

ESTRATÉGIA MUNDIAL PARA REDUZIR O USO NOCIVO DE ÁLCOOL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS.

ANA CARLA VASCO DE TOLEDO*

* Advogada e Mestre em Direito Internacional pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS.

RESUMO

O presente artigo discorre sobre os problemas causados pela ingestão abusiva de bebidas alcoólicas e como suas consequências são enfrentadas pelo direito internacional, sobre tudo pela agência especializada da ONU, a Organização Mundial de Saúde. Os índices alarmantes de acidentes e mortes mundiais obrigaram a agência responsável pela saúde mundial a tomar medidas para redução e prevenção dessa epidemia como previsto em seu estatuto. A recomendação determinada pela OMS, de acordo com o estudo apresentado, é um costume internacional, e dentro dessa análise o Brasil demonstrou-se deficiente, portanto responsável pela não garantia do direito à saúde, que é um Direito Humano.

- O texto é resultado de pesquisas desenvolvidas no âmbito do Grupo de Pesquisa CNPq-UniSantos Regimes e Tutelas Constitucionais, Ambientais e Internacionais.

PALAVRAS-CHAVE

Álcool - Organização Mundial de Saúde - Direito Internacional - Política Nacional do Álcool - Políticas públicas.

ABSTRACT

This article reports the problems caused on harmful use of alcohol, and how their consequences are treated by international laws, notably by the UN specialized agency, the World Health Organization's. The alarming rates of accidents and deaths worldwide, forced the WHO to implement alcohol policies to reduce and prevent this epidemic as provided in its statute. The specific recommendation by the WHO, according to the presented study, is an international costum, and within this analysis, Brazil have demonstrated their deficiencies, therefore responsible for not guaranteeing the right to health which is a Human Right.

KEYWORDS

Alcohol - World Health Organization - International Law - National Alcohol Policy - Public Policies

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o uso prejudicial de álcool é o responsável por 3,3 milhões de mortes por ano, o terceiro maior fator de risco de doença mundial, o primeiro na América e o segundo na Europa.

Quando se fala em fator de risco, o álcool pode ser a causa direta ou indireta de doença ou morte.

A ingestão indevida da bebida alcoólica é, senão a principal, uma das causas de vários malefícios à saúde, como hipertensão, doenças hepáticas, dependência a substâncias químicas ilícitas, distúrbios mentais e psicológicos. É também uma das principais causas de acidente em trânsito, homicídios, violência doméstica, gravidez indesejada, transmissão de doenças sexuais e muito mais.

Diante desse quadro, a Organização Mundial de Saúde elaborou dez políticas para reduzir o uso nocivo de álcool em sua 63ª Assembleia Mundial de Saúde.

Entender o papel e a função da OMS fará compreender a importância de suas recomendações para o direito internacional e para a saúde mundial.

As estratégias da OMS, são adotadas e estruturadas de acordo com a percepção e definição dos problemas a serem enfrentados por seus Estados Membros, para posterior inserção na agenda da Organização como um problema mundial, de ordem sanitária e formuladas de acordo com as necessidades comuns de cada membro, respeitando sua diversidade, cultural, religiosa e social para finalmente ser implementada.

O comprometimento de cada Estado Membro, se dá com aprovação das recomendações nas Assembleias Gerais Mundiais, e confirma-se com a normatização destas em seus Estados membros e o envio anual de relatórios, que possibilitou a publicação do relatório *Global status report on alcohol and health*, em 2014, fundamentando a obrigatoriedade do cumprimento das recomendações por seus Estados Membros.

O objetivo final será dar ao leitor um panorama nacional sobre algumas das estratégias indicadas pela OMS, constatando de maneira sintética que, apesar de normatizadas, não são aplicadas, evidenciando a ausência de responsabilidade internacional do Brasil.

1 ÁLCOOL, SUBSTÂNCIA TÓXICA E LÍCITA

De todas as drogas psicoativas, o álcool é a que tem o maior número de usuários no mundo, devido a questões culturais, sociais, econômicas. Os últimos dados levantados pela Organização Mundial de Saúde demonstram que o uso prejudicial de bebidas alcoólicas é responsável por 3,3 milhões de mortes ao ano, que representa 5.9% de todas as mortes, e a principal causa de mais de 200 doenças e lesões (WHO, 2014a).

Contudo, compete informar que os dados apresentados pela OMS não dizem apenas dos doentes alcoólicos, mas principalmente dos “bebedores de finais de semana”, também chamados de bebedores sociais.

O importante é ter a consciência de que os efeitos do álcool em um organismo variam muito de um indivíduo para o outro, pois, de acordo com as pesquisas, o álcool é uma substância tóxica, qualquer que seja a dose ingerida (CAMPOS, 2012).

Há pesquisas que indicam que o consumo regular em pequenas e moderadas quantidades pode diminuir as taxas de mortalidade vascular em até 38%, porém há sempre o alerta de que se o consumo for superior a dois ou três copos americanos (200 ml), dependendo do indivíduo, torna-se prejudicial (PAOLINO, 2010).

Quanto maior o volume de álcool ingerido, mais toxinas são impostas ao organismo, levando a um nível de intoxicação que implicará várias alterações, como padrão de sono, pressão e demais metabolismos hormonais e orgânicos.

Sobretudo, as consequências poderão ser desastrosas como dependência, doenças cardiovasculares, hepáticas, psíquicas, acidentes, violência, homicídios, entre outros.

De acordo com Ronaldo Ramos Laranjeira, é preciso estabelecer a distinção entre três padrões diferentes do beber:

1. **baixo risco** – beber um ou dois copos de bebida alcoólica por dia, se beber mais está fazendo uso nocivo do álcool; 2. **risco médio** – o cidadão que ingere em casa uma média de 3 uísques, ele pode não ser dependente, mas está sujeito aos efeitos negativos do álcool, aumentando seu risco de doenças ligadas a bebida; e 3. **dependente** – que tem duas características marcantes: beber grandes volumes regularmente e ser tolerante ao álcool. Portanto, é um estado de necessidade fisiológicas que ocorrem em graduações mais ou menos elevadas, semelhante a dependência da nicotina. (LARANJEIRA, s.d.)

Acrescenta ainda o psiquiatra, “bebedores de finais de semana, ao ingerirem uma grande quantidade de álcool, seu cérebro precisa desenvolver uma série de modificações típicas da dependência para suportar a agressão imposta ao corpo” (LARANJEIRA, s.d.).

Importante também destacar que, de todo álcool ingerido, somente 10% é eliminado pelos rins e pelos pulmões, os 90% restantes serão lentamente metabolizados no fígado, através de um fenômeno bioquímico de oxidação (DUAILIBI, PINSKY e LARANJEIRA, 2010, p. 20 - 21).

Melhor explicando, um copo de *chopp* ou uma dose (50 ml) de destilado leva em média uma hora, uma hora e meia, para ser totalmente eliminado do seu corpo, o dobro demoraria de duas a três horas. Ao ingerir grandes quantidades seu corpo poderá levar um dia para metabolizar todo o álcool consumido (DUAILIBI, PINSKY e LARANJEIRA, 2010).

Oportuno enfatizar que as causas associadas a acidentes ocasionados por pessoas embriagadas não ocorrem apenas nos doentes alcoólicos, ocorrem principalmente na ingestão de grandes quantidades em pouco espaço de tempo, o que é normal entre os bebedores eventuais, ou de “finais de semana”.

2 A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: ÁLCOOL¹

Constituída em 07 de abril de 1948, e atualmente integrada por 192 Estados Membros e dois Membros Associados, a Organização Mundial de Saúde – OMS estabelece como um de seus princípios que “a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de infecções e doenças”.

Conclui ainda que os governos têm responsabilidade na saúde de seus povos, a qual só pode ser cumprida mediante adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas, e seu objetivo é a padronização a assistência à saúde, liderando e vigiando os assuntos sanitários mundiais, prestando apoio técnico aos países (OMS, 1948).

Sua Convenção está fundamentada no art. 57 da Carta das Nações Unidas (ONU, 1945), que dita que a Organização Mundial de Saúde é o organismo especializado da ONU responsável pela saúde mundial.

Atualmente, a OMS está integrada por 192 Estados Membros e dois Membros Associados, que se reúnem anualmente em Genebra com a finalidade de estabelecer a política geral da Organização.

Estabelecendo associações com outros organismos das Nações Unidas, organizações não governamentais, doadores, setor privado e com um contingente de 8.000 trabalhadores e colaboradores experts em saúde pública, como, epidemiologistas, cientistas, gestores, administradores e outros, a OMS trabalha para encontrar a melhor performance para a saúde mundial, em suas 147 oficinas espalhadas por seus Estados Membros, seis oficinas regionais e sua sede em Genebra, Suíça.

Seus colaboradores possuem grande capacidade para elaborar diretrizes e normas sanitárias, e recomendar normas sobre saúde pública.

Em 2002, na Assembleia Mundial de Saúde, houve a participação dos ministros de saúde de quase todos os Estados Membros, que debateram sobre os riscos sanitários mais importantes de cada país, e na lista elaborada constou que o consumo abusivo de álcool era responsável por 4% das doenças mundiais e 3.2% da mortalidade mundial, com uma prevalência maior nos países pobres e em desenvolvimento (OMS, 2002).

O objetivo a ser alcançado pela OMS diante da elaboração do Informe de La Salud em el Mundo 2002 foi a implantação de padronização à assistência à saúde, liderando e vigiando os assuntos sanitários mundiais, prestando apoio técnico aos países e propondo acordos, regulamentos e elaborando recomendações para implementações de políticas públicas com a finalidade de alcançar as medidas sanitárias e sociais no combate à saúde mental.

Diante dos relatórios anuais, enviados por seus Estados Membros, a OMS constatou uma crescente nos problemas relativo ao álcool, principalmente nos países pobres e em desenvolvimento, porém era preciso conhecer o padrão de beber entre as pessoas do sexo feminino e masculino para uma melhor elaboração de estratégias.

Verificou-se, todavia, que projetos adotados pela OMS de breves intervenções contra o uso abusivo de álcool, nos sistemas primários de saúde dos países desenvolvidos, foram eficazes e não haviam sido testados nos países em desenvolvimento.

E assim, com o apoio de um de seus colaboradores, foi realizada a inclusão do projeto de breves intervenções nos problemas relativos ao álcool no Brasil e África do Sul (WHO, 2005), ensejando na produção do livro *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*, publicado no ano de 2005.

Provavelmente esse lançamento surtiu um efeito positivo, pois o álcool entrou após longos anos na agenda da OMS, na 58ª Assembleia Mundial de Saúde (WHA 58.26)², realizada em 2005, solicitando dentre outras coisas a seus membros que elaborassem, aplicassem e valorassem estratégias e programas eficazes para reduzir as consequências sanitárias e sociais negativas do uso nocivo do álcool (OMS, 2010).

Iniciava nesse momento o desenho da política pública internacional para a redução do consumo nocivo do álcool consumada em 2010.

3. COMPROMETIMENTO INTERNACIONAL

É de conhecimento comum que a natureza do Direito Internacional é a ausência de hierarquia entre os Estados. Pois bem, recorrer à força jurídica não é sua característica principal, aliás restringir no máximo o emprego da força jurídica é sua tendência.

Não existe um poder legislativo internacional, a Assembleia Geral da ONU, que reúne todos os delegados dos Estados Membros, elabora suas resoluções que acreditamos ter um poder vinculante para os seus membros.

Os Estados Membros possuem certa liberdade em aceitar ou não algumas resoluções, de acordo com seus interesses, devendo prestar informações sobre o seu não aceite. E aqui há um direito de coordenação, e não de subordinação (SHAW, 2010).

Com a Organização Mundial de Saúde não é diferente. A OMS reúne dados estatísticos sobre a situação sanitária e epidemiológica de cada membro. A informação que os Estados Membros apresentam a OMS é fundamental para o seu trabalho. Os requisitos de notificação por parte de seus Estados Membros se dá através dos artigos 61 ao 65 inseridos em sua constituição (OMS, 1948).

Com o envio das informações, a Organização, os Estados Membros e as organizações não governamentais têm um retorno sobre a eficácia ou não de suas tomadas de decisão estabelecidas nas Assembleias.

Não sendo favoráveis os dados estatísticos apresentados, passa a verificar se as medidas estratégicas adotadas pela Organização foram normatizadas e divulgadas, passando em seguida à aplicabilidade destas.

A aplicabilidade efetiva ou não das medidas deve também ser informada por relatório à Organização.

Assim, constata-se que a prestação de informações à OMS é um dever de cada membro, e uma maneira de cobrar destes a sua cooperação ou reestruturar a tomada de decisão, em cada caso.

Outra análise que se faz necessária é justamente a cooperação, ou seja, utilizá-la para pressionar cada membro a cumprir sua parte nesse processo.

Nortmann, de maneira objetiva, explica que a capacidade das Organizações para reclamarem de violações ao Direito Internacional, se relacionarem com outros sujeitos do Direito Internacional e gozar de privilégios e imunidades jurisdicionais faz com que estas sejam enquadradas como sujeito de direito internacional, indo além das funções estabelecidas de forma expressa pelos Estados Membros (NORTMANN, 2001, p.64).

Acima de tudo, e de acordo com Gonçalves:

As Organizações assumem papéis autônomos, atuando segundo padrões definidos pela teoria da governança. Operam na base do consenso, e muito mais do que em critérios de coerção; atuam em domínios específicos, mas com a finalidade de buscar soluções para problemas e questões comuns, promovendo a cooperação internacional; enquanto sua base institucional é evidente, porque construídas e atuando com base em princípios e regras. (GONÇALVES; COSTA, 2011)

De fato, não há hierarquia entre os Estados Membros, e o papel da OMS diante de sua liderança e como sujeito de direito é aplicar pressões e desencorajar a não observância de suas recomendações (SHAW, 2010).

A recomendação que criou uma política pública internacional para a redução do uso abusivo do álcool foi deliberada pela 63ª Assembleia Mundial de Saúde; contudo, não podemos esperar que apenas a prestação de informações gere um comprometimento de obrigatoriedade de cada Estado Membro para com a Organização, criando um elo entre os participantes. Mesmo porque essas informações podem ser mascaradas pelo Estado, evitando-se assim um desconforto.

Com base no estudo das fontes do direito internacional, que são documentos ou pronunciamentos que declaram direitos e deveres das pessoas internacionais, temos as fontes reais que seriam os princípios gerais do direito e fontes formais, o costume e os tratados (ACCIOLY, SILVA e CASELLA, 2012).

O artigo 38 do Estatuto da Corte Internacional de Justiça estabelece que sua função “é decidir de acordo com o direito internacional as controvérsias que lhe forem submetidas” (CIJ, 1945), e relaciona em sua letra b o costume internacional, como prova de prática geral aceita como sendo o direito.

De acordo com Dupuy, “o costume desenvolve-se, tal como um trilho na floresta por acumulação de pegadas”. Porém, no direito internacional, o costume é formado pelos governantes de um Estado, ou seja, pelo comprometimento deste através de seus atos (DUPUY, 1993).

O grande número de Estados Membros participantes da OMS, com culturas, religiões e questões sociais diversificadas, dificulta a criação de um tratado ou acordo, contudo quando o assunto é epidemia, saneamento público, torna-se ainda mais difícil a sua normatização e aceitação pelos estados, principalmente se for intervir nos fatores aqui declarados.

As recomendações referenciadas à diminuição do consumo abusivo de bebidas alcoólicas foram elaboradas para que tenham uma relação permanente com problemática, ou seja, cada Estado Membro poderá aplicá-la de acordo com as prioridades, necessidades, cultura, religiosidade, bem como a OMS poderá perceber, ao longo dos tempos, que uma ou outra recomendação poderá vir a ser desnecessária.

Contudo, a participação dos Estados Membros, com envio de relatórios anuais dando satisfação sobre o andamento e a evolução das políticas públicas elaboradas com base na recomendação da 63ª Assembleia Mundial de Saúde – mesmo que mascarada –, é por si só, prova documental de que os Estados vêm adotando como prática a recomendação, o que a torna um costume internacional.

Lamy nos ensina que “a prática é um elemento fenomênico verificável por ocasião apenas das situações materiais concretas (mesmo que a prática não seja de ação, mas de abstenção) importa é o que se faz ou se deixa de fazer no mundo dos fatos” (LAMY, 2013).

Resta claro que a recomendação da OMS para a redução do consumo nocivo do álcool é uma prática consuetudinária, dada a participação ativa dos seus Estados Membros conforme o recente relatório de 2014 (WHO, 2014b).

4. OMS E SUAS RECOMENDAÇÕES PARA A REDUÇÃO DO CONSUMO INDEVIDO DE ÁLCOOL

Ante as informações obtidas através de relatórios enviados pelos Estados Membros, sobre a adoção de medidas, e por seus cooperadores, sobre os índices de acidentes, mortalidade, e o fator de risco em doenças causado pela ingestão do álcool, a 63ª Assembleia Geral de Saúde afirmou que a estratégia mundial para reduzir o uso nocivo do álcool tem por objetivo oferecer orientação para atuar em todos os níveis e determinar prioridades para a ação mundial.

No bojo da ata da assembleia, a OMS determinou que seus membros a adotassem e aplicassem as estratégias mundiais, para a redução do consumo de bebidas alcoólicas, ali recomendadas (WHA 63.13), de maneira rápida, com a finalidade de complementar e apoiar as políticas públicas de saúde de seus Estados membros, mobilizando a participação política e os recursos financeiros necessários para tal fim.

Com base na Assembleia (WHA 63.13), a OMS elaborou um livro esclarecendo os fatores que determinaram a adoção das estratégias, levando em consideração a cultura, religião, idade, sexo e fatores sociais, e estabelecendo-as das seguintes formas: (a) liderança, conscientização e compromisso; (b) respostas dos serviços de saúde; (c) ação comunitária; (d) políticas e medidas contra dirigir embriagado; (e) disponibilidade de álcool; (f) propaganda das bebidas alcoólicas; (g) política de preços; (h) informação sobre as consequências negativas do consumo de álcool e a intoxicação etílica; (i) redução do impacto na saúde pública do álcool ilícito e o álcool de produção informal; e (j) acompanhamento e vigilância.

4.1 Os índices de consumo de álcool no Brasil.

O II Levantamento de Álcool e Drogas (LENAD) realizado no período de 2006 a 2011 (LARANJEIRA, 2013) mostra que, apesar de a taxa de abstinência permanecer a mesma nos últimos seis anos (48% em 2006 e 52% em 2012), houve um aumento de 20% na proporção de bebedores frequentes,³ que foi de 45% em 2006 para 54% em 2012.⁴

O destaque mais significativo verificado pelo II LENAD foi o aumento de mulheres como bebedoras frequentes, que passou de 29% em 2006 para 39% em 2012.

O beber nocivo, denominado de “binge”,⁵ também aumentou de 45% para 59% entre os bebedores, e entre as mulheres de 36% para 49%.

Importante ressaltar que a entrevista realizada pelo II LENAD foi feita com indivíduos a partir dos 14 anos de idade em diante. Considera que o aumento da porcentagem de bebedores nocivos se deve ao crescimento econômico do país, pois segundo pesquisas o aumento da renda per capita está relacionado ao aumento de consumo de álcool, tornando o país mercado promissor para a indústria de álcool.

Assim é que, de acordo com o relatório anual da Ambev em 2011, a cadeia produtiva da cerveja pagou R\$ 16,4 bilhões em salários para seus empregados, valor equivalente ao orçamento do programa bolsa família desse mesmo ano, respondeu por 1.6% do PIB brasileiro, além de empregos gerados, diretos e indiretos, a mais de 1.7 milhões de pessoas (AMBEV, 2011).

Em 2011, a participação de mercado da Ambev no país foi de 69%, segunda maior média dos últimos dez anos (AMBEV, 2011), dados que vêm ao encontro do crescimento econômico nacional, como bem informa acima.

4.2 Breve relato sobre as recomendações da OMS e as políticas públicas nacionais relativas ao consumo abusivo de álcool

Neste tópico analisaremos de forma sucinta algumas das recomendações estabelecidas pela OMS, e como estão sendo aplicadas no cenário nacional.

a) *Liderança, conscientização e compromisso.*

Esse tópico apontado pela OMS comportaria aos Estados Membros adotarem políticas nacionais integrais e intersetoriais, essas políticas devem estar baseadas em evidências, e ajustadas às circunstâncias locais e compreender estratégias, metas e objetivos de forma clara e transparente.

No Brasil existe o Plano Nacional sobre Álcool - PNA, criado pelo Decreto 6.117/2007,⁶ acrescentando à Secretaria Nacional de Antidrogas - SENAD o papel de liderar as políticas sobre álcool (BRASIL, 2007).

Anexos ao Decreto 6.117/2007, contam os objetivos e diretrizes a serem determinadas para reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, e dentre as diretrizes encontram-se aquelas também determinadas pela OMS.

O aprimoramento foi e está sendo aplicado lentamente pelo SENAD, pois o maior obstáculo é a conscientização popular para a implementação efetiva das demais diretrizes.

b) *Respostas dos serviços de saúde.*

O Governo Federal brasileiro criou o “observatório crack, é possível vencer” (OBID, 2014), através do site é possível acompanhar o andamento dos serviços de saúde criados destinados ao atendimento dos usuários de álcool.

A ampliação da capacidade de saúde foi uma das diretrizes contidas no Decreto 6.117/2007, porém teve seu início apenas em 2011, com a adesão de 27 Estados e Distrito Federal, bem como de 118 municípios (OBID, 2014).

Há, todavia, um déficit muito grande de acordo com a programação imposta no site do observatório Crack, é possível vencer.

Denota-se que a preocupação é maior com as drogas ilícitas, como a cocaína, o crack, que atingem uma grande quantidade de moradores de rua do que com o álcool. A verdade é que o programa implementado, até o momento, tem servido para atuar em caráter emergencial, objetivando a limpeza das ruas.

Um alcoólatra não é prioridade nesses programas, pois os problemas com os viciados em droga causam mais impactos na sociedade.

c) *ações comunitárias.*

Incentivar iniciativas e soluções para os problemas locais. Infelizmente, quando há iniciativa por parte dos órgãos públicos, esta não é divulgada, porém há municípios que apresentam algumas soluções que surtem grandes efeitos e custam pouco aos cofres públicos.

No município de Diadema, estado de São Paulo, criou-se a lei “fechamento de bares”, implementada há 10 (dez) anos pela política municipal

com apoio e conscientização da população, que sofria com os problemas de violência na região (DUAILIBI, 2007).

Diadema era a cidade com o maior índice criminalidade no país em acidentes de trânsito, homicídios, agressões. O mapa da criminalidade do município no ano de 2002 aponta que 167 pessoas perderam a vida de forma violenta, ou seja, uma média de 102,8 homicídios por um grupo de 100 mil habitantes (DUAILIBI, 2012).

Mais de dez anos depois da lei 2107/2002, a realidade de Diadema é outra. Em 2011 foram registradas 37 ocorrências de homicídios, o que corresponde a 9,52 para cada 100 mil habitantes.

Esse fator incluiu o município dentro da taxa indicada pela OMS para cidades que estão fora da zona epidêmica de violência e criminalidade, que é de 10 por grupo de 100 habitantes (DUAILIBI, 2012).

Duailibi, em sua tese de doutorado realizada na Universidade Federal de São Paulo, intitulada “Políticas municipais relacionadas ao álcool: análise da lei de fechamento de bares e outras estratégias comunitárias em Diadema (SP)”, demonstrou que a lei foi uma estratégia de baixo custo e de alta efetividade na redução do consumo e dos problemas relacionados.

Contudo, há que se admitir que as campanhas realizadas de esclarecimento aos comerciantes, consumidores, obtiveram uma aceitação popular, ponto determinante para o sucesso da lei.

Porém, constata-se que a política de fechamento de bares não foi eficiente no que concerne à venda de bebidas para menores e dirigir embriagado, havendo a necessidade de novas políticas nessas áreas.

d) Política e prevenção contra dirigir embriagado.

Podemos dizer que nesse tópico não só o Brasil, mas os países pobres e em desenvolvimento evoluíram muito nesse tema de acordo com o último relatório apresentado pela OMS (WHO, 2014b).

O Código de Trânsito Brasileiro, com a redação dada pela Lei 11.705/2008, é a primeira lei que pune severamente o indivíduo que dirige alcoolizado no país (BRASIL, 1997).

A referida lei também dispõe sobre a venda e a propaganda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais.

De acordo com as pesquisas realizadas pelo II LENAD, a alteração na legislação mudou o comportamento do brasileiro ao dirigir, e de uma forma geral houve uma diminuição de 21% dos motoristas que dirigiam alcoolizados entre os anos de 2006 a 2012 (LARANJEIRA, 2013).

Em 2012, nova redação foi dada ao CTB, com a Lei 12.760, a qual determinou limite zero de álcool ao condutor de veículo automotor, e na seção II – dos crimes em espécies – no artigo 306 limitou a seis decigramas de álcool por litro de sangue, e ampliou as formas de obtenção de provas.

Contudo, as fiscalizações constantes não podem diminuir principalmente nos feriados e finais de semana, quando aumentam os índices de acidentes de veículos.

e) *Disponibilidade de álcool*

A criação de políticas de controle de vendas de álcool mediante leis destinadas a regular a disponibilidade comercial ou pública de bebidas seria uma maneira de evitar o acesso fácil ao álcool por consumidores vulneráveis, ou de alto risco.

Na Suécia existe o *Systembolaget*, um local público que vende todos os tipos de bebidas alcoólicas, com horários de funcionamentos e limites de compras. Fora desse local, como nas redes de supermercados, só é permitida a venda de bebidas sem teor alcoólico.

Esse sistema de monopólio, de vendas de bebidas alcoólicas, foi criado com o intuito de minimizar os problemas de saúde derivados do consumo indevido da substância (SYSTEMBOLAGET, 2012).

Correríamos o risco de sofrermos um aumento de vendas clandestinas, com álcool de baixa qualidade, porém a venda com valores altos poderia pelo menos impedir o acesso massivo de adolescentes e de grupos com baixa renda.

f) *Marketing das bebidas.*

A Lei 9294/96 em seu artigo primeiro parágrafo único estabeleceu que, para seus efeitos, consideram-se bebidas alcoólicas as bebidas potáveis com teor alcoólico superior a treze graus *Gay Lussac*.

Graus *Gay Lussac* indicam a percentagem de álcool que uma mistura contém. Mede-se segundo a quantidade de álcool existente para cada 100 litros da mistura; assim, uma mistura de 11° GL tem 11 litros de álcool puro para cada 100 litros de mistura (PINSKY, 2009) (PINSKY e JUNDI, 2008).

Em contra partida, o Decreto 6117/2007, que institui o Plano Nacional de Álcool, considera bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 grau *Gay Lussac*.

Apesar de a Lei que regula a publicidade de bebidas alcoólicas ser de 1996 e o Decreto ser de 2007, nada se fez para regularizar essa divergência.

Há na Câmara dos Deputados um Projeto de Lei de 2008 que regularizará esse conflito, porém encontra-se aguardando constituição de comissão temporária pela mesa.⁷

Conclusão, a legislação exclui alguns vinhos, coolers e as cervejas. A cerveja é a bebida mais consumida entre os brasileiros, e a legislação de trânsito proíbe a venda e propaganda de cervejas nas rodovias federais, penalizando o motorista que dirigir sob o efeito da bebida.

No marketing engloba-se a propaganda. No Brasil, o CONAR (Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária) é responsável pela fiscalização das propagandas.

O Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária prevê a responsabilidade das empresas publicitárias e das empresas dos produtos a serem vinculados, bem como das emissoras.

Os anexos “A”, “P” e “T” do referido código impõem regras sobre propagandas de bebidas alcoólicas, que estão de acordo com a legislação, ou seja, considera a bebida alcoólica aquela acima de treze graus *Gay Lussac*.

Porém, as maiores reclamações contra as propagandas de bebidas alcoólicas encontradas no CONAR são dos concorrentes das marcas.

Conclusão

O consumo de bebidas alcoólicas gera efeitos negativos não apenas aos doentes alcoólicos, é suscetível a todos, desde que façam o uso de forma irresponsável.

As estatísticas apontadas pela OMS corroboram com a sua preocupação em apresentar ao mundo medidas que possam reduzir as consequências desse consumo inapropriado, e assim determinou em sua 63ª Assembleia medidas que podem orientar seus Estados Membros a aplicar em sua saúde nacional.

As políticas públicas recomendadas pela OMS foram elaboradas com a cooperação de seus Estados Membros e demais entidades, sujeitos do direito internacional e particulares.

Foi feito um trabalho massivo de conscientização dos Estados Membros, com elaboração de livros, padronização de pesquisas, publicação de medidas adotadas que funcionaram até a elaboração propriamente dita das políticas públicas.

As participações dos Estados Membros com envio dos relatórios anuais geraram um relatório recente (2014) emitido pela Organização, informando principalmente a adoção das políticas públicas por seus participantes.

Ao fazer um comparativo com as políticas públicas adotadas no Brasil, no que concerne à redução do consumo abusivo de álcool, verifica-se que há normatização, porém algumas simplesmente não se aplicam, outras enfrentam dificuldade na demanda, nos contingentes funcionários, e apenas a política de não dirigir sobre efeito de bebida foi aplicada de forma contundente.

Esta última, nota-se que seus índices flutuam de acordo com a fiscalização, demonstrando que um afrouxamento nesse aspecto poderá facilmente desmoronar. Há também que ressaltar que, de acordo com o relatório emitido pela OMS, a política de não dirigir sobre o efeito do álcool foi a mais adotada pelos Estados Membros.

A ação comunitária, a exemplo de Diadema, surtiu bons resultados, e deveria ser adotada em mais municípios brasileiros, tendo em vista que o álcool é um problema comum e transfronteiriço.

A conclusão que se faz é que a recomendação elaborada pela OMS é um costume internacional diante da adoção das medidas por seus Estados Membros, e no caso do Brasil as medidas já estavam normatizadas há três anos antes da recomendação ser determinada.

Assim, tem o Brasil o dever de fazer cumprir sua legislação, sob pena de ser responsabilizado sobre as mazelas causadas pelo álcool como uma verdadeira afronta à saúde e aos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

- ACCIOLY, H.; SILVA, G. E. D. N.; CASELLA, P. B. *Manual de Direito Internacional Público*. 20. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2012.
- AMBEV. AMBEV, *Relatório anual 2011*. Disponível em: <www.ambev.com.br>. Acesso em: 10/06/2012.
- BRASIL, Casa Civil. *Lei nº 9503 de 23 de setembro de 1997*, institui o Código de Trânsito Brasileiro.
- BRASIL, Casa Civil. *Decreto nº 6117 de 22 maio de 2007*. Dispõe sobre a Política Nacional sobre o Alcool. Disponível em: <https://docs.google.com/a/alopias.com.br/viewer?url=http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326982.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2014.
- CAMPOS, V. R. *Políticas do álcool para redução de acidente de trânsito*. Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM. 2012.
- CIJ, Conselho Internacional de Justiça. *Estatuto da Corte Internacional de Justiça*, 1945.
- CORDEIRO, V.; FILHO, B.; CAMPOS, W. De. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents : a systematic review Prevalência de consumo de álcool e tabaco entre adolescentes brasileiros: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, v. 46, n. 5, p. 901-917, 2012.
- DUAILIBI, S. *Políticas municipais relacionadas ao álcool: análise da lei de fechamento de bares e outras estratégias comunitárias em Diadema (SP)*. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. 2007.
- DUAILIBI, S. *Lei Seca: Prevenção de homicídios e violência contra a mulher em Diadema - SP*. A influência de políticas do álcool em segurança pública. Diadema, 2012.
- DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. *Álcool e Direção: Beber ou Dirigir*. São Paulo: UNIFESP, 2010.
- DUPUY, R.-J. *O Direito Internacional*. Coimbra: Livraria Almedina, 1993.
- GONÇALVES, ALCINDO; COSTA, J. A. F. *Governança global e regimes internacionais*. São Paulo: Almedina, 2011.
- HOMSI, C. M. et al. *Controle do Tabaco e o Ordenamento Jurídico Brasileiro*. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.
- LAMY, M. *Força Vinculante das Resoluções, Declarações e Recomendações Internacionais*, 2013.
- LARANJEIRA, RONALDO RAMOS; DUAILIBI, S. Políticas públicas relacionadas a bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, p. 839 - 48, 2007.
- LARANJEIRA, R. R. *Tratamento do alcoolismo*. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/dependencia-quimica/tratamento-do-alcoolismo/>. Acesso em: 27 out. 2013.
- LARANJEIRA, R. R. *II LENAD, Levantamento nacional de álcool e drogas*. O consumo de álcool no Brasil, tendências entre 2006 e 2012. São Paulo, 2013.
- NETO, J. C. *Teoria Geral das Organizações Internacionais*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2013. p. 950
- NOORTMANN, M. Non-State Actors in International Law. ARTS, B.; NOORTMANN, M.; REINALDA, B. (Eds.). *Non-State Actors in International Relations*, 2001.

OBID, O. crack. *Observatório crack, é possível vencer*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/municipios-prioritarios.html>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Constitución de la organización mundial de la salud*, 1948.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Informe sobre la salud en el mundo 2002*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002. Disponível em: <www.who.org>.

OMS, Organização Mundial de Saúde. *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.

ONU, Organização das Nações Unidas. *Carta das Nações Unidas*. 1045. Disponível em: <www.un.org>.

PAOLINO, B. Consumo regular de álcool está associado a uma menor mortalidade cardiovascular. *Coleção Clínicas - Cardiologia Geral*, p. 1328 - 1335, 2010.

PINSKY, I. *Publicidade de Bebidas Alcoólicas e os Jovens*. São Paulo: FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2009.

PINSKY, I.; JUNDI, S. A. R. J. El. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens : revisão da literatura internacional Alcohol advertising and alcohol consumption among youngsters : review of the international literature. v. 30, n. 55 11, p. 362-374, 2008.

RAMOS, A. de C. *Processo Internacional de Direitos Humanos*. 3 ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

REALE, M. *Variações sobre o poder*. Disponível em: <<http://www.miguelreale.com.br/artigos/varpod.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SCHIMIDT, J. P. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. In: REIS, J. R.; LEAL, R. G. (Ed.). *Direitos Sociais e políticas públicas: desafios contemporâneos*. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2008. p. 2307 - 33.

SHAW, M. N. *Direito Internacional*. Coordenação da tradução Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Martins Fontes, 2010. p. 1068.

STOPA, S. R. et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Bras Epidemiol*, v. 13, n. 2, p. 324-325, 2010.

VEDOVADO, L. R. *Efetivação interna das normas da CQCT*. Parecer jurídico - Campinas. 2012.

WHO, World Health Organization. *Alcohol, gender and drinking problems. Perspectives from low and middle income countries*. Genebra: WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2005.

WHO, World Health Organization. *Media centre Alcohol*. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>>. Acesso em: 16 jun. 2014a.

WHO, World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. Genebra: WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2014. Disponível em: <www.who.int>.

NOTAS

¹ As informações contidas neste capítulo foram retiradas do site da OMS. Disponível em: www.who.org

² WHA 58.26 (Assembleia Mundial de Saúde 58.26) - Esta é a abreviatura utilizada pela OMS para acessar os documentos relatados em suas assembleias. O primeiro número refere-se ao número de assembleias realizadas, e o número após o ponto, o tópico específico tratado.

Pode-se obter todo o conteúdo da assembleia pela sigla - WHA 58 -, ou obter apenas o tópico que lhe interessa, no caso o consumo de álcool - WHA 58.26.

- ³ São considerados bebedores frequentes aqueles que bebem pelo menos uma vez por semana ou mais.
- ⁴ II LENAD, O consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006 e 2012.
- ⁵ Binge é uma expressão utilizada quando o indivíduo ingere grandes quantidades de álcool (4 doses para mulheres e 5 doses para homens), durante um curto espaço de tempo (2 horas).
- ⁶ Decreto 6.117/2007, [...] art. 4º - A Secretaria Nacional Antidrogas articulará e coordenará a implementação da Política Nacional sobre o Álcool. [...]
- ⁷ Informação sobre a tramitação do PL 2733/2008 disponível no site da Câmara dos Deputados, em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramico?idProposicao=467521&ord=1>>. Acesso em 27 mar.2014

