretanto, o autor remete-nos para a realidade, explicitando que somente medidas que tenham como objetivo o fortalecimento do controle interno não serão capazes para a redução dos danos relacionados ao álcool.

No entanto, reconhece a dificuldade disso virar realidade concreta, visto não vivermos em um mundo ideal, e por conseguinte, apenas a utilização de medidas com o objetivo de fortalecer o controle interno não serão suficientes para resolver a problemática dos danos causados pelo uso abusivo de álcool.

## 2.4 REDUÇÃO DE DANOS

No campo dos direitos humanos, e dentro das propostas de políticas para álcool e drogas no Brasil, o programa de redução de danos vêm apresentar uma forma de enfrentamento que tem a saúde como direito humano e universal, a responsabilidade do Estado no enfrentamento à questão e os usuário/dependentes como sujeitos de direitos e construtores de sua história.

Nesse sentido, apresentamos agora uma discussão da proposta de redução de danos como alternativa de enfrentamento da Síndrome da Dependência de Álcool no campo dos direitos humanos.

Entendemos ser necessário definir a expressão ‘redução de danos’ ao abordarmos seu papel como estratégia complementar no controle de problemas relacionados ao álcool. De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA), redução de danos pode ser classificado como

(...) políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, à aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o comportamento (IHRA, 2007).

Essa definição focaliza o trato das conseqüências do uso de drogas, não enfatizando apenas a redução de seu consumo, sendo ainda que essa definição aplica-se a drogas lícitas e/ou ilícitas, e, com relação ao álcool, à sua produção legal ou clandestina.

Ao tratarmos do tema redução de danos, devemos ter a clareza de que os princípios dos direitos humanos estão totalmente imbricados nessa relação. De acordo com Alves (2007, ética, direitos humanos e cidadania), os direitos humanos constituem uma base universal de princípios e valores que dizem respeito às garantias mínimas de uma vida digna à qual todo Ser Humano tem direito.

Estes direitos estão expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão. De acordo com o autor acima citado, apesar desse caráter universal dos direitos afirmados na Declaração, sua efetivação, na realidade brasileira, não depende exclusivamente desse seu reconhecimento, e sim de uma luta cotidiana cuja responsabilidade é de todos e de cada um de nós (ALVES, 2007).

Concordamos com Alves (2007) ao afirmar que o crescimento das violações dos direitos humanos e dos direitos da cidadania<sup>7</sup>, tem sido praticado constantemente, sendo variados os fatores que contribuem para isso. Sendo que isso demonstra-nos “(...) o grau de violência de nossas relações sociais e o nível de intolerância da sociedade em conviver democraticamente com as diferenças”.

Como possibilidade de superação desses limites para que haja uma convivência democrática entre os diferentes, pautada nos Direitos Universais (humanos e de cidadania), Alves traz-nos a importância da consciência ética, aqui especificada por ele como sendo “(...) nossa capacidade de reconhecer no outro – ainda que seja diferente – a nossa própria Humanidade”. Entendemos dessa forma que, a efetivação dos Direitos

---

<sup>7</sup> De acordo com Alves, estes possuem um caráter mais restrito, pois são considerados básicos a partir da realidade de cada país, não se referindo a todos os homens sem discriminação, e sim aos homens que são reconhecidos como cidadãos de um dado país.

Humanos e de Cidadania, que se dá através das lutas cotidianas, significa a luta pela efetivação de nossos próprios direitos, considerando que fazemos parte da comunidade Humana. Dessa forma, ao aceitarmos a violação dos direitos de outro indivíduo, na verdade estamos aceitando uma violação que ameaça o direito de todos, do ponto de vista ético.

Concordamos com Alves (200?, ética, direitos e cidadania) ao afirmar que

No caso específico da Redução de Danos, a falta de uma consciência ética coloca-se no seguinte horizonte: Quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de uma droga ilícita, significa que essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que umas pessoas são mais Cidadãs do que outras. Portanto, a condição de Cidadão, nesse caso, passa a ser secundária em relação à de usuário de droga, ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de Cidadão. (ALVES, 200?).

Essa característica de perda do reconhecimento de cidadão está muito presente em nossa sociedade. Ela atinge em sua grande maioria os usuários de drogas ilícitas, provocando dessa maneira sua discriminação. Sendo que os usuários de drogas lícitas, tais como o álcool e tabaco não são atingidos na mesma intensidade, visto fazerem uso de drogas que são socialmente aceitas, mesmo sendo a dependência uma condição de saúde, não cabendo aqui a condição da droga utilizada ser lícita ou ilícita.

Ao tomarmos como pressuposto que o usuário de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, não perde com isso sua condição de direito, ou seja, é portador dos mesmos direitos de um cidadão que não faz uso de drogas, temos a consciência ética que pode ajudar-nos a reverter essa “ordem perversa”<sup>8</sup>.

Alves (200?, ética, direitos e cidadania) discorre-nos sobre o fato de que a sociedade, ao reconhecer o usuário de drogas como cidadão, do ponto de vista ético, deverá incluí-lo no conjunto de respostas sociais e de saúde que visem a redução do consumo e dos danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos das diversas substâncias (lícitas ou não).

A proposta da Redução de Danos incentiva o questionamento dos nossos preconceitos a respeito das drogas e daqueles que delas fazem uso. No Brasil, segundo Vianna (2008, As contribuições das estratégias de Redução de Danos para as toxicomanias) a Redução de Danos chegou em 1989, por orientação do Ministério da

---

<sup>8</sup> Definição utilizada pelo autor.

Saúde e do Ministério da Justiça. Sua implantação, financiada pelo Banco Mundial, ocorreu somente em 1995, em Salvador.

Segundo a autora anteriormente citada, o programa de Redução de Danos evidencia em sua abordagem das toxicomanias o respeito ao direito à liberdade de escolha do usuário e a busca por alternativas que possam reduzir os danos causados pelo uso da droga.

Ainda segundo Vianna (2008), a atual abordagem das toxicomanias sofreu influência da Reforma Psiquiátrica e do Movimento da luta antimanicomial. Estes defendem os direitos e deveres dos “ditos loucos”<sup>9</sup>, não desmerecendo-os como cidadãos pelo fato de apresentarem algum distúrbio psiquiátrico, mas priorizando a ética do cuidado e o reconhecimento de sua necessidade de reinserirem-se na vida social.

A autora traz-nos a necessidade dos usuários de drogas, lícitas ou não, também serem encarados como sujeitos dotados de livre-arbítrio para desse modo “(...) podermos ter acesso a ele e à sua relação com a droga, permitindo, assim, que algum tratamento seja possível” (VIANNA, 2008).

Percebemos que o álcool é uma substância socialmente aceita para a maioria dos indivíduos de países onde seu consumo é comum e lícito. Um exemplo claro disso é o fato de que mesmo atualmente, algumas pessoas entendem o álcool como “diferente” das demais drogas, no sentido de ser menos prejudicial. Isso ocorre, segundo Stronach (2004), pelo fato de o consumo de álcool ser legal na maioria dos países, o que gera uma concepção errônea de que ele é mais seguro que as outras drogas. O autor alerta-nos para a realidade de que legalidade não confere segurança.

Dessa forma, temos a compreensão de que a sociedade precisa entender o impacto causado pelo uso abusivo de álcool, além das consequências de acidentes de carros ou de reportagens ocasionais que retratam violências praticadas ou sofridas pelo abuso de álcool.

Concordamos com Stronach (2004) ao afirmar que esta concepção de redução de danos não incentiva nem trata de forma naturalizada o uso de drogas, visto reconhecer os danos e consequências envolvidas. Um outro ponto importante é que esta definição não rejeita a abstinência, pois há o fato de que alguns indivíduos defendem que a forma mais eficiente de reduzir os danos é o não uso das drogas.

---

<sup>9</sup> Fala utilizada pela autora.

Ao analisarmos a questão redução de danos, percebemos que apesar de práticas e políticas de redução de danos virem sendo implementadas há anos (com outros nomes), foi a partir da epidemia de AIDS que as áreas médicas e de saúde pública convergiram afim de reagir de forma específica e pragmática, a essa ameaça global.

O mesmo autor salienta-nos o fato de que “a abstinência sexual e a interrupção do uso de drogas injetáveis não passavam pela cabeça das pessoas, por isso uma serie de estratégias realistas e pragmáticas foram implementadas” (STRONACH, 2004, p. 31). Nesse contexto, percebemos que duas características são inerentes ao espírito de redução de danos: realismo e pragmatismo.

Ainda segundo a política da IHRA,

a redução de riscos tem um longo e distinto registro de políticas de controle de álcool sem necessariamente reduzir o consumo. São complementares, e não concorrentes, das estratégias conhecidas de demanda e oferta (IHRA, citada por STRONACH, 2004, p. 32).

Apesar de redução de danos ser identificada inicialmente com as drogas ilícitas, ela também tem sua aplicação ao álcool e demais substancias, como por exemplo, o tabaco. De acordo com Stronach (2004), os elementos-chave da redução de danos são universais. Esses elementos devem permear as estratégias de intervenções ou políticas de saúde pública que procurem aplicar os princípios de redução de danos.

As estratégias de redução de danos são complementares às estratégias de controle de demanda e oferta, sendo que tem seu foco voltado para as conseqüências e não aos comportamentos em si. A estratégia é realista, e reconhece que o consumo de álcool não terá sua interrupção em muitas comunidades, continuando a criar problemas para indivíduos e sociedade em geral.

Dessa forma, entendemos que essas estratégias da redução de danos não julgam o consumo de álcool e sim a redução dos problemas advindos dele. O autor traz que é uma estratégia de caráter pragmático, não buscando políticas ou estratégias que sejam inatingíveis ou que criem mais danos que benefícios. “A estratégia de redução de danos está calçada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais” (STRONACH, 2004, p. 33).

Vianna (2008) enfatiza-nos um pensamento idêntico ao de Stronach (2004) ao referir-se às características do programa de Redução de Danos, que segundo ela pode ser identificadas como:

(...) pragmatismo, pois não exige abstinência como condição para o tratamento; tolerância por não julgar, não punir e não excluir aqueles que não estão abstinentes; e diversidade, já que oferece atendimento a diferentes pessoas, com diferentes usos e propõe a construção de *planos de ação terapêuticos* singulares. A abstinência deve ser encarada, portanto, como uma meta e não como uma condição para o tratamento. (VIANNA, 2008, p.).

Ao discorrermos sobre a relação entre a redução de danos e o álcool, podemos observar que medidas simples já podem ser incluídas no rol de estratégias de redução de danos: disponibilizar no mercado produtos com baixo teor alcoólico no mercado, tendo uma menor possibilidade de embriagues, riscos e doenças, ainda sendo este um desafio.

Para combater esse desafio, o autor explicita-nos a necessidade de mudança de tal cultura, e isto decorrerá de um exercício de longo prazo, que inclua uma mudança na forma como o álcool é promovido, bem como uma transformação nas concepções aceitas pela comunidade. O autor avalia que práticas tais como a adição de tiamina (vitamina B), em bebidas alcoólicas reduzem alguns riscos à saúde, em alguns casos.

Uma outra forma de utilizar a política de redução de danos diz respeito ao ambiente em que são consumidas bebidas de teor alcoólico. Esses ambientes devem ser seguros o suficiente para que aqueles que optarem por consumir álcool possam fazer isso com relativa segurança, visto a forma de beber de uns afetar direta ou indiretamente a segurança de outros. Entendemos que estabelecimentos que permitem que os funcionários sirvam bebidas a pessoas já embriagadas, por tolerarem tal situação de embriagues, ajudam no incentivo a problemas relacionados ao uso abusivo de álcool.

Uma outra proposta seria a de utilizar nesses estabelecimentos, copos de plástico ou outro material mais resistente, abolindo assim a utilização de copos de vidro, visto eliminar-se assim o risco de um indivíduo vir a utilizar-se de um copo quebrado como arma, além de os indivíduos não correrem o risco de acidentarem-se com cacos de vidro.

Como exemplo prático de redução de danos relacionados ao álcool, Stronach (2004) traz como exemplo concreto a realidade de muitos estabelecimentos de jogos que embora sirvam bebidas alcoólicas, criaram, “áreas secas”, que caracterizam-se por espaços onde o consumo de bebidas alcoólicas não é permitido, sendo que além da bebida só poder ser comprada no local, são vendidas apenas as de baixo teor alcoólico, excluindo-se os destilados, ou permitindo a compra de uma bebida por vez.

No caso do Brasil, em maio de 2008, foi sancionada pelo presidente da república<sup>10</sup> uma Política Nacional sobre Bebidas Alcoólicas. Esta traz um conjunto de medidas interministeriais que visam a redução e prevenção dos danos à saúde e à vida, bem como às situações de violência associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira

No próximo tópico, apresentaremos essa política na realidade brasileira, apontando suas diretrizes e ações concretas.

## 2.5 CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE ALCOOL INTERSETORIAL NO BRASIL

Consideramos correta a afirmação de Delgado, Macedo, Cordeiro, Rodrigues (2004), que assinalam o uso prejudicial de álcool como principal problema de saúde pública no campo das drogas. De acordo com esses autores, é necessário sanar a ausência de uma política pública para o álcool, que se adéque às complexidades culturais, não tendo caráter repressivo, e principalmente sendo abrangente e ousada no enfrentamento das pressões do mercado.

Eles nos apontam para o fato de ser histórica e cultural a demissão da responsabilidade do Estado nesse quesito de formular uma proposta de política para o enfrentamento do consumo abusivo e/ou prejudicial de álcool. Para exemplificar essa fala, os autores trazem que, com relação as ações do Estado

{...} a prevenção é errática e ineficaz, a legislação cede às pressões do mercado, a rede pública de saúde responde de maneira inadequada ao problema, através da danosa internação em hospitais psiquiátricos, as ações de redução de danos são incipientes e pontuais. A tolerância com a venda, propaganda e pressões do mercado de bebida convive com a passividade diante do problema de saúde pública e com a cruel intolerância com os usuários que precisam de tratamento (DELGADO, MACEDO, CORDEIRO, RODRIGUES, 2004, p. 126).

Entendemos que a adoção do paradigma da redução de danos comporta em si grande potencialidade, visto transcender as antigas propostas baseadas na repressão e total exclusão do consumo de álcool, pois concluímos que o uso do álcool está intrinsecamente presente em nossa cultura.

---

<sup>10</sup> Luis Inácio Lula da Silva.



De acordo com os autores, apenas 10 a 15% da população geral não consome álcool, sendo que 50 a 60% fazem uso da bebida de forma não prejudicial à saúde e ao bem-estar social. Um terço da população apresenta problemas com o uso de bebidas alcoólicas, e dentre essas, 10% da população total apresentam sinais de dependência (DELGADO, CORDEIRO, MACEDO e RODRIGUES, 2004, p. 126).

Dessa forma concordamos com os autores ao afirmarem que, de acordo com os dados obtidos, o modelo de redução de danos seria o melhor indicado, pois permite uma abordagem criativa, abrangente e democrática para a questão. Visto não ter nexos a adoção de uma política que promulgue a exclusão total do consumo de álcool, de acordo com os dados levantados anteriormente.

Nesse sentido, o primeiro passo para a efetivação desse modelo proposto para uma política de álcool, com base nos princípios de redução de danos, a necessidade de articulação entre as diversas áreas do Governo, tais como de saúde, educação, agricultura, gestão do espaço urbano e do trânsito entre outras, para através de discursos permanentes poderem construir as linhas gerais da política de caráter intersectorial.

Concordamos que a questão do uso abusivo de álcool no Brasil, de acordo com os autores, tem sido abordada historicamente através da ótica medica ou psiquiátrica. E que isso não evidencia as implicações sociais, econômicas e políticas, que devem ser consideradas de forma global. O Ministério da Saúde ao ausentar-se da priorização da construção de uma política de saúde integral direcionada ao usuário abusivo de álcool, gerou um impacto econômico e social que recai no Sistema Único de Saúde.

Ao compreendermos a relevância que o álcool ocupa nas variadas conseqüências associadas ao seu consumo prejudicial, notamos a importância de sua presença nas políticas sociais publicas. Notamos também a importância dessa proposta de redução de danos, que tem como objetivos principais, por um lado garantir que os indivíduos tenham condições de optarem por escolhas responsáveis e autônomas, e por outro lado, tem como obrigação a defesa dos setores mais vulneráveis da sociedade, (constituído por crianças, jovens e adolescentes), no quesito consumo de álcool, garantindo a estes sujeitos seu direitos inalienáveis.

Para a promulgação de uma política especifica para o álcool, os autores apontam para algumas estratégias contendo os seguintes objetivos: regular a propaganda, restringir o acesso e o consumo e reduzir os danos causados pelo álcool. (DELGADO, MACEDO, CORDEIRO e RODRIGUES, 2004, p. 132).

Além desses objetivos, há algumas iniciativas explicitadas pelos autores, tais como a taxação e aumento dos preços, regulação governamental da propaganda, fiscalização e cumprimento da legislação, além da disseminação de informações realistas e isentas de preconceitos.

#### DIRETRIZES DO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL (GTI)

No Brasil, no governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, teve início as ações estratégicas no campo da redução de danos como orientação geral para uma política de álcool e drogas, buscando garantir uma ação eficaz e em sintonia com as experiências positivas já alcançadas pelos estados capitalistas europeus, além de reforçar a lógica de garantia de direitos aos sujeitos dependentes da Síndrome da Dependência de Álcool, bem como a responsabilização do Estado em garantir o direito a saúde de maneira universal como previsto na Constituição Federal de 1988.

As ações iniciaram com a criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), com o objetivo de revisar, discutir e propor a política sobre o álcool. O GTI é coordenado pelo Ministério da Saúde. Este tem a participação de representantes de outros 14 órgãos federais.

Segundo Delgado, Macedo, Cordeiro e Rodrigues (2004), o GTI aponta para discussões técnico-políticas realizadas também com outros atores, tais quais representantes da indústria de bebidas, especialistas da comunidade acadêmica e emissoras de rádio/televisão.

Como resultado desses trabalhos, para as seguintes diretrizes: do ponto de vista da saúde pública, o que importa é o desenvolvimento de ações intersetoriais eficazes para a redução dos danos à saúde, advindos do consumo abusivo de álcool e outras drogas, tais como psicofarmacos. Também levantam a questão de que o uso prejudicial de álcool produz mais danos à saúde dentre todas as drogas lícitas e ilícitas, e por conseguinte torna-se o mais grave do ponto de vista da saúde pública.

De acordo com o GTI, o uso abusivo e/ou prejudicial de álcool é entendido como sendo o consumo que pode vir a trazer danos relacionados à saúde e ao bem-estar tanto do indivíduo quanto dos ambientes sociais. “(...) o uso prejudicial guarda relação diretamente proporcional com os padrões de consumo (quantidade, tipo, qualidade, forma e hábito de uso” (DELGADO, MACEDO, CORDEIRO e RODRIGUES, 2004, p.

133). Entendemos que o uso eventual ou fortuito de álcool também pode vir a gerar algum tipo de problema.

Como sendo bebida alcoólica, o GTI considera toda bebida que contiver 0,5 grau Gay-Lunac ou mais de concentração, o que inclui bebidas fermentadas e destiladas, preparações farmacêuticas que contenham significativo teor alcoólico e a mistura de destilados com refrigerantes.

Ainda como diretrizes desse grupo (GTI), é levantado a questão de que uma política integral e intersetorial de redução de danos causados pelo consumo de álcool deve incluir a atenção integral a saúde e a vida, buscando assim atenuar ou eliminar os danos mencionados.

Os autores apontam mais diretrizes de suma importância para a política de álcool, tais como a obrigação do governo e da sociedade de adotarem medidas, discutidas democraticamente, que previnam e atenuem os danos do álcool em situações específicas, tais como ambientes de trabalho, transportes, eventos de massa, entre outros de maior vulnerabilidade.

As diretrizes também apontam para a necessidade de criação de uma política de álcool que atenda os usuários e dependentes através de ações na rede básica de saúde e na rede hospitalar não-psiquiátrica, além de programas de suporte e reintegração social.

Quanto aos meios de comunicações, essas diretrizes apontam para a necessidade de um controle quanto as propagandas de bebidas alcoólicas, afim de proteger tanto segmentos considerados vulneráveis, como crianças e adolescentes, quanto ao próprio consumidor, que pode “(...) sofrer associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social que não correspondam a sua realidade” (DELGADO, MACEDO, CORDEIRO e RODRIGUES, 2004, p. 134).

O GTI também traz em suas diretrizes a necessidade de restrição o patrocínio de eventos esportivos como meio de propaganda para bebidas alcoólicas, tendo em vista a proteção de crianças e adolescentes e da sociedade em geral. Os autores ressaltam que essa associação feita entre álcool e eventos esportivos é um problema que deve ser equacionado.

Esse grupo coloca em evidência a questão da prevenção, que, de acordo com os formuladores das diretrizes, é entendida como fundamental para a saúde pública. Desse modo, a realização de praticas educativas que estejam relacionadas ao consumo

do álcool e outras drogas devem ser estimuladas, de forma a garantir reflexão e percepção dos indivíduos frente a questão do álcool, de forma pragmática e responsável.

Para tal, escolas públicas ou privadas e os próprios locais de trabalho devem estimular as iniciativas de prevenção do uso abusivo e prejudicial do álcool. Para tanto, o governo, sociedade e empregadores precisam participar desse processo desenvolvimento de políticas de prevenção e tratamento dos danos causados a saúde e ao bem-estar, que são gerados através do consumo abusivo do álcool.

Após apresentarmos essas diretrizes que permeiam o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), entendemos a necessidade de trazermos para discussão as ações concretas que dizem respeito a questão do consumo de álcool.

De acordo com Delgado, Macedo, Cordeiro e Rodrigues (2004), o Ministério da Saúde, através da Área Técnica de Saúde Mental, participa de iniciativas intersetoriais sobre o tema, além de ter como objetivo a implementação e fortalecimento das ações específicas referentes ao consumo de álcool.

Os autores também apontam para a criação, em hospitais gerais, de leitos de retaguarda aos casos que necessitem de internação. Devido a necessidade de fortalecer a articulação da rede de atenção a saúde dos indivíduos usuários de álcool, nos seus diferentes níveis de consumo, o Ministério da Saúde foi levado à discussão do componente hospitalar dessa rede.

No que se refere a legislação, os autores discorrem que encontra-se em discussão a atualização da legislação vigente que regula a propaganda de bebidas alcoólicas no Brasil, resultante dos desdobramentos do Grupo de Trabalho Interministerial.

Com relação aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad), os autores explicitam como fator relevante e a continuidade que existe da formação desses profissionais de saúde, bem como da própria ampliação dessa rede (CAPS ad), da importância do trabalho intra/ministerial e da colaboração mútua com outros indivíduos e organizações que ajudam a compor o repertório de iniciativas que tem como objetivo a inserção do consumo de álcool e das suas conseqüências associadas na agenda da saúde pública, como a construção de respostas que sejam eficientes a esses problemas (DELGADO, MACEDO, CORDEIRO e RODRIGUES, 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo contribuiu para uma melhor compreensão da síndrome de dependência do álcool, numa perspectiva de direitos humanos, analisando que os usuários abusivos de álcool não perdem sua condição de cidadãos portadores de direitos por sua relação de dependência de álcool.

Temos a compreensão de que na nossa sociedade, ainda há a orientação da síndrome da dependência de álcool como um desvio de conduta, o que conseqüentemente acarreta numa moralização da doença. Para além dessa visão, existe outra orientação baseada na perspectiva de doença, que só atende a dimensão psico/patológica da questão, não abordando outras áreas, tais como a econômica e social.

Percebemos através desse estudo que no âmbito do Brasil, existe a construção de uma política de álcool para além dessas duas orientações acima citadas, porém, para sua concretização ainda há diversas dificuldades a serem transpostas. O entendimento da relação redução de danos e direitos humanos trouxe uma nova visão ao enfrentamento dos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool, e por conseguinte, auxiliou na construção de uma nova política de álcool, estabelecendo como prioridades ações que promovam não apenas a proibição do uso de álcool, mas a redução dos problemas gerados pelo seu consumo, além de proporcionar ao usuário e demais indivíduos da sociedade em geral um entendimento da questão, afim de poderem optarem por seu uso consciente ou não.

Também a partir desse estudo, compreendemos como fator fundamental para a efetivação de mudanças acarretadas na forma como as políticas públicas de saúde vem sendo realizadas, a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica, que promoveram uma forma de atendimento mais humanizada aos usuários dessas políticas. No entanto, apesar das propostas dessas reformas serem essenciais ao desenvolvimento eficaz e eficiente dessas políticas, vemos que para além dessas perspectivas propostas, existem grandes questões que acabam por paralisar essas iniciativas.

Uma delas pode ser especificada pelo corte que é realizado nos investimentos para a saúde, que acarreta na dificuldade de atender os usuários de forma a que vem sendo proposta. Não havendo condições materiais para que se possa investir em equipamentos e profissionais capacitados, bem como para demais gastos, não há como atender os usuários de forma eficiente. Embora tenhamos a compreensão de que isso não

significa que o Estado possa deixar de ser responsável pelas suas obrigações concernentes ao atendimento dessas políticas.

Aliado a esse fato, vemos que apesar das políticas de redução de danos apresentarem e trazerem toda uma discussão que tem em seu bojo a relação de direitos humanos e cidadania, vemos perpetrada na sociedade brasileira uma compreensão de cunho moralista dessa questão da síndrome da dependência de álcool. Nesse sentido, entendemos que apesar dos avanços para a construção de uma política de álcool que seja abrangente, não recriminatória e eficaz, há conceitos moralistas que contribuem para a não concretização desse projeto.

Ao relacionarmos esse tema ao Serviço Social, percebemos a importância do conhecimento dessa questão pelo profissional da área, pois suas ações concretas serão de acordo com o entendimento que obtiver da questão.

De forma geral, o profissional da área de Serviço Social precisará ter clareza da relação entre direitos humanos e cidadania, para poder avaliar suas ações junto aos usuários, a fim de proporcionar-lhes a garantia de seus direitos enquanto cidadãos (e não enquanto “favorecidos”).

Essa questão da garantia de direitos encontra-se disposto no Código de Ética Profissional (1993) do assistente social, que em seus princípios fundamentais traz como princípio a defesa intransigente dos direitos humanos, além da recusa do arbítrio e autoritarismo.

Para além dessas considerações, entendemos ser de fundamental importância para a formação de uma consciência crítica do assistente social outros princípios fundamentais explicitados em seu Código de Ética, tais como a ampliação e consolidação da cidadania, e defesa do aprofundamento da democracia, além da tarefa de eliminar todas as formas de preconceito, o que incentivará o respeito à diversidade, e discussão das diferenças.

Daí a contribuição deste trabalho ao estudar as diversas concepções acerca das distintas interpretações da síndrome da dependência de álcool, e propor desmistificar as compreensões de cunho moralista e excludentes, definindo teoricamente uma interpretação que subsidie a intervenção profissional do assistente social.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Jorge Augusto Oliveira. **Ética, direitos humanos e cidadania**. Redutor de Danos da ABORDA – Ass. Brasileira de Redutores de danos e da ACRD Disponível em <<http://www.domicianosiqueira.com.br/>> Acesso em set/2008.

APATRU, Associação Preventiva de Acidentes e de Assistência as Vítimas de Transito. Disponível em <[http://www.apatru.org.br/sites/institucional\\_002/internal.asp?dados=1:1:21:4:13:32](http://www.apatru.org.br/sites/institucional_002/internal.asp?dados=1:1:21:4:13:32)> Acesso em mai/2007.

BRASIL. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>> Acesso em jun/.2005.

\_\_\_\_\_. Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em <<http://www.domicianosiqueira.com.br/>: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Acesso em set/2008.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e praticas profissionais**, 5. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 1996.

CAMPOS, Shirley de. **Definição de Alcoolismo: Álcool e Alcoolismo**. Disponível em <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/16311>> Acesso em mar/2008.

CERQUEIRA FILHO, G. A. **A “questão social” no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CISA, Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. **Álcool na America Latina**. Disponível em <<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdCategoria=34d47d86f9fea6b5e88fb1c287b2762c>> Acesso em mar/2008.

COLÉGIO SÃO FRANCISCO, **Dados sobre o Alcoolismo**. Disponível em <<http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/alcoolismo/dados.php>>. Acesso em out/2008.

CONASEMS. Sistema Único de Saúde: Constituição Federal - seção II; Lei Orgânica da Saúde, N° 8.080; Lei N° 8.142; Decreto N° 99.438; Carta de Fortaleza. Porto Alegre, 1990. 26 p. (Publicações Técnicas, N° 2). Disponível em <<http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/dec99438.html>> Acesso em jun/2007.

FALEIROS, V. de P. **Estratégias em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HOLANDA, A. B. F. de. **Minidicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

OSIATYNSKA, E. Álcool e saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Buning (org). **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

RODRIGUES NETO. Citado por Regina do Nascimento. SUS. Disponível em <[www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm-15k](http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/sus.htm-15k)> Acesso em ago/2007.

SIQUEIRA, Domiciano. Cartilha de redução de danos. Disponível em <<http://www.domicianosiqueira.com.br/>> Acesso em set/2008.

SPOSATI, A. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n.87, Ano XXVI, São Paulo: Cortez, 2006.

TWERSKI, A. **Como proceder com o alcoólatra**. 2. ed. São Paulo: Ed. Paulinas/Reindal, 1987.

VIANNA, A. **As contribuições das estratégias de redução de danos para as toxicomanias**. In: Folha Gávea/Leblon. Janeiro 2008- Ano 7 - n. 50.

YASBEK, M. C. **Classes subalternas e assistência social**. 5. ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2006.