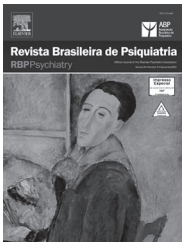
Rev Bras Psiquiatr. 2012;34:237-240



ELSEVIER

Revista Brasileira de Psiquiatria

RBPPsychiatry

Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association

Volume 34 • Number 3 • October/2012

EDITORIAL

Dirigir embriagado no Brasil: leis mais severas são um primeiro passo, mas outros desafios permanecem

A associação entre o risco de um acidente de tráfego e o consumo de álcool já está bem documentada na literatura: uma metanálise recente[1] mostrou que a chance de um acidente com veículos a motor aumenta em 1,24 (IC 95%: 1,18; 1,31) a cada 10 g de álcool puro no sangue. O Brasil assumiu uma postura jurídica agressiva para impedir os indivíduos de dirigir embriagados (DE); em junho de 2008 foi promulgada no Brasil a "Lei Seca" modificando a concentração aceita de álcool no sangue (CAS) dos motoristas de 0,6 g/dL para zero. Um estudo recente examinando os efeitos da lei sobre lesões/mortes por acidentes de tráfego mensais na cidade de São Paulo sugeriu um efeito positivo dessa lei, com uma redução de 7,2% nas mortes e uma redução de 1,8% nas lesões ($p < 0,05$) de 2001 a 2010.[2]

Todavia, dirigir embriagado ainda é um problema significativo no Brasil. Esse número da *Revista Brasileira de Psiquiatria* apresenta uma série de artigos abordando a importante questão do DE no Brasil. São apresentados achados selecionados de uma série de estudos realizados pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Hospital das Clinicas de Porto Alegre.

Em *Diferenças Regionais Associadas aos Fatores de Beber e Dirigir no Brasil*, de Boni *et al*.[3] exploraram os fatores associados a DE nas diferentes regiões do Brasil. As 5 regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul) variam significativamente quanto ao nível de urbanização, ao produto interno bruto e à distribuição dos tipos de veículo a motor; há diferenças mensuráveis nas estatísticas de tráfego em estradas por região.[4] Poder-se-ia sugerir que intervenções usadas em uma região poderiam não ser apropriadas ou eficazes em outra região. Embora esses autores notassem algumas diferenças regionais interessantes, de maneira geral, a prevalência e os fatores de risco do DE foram relativamente semelhantes em todo o país, sugerindo que uma legislação de âmbito nacional e campanhas gerais de aplicação da lei e nos meios sociais seriam eficazes no Brasil.

Em *Transtornos Psiquiátricos em Indivíduos que Dirigem Tendo Feito Uso Recente de Álcool e Drogas*, Faller *et al*.[5] encontraram uma correlação notavelmente alta entre sintomas sugestivos de um transtorno psiquiátrico e dirigir sob a influência de álcool/drogas. A associação entre o uso excessivo de drogas e distúrbios psicológicos já foi bem documentada na literatura.[6-7] Acrescentar o dirigir ao contexto dessas co-morbidades apresenta o desafio adicional de que aqueles predispostos a usar e/ou exceder no uso de álcool/drogas poder ter também maior tendência a apresentar comportamentos de correr riscos quando em uma estrada; as influências agudas das substâncias podem desinibir ainda mais o motorista.[8-9] O estabelecimento de evidências dessa correlação no Brasil sugere que a avaliação de triagem de saúde mental pode ser útil e importante em brasileiros detidos ou presos por DE.

Em *Fatores Preditivos de uma CAS Positiva numa Amostra de Motoristas Brasileiros*, Pechansky *et al*.[10] examinaram os fatores que se associaram ao um teste de bafômetro positivo em motoristas nas estradas de 27 capitais brasileiras. Eles encontraram uma prevalência elevada (4,8%) de níveis positivos de CAS, um número que se elevava para 7,4% ao se combinar a CAS ao autorrelato. É de interesse, e talvez surpreendente, que eles também notaram que indivíduos com idade acima de 30 anos tiveram uma chance 2,6 vezes maior de uma CAS positiva que motoristas mais jovens. Isso pode parecer um contrassenso, devido à grande quantidade de informações relativas à associação entre motoristas mais jovens e a influência do álcool.[11-12] Esse estudo ressalta, portanto, a importância de se usar evidências de estudos como

1516-4446 - ©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.
doi:10.1016/j.rbp.2012.06.003

esse para se direcionar os programas de intervenção, em vez de se confiar no que se poderia considerar como sendo "do conhecimento de todos."

Andrade et al.[13] relataram altos níveis de uso de drogas por estudantes do ciclo colegial, o que parece ser mais comum em comparação aos seus pares não frequentando escolas. Como foi relatado em contextos semelhantes,[14] o nível de instrução de um indivíduo se correlaciona frequentemente a sua renda e seu modo de transporte; quanto mais alta a instrução, maior vai ser a probabilidade das pessoas possuírem e usarem um automóvel próprio. Se o uso de drogas, especialmente o álcool, for normalizado e aceito mais comumente no futuro entre aqueles que dirigem, é igualmente possível que vá haver uma frequência maior de transgressores por DE. Isso destaca a interligação entre agendas de prevenção de dependência a drogas e de lesões e ressalta a necessidade de que as duas áreas trabalhem concomitantemente. Os resultados apresentados por Andrade *et al*. enfatizam a importância de se usar uma abordagem em sinergismo de duas áreas importantes e tradicionalmente independentes da saúde pública.

O Brasil deu um passo importante e inovador ao criar uma lei de tolerância zero por DE; entretanto, o país ainda enfrenta muitos desafios na quantificação da prevalência do DE e na colocação em prática de suas leis rígidas.[15] Estudos como esses apresentados nessa série representam um passo importante no sentido de definir e compreender o problema do DE no Brasil, assim como de sugerir subpopulações às quais as intervenções possam ser dirigidas. Espera-se que esses trabalhos venham a ser usados como uma base de apoio para uma coleta sistemática e melhorada de dados em âmbito nacional sobre DE e outros comportamentos de risco, assim como para o teste e a aplicação consistentes da legislação sobre DE.

Aruna Chandran, MD, MPH[1]
Ricardo Pérez-Núñez, MD, PhD[2]

[1]International Injury Research Unit, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, EUA
[2]Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México

Referências

1. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, Greenfield T, Rehm J. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. Drug Alcohol Depend, 2010;110(1-2):108-16.
2. Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, Ye Y, Ponce JC, Kahn T, Leyton V. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001-10) conducted in Brazil. Addiction, 2011;106(12):2124-31.
3. De Boni R, von Diemen L, Duarte PCAV,Bumaguin DB, Hilgert JB, Bozzetti MC, Sordi A, Pechansky F. Regional Differences Associated to Drinking and Driving Factors in Brazil. Rev Bras Psiquiatr, 2012;34:306-13.
4. Chandran A, Sousa TR, Guo Y, Bishai D, Pechansky F; Vida no Transito Evaluation Team. Road traffic deaths in Brazil: rising trends in pedestrian and motorcycle occupant deaths. Traffic Inj Prev, 2012;13(Suppl1):11-6.
5. Faller S, Webster JM, Leukefeld CG, Bumaguin DB, Duarte PCAV, De Boni R, Pechansky F. Psychiatric disorders among individuals who drive with recent use of alcohol and drugs. Rev Bras Psiquiatr, 2012;34:314-20.
6. Sheidow AJ, McCart M, Zajac K, Davis M. Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. Psychiatr Rehabil J, 2012;35(3):235-43.
7. Kelly TM, Daley DC, Douaihy AB. Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. Addict Behav, 2012. 37(1): p. 11-24.
8. Kelly, T.M., et al., Brief screens for detecting alcohol use disorder among 18-20 year old young adults in emergency departments: Comparing AUDIT-C, CRAFFT, RAPS4-QF, FAST, RUFT-Cut, and DSM-IV 2-Item Scale. Addict Behav, 2009;34(8):668-74.
9. Zuckerman M, Kuhlman DM. Personality and risk-taking: common biosocial factors. J Pers, 2000;68(6):999-1029.
10. Pechansky F, Duarte PCAV, De Boni R, Leukefeld C, von Diemen L, Bumaguin DB, Kreische F, Hilgert JB, Bozzetti MC, Fuchs DFP. Predictors of Positive blood alcohol concentration in a sample of Brazilian drivers. Rev Bras Psiquiatr, 2012;34:277-85.
11. Birdsall WC, Reed BG, Huq SS, Wheeler L, Rush S. Alcohol-impaired driving: average quantity consumed and frequency of drinking do matter. Traffic Inj Prev, 2012;13(1):24-30.
12. Arria AM, Caldeira KM, Vincent KB, Garnier-Dykstra LM, O'Grady KE. Substance-related traffic-risk behaviors among college students. Drug Alcohol Depend, 2011;118(2-3):306-12.
13. Andrade AG, Duarte PCAV, Barroso LP, Nishimura R, Alberghini DG, Oliveira LG. Alcohol and other drug use among Brazilian college students: effects of gender and age. Rev Bras Psiquiatr, 2012;34:294-305.
14. Nantulya, V.M. and M.R. Reich, Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. Inj Control Saf Promot, 2003;10(1-2):13-20.
15. Pechansky F, Chandran A. Why don't northern American solutions to drinking and driving work in southern America? Addiction, 2012.