



COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-oitava sessão
Yaoundé, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008

Ponto 7.1 da ordem do dia provisória

MEDIDAS PARA REDUZIR O USO NOCIVO DO ÁLCOOL

Relatório do Director Regional

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES	1–9
PROBLEMAS E DESAFIOS	10–20
ACÇÕES PROPOSTAS	21–31

ANTECEDENTES

1. O fardo das doenças atribuível ao uso nocivo do álcool é significativo a nível mundial e na Região Africana. As tendências da globalização e dos acordos comerciais internacionais colocam o álcool à disposição de todos, com fácil acesso ao consumo.
2. Os estudos revelam a existência de uma grande percentagem de pessoas que bebem em excesso, em alguns países da Região, mesmo entre as mulheres. De acordo com um inquérito STEPS da OMS¹, uma grande percentagem de respondentes dos Camarões (84%), Moçambique (77,2%) e Côte d'Ivoire (71%) tinha consumido álcool nos 12 meses anteriores. O mesmo inquérito na República Democrática do Congo, em 2005, revelou que, nos 12 meses anteriores, apenas 53,7% das mulheres declararam não ter consumido álcool.
3. Em 2000, o uso nocivo do álcool, a nível mundial, foi responsável por 4,0% das doenças e 3,2% dos óbitos, um prejuízo global para a saúde quase tão grande como o do tabaco (4,1%) e da hipertensão (4,4%). Em 2000 e 2002, as estimativas do total de óbitos atribuíveis ao uso nocivo do álcool na Região Africana revelam um significativo peso, com percentagens, respectivamente, de 2,1% e 2,2%².
4. Nos últimos anos, alguns países da Região notificaram aumentos do consumo e alterações na forma de beber dos adolescentes. Em 2004, o Inquérito Mundial à Saúde dos Estudantes realizado nas Escolas³ revelou que 42,3% dos estudantes adolescentes zambianos entre os 13 e os 15 anos eram consumidores habituais de álcool e, desses, 42,8% já se tinham embriagado, pelo menos, uma vez na vida. Na Namíbia, 32,8% eram consumidores habituais de álcool e 31,8% já se tinham embriagado.
5. O consumo excessivo de álcool define-se como um padrão de consumo de bebidas alcóolicas que excede uma quantidade diária específica (p. ex. três bebidas por dia) ou uma quantidade por ocasião, (p. ex. cinco bebidas numa ocasião, pelo menos uma vez por semana) e é considerado consumo de alto risco. Por seu lado, o consumo de baixo risco define-se como não mais de duas bebidas por dia, cinco dias por semana⁴. A diferença entre os homens e as mulheres relativamente ao consumo excessivo de álcool parece estar a diminuir, observando-se um aumento e alterações na forma de consumir nestes dois grupos.⁵ Na Zâmbia, as jovens adolescentes ultrapassam os rapazes no consumo habitual de álcool (45,1% contra 38,7%) e no consumo excessivo de álcool (50,2% contra 44,1%)⁶.
6. Na quinquagésima-sétima sessão do Comité Regional Africano da OMS, os Estados-Membros expressaram a sua preocupação com o impacto do uso nocivo do álcool sobre a saúde pública⁷. Sublinharam a necessidade de reforçar as respostas na Região e solicitaram à OMS que desse o seu apoio à elaboração, implementação e avaliação das políticas e planos de combate ao

¹ WHO, surveillance data from the STEPS survey, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, Division of Noncommunicable Diseases Prevention and Control, 2006.

² WHO, *WHO Expert Committee on problems related to alcohol consumption*, second report, Geneva, World Health Organization, 2007 (Technical Report Series no. 944).

³ WHO, surveillance data from the Global School-based Student Health Survey, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, Division of Noncommunicable Diseases Prevention and Control, 2004.

⁴ Available at http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/indetx.html

⁵ Mustonen H et al, Alcohol drinking in Namibia. In: WHO, *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*, Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 45–62. See also, Ibanga AJ et al, The contexts of alcohol consumption by men and women in Nigeria. In: Obot IS and Room R, *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*, Geneva, World Health Organization, 2005, pp.143–167.

⁶ WHO, surveillance data from the Global School-based Student Health Survey, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, Division of Noncommunicable Diseases Prevention and Control, 2004.

⁷ Uso prejudicial do álcool na Região Africana da OMS: Análise da situação e perspectivas, Brazzaville, Organização Mundial de Saúde, Escritório Regional Africano, 2007 (AFR/RC57/14).

uso nocivo do álcool nos países membros. Solicitaram ainda que o Escritório Regional preparasse e submetesse uma estratégia regional à apreciação do Comité Regional Africano, em 2009.

7. Na sua centésima-vigésima-segunda sessão, o Conselho Executivo da OMS recomendou que fosse adoptada uma resolução sobre álcool na sexagésima-primeira Assembleia Mundial da Saúde, em 2008. Proposta pelos Estados-Membros da Região Africana através do Ruanda, a resolução requeria a elaboração de uma estratégia global, a apresentar em 2010, com contributos dos Estados-Membros, e solicitava aos países que monitorizassem e reforçassem a resposta nacional ao uso do álcool.

8. Na Região Africana, é preciso estabelecer consensos sobre políticas e planos de acção eficazes contra o álcool, tendo em conta os contextos nacionais, assim como reforçar o empenho dos países na resolução dos problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo do álcool. Este processo constituirá uma base sólida para a estratégia regional, assim como para iniciativas que possam vir a ser tomadas a nível mundial.

9. O presente documento informa os Estados-Membros a respeito dos actuais conhecimentos sobre o uso nocivo do álcool na Região Africana e propõe acções destinadas a resolver o problema.

PROBLEMAS E DESAFIOS

10. Embora vários estudos e os dados da vigilância forneçam alguns elementos sobre o impacto do uso nocivo do álcool na Região, muitos países não dispõem de sistemas regulares de vigilância, nem de registos sistemáticos da produção, consumo e malefícios do álcool. A criação e o reforço desses sistemas incentivarão e facilitarão a resposta política apropriada.

11. A participação dos países no Inquérito Mundial da OMS sobre Álcool, realizado em 2008, 2010 e 2012, constituirá uma boa oportunidade para monitorizar o consumo de álcool e as suas consequências para a saúde e a sociedade, assim como as respostas políticas existentes na Região. Contudo, para se concretizar esta tarefa de monitorização, os países necessitam de mais recursos, para reforçarem os seus sistemas de vigilância.

12. O uso do álcool nos países africanos inclui tanto as bebidas fabricadas em casa como as industriais. As bebidas industriais são, regra geral, consumidas paralelamente às caseiras, não as substituindo, e aumentando assim a quantidade total de álcool ingerido. Esse consumo coloca sérios desafios relativamente às quantidades consumidas e às questões de segurança relacionadas com a produção não regulamentada de álcool.

13. O consumo de álcool na Região pode caracterizar-se pelos elevados níveis de consumo de álcool entre as pessoas que bebem⁸, pela popularidade das bebidas produzidas em casa e pela elevada prevalência de problemas relacionados com o álcool^{9,10}. De acordo com um inquérito STEPS¹¹ da OMS, realizado na Côte d'Ivoire e em Moçambique, entre as pessoas que consumiram álcool no ano anterior, 23,7% tinham adoptado hábitos de beber prejudiciais; na Argélia, 60% dos consumidores de álcool tinham esses mesmos hábitos prejudiciais. Apesar dos diferentes níveis de consumo per capita, os países enfrentam tipos semelhantes e sérios de

⁸ WHO, global alcohol database, Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2007.

⁹ Mustonen H et al, Alcohol drinking in Namibia. In: WHO, *Surveys of drinking patterns and problems in seven developing countries*, Geneva, World Health Organization, 2001, pp. 45–62.

¹⁰ WHO, *Global status report on alcohol 2004*, Geneva, World Health Organization, 2004.

¹¹ WHO, surveillance data from the STEPS survey, Brazzaville, World Health Organization, Regional Office for Africa, Division of Noncommunicable Diseases Prevention and Control, 2006.

malefícios relacionados com o álcool; por isso, a redução dos males induzidos pelo álcool terá de ser reconhecida como uma prioridade de saúde pública.

14. A intoxicação e os efeitos crónicos do consumo de álcool podem provocar danos permanentes à saúde das pessoas (p. ex., a síndrome fetal alcoólica, *delirium tremens*), distúrbios neuropsiquiátricos e outros, com consequências a curto e longo prazo, lesões traumáticas ou mesmo a morte (p. ex., acidentes rodoviários¹²). Existem também cada vez mais indícios que estabelecem a ligação entre o consumo de álcool e o comportamento sexual de alto risco, com infecção pelo VIH¹³. O impacto do álcool sobre o indivíduo e a sociedade terá de ser reconhecido e aceite, se os países quiserem criar intervenções eficazes para reduzir o uso nocivo do álcool.

15. Os custos para a saúde da pessoa que bebe e para a sociedade têm um impacto económico negativo sobre os Estados-Membros e não podem ser ignorados. Na Região, o uso nocivo do álcool leva ao desemprego, ao aumento de internamentos nas instituições de saúde e ao crime e à violência, especialmente contra as mulheres¹⁴. Na África do Sul, 25% a 30% dos internamentos em medicina geral estão, directa ou indirectamente, relacionados com o uso do álcool e, no Lesoto, Maurícias e Suazilândia, mais de 50% dos internamentos nas instituições de saúde mental estão relacionados com o álcool, como a substância nociva de maior consumo¹⁵.

16. A falta de informação num meio sem restrições às estratégias de comercialização, especialmente as dirigidas à juventude, podem exercer um impacto grave sobre os valores e normas culturais, conduzindo a um aumento do consumo de álcool¹⁶. As reduzidas verbas orçamentais dedicadas às campanhas de informação e advocacia, bem como a ausência de políticas abrangentes, constituem um impedimento à redução da procura de álcool, o que tem como resultado um impacto sanitário e social negativo.

17. A identificação precoce e o tratamento eficaz dos distúrbios alcoólicos e dos estados de comorbilidade em instituições de saúde podem contribuir para a redução da morbilidade e da mortalidade a eles associadas e melhorar o bem-estar das pessoas afectadas. Na Região, o rastreio de rotina e as intervenções rápidas não fazem parte dos cuidados de rotina dos profissionais de saúde. Não existem centros de tratamento especializados para a dependência do álcool ou estão mal integrados em serviços psiquiátricos, onde o único tratamento dispensado é a desintoxicação de curto prazo. Por conseguinte, devem ser formuladas políticas de intervenção e tratamento adequadas que vão ao encontro das necessidades da população, devendo ir de intervenções breves em cuidados primários até tratamentos mais intensivos em instituições especializadas.

¹² Gureje O, Country profile on alcohol in Nigeria. In: Riley L et al, *Alcohol and public health in eight developing countries*, Geneva, World Health Organization, 1999.

¹³ Vide dois artigos no número especial do *African Journal of Drug & Alcohol Studies*: Ashley JW, Levine B, Needle R, Summary of the proceedings of the meeting on "Alcohol, HIV risk behaviours and transmission in Africa" 5(2): 192–200; Morris CN, Three-country assessment of alcohol-HIV related policy and programmatic responses in Africa 5(2):170–184, 2006.

¹⁴ Parry C, Dewing S, A public health approach to addressing alcohol-related crime in South Africa, *African Journal of Drug & Alcohol studies* 5(1): 2006. Tumwesigye N et al, Gender and the major consequences of alcohol consumption in Uganda. In: Obot IS, Room R., *Alcohol, gender and drinking problems: perspectives from low and middle income countries*, Geneva, World Health Organization, 2005. WHO, *Alcohol use and sexual risk behaviour: a cross-cultural study in eight countries*, Geneva, World Health Organization, 2005.

¹⁵ SADC Epidemiology Network on Drug Use, *SENDU report January-June 2005*, Medical Research Council, Republic of South Africa, 2005. Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 17–26, 2006. LNB, *Report on the Lesotho Epidemiology Network on Drug Use: Period July to December 2001*, Maseru, Lesotho Narcotics Bureau, 2001.

¹⁶ Graeme W, My goodness: Nigeria overtakes Ireland in Guinness sales, *Guardian Unlimited*, August 30, 2007.

18. Na Região Africana, existem oportunidades para a expansão do mercado dos produtores de álcool, o que beneficia os países do ponto de vista económico, criando postos de trabalho e gerando receitas em impostos para os cofres do Estado. No entanto, esses benefícios terão de ser ponderados em função dos custos do tratamento dos efeitos produzidos pelo uso nocivo do álcool. A documentação da Região¹⁷ revela um aumento das detenções por condução sob o efeito do álcool, dos internamentos por dependência do álcool, das doenças hepáticas crónicas e das mortes por cirrose, depois de se terem reduzido os impostos.

19. Na maioria dos países africanos, não existem, ou não são devidamente aplicados, mecanismos reguladores e jurídicos relativos às decisões comerciais, industriais ou agrícolas sobre o álcool, que tenham em linha de conta o interesse da saúde pública. Uma interacção política e uma colaboração internacional mais intensas, com base numa estratégia mundial, e através dos órgãos relevantes, nomeadamente a Organização Mundial do Comércio, o Banco Mundial e a Organização para a Alimentação e Agricultura, são indispensáveis para garantir que o interesse da saúde pública se reflecta nos acordos comerciais e nas estratégias mundiais para a erradicação da pobreza.

20. Os problemas de saúde pública provocados pelo uso nocivo do álcool são consideráveis e multidimensionais. Exigem uma combinação de medidas que visem a população em geral, os grupos vulneráveis e os indivíduos afectados, tendo em consideração as necessidades e os contextos locais. As decisões políticas nacionais deverão basear-se na informação existente sobre intervenções eficazes, que estejam documentadas em diferentes contextos na Região.

MEDIDAS PROPOSTAS

21. As seguintes medidas, devidamente adaptadas aos contextos dos países, poderão constituir a base para a criação das políticas nacionais sobre o álcool. Serão integradas na proposta de estratégia regional e apresentadas à consideração da quinquagésima-nona sessão do Comité Regional Africano, após consultados os Estados-Membros.

Medidas de curto e médio prazo

22. **Aumentar o compromisso político e construir parcerias:** a criação e implementação de políticas e planos de acção nacionais abrangentes facilitará e esclarecerá as contribuições e responsabilidades dos vários sectores, parceiros e partes interessadas. Uma actuação coerente, consistente e firme com os actores relevantes, tais como produtores, retalhistas, agentes de saúde e partes interessadas das comunidades, é fundamental para uma implementação eficaz e o reforço das políticas e planos de acção nacionais. Os acordos comerciais internacionais requerem a criação de mecanismos suplementares, a nível mundial, para se poder criar uma base sólida e sustentável de luta contra o álcool.

23. **Reforçar a acção das comunidades e o seu apoio:** a educação do público para as consequências negativas da bebida pode ser eficaz para melhorar o conhecimento das comunidades sobre os prejuízos causados pelo álcool e para permitir uma participação activa na elaboração de medidas relacionadas com as políticas. A educação para a saúde pode incluir, tanto medidas activas (p. ex., a educação parental, os programas escolares de prevenção, incluindo a integração do uso nocivo do álcool nos planos de estudo do ensino primário e secundário, os meios de comunicação social e as campanhas de *marketing* social), como medidas passivas (p. ex., rótulos de advertência). Os grupos de auxílio mútuo, como os Alcoólicos Anónimos, podem ser uma alternativa pouco dispendiosa e complementar ao tratamento.

¹⁷ WHO, *Alcohol in developing countries: a public approach*, Geneva, World Health Organization, 2002.

24. **Criar e reforçar os sistemas de informação e vigilância do consumo de álcool:** a obtenção de dados de vigilância de boa qualidade permitirá aos países aumentar o seu conhecimento e compreensão sobre a situação e as tendências actuais, assim como contribuir para obter o apoio das populações para as políticas nacionais. É essencial dispor de recursos que permitam uma recolha e divulgação regular dos dados destinados a informar as comunidades, com vista a uma maior sensibilização e a tomadas de decisões fundamentadas.
25. **Reforçar a resposta do sector da saúde:** nos cuidados primários de saúde, o envolvimento e a formação dos profissionais de cuidados de saúde facilitam a rápida detecção de problemas relacionados com o consumo de álcool e previnem o desenvolvimento de complicações mais graves. As intervenções terapêuticas e os serviços comunitários para as pessoas com perturbações provocadas pelo consumo de álcool provaram ser eficazes, quando apoiadas por políticas e sistemas adequados e integrados numa estratégia de prevenção mais ampla.
26. **Legislar, reforçar ou aplicar as leis relativas à bebida e condução de veículos:** existem fortes fundamentos para a elaboração de um conjunto específico de contramedidas relativas à condução sob o efeito do álcool. Entre elas contam-se, nomeadamente, a fixação de um baixo nível de álcool no sangue como requisito para conduzir veículos. O êxito desta estratégia depende muito da aplicação da legislação e da gravidade das penas impostas. As medidas a tomar devem ser acompanhadas por campanhas de sensibilização sistemáticas.
27. **Regulamentar a disponibilidade de álcool:** está comprovado que a existência de legislação específica de luta contra o álcool e de sistemas de licenciamento, nomeadamente o controlo da produção e do comércio ilegal, bem como a imposição de restrições à quantidade e tipo de pontos de venda e respectivo horário de abertura, constituem estratégias eficazes numa variedade de circunstâncias socioculturais. Nos países em que existe uma produção doméstica substancial, as limitações impostas pelas condições de licenciamento podem aumentar a competitividade do mercado alternativo. Por conseguinte, antes de tais medidas serem adoptadas é necessário criar mecanismos de informação, mobilização e apoio às comunidades com vista a encontrar meios geradores de receitas alternativas.
28. **Restringir a venda de álcool:** as proibições ou restrições à venda de álcool em determinados locais ou em circunstâncias específicas (p. ex. no trabalho, sob intoxicação) já estão em vigor em alguns países. A medida de controlo mais usada na Região é o estabelecimento de uma idade mínima para a compra e consumo de álcool, mas a eficácia da proibição de venda a menores depende muito da efectiva aplicação dessas restrições. É necessário investir mais em melhores sistemas de controlo e aplicação das restrições.
29. **Regulamentar a comercialização do álcool:** os jovens tornaram-se alvos importantes da introdução do álcool no mercado, em especial através da publicidade directa, sempre que possível. As actividades de promoção como o patrocínio, concursos e acontecimentos desportivos são também utilizados para tornar o álcool mais popular entre os jovens. A eficácia de uma proibição parcial ou integral dessas práticas depende dos esforços feitos para regulamentar esse mercado de modo sistemático; por esse motivo, os países terão de chegar a acordo sobre os mecanismos necessários para reforçar as estratégias de controlo das técnicas de comercialização.
30. **Aumentar os impostos e os preços:** o aumento de impostos é uma forma de influenciar os preços e reduzir o poder de compra de bebidas alcólicas. As alterações dos impostos deverão ser acompanhadas por esforços destinados a colocar a produção ilegal e informal de bebidas alcólicas sob o controlo eficaz dos governos, devendo ser criados mecanismos de controlo do comércio ilegal, do contrabando e das compras além-fronteiras. As receitas provenientes destas alterações dos impostos poderiam ser utilizadas para criar um fundo especial de combate ao consumo de bebidas alcólicas.
31. Solicita-se ao Comité Regional que examine e aprove as estratégias e acções propostas.