

ÁLCOOL E DIREÇÃO: UMA QUESTÃO NA AGENDA POLÍTICA BRASILEIRA

Andréa dos Santos Nascimento

Maria Lúcia Teixeira Garcia

Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil

RESUMO: Analisar como o problema do álcool e direção foi incorporado à agenda política brasileira é o objetivo deste trabalho. Entre as décadas de 1980 e 1990, as taxas dos acidentes de trânsito correspondiam a quase metade dos óbitos por causas externas, com tendências crescentes. Foi nas últimas duas décadas do século XX, que os acidentes de trânsito foram definidos como problema de saúde pública e, dentro da discussão dos acidentes, violência e óbitos por causas externas, a combinação álcool e direção foi configurada como um problema que requer políticas públicas.

PALAVRAS-CHAVES: álcool; direção; políticas públicas; violência.

DRINKING AND DRIVING: AN ISSUE INTO THE BRAZILIAN POLITICAL AGENDA

ABSTRACT: The objective of this research is the analysis of the manner in which the issue of drinking and driving has been incorporated into the political agenda in Brazil. Between 1980 and 1990 the incidence of traffic accidents accounted for nearly half of the deaths caused by external factors. The numbers continue to increase. It was only during the last two decades that traffic accidents have been defined as a public health issue and incorporated within the discussions about accidents, violence and unnatural deaths. Furthermore, the high occurrence of traffic accidents combined with the prevalence of drinking and driving has become a problem that must be addressed by public policy.

KEYWORDS: alcohol; driving; public policy; violence.

Introdução

Com o objetivo de realizar uma análise de como o problema da associação entre álcool e direção foi incorporado à agenda política brasileira, este artigo foi organizado em uma perspectiva histórica. Iniciamos por apresentar desde as primeiras medidas do Estado brasileiro de contenção aos problemas derivados do consumo inadequado de bebidas alcoólicas até as políticas hoje vigentes que atuam no sentido de prevenir ou coibir que os motoristas de veículos automotores ingiram bebidas alcoólicas.

O caminho metodológico envolveu uma revisão bibliográfica (utilizando as palavras-chave álcool e direção) e, ainda, uma pesquisa documental (textos legais que regulam o assunto, tais como anteprojetos, projetos, leis, resoluções e portarias federais). Como questão norteadora, buscávamos compreender como o problema da combinação do consumo de álcool e a direção automobilística (hoje inscrito como de saúde pública) inseriu-se na pauta de diferentes grupos sociais que pressionaram o Estado brasileiro a incluí-lo na agenda. Para tanto, é *mister* discutir o processo de formulação de políticas públicas.

Os estudos sobre políticas públicas demonstram o grande interesse nos mecanismos de funcionamento do Estado, paralelamente ao evidente desconhecimento sobre como se dá sua operação e o impacto que elas têm nas ordens sociais e econômicas (Arretche, 2003; Souza, 2003). Partimos do conceito de política pública como a representação de diferentes interesses na qual o conflito será um de seus elementos intrínsecos (Pereira, 1966). Raichelis (2005) avança afirmando que a política não é só conflito, mas, sobretudo, consenso através do “desarmamento de conflitos, tentando, porém não destruir as partes envolvidas” (p. 211).

As políticas públicas envolvem todo um processo de tomada de decisões, ações ou iniciativas de um determinado regime político cujo objetivo é responder a situações potencialmente problemáticas, de forma a reduzi-las a níveis toleráveis para o governo (Vargas, 1999). Ao ter que decidir, o governo seleciona alguns problemas considerados como prioritários, e estes entram para a pauta e, posteriormente, para a agenda governamental (Organização Iberoamericana de Estudos, 2005; Ramirez, 2003). Como ações governamentais que visam a alterar uma realidade, no sentido de atingir um determinado fim (Lima, 2006),

a área de políticas públicas têm como objeto de estudo os programas governamentais (como emergem, como atuam, como operam e quais os impactos esperados - e não esperados - sobre a sociedade e a economia). Didaticamente, alguns autores definem 03 (três) etapas no processo de análise de políticas públicas: a formulação, a implementação e a avaliação (Arretche, 2003; OIE, 2005; Rua, s.d.). A etapa de formulação das políticas ou das alternativas é marcada por um processo no qual diferentes grupos de interesses se colocam na arena política fazendo pressão a favor ou contra a entrada de certo tema na agenda governamental. A ação política marcará, assim, a presença de diferentes atores sociais que demonstrarão suas preferências e interesses. Independente da forma (persuasão, alianças intergrupos ou pela eliminação do adversário), as diversas configurações de negociação explícitas entre os atores serão realizadas nessas arenas políticas (Rua, s.d.).

Os conflitos são, então, perpassados pela busca de consenso, e este seria o aspecto que definiria - ou não - a consolidação de uma política (Raichelis, 2005). O alcance de um consenso, entretanto, não eliminaria as possíveis diferenças existentes. E, por não serem eliminadas, tendem a retornar ao cenário político em um momento posterior (comumente na fase da implementação da política), obstruindo e dificultando este processo (Rua, s.d.). Refletindo sobre as esferas políticas, Raichelis (2005) afirma que estas somente serão efetivamente democráticas quando os atores sociais nela presentes tiverem qualificação e legitimação pelas suas instâncias representativas, pois por mais que a Constituição Federal de 1988 tenha definido instrumentos de participação da sociedade civil na formulação e controle das políticas públicas, a capacidade de vocalização ou de dar visibilidade ao problema que se deseja negociar é que será preponderante no encaminhamento de uma determinada política. Como desafios, Raichelis (2005) aponta dois que considera elementares: (a) no campo governamental, o combate às resistências que se inter põem quanto a participação e controle social das políticas públicas, uma vez que a burocracia estatal terá que aceitar a sociedade civil enquanto uma parceira nas fases de decisão; (b) na sociedade civil, necessidade de reconhecer sua heterogeneidade e seus interesses diversos para que possa haver o estabelecimento de uma agenda em comum. Além disso, segmentos organizados da sociedade civil (heterogêneos em seus interesses e visões de mundo) precisam vencer alguns obstáculos internos que dificultam sua participação nos espaços públicos. Dentre eles, o preponderante parece ser a exigência de uma qualificação técnica e política, postas hoje para os representantes da sociedade civil. Para Dagnino (2002), isso implica reconhecer que os interesses dentro da sociedade civil são diversos, para poder negociá-los sem

perder a autonomia no momento da decisão. O domínio de um saber técnico especializado num embate político entre os representantes governamentais e não-governamentais faz diferença num processo de discussão e deliberação. Uma das implicações dessa qualificação está relacionada diretamente à rotatividade da representação. Uma vez que se adquire essa competência, a tendência é a permanência ou manutenção das pessoas como representantes, implicando na centralização das informações ou de poder. Outra implicação é que o não-domínio da qualificação técnica e política pode ser utilizado para que haja uma "desqualificação política", de forma que os representantes governamentais controlem as decisões políticas (Dagnino, 2002). Mas há ainda outro aspecto - o esvaziamento do sentido de ação política que fica submerso nesse processo de tecnificação. Nessa arena permeada por conflitos entre diferentes grupos de interesse, os temas emergem e são (ou não) incluídos na agenda política, que poderá resultar (ou não) na formulação de políticas públicas. Entretanto, uma vez formulada uma política pública, isso não significa que ela será implementada.

Cabe agora discutir qual o caminho percorrido pela questão do álcool e direção evidenciando cada uma das facetas da questão em separado - primeiro o consumo de bebidas alcoólicas e, em seguida, as questões de trânsito no Brasil - para, posteriormente, refletir sobre sua combinação. Como a questão álcool e direção automobilística progressivamente foi se configurando um problema público que requer ação estatal? Quais são os elementos que permeiam essa situação, ao ponto dela ser considerada pela sociedade e pelas autoridades governamentais como um problema merecedor de atenção, e, conseqüentemente, de formulação de uma política pública? De que forma as relações são, ou foram, dadas entre quem detém o poder decisório, aqueles que decidem a política, e os grupos sociais ou econômicos que exigem uma solução ou política? Partimos do pressuposto de que as correlações de forças constituídas entre os diferentes atores políticos se converteram em força de pressão, que exigirão do Estado uma resposta frente ao problema estabelecido (Ramirez, 2003).

Álcool e direção: uma combinação fatal

O álcool é a droga mais disponível para o consumo entre as drogas disponíveis no mercado. É um produto de baixo custo de produção e que independe da região para sua produção (Masur, 1988).

A Organização Mundial de Saúde estimou em 2004 que 2 bilhões de pessoas em todo o mundo consumiam bebidas alcoólicas (World Health Organization, 2007). Junto com o consumo, há inúmeros danos associados ao uso indevido de bebidas. Confrontados e

pressionados por esses danos (individuais e sociais), os governos de diversos países definem seus conceitos de bebidas alcoólicas e as políticas de regulação na área. Monteiro¹ (2005), baseada em dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), apresentou um quadro com a definição de bebida dada de acordo com o teor alcoólico em alguns países das Américas, bem como a idade mínima para a compra de bebidas alcoólicas, e limites alcoólicos toleráveis por cada país. O Brasil destacava-se por sua tendência de tolerância (13 graus *Gay Lussac*). Em 2007, o governo brasileiro aprovou o decreto nº 6.117, que dispõe sobre a Política Nacional para o Alcool que deverá ser implementada sob a coordenação da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Este decreto considera bebida alcoólica aquela que contiver o equivalente ou superior a 0.5 graus *Gay-Lussac*. Interessante perceber que algumas latinhas de cerveja já descrevem concentração de teor alcoólico de 4.5%, ou seja, menos que os 0.5 graus *Gay Lussac*.

O 10º Relatório Especial do Congresso Norte-Americano sobre Alcool e Saúde (U.S. Department of Health and Human Services, 2000) da Secretaria de Saúde e Serviços Humanitários dos Estados Unidos informou que em 1984 foi aprovado em metade dos estados americanos o “Ato Nacional de Idade Mínima para Beber”, que determinou a idade mínima de 21 anos. Dados do *United States General Accounting Office* de 1987 mostraram que os estados americanos que adotaram esta idade mínima legal para beber na década de 1980 experimentaram uma redução de 10 a 15% nos acidentes de trânsito associados ao comportamento de beber e dirigir quando comparados aos estados que não adotaram tal legislação (Tomey, Rosenfeld, & Wagenaar, 1996; WHO, 2007). Em 1988 todos os estados americanos adotaram essa lei. O relatório do Congresso americano apontou que, a despeito dessa lei e da redução no número de acidentes, os jovens menores de 21 anos continuam arrumando novas formas de burlar a lei e adquirir bebida alcoólica².

De acordo com a World Health Organization (2007), o álcool é uma das razões do envolvimento de jovens de 10-24 anos em acidentes de trânsito. Anualmente, por volta de 400 mil pessoas com menos de 25 anos morrem nas estradas e outras 1.049 se acidentam. Muitas dessas mortes acabam envolvendo pedestres, ciclistas, motociclistas e usuários de transporte público. O relatório apresentado pela World Health Organization (2007), denominado “*Youth and Road Safety*”, demonstra que ações como a redução de velocidade viária e da concentração de álcool no sangue podem ser eficazes no combate aos acidentes de trânsito causados pelo álcool e que envolvem jovens.

Mas, em que momento o álcool no Brasil inscreve-se como um problema que requer políticas públicas?

O álcool como um problema de saúde pública no Brasil

No Brasil, entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, o álcool foi encarado como um mal que ameaçava o desenvolvimento da nação e, dessa forma, precisava ser combatido. Este combate foi feito através de campanhas médicas higienistas que definiram o perfil desejável: 1- do sexo masculino, visto como bom pai, provedor, responsável pelo exemplo aos filhos; 2 - do sexo feminino, encarada como agente familiar da higiene social, baluarte da moral da sociedade, de onde partiria o controle, o comedimento, a temperança dos hábitos, instintos e apetites (Matos, 2000). A família seria, nesse contexto, o palco onde as práticas sociais seriam adaptadas ao novo, ao moderno. Os médicos tomaram para si os papéis: (a) enquanto higienistas combatiam o alcoolismo com campanhas e outras ações; (b) enquanto legistas discutiam a relação entre o álcool e violência e o crime e por último; (c) enquanto trabalhadores de hospitais e manicômios aperfeiçoavam as formas de tratamento (Matos, 2000).

As campanhas contra o álcool identificavam o alcoolismo como responsável pela degeneração hereditária de crianças, como uma praga ou mal social, responsável por altos gastos do dinheiro público com a construção de manicômios, penitenciárias e hospitais para abrigar essa população de ditos “degenerados” (Matos, 2000). O Estado assumia um papel central, pois contava com auxílio de associações diversas, sejam científicas, religiosas, educacionais, imprensa, dentre outras. As campanhas contavam com a adesão do professorado e deviam ser implementadas nas fábricas, quartéis, sindicatos etc. Nesse contexto, não era difícil a associação do álcool com o fumo, a ociosidade e a vadiagem, comportamentos contrários a uma sociedade composta por trabalhadores, moderna, civilizada, cujo objetivo era a “ordem e o progresso”³ (Matos, 2000). Fora as campanhas, também eram solicitadas aos poderes públicos medidas legais, proibitivas, fiscais e restritivas, de combate ao alcoolismo. Tal qual observamos hoje em dia, já nessa época era apontada a dificuldade em proibir a venda de bebida alcoólica devido a uma associação de interesses entre vendedores ou produtores de bebidas e o governo (Matos, 2000).

Um marco legal nesse processo foi o Decreto-Lei brasileiro nº 3.651 de 1941. Tal decreto trazia no capítulo das infrações (artigo 129, inciso II, alínea e) que a apreensão do documento de habilitação se dará num período entre um e doze meses “por dirigir em estado de embriaguez, devidamente comprovado” (Brandão, 1960, p. 91). Isso era tudo, o referido decreto-lei não dizia a forma como poderia ser comprovado o estado de embriaguez, nem quem estava autorizado a fazê-lo.

As questões relativas ao trânsito eram subordinadas diretamente ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores (Brandão, 1960). O Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), criado por esse decreto-lei, tinha, entre as suas funções, zelar pela observância do código, organizar as estatísticas de trânsito (acidentes e infrações), funcionar como órgão consultor, além de estudar e propor medidas que viabilizassem a seleção de condutores, sinalização da via, concessão de serviços de transporte coletivo, dentre outros. Eram membros do conselho o Inspetor Geral da Polícia, Inspetor do Tráfego da Polícia Civil do Distrito Federal, o diretor do Departamento de Concessões da Prefeitura, o diretor do Departamento Nacional de Estradas e Rodagens e um representante do Estado Maior do Exército. Essa configuração representativa foi se modificando nos anos seguintes⁴, mas permanecendo a vinculação ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (Brandão, 1960).

O CONTRAN estruturava-se dentro de um modelo presente no Brasil, anterior e posterior à ditadura militar (pós-64), no qual os “conselhos” tinham função de assessoramento e articulação de interesses de grupos minoritários que tinham acesso à decisão. A representação nesses conselhos era dada pelos chamados “anéis tecnocráticos”, seus membros eram indicados pelo poder executivo. A lógica era do fortalecimento do próprio Estado como órgão técnico-normativo (Carvalho, 1995). Em 1952 entrou em vigor o Decreto Lei nº 31.181 (artigo 18, letra g) que proibia que taxistas do Distrito Federal conduzissem pessoas embriagadas ou em estado precário de limpeza.

Anos mais tarde começam a surgir pesquisas no cenário científico nacional. Laurenti, Guerra, Baseotto e Klinservicius (1972) afirmam que, em 1950, na cidade de São Paulo⁵, o risco de óbito por acidente de trânsito era cinco vezes menor que óbito por tuberculose⁶. Este quadro se modificou até que os acidentes de trânsito passaram a causar 1,4 vezes mais óbitos do que a tuberculose. Na década de 1970, os acidentes de trânsito chegaram a atingir quase o dobro de óbitos quando comparado à década anterior. Esse crescimento no número de acidentes de trânsito progressivamente acabou por pressionar a agenda política à medida que se configurou como um problema (Laurenti et al., 1972). Na década de 1970-80 proliferaram estudos epidemiológicos (Dezoti, 1987; Hossack & Broron⁷, 1974; Klamm, 1972; Muller⁸, Lenoir, Boudaillez & Lenoir, 1973; Waller⁹, 1972) que demonstravam a quantidade de óbitos por acidentes de trânsito em diversos países e, concomitantemente a isso, como o consumo do álcool aliado à direção automotiva eram responsáveis por uma boa parte desses acidentes que seriam, dessa forma, evitáveis se medidas educativas e preventivas fossem tomadas por parte do poder público. Na década de 1990, e nesse início de século

21, pesquisadores brasileiros tentaram esboçar um panorama do problema da violência e dos acidentes de trânsito no país. Dentre eles destacamos os trabalhos de Adorno (1989), Mello-Jorge e Latorre (1994), Marín-León e Vizzotto (2003), Laranjeira e Romano (2004), Minayo (2006), Minayo e Deslandes (2007), Laranjeira, Pinsky, Zaleski e Caetano (2007) e, ainda por concluir, chamamos atenção para o trabalho de Ponce da Faculdade de Medicina da USP¹⁰ (Associação Brasileira de Medicina do Tráfego, 2007). Principalmente na área da saúde, não se pode ignorar o impacto que as pesquisas acadêmicas têm em relação às demandas sociais sobre a agenda governamental, o que gera discussão, comunicação e difusão do conhecimento para a sociedade e para o governo (Kingdon, 2003). Aquilo que é configurado enquanto um problema pelos pesquisadores e que necessita de atenção pelo poder público baseado pelo aspecto epidemiológico da questão será o número de mortos em acidentes de trânsito.

Cabe aqui destacar o papel da mídia nesse processo, um papel relevante na agenda governamental e na constituição da opinião pública. A mídia constitui-se em uma forma de funcionamento da comunicação de massa (*mass media*), que traz muitas informações em pouco tempo. Funciona como um catalisador e até dissipador de impactos causados por ela mesma na população, contribuindo para que certas questões (*issues*) entrem na agenda e permaneçam nela. Para Kingdon (2003), a mídia não cria questões para a agenda governamental, apenas dá visibilidade a questões já existentes. Nesse caso, a questão do consumo abusivo de álcool e sua correlação com o número de mortos e acidentados no trânsito ganhará a visibilidade necessária através da alimentação sistemática de pesquisas realizadas, para que assuma *status* de assunto de governo, seja na área de segurança, seja na área de saúde pública.

O fato é que todos os dias milhares de pessoas, homens, mulheres ou crianças, em situações cotidianas diversas, são mortas ou feridas devido aos acidentes de trânsito. A estimativa anual, em todo mundo, gira em torno de 1.2 bilhões de pessoas mortas e 50 milhões de feridos¹¹ (gerando milhares de pessoas hospitalizadas, e que muitas vezes não estarão mais capacitadas para o trabalho ou lazer da mesma forma como faziam antes) (WHO, 2007). Os esforços para a segurança viária são muito pequenos ante o sofrimento humano decorrente de acidentes de trânsito (WHO, 2007). Principalmente quando o comportamento de beber e dirigir em sociedades nas quais o automóvel particular é o meio de transporte mais utilizado, e o consumo de álcool, além de tolerado, é estimulado, resultando em um comportamento considerado “socialmente aceito” (Ross, 1992).

Entre o início e o fim do século XX, o problema da violência no trânsito e sua associação ao consumo abusi-

vo do álcool foi, paulatinamente, configurado no Brasil. No cenário internacional, no ano de 1955, o tema dos acidentes foi inscrito como um problema de saúde pública, mais especificamente na VIII Assembleia Mundial de Saúde em Genebra (Mello-Jorge & Latorre, 1994). Em 1961 a Organização Mundial da Saúde (OMS) selecionou como tema “Acidentes e sua prevenção”, numa tentativa de demonstrar que as medidas preventivas até então tomadas eram insuficientes em relação ao número crescente de acidentes (Mello-Jorge & Latorre, 1994). Até então, qualquer acidente que causasse morte, ferimentos, sequelas parciais ou permanentes era motivo de preocupação. Vinte anos depois, no início dos anos 1980, no Brasil, na cidade de São Paulo, foi criado o primeiro grupo, denominado Comissão Coordenadora de Recursos Assistenciais de Pronto-Socorro (CRAPS), que, posteriormente, filiou-se à Secretaria de Estado da Saúde – SES. Esta comissão tinha, entre seus objetivos, diminuir a mortalidade gerada pelos acidentes de trânsito (Mello-Jorge & Latorre, 1994). Entre as décadas de 1980 e 1990, as taxas brasileiras referentes aos acidentes de trânsito correspondiam a quase metade dos óbitos por causas externas, com tendências crescentes (Minayo & Souza, 1999). Tal magnitude configurava o impacto social e econômico que atingiam os acidentes automobilísticos. Ainda na década de 1980, a OMS propôs a criação de um sistema único de informações sob a responsabilidade do setor de saúde. Entre diversas atribuições, esse sistema deveria informar a magnitude da questão dos acidentes de trânsito, além de contribuir para a prevenção dos acidentes ou diminuir suas consequências, incentivando atividades intersetoriais dentre outros, além de munir as autoridades quanto à extensão da epidemia dos acidentes (Mello-Jorge & Latorre, 1994). Nesse contexto, a OMS destacava também o comprometimento do consumo alcoólico sobre condutores de veículos automotivos. A legitimação do tema dos acidentes e violências na área da saúde foi sistematizada por Minayo (2006), que demonstrou como essa inclusão se deu de forma tímida, lenta e gradual.

Na década de 1990, muitas secretarias de saúde municipais, por exemplo, já haviam criado estratégias para a assistência e a prevenção da violência em conjunto com a sociedade civil. Desde a década de 1970, a Universidade de São Paulo já desenvolvia uma linha de pesquisa intitulada “causas externas”. Além da fundação Osvaldo Cruz, que, em 1989, através da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), criou o Centro Latino-americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES), que treinava profissionais capazes de elaborar políticas públicas para esta área (Minayo, 2006).

Em 1998, o Ministério da Saúde estabeleceu um grupo de trabalho que deveria formular a Política

Nacional para Redução de Acidentes e Violências, que foi promulgada em 2001 pelo Ministério, com o nome de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esse documento descreve e analisa diferentes leis, diretrizes, normas, portarias setoriais e intersetoriais, que interagem e interferem nas informações da área da saúde e sua prática, tais como o Código de Trânsito de 1997. Além disso, o documento alerta para a falta de articulação existente entre alguns sistemas de informações e coleta de dados, a saber: o Boletim de Ocorrência Policial (BO), o Boletim de Registro dos Acidentes de Trânsito do Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), o Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) e o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox), ou seja, as principais fontes oficiais de informações para o estudo dos acidentes e violências¹² (Minayo, 2006). Essa iniciativa é um exemplo de que muitas políticas públicas ocorrem devido a pressões ou articulações de intelectuais e de movimentos sociais nacionais e internacionais, que identificaram a extensão do problema - consumo de bebidas alcoólicas e direção automotiva - e propuseram ações estratégicas em níveis diferenciados - ações educativas, ações punitivas e marcos legais - para a redução da violência dela resultante (Minayo, 2006). Destacamos aqui que, como Rua (s.d.) bem coloca, nem tudo que entra para a pauta vai para a agenda e se transforma em política pública.

Foi elaborado, assim, o Plano Nacional e um programa para a Redução da Morbimortalidade dos Acidentes de Trânsito. Diferentes ações em nível municipal e estadual foram encorajadas, através da implementação de programas de coleta de dados, que deveriam incluir variáveis que os sistemas tradicionais não consideravam (Minayo, 2006). Entretanto, a autora considera que o passo mais importante teve início em 2003, sendo implementado em 2005, envolvendo um grande número de agências governamentais e não-governamentais na sua formulação: a criação de uma Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, bem como a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Reflete que este instrumento foi formulado porque houve a compreensão pelo Ministério da Saúde de que eram dramáticos os índices de mortes e violência causados por homicídios, acidentes veiculares e suicídio (Minayo, 2006).

Não há dúvidas que o tema do álcool e direção automotiva tem ganhado relevância na última década. Percebemos que algumas medidas governamentais, apesar de motivadoras de grandes resistências por parte inclusive da população, foram tomadas no intuito de

minimizar o hábito de beber e dirigir. Dentre ela destacamos: (a) a Política Pública sobre drogas (alteração feita através da lei 11.754, de 23 de julho de 2008, da Política Nacional sobre drogas. Esta política prevê como uma de suas diretrizes a diminuição dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas); (b) a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (de 2003, do Ministério da Saúde). Esta política demarca uma posição clara de oposição e rechaço do MS à lógica proibicionista (Garcia, Leal, & Abreu, 2008); (c) o PL 036/2006, que, após aprovação no Senado, se tornou a medida provisória número 415 em 21 de janeiro de 2008. Esta medida proibia a venda de bebidas alcoólicas no varejo em estabelecimentos localizados nas margens das rodovias federais ou com acesso direto às rodovias. O destaque desta MP estava em reforçar o que era previsto pela Política Nacional sobre o Álcool, que considera bebida alcoólica toda substância que contenha concentração de 0,5 °GL (*Gay-Lussac*). Essa medida tem gerado muitas discussões e disputa em âmbito acadêmico e judicial, uma vez que interesses opostos ficam em conflito. De um lado, o poder público aprovando essa MP e exercendo seu papel normatizador, de outro, comerciantes que se dizem impedidos de realizar o livre comércio e a venda de bebidas alcoólicas, e de outro lado ainda, os consumidores que se sentem lesados em seu livre-arbítrio; (d) a Política Nacional sobre o álcool ou Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007 (Brasil, 2007b), que trouxe inovações nas medidas de redução do uso indevido do álcool, dentre elas a premissa de que são consideradas bebidas alcoólicas aquelas preparações cuja concentração contenha um teor alcoólico igual ou acima de 0,5 graus *Gay-Lussac*. Além das diretrizes, essa política traz um conjunto de medidas que devem ser adotadas pelo poder público na prevenção da saúde e da vida, abordando também estratégias referentes à associação do álcool e trânsito.

Os rebatimentos desse quadro nas normas de trânsito

O Código Nacional de Trânsito que vigorou de 1966 até 1998 afirmava (artigo 130) que o documento de habilitação seria cassado quando a autoridade verificasse que o condutor era *alcoólatra* ou *toxicômano*, ou ainda, que havia deixado de preencher as condições exigidas para a condução de veículos. Definia que o limite máximo de concentração de álcool no sangue era de 0,8 g/l, entretanto, não estabelecia punições para aqueles que descumprissem esse limite. A lei era utilizada pela companhia de seguros para evitar o pagamento de sinistros, mas não atuava no sentido da prevenção aos

acidentes de trânsito (Mourão, Muñoz, Mourão & Andrade, 2000). Somente em 1989, o Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) publica a resolução 737/89, que disciplinava as ações e os meios para a comprovação de embriaguez de condutor de veículo¹³ (Brasil, 2007a). O atual Código de Trânsito Brasileiro (que entrou em vigor em 1998) foi antecedido e precedido por debates na mídia provocando uma intensa discussão sobre álcool e direção em nível nacional (Mourão et al., 2000). Nessa discussão a questão das multas e penalidades mais rigorosas que o código anterior mereceu destaque. O nível de alcoolemia sanguínea passou a ser de 0,6g/l (artigo 276) ou o equivalente ao mesmo nível pelo teste alveolar¹⁴ (bafômetro) (Brasil, 2005).

No que tange a direção veicular, para que seja segura, são necessárias por parte do motorista algumas características cognitivas, tais como a atenção, concentração, coordenação visuo-manual, reflexos rápidos, precisão, que perante o consumo abusivo de álcool podem ficar seriamente comprometidas, podendo levar, dessa forma, ao acidente de trânsito (Moreno, 1998). Koelega (1995) aponta para o risco de acidentes devido à ingestão de bebidas alcoólicas, uma vez que o efeito do álcool ocorre principalmente sobre a atenção e o processamento de informações, mesmo quando em níveis alcoólicos muito baixos. Rozestraten (1988) afirma que a desinibição é a primeira reação na maioria das pessoas que consomem álcool. Isso irá propiciar uma aceitação de correr risco maior que o normal. Ao inverso há uma queda na vigilância e na atenção, nas capacidades visuais e no julgamento da velocidade e distância. O tempo de reação aumenta, o que leva a uma reação reflexa menos precisa em caso de urgência. Cita dois estudos clássicos, o primeiro realizado por Berkenstein e colegas no ano de 1964 (citado por Rozestraten, 1988) em Michigan, que comparou taxas de concentração de álcool no sangue de 5.985 motoristas envolvidos em acidentes de trânsito com a de 7.590 motoristas não envolvidos, conhecido como grupo controle. No primeiro grupo foi encontrado maior número de motoristas com CAS¹⁵ acima de 0,08 g/l e que os motoristas com CAS inferior a 0,05% tiveram a mesma probabilidade de se envolverem em acidentes que motoristas sóbrios. O segundo estudo citado, realizado por Jex e colegas em 1974 (citado por Rozestraten, 1988), realizado através de um simulador, mostrou que aqueles que bebem moderadamente têm a probabilidade aumentada de 0,0001 para 0,05 de atravessarem um cruzamento de forma inadvertida com uma CAS de 0,11 g/l.

O *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*, publicado em 2007 pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), mostrou que as pessoas que bebem antes

de dirigir não o fazem em pequenas quantidades, mas bebem acima do limite legal permitido. Isso foi demonstrado uma vez que dois terços da população entrevistada dirigiam depois de beber 03 doses de álcool em pelo menos 02 ou 03 vezes no último ano. Bares e baladas foram identificados como os locais onde se bebe mais de 03 doses (Laranjeira et al., 2007).

Apenas em 2006¹⁶ o CONTRAN publicou os requisitos necessários para constatar o consumo de bebidas alcoólicas, substâncias entorpecentes, tóxicos (ou de efeitos análogos) no organismo humano, estabelecendo também os procedimentos a serem adotados pelas autoridades e agentes de trânsito. Ante a recusa do condutor em fazer qualquer um dos testes possíveis (etilômetro, exame de sangue, exame clínico pericial ou laboratorial), a autoridade ou agente de trânsito pode obter outras provas, através de sinais resultantes do consumo de álcool ou de qualquer outra substância, apresentados pelo motorista (Brasil, 2007a).

A Política Nacional de Trânsito (PNT)¹⁷ traz a informação de que, por ano, 33 mil pessoas são mortas e cerca de 400 mil se ferem ou ficam inválidas devido aos acidentes de trânsito; isso geraria um custo, que inibiria o desenvolvimento econômico do país, estimado em torno de R\$ 5,3 bilhões anuais. Esta política traz como macro-objetivos: (a) Segurança de Trânsito; (b) Educação para o Trânsito; (c) Mobilidade, Qualidade de Vida e Cidadania; (d) Sistema Nacional de Trânsito: desempenho, integração e relação com outros setores e; (e) Fortalecimento do Sistema Nacional de Trânsito (Brasil, 2005). Cabe ressaltar que a PNT foi apresentada como uma política, mas após 03 anos de sua implementação ainda não há nenhum registro oficial em relação a prestação de contas à sociedade do que foi realizado e do que ainda não foi cumprido e por que não foi cumprido.

Dentro do último tópico da política supracitada, inserido no detalhamento das diretrizes gerais, destacam-se a intensificação da fiscalização de trânsito; o combate à impunidade de trânsito; padronização e aprimoramento das informações sobre vítimas e acidentes de trânsito no âmbito nacional e o estabelecimento das bases legais para fiscalização das infrações por uso de bebidas alcoólicas e substâncias entorpecentes; o tratamento do trânsito enquanto (também) uma questão de saúde pública; a educação para o trânsito englobando toda a sociedade, trabalhando princípios, conhecimentos, valores e atitudes favoráveis à locomoção; o desestímulo na publicidade, de forma geral, ao uso de situações condenadas pela legislação de trânsito na mídia; promoção da sensibilização da opinião pública para o tema do trânsito (Brasil, 2005).

Este ano, o Ministério da Saúde (Brasil, 2007b) lançou as suas diretrizes de atenção às bebidas alcoóli-

cas, na qual apresenta 10 (dez) proposições; dentre elas, destacam-se: (a) redução do consumo global e pessoal, através do estímulo ao consumo seguro; (b) mudança do padrão nocivo de consumo principalmente entre os jovens; (c) redução da associação entre acidentes e mortes no trânsito e consumo de bebidas alcoólicas; (d) controle da propaganda de bebidas alcoólicas; (e) apoio ao “Pacto Nacional pela redução de acidentes e violência associados ao consumo de bebidas alcoólicas”; (f) implantação de ações de redução de danos relacionadas ao consumo de álcool, e (g) a discussão de estratégias para a restrição do acesso a bebidas alcoólicas. A todo momento, o documento informa quanto à necessidade de ações intersetoriais, participação de todos os segmentos envolvidos na discussão, além do apoio da população. Consideramos um avanço no que tange ao convite à sociedade em participar desse processo, mas ainda possuímos questionamentos quanto à profundidade e complexidade das ações, mas infelizmente não caberá aqui neste texto essa problematização. De toda forma, são sete itens na PNT que demonstram como a questão do álcool foi incorporada à agenda governamental, reforçada por mais sete diretrizes do Ministério da Saúde que comprovam essa afirmação. Ainda assim, persistimos com a sensação de que pouco, no que tange às políticas públicas de atenção ao álcool e direção, é feito.

Há que se observar que o *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira* (Laranjeira et al., 2007) demonstrou que o brasileiro apresenta uma tendência a aprovar as medidas públicas de enfrentamento à questão do álcool. Por exemplo, 56% da população defendem o aumento dos impostos sobre a bebida alcoólica, 55% apoiam o aumento da idade mínima de 18 anos, 89% acreditam que os estabelecimentos não devem vender bebidas alcoólicas para clientes já visivelmente alcoolizados/embriagados, 76% defendem a restrição ao horário de vendas e 86% apoiam que os governos promovam campanhas em relação aos riscos do consumo de álcool, entre outros apontamentos. Em relação às penalidades para os motoristas que dirigem embriagados (acima de 03 doses), 93% defendem a aplicação de multas; 81% aprovam a suspensão da Carteira Nacional de Habilitação e 63% apoiam a condenação à prisão. De acordo com os pesquisadores, esse é um indicativo de que a população está preparada para mais políticas públicas que regulem o mercado do álcool e sua relação com os motoristas que dirigem sob efeito do álcool (Laranjeira et al., 2007). Mas cabe perguntar: entre a expressão de concordância em uma pesquisa nacional e implementação das ações é *mister* considerar e dimensionar os grupos de interesse que serão afetados por essa política, a saber: a indústria de bebidas alcoólicas, os

comerciantes e os consumidores desse produto. Com isso vislumbramos um campo de luta em que interesses contraditórios se revestem de múltiplos sentidos. De um lado, a questão de saúde pública; de outro, a defesa do mercado livre e autorregulado. E no meio disso tudo, as políticas públicas brasileiras que se encontram em fase de implementação mediada por inúmeras resistências.

Conclusão

Observa-se, até aqui, que foi nas últimas duas décadas do século XX que os acidentes de trânsito foram definidos como problema de saúde pública e, dentro da discussão dos acidentes, violência e óbitos por causas externas, a combinação álcool e direção foi configurada como um problema que requer políticas públicas. O crescimento do número de acidentes dá a visibilidade necessária para que essa questão seja divulgada na mídia e atinja a opinião pública. A mídia é alimentada pelos levantamentos, dados estatísticos de órgãos de trânsitos, pesquisadores da década de 1980, campanhas sociais, bem como pelas ações de organizações como a OMS, e Organizações Não-Governamentais que atuam com a problemática do álcool e dos acidentes de trânsito. Esse movimento vem acarretando uma pressão lenta, mas constante, na agenda pública. Com exceção do Código de Trânsito Brasileiro, muitas políticas passaram a ser formuladas, mas nem todas totalmente implementadas, a partir do ano de 2000, muitas delas sob responsabilidade do Ministério da Saúde. O que configura o acidente de trânsito como uma questão de saúde pública, tendo em vista os custos financeiros e sociais decorrentes.

Entre as políticas identificadas destacam-se, na área da saúde, observados os anos que entraram em vigor, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (2004), a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (2004), a recém-divulgada Política do Ministério da Saúde para as bebidas alcoólicas, a Política Nacional para o Álcool (2007) e, mais recentemente, a Lei 11.705, publicada no DOU de 20 de junho do presente ano, mais conhecida como “Lei Seca” (Brasil, 2008). Na área da justiça são inovadores, sem dúvida, o Código de Trânsito Brasileiro (1998) e a Política Nacional de Trânsito (2004), que trazem diretrizes mais amplas (educação, prevenção, coibição) e rigorosas no tratamento da questão. Não nos restam dúvidas que tais medidas são um indicativo de que a questão da bebida alcoólica entrou definitivamente na agenda política brasileira, e que avanços estão paulatinamente se configurando nesse cenário, tanto no que tange à formulação de políticas de enfrentamento à questão, quanto à implementação

das políticas formuladas. A “Lei Seca” se torna, nesse processo, um marco legal regulatório, demonstrando a que ponto se chegou ao reconhecimento do problema. É preciso considerar que existem avanços e resistências na configuração dessa política, e que os interesses dos setores público *versus* privado apareceram em cena.

Vislumbra-se, então, um campo de luta em que interesses contraditórios compõem. De um lado, a questão de saúde pública; de outro a defesa do mercado livre e autorregulado. E no meio disso tudo, as políticas públicas brasileiras que se encontram em fase de implementação, mediadas por inúmeras resistências. Como num processo, as análises aqui apresentadas são atravessadas por uma política em fase de consolidação. Há muito ainda que se discutir sobre ela. Ainda falta debatermos o papel da mídia nesse processo; a precária regulação da propaganda de bebidas alcoólicas; os mecanismos de controle da combinação álcool e direção; a superação da visão do álcool como uma questão de livre mercado ou pelo desejo de consumo individual. Defendemos que, nesse debate, a ABRAPSO é um ator fundamental, pois dentro da dimensão da visibilidade de uma demanda social, a capacidade de vocalização da sociedade civil organizada encontra um espaço. Defendemos que esta é uma questão para a Psicologia, não só pela questão do álcool e da direção automotiva, mas também pelo universo do tema trânsito que hoje envolve a discussão da mobilidade. Mas essa é uma conversa para um próximo artigo.

Notas

- ¹ Maristela G. Monteiro em palestra “As políticas sobre álcool nas Américas”, apresentada durante a I Conferência Pan-americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, de 29 e 30 de Novembro de 2005, em Brasília, DF. Essa conferência trouxe como resultados a elaboração da Carta de Brasília.
- ² Para maiores informações sobre as políticas públicas para o álcool e direção automotiva em outros países, indicamos a leitura do livro de T. Babor, R. Caetano e S. Casswell (2003). *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford University Press.
- ³ De acordo com Matos (2000), as propostas antialcoólicas para cidade, área urbana, não cabiam para a área rural, pois os municípios do interior frequentemente eram produtores de aguardente, e sua venda se dava em tendas à beira da estrada, longe das fiscalizações e dos impostos.
- ⁴ Só para citar alguns decretos da época da década de 40. Decreto-Lei nº 5.464/1943; Decreto-Lei nº 7.286/1945; Decreto-Lei nº 7.604/1945; Lei nº 1.416/1951; Decreto-Lei nº 8.576/1942
- ⁵ Não encontramos em nossa revisão da literatura dados sobre acidentes ou violência no trânsito na década de 50, no Rio de Janeiro.
- ⁶ Essa comparação proposta pelos autores convida-nos a pensar em dois problemas de saúde pública que experimentaram processos diferentes entre as décadas de 50 a 80 do século

passado e que hoje possuem uma alta incidência. No caso da tuberculose (TB), por exemplo, após um período de euforia experimentado nas décadas de 1970 e 1980 associados a altas taxas de cura com o tratamento encurtado anti-TB com isoniazida e rifampicina. Acreditou-se que a TB estivesse sob controle, ocorrendo redução do interesse da comunidade acadêmica e da sociedade civil acerca da tuberculose. Entretanto, o empobrecimento, a urbanização, a favelização e a pandemia da infecção pelo HIV nas grandes metrópoles recrudesceram a TB no mundo e no Brasil (Kritski, Villa, Trajman, Lapa e Silva, Medronho, & Ruffino-Netto, 2007).

- ⁷ Outro estudo elabora uma avaliação sobre as medidas legislativas que trouxeram algum resultado positivo para a população e para os motoristas que ingerem bebidas alcoólicas (1974).
- ⁸ Investigou motoristas reincidentes em acidentes de trânsito quando intoxicados pelo álcool.
- ⁹ Apontou para a necessidade de identificar os motoristas alcoólatras crônicos, os alcoólatras-problema, diferenciando dos alcoólatras em seus estágios iniciais para que, a partir disso, possam ser tomadas medidas de tratamento e reabilitação destes motoristas.
- ¹⁰ O autor analisou, até o momento, 312 laudos referentes a 2005 do Instituto Médico Legal (IML), concluindo, nas dosagens alcoólicas de 196 motociclistas e 116 motoristas de carro, que, em média, os condutores apresentaram uma concentração de álcool no sangue de 1,7 g/l, três vezes acima do permitido, que é de 0,6 g/l.
- ¹¹ Fazendo novamente um paralelo com a tuberculose, o Brasil é um dos 22 países que abrigam 80% dos casos de TB no mundo. O Ministério da Saúde estima que a tuberculose (TB) permaneça, ainda neste milênio, como a doença infecciosa que mais mata no mundo, com 1,6 milhões de mortes em 2005 (Kritski et al., 2007).
- ¹² A questão das ações intersetoriais atravessa e desafia as políticas públicas no Brasil até a presente data.
- ¹³ A Resolução 737/89 do Conselho Nacional de Trânsito previa que todo condutor envolvido em acidente de trânsito seria submetido a exame de teor alcoólico, estando ou não com embriaguez aparente. A mesma resolução estabeleceu que oito decigramas de álcool no sangue, ou 0,4mg por litro de ar expelido dos pulmões, comprovam o estado de embriaguez alcoólica. Aos condutores que forem encontrados dirigindo alcoolizados, seria aplicada multa do grupo I prevista no CNT e aprender-se-ia sua Carteira Nacional de Habilitação, bem como o veículo que estivesse conduzindo. O veículo seria liberado após o cumprimento das exigências legais, já o direito de dirigir poderia ser suspenso pelo prazo de um a doze meses (Brasil, 2007a).
- ¹⁴ Verificação do consumo de álcool pela concentração de álcool presente no ar alveolar (dentro dos pulmões) por meio de testes realizados com o auxílio do etilômetro, popularmente conhecido como bafômetro. A coleta do ar através do sopro deve ser realizada no mínimo 15 minutos após a ingestão do último gole de bebida alcoólica para assegurar que a substância presente na boca tenha sido totalmente absorvida (Carvalho & Leyton, 2000).
- ¹⁵ Concentração de álcool no sangue.
- ¹⁶ Resolução 206, de 20 de outubro de 2006, que revoga a Resolução 81/98.
- ¹⁷ Resolução 166, de Setembro de 2004.

Referências Bibliográficas

- Adorno, R. C. F. (1989). *Educação em saúde, conjuntura política e violência no trânsito: no caso de cidade de São Paulo*. São Paulo: Edusp.
- Alfaro-Alvarez, C. & Diaz-Coller, C. (1977). Los accidentes de tránsito: creciente problema para la salud pública. *Boletín de la oficina sanitaria Panamericana*, 83, 310-318.
- Arretche, M. (2003). Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51), 07-09.
- Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito. (1997). *Impacto do uso de álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito*. Brasília: CETAD/RAID.
- Associação Brasileira de Medicina do Tráfego. (2007). *Álcool 45% das mortes*. Acesso em 14 de dezembro, 2007, em <http://www.abramet.org.br/informacoes/noticiasVer.asp?id=543>
- Bertolote, J.M. (1990). Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In S. P. Ramos & J. M. Bertolote (Orgs.), *Alcoolismo hoje* (pp.131-138). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brandão, A. C. (1960). *O trânsito e a lei*. Rio de Janeiro: Record Editora.
- Brasil. Departamento Nacional de Trânsito. (2005). *Código de Trânsito Brasileiro e Legislação Complementar em vigor*. Brasília, D.F.: Autor.
- Brasil. Departamento Nacional de Trânsito. (2007a). *Resoluções do CONTRAN*. Acesso em 01 de maio, 2007, em <http://www.denatran.gov.br/resolucoes.htm>.
- Brasil. Casa Civil. (2007b). *Decreto 6.117*. Acesso em 29 de outubro, 2007, em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6117.htm
- Brasil. DOU. (2008). *Lei 11.705*. Acesso em 28 de novembro, 2008, em http://sunweb-6.tjmg.gov.br/efjf/files/boletim_legislacao/boletim_n48.pdf
- Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM.
- Carvalho, D. G. & Leyton, V. (2000). Avaliação das concentrações de álcool no ar exalado: considerações gerais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(2), 76-80.
- Dagnino, E. (2002). Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In E. Dagnino (Org.), *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil* (pp. 279-301). São Paulo: Paz e Terra.
- Dezoti, N. (1987). Acidentes de Trânsito e a participação de motoristas alcoolizados: da prevenção a repressão. *Mimesis*, 8(1), 22-25.
- Garcia, M.L.T., Leal, F.X., & Abreu, C. C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 20(2), 267-276.
- Hossack, D. & Broron, G. (1974). The hard facts of influence of alcohol on serious roads accident casualties. *The Medical Journal of Australia*, 2, 473-479.
- Kingdon, J.W. (2003). *Agendas, alternatives and public policies*. New York: Longman.
- Klamm, E. R. (1972). Is the social or chronic drunker more likely to get involved in fatal auto accident? *Prevent Medicine*, 1, 240-242.
- Koelega, H. S. (1995). Alcohol and vigilance performance: a review. *Psychopharmacology*, 118, 233-249.
- Kritski, A. L., Villa, T. S., Trajman, A., Lapa e Silva; J. R., Medronho, R. A., & Ruffino-Netto, A. (2007). Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. *Revista Saúde Pública*, 41(1), 9-14.

- Laranjeira, R., Pinsky, I., Zalesky, M., & Caetano, R. (2007). *I Levantamento sobre os padrões do álcool na população brasileira*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Laranjeira, R. & Romano, M. (2004). Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 68-77.
- Laurenti, R., Guerra, M. A. T., Baseotto, R. A., & Klinservicius, M. T. (1972). Alguns aspectos epidemiológicos da mortalidade por acidentes de trânsito de veículo a motor na cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Saúde Pública*, 6, 329-341.
- Lima, L. L. (2006). Análise de políticas públicas: considerações sobre a utilidade da perspectiva neo-institucional e do conceito de autonomia relativa do Estado. *Revista do Centro de Ciências Sociais e Humanas*, 5(1), 101-110.
- Marín-León, L. & Vizzotto, M. M. (2003). Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 515-523.
- Masur, J. (1988). *O que é alcoolismo?* São Paulo: Brasiliense.
- Matos, M. I. S. (2000). *Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Mello-Jorge, M. H. P. & Latorre, E. R. O. P. (1994). Acidentes de trânsito no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 19-44.
- Minayo, M. C. (2006). The inclusion of violence in the health agenda: Historical trajectory. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(2), 375-383.
- Minayo, M. G. & Deslandes, S. F. (Org). (2007). *Análise diagnóstica: da política nacional de saúde para a redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Minayo, M. C. & Souza, E. R. (1999). O impacto da violência social na saúde pública na década de 80. In M. C. Minayo (Org.), *Os muitos Brasís: saúde e população na década de 80* (pp.87-116). São Paulo: Editora Hucitec/ Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Moreno, D. H. (1998). Psicofármacos e direção. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25(1), 13-15.
- Mourão, L. N. G., Muñoz, D. R., Mourão, T. T. G., & Andrade, A. G. (2000, março/abril). A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 27(2), 83-89.
- Muller, P. H., Lenoir L. F., Boudaillez, S., & Lenoir, G. M. (1973). Etude statistique de l'alcoolem des auters d'accidentés répétés (à propos de 635 observations). *Médecine Légale et Dommale Corporel*, 6, 287-292.
- Organização Iberoamericana de Estudos (OIE). (2005). *Metodologia de análise de políticas públicas*. Acesso em 30 de junho, 2006, em <http://www.campus-oei.org/salactsi/rdagnino1.htm>.
- Pereira, A. P. P. (1996). *A assistência social na perspectiva dos direitos: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus.
- Raichelis, R. (2005). *Esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez Editora.
- Ramirez, E. P. E. (2003). Estado en acción: la aplicación del modelo de análisis de políticas públicas. *Reflexión Política*, 5(9), 102-112.
- Ross, H. L. (1992). *Confronting drunk driving: Social policy for saving lives*. London: Yale University Press.
- Rozestraten, R. J. A. (1988). *Psicologia do trânsito: conceitos e processos básicos*. São Paulo: EPU.
- Rua, M. G. (s.d.). *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. Acesso em 15 de fevereiro, 2007, em <http://www.ufba.br/paulopen/AnalisedePolíticasPúblicas.doc>.
- Souza, C. (2003). "Estado do Campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 18(51), 15-20.
- Toomey, T., Rosenfeld, L., & Wagenaar, A. (1996). The minimum legal drinking age: History, effectiveness, and ongoing debate. *Alcohol Health Res World*, 20(4), 213-221.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000). Reducing Alcohol-Impaired Driving. *10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and health*, 373-406.
- Vargas, A. (1999). *Notas sobre el Estado y las políticas públicas*. Bogotá: Aurora.
- Waller, J. A. (1972). Factors associated with alcohol and responsibility for fatal highway crashes. *Q. J. Studies Alcohol*, 33(1), 160-170.
- World Health Organization (WHO). (2004). *World report on road traffic injury prevention*. Acesso em 01 de maio, 2007, em http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en.
- World Health Organization (WHO). (2007). *Youth and road safety*. Acesso em 01 de agosto, 2007, em http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9241595116_eng.pdf.

Andréa dos Santos Nascimento é Psicóloga, coordenadora da Comissão Nacional de Psicologia do Trânsito do Conselho Federal de Psicologia, Mestre em Política Social (UFES), ex-bolsista da CAPES, membro do Grupo FÊNIX de análise de Política Pública.
Email: andreas@gmail.com

Maria Lúcia Teixeira Garcia é Doutora em Psicologia (USP), docente do Programa de Pós-Graduação em Política Social (UFES), pesquisadora do CNPq, coordenadora do Grupo FÊNIX de análise de Política Pública, orientadora.
Email: lucia-garcia@uol.com.br

Álcool e direção: uma questão na agenda política brasileira
Andréa dos Santos Nascimento e Maria Lúcia Teixeira Garcia

Recebido: 06/01/2008
1ª revisão: 29/03/2008
Aceite final: 17/04/2009