
PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS

LIGADOS AO ÁLCOOL

2010 – 2012



26 de Maio de 2010

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| 1. PREÂMBULO | 3 |
| 2. NOTA INTRODUTÓRIA..... | 4 |
| 3. PRINCÍPIOS E CONCEITOS..... | 7 |
| 4. PLANO ESTRATÉGICO | 13 |
| 4.1. A Dimensão do Problema | 13 |
| 4.1.1. A Nível Internacional | 13 |
| 4.1.2. A Nível Nacional..... | 16 |
| 4.2. Enquadramento Geral do Plano..... | 22 |
| 4.2.1 A Nível Internacional | 22 |
| 4.2.2. A Nível Nacional..... | 25 |
| 4.2.3. Atribuições do IDT, I.P. | 26 |
| 4.3. Metodologia de Elaboração do Plano | 28 |
| 4.4. Metas | 29 |
| 4.5. Áreas transversais | 32 |
| 4.5.1. Coordenação..... | 32 |
| 4.5.2. Cooperação Internacional | 33 |
| 4.5.3. Informação, Investigação, Formação e Avaliação | 36 |
| 4.6. Áreas Prioritárias de Intervenção..... | 37 |
| 4.6.1 Jovens, crianças e grávidas..... | 37 |
| 4.6.2. Sinistralidade Rodoviária | 38 |
| 4.6.3 Adultos e Meio Laboral | 39 |
| 4.6.4 Prevenção, Formação, Comunicação e Educação..... | 39 |
| 4.6.5. Sistemas de Informação e Recolha de Dados..... | 40 |
| 4.6.6. Tratamento..... | 41 |
| 4.6.7. Reinserção | 42 |
| 5. PLANO OPERACIONAL..... | 45 |
| 6. AVALIAÇÃO DO PLANO | 59 |
| 7. RECURSOS E FINANCIAMENTO..... | 61 |
| 8. NOTA FINAL..... | 63 |
| 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 65 |
| 10. GLOSSÁRIOS DE SIGLAS..... | 69 |



1. PREÂMBULO

Desde muito cedo na História da Humanidade que o consumo de álcool aparece ligado, quer aos rituais religiosos, quer a rituais de celebração de natureza secular. Isto acontece em inúmeras civilizações e a esse consumo não serão alheios os efeitos psicoactivos que pode provocar.

Até à Idade Média, os europeus consumiam bebidas como o vinho e a cerveja, cujo processo de fabrico se fazia apenas por fermentação. Com a introdução do processo de destilação, pelos Árabes, passaram a produzir-se bebidas de mais elevado teor alcoólico. A partir do século XVI, com a expansão colonial, este tipo de bebidas torna-se um produto comercial de grande importância, que se destacou com a Revolução Industrial e com o desenvolvimento de novas tecnologias de produção e conservação. A partir do Século XIX, acompanhando o aumento da oferta, assiste-se à generalização do consumo.

Assim, ao longo dos tempos, o álcool adquiriu uma dupla importância e um duplo significado: por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico, com um papel de celebração, de ritualização, de aproximação, prazer e libação; por outro lado, enquanto fonte de receita e produto comercial de elevado valor, factor de desenvolvimento económico para alguns países.

Actualmente, na sociedade global em que vivemos, o elevado nível de sofisticação que as tecnologias de produção adquiriram está na base do desenvolvimento de uma indústria significativa à escala mundial, importante nas trocas comerciais internacionais, o que potencia a relevância económica das actividades ligadas à produção e comercialização das bebidas alcoólicas

Entretanto, banalizou-se o consumo de álcool, registando-se também novos padrões de consumo. Para além do uso tradicional, generalizou-se um consumo muito ligado a locais e ambientes de diversão, caracterizado pela ingestão de grandes quantidades em curto espaço de tempo com o objectivo de causar embriaguez, supostamente facilitadora de desinibição social e de aproximações sexuais, com consequências sérias do ponto de vista de saúde pública.

As sociedades ocidentais actuais passaram a dar grande atenção às questões sociais e de saúde, pelo que os problemas colocados pelo consumo nocivo do álcool adquiriram uma relevância nunca antes alcançada, tendo em conta os seus custos sociais e económicos. As consequências negativas deste tipo de consumo são elevadíssimas e têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da Organização Mundial de Saúde, mas de vários organismos da União Europeia.

Como é publicamente reconhecido, estes problemas vão desde as questões de saúde individual (física e mental) dos consumidores, aos problemas de relacionamento e mesmo violência



familiar, não esquecendo as questões do absentismo laboral e escolar e a dos acidentes, nomeadamente a sinistralidade rodoviária ou do trabalho.

Na elaboração de uma política visando a diminuição dos problemas ligados ao consumo nocivo de álcool haverá, portanto, que definir intervenções sobre as determinantes (individuais, familiares, sociais) numa perspectiva adequada que tenha em consideração os actuais contextos culturais e económicos e os sistemas de saúde inerentes.

Tendo em conta estes pressupostos, sabendo-se que o estado de saúde está intimamente ligado aos estilos de vida, é necessário promover a adopção de comportamentos saudáveis, sensibilizando os indivíduos para a redução dos comportamentos mais prejudiciais para a saúde, facilitando informação que permita decisões autónomas e escolhas informadas, de acordo com a liberdade individual.

O direito à saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis são, pois, dois aspectos sempre referidos em políticas deste tipo. Deverão ser articulados com intervenções sobre as determinantes (individuais, familiares, sociais) que promovam mudanças positivas a outros níveis mais estruturais, de forma a induzir transformações que contribuam para uma relação equilibrada entre o desenvolvimento do País e o bem-estar dos cidadãos.



2. NOTA INTRODUTÓRIA

A dimensão mundial do problema do consumo nocivo de álcool expressa-se no facto de a comunidade internacional, em particular a União Europeia, ter chamado a si a abordagem e a necessidade de reunir esforços no sentido de minorar a dimensão deste problema e resolver os seus aspectos transversais que condicionam o indivíduo e a sociedade onde se insere.

Concretamente, a Comissão Europeia identificou as áreas mais preocupantes relacionadas com este consumo e estabeleceu em 2006 uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool.

Por outro lado, a nível nacional, o Plano de Acção Contra o Alcoolismo¹ apontava as linhas estratégicas essenciais para a abordagem do problema, tendo em conta o contexto sociocultural do nosso país nesta matéria. Embora não sujeito a avaliação conhecida, trata-se de um documento cujos princípios e fundamentos se mantêm genericamente actuais face às características mais importantes do problema a nível nacional e coerente com a proposta de abordagem europeia.

O presente Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool pretende, antes de mais, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas no Plano de Acção contra o Alcoolismo, e o seu objectivo primordial consiste em reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Pretende proporcionar também um enquadramento que permita adoptar uma estratégia equilibrada através de diversas acções específicas, que vão ao encontro do preconizado pela Comissão Europeia.

¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.



3. PRINCÍPIOS E CONCEITOS

A Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto, - **Lei de Bases da Saúde** - consagra como princípios gerais, no seu Capítulo 1, os princípios básicos dos quais decorrem todos os outros que este Plano incorpora e que são:

- A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da Lei.
- O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
- A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outras entidades públicas, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

A **Convenção dos Direitos das Crianças** (Assembleia Geral das Nações Unidas em 20/11/1989) reconhece “o direito das crianças a usufruir dos níveis de Saúde mais elevados”.

Por sua vez, a **Organização Mundial de Saúde**:

- Postula na sua Constituição que “um dos direitos fundamentais de qualquer ser humano é usufruir dos níveis de saúde mais elevados, sem distinção de raça, religião, crenças políticas ou condições socioeconómicas”.
- Estabelece na Carta Europeia de 1995 sobre o álcool que “todas as pessoas têm direito a uma família, comunidade e ambiente laboral protegidos dos acidentes, da violência e de outras consequências negativas do consumo de álcool”.
- Refere na Declaração de Estocolmo de 2001, sobre Jovens e Álcool, que as políticas de Saúde sobre álcool “devem ser formuladas com base no interesse da saúde pública sem a interferência de interesses comerciais”.

Na Carta Europeia sobre o Álcool, a OMS estabelece ainda que:

- Todas as pessoas têm direito a uma informação e educação imparciais, iniciadas tão cedo quanto possível, sobre as consequências do consumo do álcool na saúde, na família e na sociedade.
- Todas as crianças e adolescentes têm o direito a crescer num ambiente protegido das consequências negativas do consumo de álcool.
- Todas as pessoas que não consomem álcool por escolha pessoal ou por razões de saúde têm o direito de ser protegidas de pressão para beber, de publicidade agressiva e devem ser apoiadas activamente na sua decisão.



Nos vários documentos produzidos por diferentes instâncias e organizações internacionais e nacionais constam uma série de evidências científicas, conceitos, orientações e recomendações, que constituíram os pressupostos essenciais para a elaboração do presente Plano, concretamente no que se refere às medidas e acções preconizadas.

As pessoas que iniciam o consumo de álcool durante a adolescência têm maior probabilidade de sofrer as consequências do consumo excessivo de álcool ao chegarem à idade adulta, entre as quais o risco de desenvolver dependência (Dawson et al., 2008); verificam-se ainda consequências directas a nível do sistema nervoso central, com défices cognitivos e de memória, limitações a nível da aprendizagem, como também aumento da criminalidade ao atingirem a idade adulta. (Jefferis et al., 2005).

A toxicidade do álcool pode afectar o desenvolvimento do embrião e do feto se a mãe ingerir bebidas alcoólicas durante a gravidez. **Considera-se que qualquer consumo durante a gravidez é um consumo com risco.**

O **consumo de risco** corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir; e que aumenta a probabilidade de sofrer doenças, acidentes, lesões, transtornos mentais ou de comportamento.

O consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 2 a 3 bebidas/dia² para o homem e 1 a 2 bebidas/dia para a mulher aumenta a probabilidade de sofrer de doenças diversas, entre as quais se contam as dos aparelhos digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda transtornos psiquiátricos.

No Plano de Acção Contra o Alcoolismo de 2000³, os valores considerados como de “baixo risco” apresentados apontavam para que no adulto saudável não se excedessem, por dia e repartidos pelas duas principais refeições:

No homem, 24g de álcool, o que equivale a 25 cl de vinho a 12° ou três copos de cerveja; e **na mulher, 16g de álcool**, o que equivale a 15 cl de vinho ou dois copos de cerveja.

Beber até à embriaguez (intoxicação aguda) produz um efeito de deterioração da capacidade de raciocínio, da tomada de decisões e da capacidade de autocontrolo do comportamento. Neste estado o indivíduo pode apresentar desinibição dos impulsos sexuais e de agressividade favoráveis a discussões, agressões, relações sexuais não protegidas e/ou não desejadas ou

² Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°). Tal facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente.

³ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.



abuso sexual, em que a pessoa embriagada tanto pode ser a agressora como a vítima. A deterioração da coordenação motora pode ser causa de acidentes e lesões, nomeadamente acidentes rodoviários e laborais.

O consumo esporádico excessivo ou ***binge drinking*** é o consumo que excede 5 a 6 bebidas no homem e 4 a 5 bebidas na mulher, numa só ocasião e num espaço de tempo limitado, estando associado a uma maior probabilidade de sofrer consequências adversas.

O consumo nocivo é definido como um “padrão de consumo que provoca danos à saúde tanto física como mental” mas que não satisfaz os critérios de dependência.

A dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (OMS, 1992). Trata-se de “uma doença primária, crónica, cujo desenvolvimento e manifestações são influenciados por factores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais; a doença é frequentemente progressiva e fatal; caracteriza-se por uma perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, com o uso de álcool apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular ênfase para a negação” (McQueen, 2004).

A deterioração da capacidade de controlar o consumo de bebidas alcoólicas, que pode ser intermitente e muito ligeira nas fases iniciais da doença, chega a ser tão intensa e continuada que conduz a uma automatização da conduta de auto-administração de álcool e a uma perda de controlo.

A co-morbilidade psiquiátrica é frequente entre os consumidores de álcool problemáticos: até 80% para distúrbios neuróticos, até 50% para distúrbios de personalidade e até 10% para muitas outras patologias psiquiátricas (Raistrick et al., 2006).

A procura de ajuda surge muitas vezes a partir de uma vivência prolongada de Problemas Ligados ao Álcool, nomeadamente nos aspectos da saúde, das relações interpessoais ou de problemas financeiros ou legais, depois de tentativas mal sucedidas de resolver o problema por si mesmo.

Os indivíduos com consumo de risco ou com consumo nocivo podem beneficiar de intervenções breves, ministradas por profissionais especializados e não especializados, em contextos variados.

Ao nível do sector da saúde, as intervenções breves sobre o consumo de risco e consumo nocivo são as que apresentam uma melhor relação custo/benefício. A eficácia das intervenções



em geral está intimamente associada ao conjunto das boas práticas levadas a cabo por profissionais competentes. Após a detecção dos consumos, as intervenções breves correspondem, em termos de evidência, ao tipo de abordagem mais eficaz no contexto de consumo de risco e nocivo a nível dos Cuidados de Saúde Primários (Ribeiro, 2008).

Os indivíduos com dependência, bem como os que apresentam co-morbilidade médica, psiquiátrica ou aditiva, devem beneficiar de tratamentos mais intensivos, ministrados por profissionais especializados, em Unidades específicas.

Cuidados faseados, desde os Cuidados de Saúde Primários até às Unidades especializadas, constituem uma abordagem racional e garantem o desenvolvimento de um modelo de serviços integrados, que otimiza resultados e rentabiliza recursos.

As Unidades de Tratamento especializadas devem dispor de pessoal e recursos adequados para tratarem pacientes com co-morbilidade médica, psiquiátrica e aditiva.

O tratamento dos indivíduos com problemas de álcool tem uma relação custo/benefício efectiva. O uso nocivo de álcool tem um grande impacto nos sistemas de saúde e de segurança social, e acarreta custos elevados ao sistema de justiça e no que respeita à ordem e segurança públicas. A detecção precoce é determinante para a redução significativa de custos.

O tratamento dos Problemas Ligados ao Álcool resulta também numa melhoria do funcionamento da família e da sua eventual patologia psiquiátrica.

Deve promover-se um leque de intervenções de apoio e ajuda às famílias de pessoas com consumo problemático de álcool. Deste modo, os filhos de pais alcoólicos devem ser uma prioridade para os cuidados de saúde e cuidados psicossociais.

Reconhece-se a importância de ONG, redes e outras entidades da sociedade civil, incluindo organizações e associações de auto-ajuda e de inter-ajuda de doentes tratados, de mulheres e jovens, grupos culturais, estruturas académicas e sociais, Programas de Assistência a Empregados (PAE), associações de profissionais de saúde ou de educação, de pais e outras. Todas elas podem contribuir para as estratégias públicas sobre o álcool e colaborar em programas de prevenção, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e ainda participar na sua implementação e avaliação.

A eficácia da prevenção e as medidas de controlo modulam o número total de bebedores problemáticos.

As medidas multisectoriais exaustivas e a coordenação de respostas locais, regionais e nacionais para reduzir o consumo nocivo de álcool são essenciais no sentido de prevenir a incidência de doença, incapacidade e mortalidade devidas ao consumo nocivo de álcool, nos consumidores e em terceiros.



A educação, a comunicação e a formação destinam-se a promover e a reforçar a consciência pública sobre os riscos do uso nocivo e os padrões de consumo de menor risco e sobre as políticas relativas ao álcool, devendo proporcionar o acesso a informação rigorosa e imparcial.

É necessário desenvolver, aplicar e avaliar políticas e programas que sejam social e culturalmente adaptados às circunstâncias e aos grupos-alvo.

É necessário desenvolver e implementar programas de promoção de mudança de comportamentos, de educação dos condutores e de reabilitação de condutores infractores.

Devem ser ministrados aos profissionais de saúde, de educação, da área social, da comunicação social, da indústria hoteleira, políticos, administradores, pais/famílias e outros agentes da comunidade, cursos e programas de formação, sensibilização e consciencialização adequados, sobre os consumos e políticas relativos ao álcool.

Deve ser desenvolvida investigação que estude os determinantes e as consequências do consumo de álcool, os danos por ele causados, a eficácia das políticas e programas de redução de danos e efectuados estudos para identificar e caracterizar o consumo de álcool na população e nos vários grupos de risco.

Tendo em conta estes pressupostos, neste Plano assumem-se como **princípios estratégicos orientadores da acção**:

- a centralidade na pessoa humana;
- a parceria activa com a sociedade civil e a responsabilidade partilhada;
- a proactividade e as políticas de proximidade;
- a prevenção em meio escolar, laboral e familiar;
- o reconhecimento de que o tratamento resulta;
- a elaboração de planos de acção nacionais e sectoriais, numa perspectiva de respostas integradas;
- a construção de conhecimento.

Pretende-se, pois, que o presente Plano Nacional reflecta a análise e planeamento requeridos para uma intervenção eficiente e qualificada num fenómeno tão multifacetado como é o do consumo de álcool, em Portugal.



4. PLANO ESTRATÉGICO

4.1. A Dimensão do Problema

4.1.1. A Nível Internacional

O álcool causa anualmente **1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY)⁴ em todo o Mundo** (OMS, 2005).

A variação da carga de doença provocada pelo consumo de álcool nos vários países depende, pelo menos, de dois factores: da quantidade total de álcool consumida no país, para o qual o indicador é o consumo *per capita*, e da forma como o álcool é consumido, ou seja, o padrão de consumo.

Estima-se que o custo económico resultante da utilização do álcool nas economias desenvolvidas varia entre 0,5% e 2,7% do Produto Interno Bruto (PIB) (OMS, 2000) . Calcula-se que os custos tangíveis do álcool na UE em 2003 tenham sido €125 mil milhões, e os intangíveis €270 mil milhões (Anderson et al., 2006). Os custos sociais e económicos resultantes das consequências negativas do consumo são elevadíssimos e têm conduzido a uma crescente preocupação, não só da OMS, mas de vários organismos da União Europeia.

A Europa é a zona do mundo com consumo mais elevado de álcool, com cerca de 11 l *per capita*. Concretamente, 23 milhões de europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são dependentes do álcool. (Anderson; Baumberg, 2006).

O álcool é responsável por 7,4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na UE (Madelin, 2008).

No que se refere à mortalidade, **o álcool é responsável por cerca de 195 000 mortes por ano na UE**. A percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é maior nas idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos e é mais elevada no sexo masculino (cerca de 25% a 30% do número total de mortes) que no sexo feminino (10% a 15%).

É responsável por cerca de 60 doenças diferentes, por actos de violência, homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas), suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), por 60.000 nascimentos abaixo do peso normal, por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto relacionados com défices intelectuais nas crianças, sendo a maior causa de debilidade mental evitável na

⁴ Os DALY (Disability Adjusted Life Years Lost) são uma medida comum de avaliação da carga de doença. Esta medida associa mortalidade em termos de anos perdidos (YLL – years of live lost) por morte prematura com morbilidade em termos de anos de vida vividos com incapacidade (YLD – years of live in disability) e mede a severidade da doença e a sua duração (OMS, 2005).



Europa (Anderson et al., 2006). As consequências negativas do consumo de álcool são vastas e atingem não só aquele que bebe mas também terceiros.

Embora o consumo médio de álcool tenha vindo a decrescer na UE, a **proporção de jovens e jovens adultos** com padrões de consumo nocivos cresceu na última década em muitos dos Estados-Membros. Os padrões de consumo de bebidas alcoólicas em muitas zonas da UE e, sobretudo, as tendências cada vez mais marcadas entre os menores de idade para o «consumo esporádico excessivo» (binge drinking) relatadas em muitos países europeus, poderão ter efeitos perniciosos sobre a saúde a longo prazo e aumentar o risco de danos sociais.

O álcool afecta, portanto, pessoas que bebem num padrão de consumo nocivo, com danos mas sem dependência, inúmeras pessoas que apesar de não beberem regularmente, apresentam consumos esporádicos excessivos com consequências potencialmente graves, bem como um número incalculavelmente maior de pessoas que sofrem danos sociais, mentais, emocionais e materiais, causados pelo consumo próprio ou de outros (Anderson et al., 2005).

Em cada ano na UE (Anderson et al., 2008a) o *binge drinking* está relacionado com 2 000 homicídios (4 em cada 10 de todos os assassínios), 27 000 mortes acidentais (que não em acidentes de viação) e 10 000 suicídios (1 em cada 6 do total de suicídios). Este tipo de consumo não é exclusivo dos jovens e cerca de 80 milhões de europeus com idade superior a 15 anos (mais de 1/5 da população adulta da UE) disse ter praticado *binge drinking* pelo menos uma vez por semana, em 2006. Cerca de 25 milhões de europeus com mais de 15 anos de idade (1 em 15 da população adulta) refere que o consumo *binge* foi o seu padrão habitual de consumo no último mês.

Quanto às **crianças por nascer**, sabe-se que o álcool é uma substância teratogénica, isto é, interfere com o normal desenvolvimento do embrião e do feto. Atravessa rapidamente a placenta e na ausência de um sistema de filtragem sanguínea desenvolvido o feto está totalmente desprotegido.

A exposição pré-natal pode afectar o feto de muitos modos, sendo os efeitos mais devastadores as deficiências intelectuais resultantes do efeito adverso do álcool no desenvolvimento do Sistema Nervoso Central. As lesões cerebrais podem ser acompanhadas de dismorfismos e malformações, problemas de desenvolvimento físico e emocional, défices de memória e atenção e uma série de outros problemas cognitivos e comportamentais (Jernigan, 2001), incluindo o **síndrome fetal alcoólico**. Complicações tardias como doenças psiquiátricas e dependência de álcool e drogas podem estar associadas.

Na maioria dos Estados membros, os padrões de consumo de alto risco estão a aumentar entre as mulheres. Visto o consumo de álcool ter efeitos sobre o feto logo no início da gravidez, as acções de sensibilização nesta matéria são também de extrema importância.



Na UE há 5-9 milhões de **crianças vivendo em famílias afectadas pelo álcool**. Calcula-se que 16 % (Comissão das Comunidades Europeias, 2006) de todos os casos de abuso infantil e negligência são causados pelo álcool e a quantidade de crianças que já nascem afectadas pelos seus efeitos é ainda incalculável.

Os acidentes de viação relacionados com o consumo de álcool constituem, como foi referido, um motivo de grande preocupação.

Cerca de um quarto dos acidentes pode estar relacionado com o consumo de álcool e, na UE, estima-se que, pelo menos, 10 000 vidas poderiam ser poupadas caso fosse eliminada a condução sob o efeito do álcool (Anderson et al., 2008b). Calcula-se que 25%-30% das mortes dos condutores estão claramente associadas a taxas de álcool no sangue (TAS) excessivas. Esse número nos Estados Unidos da América (EUA) é de 40% (2000), França 50%, Canadá 39,1%, Chile 42%, Reino Unido 32% e no Brasil 50,6% (Marinho, 2008).

Desencorajar a condução sob o efeito do álcool é considerado pela UE como uma prioridade – chave da segurança rodoviária. A “Carta Europeia sobre o Consumo do Álcool”, da responsabilidade da OMS (1995), composta por 10 pontos referentes à estratégia de luta contra o alcoolismo, recomendava no seu ponto 3 “promulgar e reforçar leis que desencorajem, com eficácia, a condução sob o efeito do álcool”.

A nível laboral, a OMS estima que o consumo de álcool reduz a produtividade em mais de 10%, estando também implicados aspectos associados a morbimortalidade.

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (1996), globalmente, 3%-5% da população trabalhadora é dependente de álcool e 25% está em risco de se tornar dependente.

Ainda que, nas perspectivas mais tradicionais, o enfoque tenha sido colocado no tratamento e na reabilitação dos trabalhadores dependentes, a maioria dos trabalhadores com Problemas Ligados ao Álcool no local de trabalho não é dependente, ocorrendo sobretudo consumos nocivos ou intoxicações pelo álcool. Os padrões de consumo de álcool nocivo são uma das principais causas de morte prematura e doenças evitáveis, tendo, para além disso, efeitos deletérios sobre a capacidade de trabalho. O absentismo devido ao álcool ou o consumo de bebidas alcoólicas durante as horas de trabalho empobrecem o desempenho profissional e, por conseguinte, a competitividade e produtividade.

Entre 8 e 14 milhões de dias de trabalho são perdidos anualmente, por problemas relacionados com o álcool. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004), refere que, no campo da segurança, mais de 25% dos acidentes de trabalho e cerca de 60% dos acidentes de trabalho fatais podem estar associados com o álcool.



A Comissão Europeia (European Commission, 2006) identificou como área de intervenção prioritária a prevenção dos efeitos nocivos do álcool nos adultos e a redução das repercussões negativas no local de trabalho.

Em suma, do que foi sinalizado, o consumo nocivo de álcool não só tem consequências para quem bebe, como também para os outros e para a sociedade em geral. Os padrões nocivos e perigosos de consumo de álcool têm consequências significativas em matéria de saúde pública, para além de também gerarem custos no sector dos cuidados de saúde, tendo por isso efeitos negativos no desenvolvimento económico e na sociedade em geral. Os padrões nocivos e perigosos de consumo de álcool são, portanto, um determinante de saúde fundamental e uma das principais causas de morte prematura e doenças evitáveis.

4.1.2. A Nível Nacional

Os Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA) constituem, também em Portugal, um importante problema de saúde pública.

Há que ter presentes os principais resultados dos estudos e indicadores de evolução mais recentes em matéria de álcool, para que se possa extrair deles as conclusões possíveis quanto à dimensão dos Problemas Ligados ao Álcool no nosso país e definir as intervenções prioritárias.

A situação em Portugal deve ser analisada tendo em conta as dimensões relacionadas com consumos de álcool e problemas associados, em particular as consequências originadas pelo consumo de risco e nocivo de álcool, que atingem não só o bebedor mas também a família e a comunidade em geral, à semelhança da análise que se efectuou no contexto europeu. É fundamental ter um adequado conhecimento da realidade portuguesa, de forma a permitir a reflexão e a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de acção específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de saúde pública.

A análise deverá reflectir o amplo espectro das situações relacionadas com o álcool, desde a condução rodoviária, sinistralidade laboral, perturbações na saúde materna, infantil e familiar, a patologia orgânica e a assistência/tratamento associados.

Caracterização Geral dos Consumos

Em 2003, segundo dados do *World Drink Trends* (World Drink Trends, 2005) Portugal ocupava o 8.º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas.



Portugal ocupa o 4.º lugar mundial relativamente ao consumo de vinho, com um consumo de 42 litros *per capita*. Em relação ao consumo de cerveja, os dados mostram que Portugal ocupava o 23.º lugar com um consumo de 58,7 litros *per capita*, traduzindo-se num aumento significativo no decurso das últimas décadas. O consumo de bebidas destiladas situava-se nos 3,3 litros *per capita*, ocupando o nosso país o 32.º lugar e registando-se um aumento relativamente aos anos transactos.

Os estudos epidemiológicos realizados até ao momento apresentam o consumo de álcool na população portuguesa como um importante problema de saúde pública.

Dentre estes há a destacar os **Inquéritos Nacionais de Saúde** (1995/96, 1998/99 e 2005/2006), da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, e ainda os **Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal** (2001 e 2007), da responsabilidade do IDT, I.P. e conduzidos pelo Prof. Casimiro Balsa (Balsa et al., 2003, 2008), do CEOS da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

Os **Inquéritos Nacionais de Saúde** permitiram estimar o consumo médio diário de etanol em gramas por bebedor, utilizando o volume e a frequência do consumo declarado na semana anterior à entrevista. Num dos últimos inquéritos (1998/99), o valor encontrado foi de 47,3g no género masculino e de 17,1g no feminino.

No Continente, o consumo de bebidas alcoólicas medido pela ingestão de alguma das bebidas referidas no inquérito (vinho, cerveja, bagaço/aguardente/brandy, vinho do Porto/martini/licores e whisky/gin/vodka), nos 12 meses anteriores à entrevista, aumentou, passando de 50,4% em 1998/1999 para 53,8% em 2005/2006. Este aumento foi mais notório no género feminino (de 37,3% para 42,3%) do que no masculino (de 64,4% para 66,0%). A ingestão de alguma bebida alcoólica encontrava-se com maior proporção no grupo etário dos 45 - 54 anos, com 74,4%. Em 1998/1999, este valor era de 70,2% para o mesmo grupo etário.

Evidencia-se o maior consumo de vinho, passando de 44,1% para 47,5%: nos homens aumentou de 56,8% para 59,1% e nas mulheres de 32,3% para 36,6%.

As Regiões Autónomas apresentaram valores mais baixos de consumo de bebidas alcoólicas comparativamente ao Continente (48,8% e 35,1%, respectivamente, na Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira).

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal 2007 (Balsa et al., 2008) abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra total de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, de 75,6% para 79,1%.



A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007 (Balsa et al., 2008).

Neste inquérito de 2007, 15,4% dos jovens dos 20 - 24 anos e 11,2% dos jovens dos 15 -19 anos diz ter-se embriagado no último mês e 0,2% dos jovens dos 20-24 anos e 0,5% dos jovens dos 15-19 anos fê-lo 10 vezes ou mais (Balsa et al., 2008).

Se nos reportarmos ao último ano, 38,5% dos jovens dos 20-24 anos e 34,6 % dos jovens dos 15-19 anos embriagou-se pelo menos uma vez e 2,8% dos jovens dos 20-24 anos e 1,2% dos jovens dos 15-19 anos fê-lo 10 ou mais vezes (Balsa et al., 2008).

Em Portugal o consumo tipo *binge* ocorre em todas as idades, mas a sua frequência diminui nos grupos etários mais velhos. Em 48,3% dos jovens dos 15-24 anos registou-se um consumo de 4 a 6 ou mais bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez, no último ano (Balsa et al., 2008).

Quanto à percepção dos jovens sobre esta matéria, 19,7% dos jovens atribui pouco ou nenhum risco ao consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas num fim-de-semana (Balsa et al., 2008).

O **ESPAD** – European School Survey on Alcohol and Other Drugs (Inquérito Europeu sobre o Consumo de Álcool e Outras Drogas), realizado, em Portugal, pelo IDT, I.P., tem uma periodicidade de 4 anos e foi desenvolvido em 1995, 1999, 2003 e 2007. As grandes mais-valias deste estudo são, por um lado, a obtenção de uma visão global do desenvolvimento do fenómeno do consumo a nível europeu, e por outro, a possibilidade de estabelecer comparações entre os países. Informa sobre a evolução dos consumos de substâncias psicoactivas, nos últimos 4 anos, entre jovens que completaram 16 anos de idade.

Em todos os 35 países participantes no ESPAD, pelo menos dois terços dos estudantes ingeriram álcool pelo menos uma vez ao longo da sua vida, com uma média próxima dos 90%, no inquérito de 2007. Os valores médios correspondentes relativos aos últimos 12 meses e aos últimos 30 dias são de 82% e 61% respectivamente.

No que diz respeito a Portugal, as principais conclusões do estudo de 2007 apontam genericamente para dados concordantes com as tendências verificadas nos últimos estudos ESPAD realizados. Assim, em termos comparativos, Portugal tem surgido no grupo de países com as mais baixas prevalências de consumo, mas verifica-se de 2003 para 2007 um aumento significativo dos padrões de consumos intensivos, nomeadamente de episódios de embriaguez e de *binge drinking*; a percentagem de estudantes em Portugal que referem este tipo de consumo durante os últimos 30 dias aumentou de 25% para 56%.

Em termos gerais, a cerveja é a bebida dominante, representando cerca de 40% da quantidade consumida (no total de bebidas alcoólicas) no último dia de consumo, seguida pelos 30% das



bebidas espirituosas e dos 13% do vinho. Enquanto que a cerveja é ainda mais dominante entre os rapazes, as raparigas apresentam um padrão mais repartido, com as bebidas espirituosas como tipo de bebida mais importante, constituindo cerca de um terço do consumo total. (Hibell et al., 2007).

Da análise dos resultados, de 2001 e 2006, dos estudos do **“INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar”**, também realizados pelo IDT, I.P. (Feijão, 2007, 2008), – que caracterizam detalhadamente os consumos dos alunos do 3.º Ciclo (7.º, 8.º e 9.º anos de escolaridade) e do Secundário (10.º, 11.º e 12.º anos de escolaridade) das diferentes regiões do território nacional – constata-se que a percentagem de alunos que já consumiram alguma bebida alcoólica diminuiu: entre os mais novos (3.º Ciclo) de 67% para 60%, e entre os mais velhos (Secundário) de 91% para 87%, respectivamente em 2001 e 2006. Paralelamente houve uma certa estabilidade nas percentagens dos que consumiram nos “últimos 12 meses” – 49% e 48% (3.º Ciclo) e 76% e 79% (Secundário), respectivamente – e um relevante aumento na prevalência dos que consumiram nos “últimos 30 dias” – de 25% para 32% (3.º Ciclo) e de 45% para 58% (Secundário).

Relativamente ao tipo de bebidas, constata-se que a cerveja voltou a ser a bebida com maior prevalência de consumo entre os alunos de ambos os grupos de escolaridade.

Por outro lado, os resultados de 2002 e 2006 do inquérito **HBSC – Health Behaviour in School-aged Children** (Matos et al., 2001, 2008) realizado no âmbito da OMS entre os alunos do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, sugerem que, no geral, os jovens que já experimentaram, bem como os consumidores regulares e abusivos de álcool, apresentam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar. Apresentam também com mais frequência envolvimento com experimentação e consumo de tabaco e substâncias ilícitas e envolvimento em lutas e situações de violência na escola.

Os resultados dos estudos nacionais e europeus evidenciam que os padrões de consumo de risco e nocivo estão a aumentar entre as mulheres jovens na maioria dos Estados-Membros, nomeadamente em Portugal. Uma vez que a exposição ao álcool durante a **gravidez** pode prejudicar o desenvolvimento cerebral do feto e está relacionada com défices intelectuais que se manifestam em períodos mais tardios da infância, esta é seguramente uma área prioritária, tal como também foi previsto na Estratégia da União Europeia.

No que se refere a **crianças vivendo em famílias afectadas pelo álcool**, dados da Comissão Nacional de Protecção das Crianças e Jovens em Risco (CNPCJR/ISS, I.P. 2005-2006) revelam que 40,1% das situações sinalizadas às CPCJ, pertenciam a agregados familiares com problemática de álcool que afectava ambos os responsáveis pelo agregado em que vivem as crianças e os jovens (2225 num total de 5552 casos referenciados por qualquer razão).



Relativamente ao problema do **consumo excessivo de álcool**, o estudo “Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa”, realizado por Aires Gameiro em 1997 (Gameiro, 1997), apresenta uma estimativa de cerca de 750.000 consumidores excessivos (9,4%) e 580.000 dependentes do álcool (7%) na população geral, com idade superior a 15 anos.

O alcoolismo é um factor de risco para variadas doenças. Segundo o Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c), a Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool para indivíduos com idade inferior a 65 anos foi, em 2006, de 18,8‰ (Alto-Comissariado da Saúde, 2008).

Os dados do INE relativos à cirrose hepática, uma das consequências mais graves do alcoolismo, mostram que esta é a décima causa de morte, tendo sido responsável por 1526 mortos em 2005. Cerca de dois terços destas cirroses são de etiologia alcoólica. Morreram, no mesmo ano, 329 portugueses por carcinoma hepatocelular. Este tumor está, na Europa, praticamente sempre associado à cirrose hepática. Pensa-se que o álcool poderá estar na origem de cerca de 20% a 40% dos casos, de forma isolada ou como co-factor (Cortez-Pinto et al., 2004).

A mortalidade por doença hepática na **infecção VIH** parece ser cada vez mais relevante, sendo em alguns centros europeus a segunda causa de morte a seguir à SIDA propriamente dita. A grande maioria talvez pela associação VIH/VHC e álcool, já que a população infectada pelo VIH recorre frequentemente aos chamados policonsumos.

Morreram por SIDA 876 indivíduos em 2005, mas cerca de 25% por cirrose hepática no contexto de co-infecção VIH com o vírus da hepatite C. O consumo de álcool é, nestes casos, também um factor agravante da evolução da cirrose (Marinho, 2008).

O uso nocivo de álcool associado ao comportamento sexual é um factor de risco para a transmissão das **DST/VIH**, visto que, quando ingerido antes ou no ambiente em que ocorre o acto sexual, favorece a prática sem preservativo. O local, o momento em que se consome a bebida e a quantidade ingerida, parecem ser factores preponderantes na manutenção dessa associação.

Também a associação com **a tuberculose** é um problema de saúde pública que assume em Portugal uma dimensão preocupante. De acordo com dados fornecidos pela Direcção Geral de Saúde, em 2006 o número de casos de tuberculose em dependentes de álcool corresponde a 15,2% de casos (531).

Portugal foi em 2003 o país da Europa dos quinze com a taxa mais elevada de **mortos na estrada** (150 por milhão de habitantes) e o terceiro da União Europeia. O risco de morrer nas estradas portuguesas era 250% superior em comparação com a Suécia, Holanda ou Reino Unido. Isto apesar de o número de mortos se ter vindo a reduzir nos últimos anos, à semelhan-



ça do que tem acontecido na Europa, em que o número de mortos baixou 7,5% de 2002 para 2003 (European Commission, 2004).

No período de 2001-2007, Portugal registou uma das maiores taxas de redução de sinistralidade na Europa: 42%, posicionando-se, assim, como um dos poucos que deverão atingir a meta estabelecida pela União Europeia de fazer cair para metade a taxa de mortalidade nas estradas até 2010 (Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária, 2008).

De acordo com o Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c) o indicador “número de mortos por acidentes de viação atribuíveis ao álcool” (vítimas mortais de acidentes de viação, autopsiados no INML, I.P., que tinham uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l) foi, em 2007, de 305.

Em Portugal não existem dados que nos permitam reflectir sobre o impacto do álcool a nível **laboral**, sobre a ocorrência de acidentes de trabalho associados ao consumo de bebidas alcoólicas, não havendo contabilização do número de casos totais nem a análise por sector de actividade, que permitam estudar melhor as consequências deste fenómeno em meio laboral. Contudo, 8,7% dos indivíduos a exercer uma profissão diz ter um consumo nocivo de álcool (Balsa et al., 2008). Por outro lado, em 2006, segundo o Plano Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c), a taxa de mortalidade laboral foi de 2,1% (Alto-Comissariado da Saúde, 2009).

Considerações Finais

O levantamento de informação sobre os Problemas Ligados ao Álcool em Portugal vem evidenciar a premência de intervir nas suas especificidades e nas características mais particulares da sua influência na nossa sociedade.

A informação reunida revela os contornos preocupantes do consumo nocivo de álcool e dos problemas que lhe estão associados, ampliando sobretudo a sensibilidade de todos para um investimento focalizado na promoção da saúde daqueles que vivenciam esta problemática. Assim, os dados apresentados lançam bases de orientação para avaliar e intervir nos cenários mais prioritários que o álcool coloca à população portuguesa, em matéria de saúde, trabalho, justiça, sociedade e família. Esta intervenção tem que ser integrada no contexto europeu.

É de salientar que se verifica a escassez de dados reunidos de uma forma mais sistemática e concertada nesta matéria, de forma a descrever com mais objectividade o efeito do consumo excessivo de álcool na etiologia e manutenção de inúmeros problemas de saúde, legais, sociofamiliares e económicos, pelo que se reflectiu, neste Plano, a preocupação em criar um sistema de informação robusto com informação consistente nas diversas áreas, privilegiando o papel da investigação.



4.2. Enquadramento Geral do Plano

4.2.1 A Nível Internacional

Para uma melhor contextualização das estratégias de abordagem dos Problemas Ligados ao Álcool a nível nacional, assinalamos alguns dos programas e acções mais relevantes a nível internacional, nomeadamente os promovidos pela OMS e pela UE.

No âmbito da **OMS**, em 1992, com vista à implementação de políticas preventivas nesta área, foi criado o *European Alcohol Action Plan* (OMS, 1992) e, em 1995, a *Carta Europeia Sobre o Consumo de Álcool* (OMS, 1995), com as suas “dez estratégias de abordagem” aos PLA, aprovada pela Conferência Europeia (Health Society and Alcohol), realizada em Paris.

No programa “Saúde para todos no ano 2000”, a **OMS** apresentou medidas preventivas dirigidas ao uso nocivo de álcool e definiu como meta a redução de 25% do consumo global de álcool, com especial atenção ao consumo de risco”.

A **OMS**, na sua estratégia para a satisfação do objectivo “Saúde para todos no ano 2015” refere na Meta 12: “*Diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos, e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0.*”

Em Maio de 2008, na **61.ª Sessão da Assembleia Mundial da Saúde**, a OMS definiu linhas de orientação para a redução do uso nocivo de álcool e apresentou uma linha de orientação a ser implementada:

- *Políticas nacionais e planos de acção nacionais com objectivos e alvos bem definidos devem ser desenvolvidos, implementados e reforçados em enquadramentos institucionais adequados a nível nacional. Os esforços nacionais terão mais sucesso se forem suportados por campanhas de consciencialização e de encorajamento regionais e globais, investigação e desenvolvimento de competências. Os objectivos de saúde Pública devem ser determinantes na definição e consolidação de respostas apropriadas a diferentes níveis. Acções conjuntas, apropriadas e coordenadas de diferentes agentes e parceiros são necessárias para elevar o grau de consciencialização e o empenhamento político em reduzir os problemas de saúde pública causados pelo consumo nocivo de álcool.*
- *Mecanismos adequados de acompanhamento, recolha de dados e avaliação são necessários para a monitorização dos progressos a diferentes níveis e para reforçar a base de evidência das estratégias que reduzem os danos relacionados com o álcool em contextos culturais diversos. Um elemento importante é a vigilância dos danos relacionados com o álcool em conjugação com o aperfeiçoamento dos sistemas de informação regionais sobre álcool e saúde e o desenvolvimento de instrumentos técnicos adequados, baseados em dados comparáveis e em definições uniformizadas. Relatórios regulares sobre consumo de álcool e*



danos relacionados podem ser valiosos para a monitorização do uso nocivo de álcool e das políticas de acção em todo o mundo.

- *A capacidade das instituições nacionais de levarem a cabo diagnósticos de situação e de prepararem, implementarem e avaliarem estratégias e programas para reduzir os problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo de álcool, pode ser reforçada, quando necessário por suporte técnico adequado e instrumentos técnicos relevantes. São necessários esforços particulares para formular uma resposta compreensiva do sector da saúde aos problemas relacionados com álcool, com especial ênfase nas intervenções dos cuidados de saúde primários.*
- *A compilação e a disseminação de boas práticas a nível da comunidade e a nível nacional podem facilitar o desenvolvimento de respostas eficazes e adequadas. É necessária mais pesquisa internacional sobre os danos causados pelo álcool, e sobre a efectividade e a relação custo/eficácia das diferentes estratégias, particularmente nos países de poucos ou médios recursos, de modo a reforçar-se a base de evidência face a diferentes contextos culturais. Para além disso, a pesquisa sobre o impacto do abuso de álcool na mortalidade e morbidade relacionadas com VIH, o impacto na saúde pública do álcool produzido e comercializado irregularmente e a interacção com outras substâncias psicoactivas, são particularmente importantes.*

Esta 61.^a Sessão da Assembleia Mundial da Saúde aprovou também a Resolução “**Strategies to reduce the harmful use of alcohol**”, na qual o Director-Geral da OMS é mandatado para preparar uma proposta de estratégia global para reduzir os efeitos nocivos do consumo de álcool, a apresentar à 63.^a Sessão da Assembleia Mundial, em 2010.

No âmbito da **União Europeia**, é aprovada em 2001, sob a presidência sueca, a Declaração sobre Jovens e Álcool.

Em 2006, mantendo-se actualizados os princípios éticos enformadores da Carta Europeia do Álcool⁵, a **Comissão Europeia**, que se vem ocupando dos problemas causados pelo consumo nocivo de álcool desde então, e tem competência e responsabilidades em matéria de Saúde Pública, nos termos do Artigo 152.^o do Tratado, adoptou uma **Estratégia da UE para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool**.

Esta Estratégia concentra-se na prevenção e na redução dos padrões imoderados e extremos de consumo e no consumo de álcool pelos jovens menores, bem como em algumas das suas consequências mais nefastas, tais como os acidentes de viação e o síndrome fetal alcoólico.

⁵ Aprovada na Conferência de Paris sobre Saúde, Sociedade e Álcool convocada pela Organização Regional da Europa da OMS, em Dezembro de 1995.



Com a adopção da **Estratégia da UE**, não se pretende que a acção comunitária venha substituir as políticas nacionais que já vigoram na maioria dos Estados-Membros e assentam em competências nacionais, uma vez que se reconhece a existência de hábitos culturais diferentes no que respeita ao consumo de bebidas alcoólicas nos vários Estados-Membros da UE.

A Comissão Europeia procedeu ao levantamento das acções já empreendidas por ela própria e pelos Estados-Membros e identifica na Estratégia as boas práticas, bem como os domínios relevantes do ponto de vista socioeconómico e comunitário nos quais é possível progredir.

Na Estratégia apresentam-se as modalidades segundo as quais a Comissão pode continuar a apoiar e complementar as políticas de saúde pública nacionais, em cooperação com as partes interessadas e tendo em conta a heterogeneidade das culturas e dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas na UE.

Este compromisso da Comissão relativo à continuação e ao desenvolvimento de acções no âmbito das suas competências, em conjunto com a elaboração de uma lista de boas práticas aplicadas em vários Estados-Membros, bem como a criação do Fórum Europeu sobre Álcool e Saúde, que irá contribuir para as divulgar, constituem a trave-mestra de uma estratégia abrangente com vista a minimizar os efeitos nocivos do álcool na Europa.

A Estratégia identifica **5 prioridades de intervenção**:

- 1. Proteger jovens, crianças e crianças por nascer;*
- 2. Reduzir o número de feridos e mortos devidos a acidentes de viação provocados pelo álcool;*
- 3. Prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir as repercussões negativas no local de trabalho;*
- 4. Informar, educar e sensibilizar para as consequências dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas nocivos e perigosos, bem como para os padrões de consumo aceitáveis;*
- 5. Desenvolver, apoiar e manter uma base de dados comum.*

Esta Estratégia está a ser implementada através do Comité de Políticas Nacionais sobre Álcool e Acção e do referido Fórum Europeu sobre Álcool e Saúde.

O **Comité de Políticas Nacionais sobre Álcool e Acção**, no qual estão representados todos os Estados Membros da UE, tem por objectivo coordenar as políticas desenvolvidas para reduzir os efeitos nocivos do álcool a nível nacional e local, com base nas boas práticas identificadas na Estratégia da UE.

O **Fórum Europeu sobre Álcool e Saúde**, lançado em 7 de Junho de 2007, reúne operadores económicos e ONG (os Estados-Membros da UE, as instituições europeias, a OMS e a Organi-



zação Internacional do Vinho participam como observadores) e constitui uma plataforma comum para a acção. O seu principal objectivo é promover o desenvolvimento de acções concretas de protecção das crianças e jovens e prevenir a comercialização irresponsável de bebidas alcoólicas.

4.2.2. A Nível Nacional

Face à preocupação com os problemas causados pelo álcool foi constituída em **1977** a **Comissão de Combate ao Alcoolismo**⁶. Esta Comissão tinha como função *“planear o programa de actividades a desenvolver no sector do alcoolismo, promover e avaliar a execução dos planos aprovados, promover a realização de cursos e encontros para formação ou aperfeiçoamento dos técnicos de saúde dos serviços de recuperação de alcoólicos”* e a difusão *“de informação tendente ao esclarecimento da população no âmbito de prevenção de alcoolismo”*.

Em **1988** foram criados os **Centros Regionais de Alcoologia**⁷ (CRA), com atribuições no tratamento e prevenção em articulação com as outras estruturas de saúde. Em 1995 os CRA foram dotados de autonomia técnica e financeira⁸ e clarificadas as suas funções.

Em 1993 foi formado o **Conselho Técnico de Alcoologia** e em 1999 criada a **Comissão Interministerial**⁹ *“para analisar e integrar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo num plano de acção que reforça a implementação do disposto na estratégia da saúde”*. O objectivo principal seria organizar, juntamente com o Ministério da Saúde, *“uma conferência consultiva que permitisse reunir, analisar e debater diversos projectos sobre a luta contra o alcoolismo”* e intensificar a colaboração internacional nesta matéria, principalmente no âmbito da União Europeia.

Na sequência do **Plano Nacional de Saúde 1998-2002**, com objectivos e metas bem definidas, surge o **Plano de Acção contra o Alcoolismo**¹⁰, elaborado em consonância com as perspectivas do Conselho Técnico de Alcoologia, as recomendações do Plano de Acção Europeu sobre o Álcool da OMS (1992-1999 e 2000-2005) e as do grupo de trabalho sobre o álcool integrado na conferência sobre «Determinantes de Saúde na União Europeia», realizada em Évora no ano 2000, em que o álcool foi assinalado como um dos mais importantes determinantes da Saúde na Europa.

Este **Plano de Acção contra o Alcoolismo** tinha como objectivo a redução dos problemas associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, envolvendo componentes de estudo

⁶ Despacho Normativo 176/77 de 30 de Agosto.

⁷ Decreto Regulamentar n.º 41/88 de 21 de Novembro.

⁸ Decreto-Lei n.º 269/95 de 19 de Outubro.

⁹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de Maio.

¹⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.



ou investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo numa perspectiva epidemiológica e de promoção para a saúde. O documento realçou ainda a importância da constituição de uma Rede Alcológica Nacional, assim como de medidas no âmbito da legislação e fiscalização sobre o álcool.

O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c) vem reforçar a necessidade da definição de um Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) em articulação com o Programa de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, numa perspectiva integradora e incluída nas estratégias de Saúde Pública para o nosso país.

Posteriormente, foi proposto em 2005 pela Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, da Direcção Geral da Saúde um **Pacote do Álcool**, que reafirmava em grande parte as medidas sugeridas pelo Plano de Acção contra o Alcoolismo, no sentido da sua aplicação.

Várias das propostas do Plano de Acção contra o Alcoolismo de 2000 e também do Pacote do Álcool de 2005 são agora actualizadas e incorporadas no presente Plano.

4.2.3. Atribuições do IDT, I.P.

O IDT, I.P. desenvolve uma Estratégia integrada de Combate à Droga e à Toxicodependência e actualmente também aos Problemas Ligados ao Álcool, alicerçada na prevenção dos consumos, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção social, assegurando de forma transversal o funcionamento do sistema nacional de informação sobre dependências, promovendo e estimulando a investigação do fenómeno, apoiando a formação dos profissionais que intervêm nesta matéria, assegurando a cooperação com entidades externas e estudando e propondo medidas legislativas e administrativas neste domínio, com o previsto acompanhamento ao nível da sua aplicação.

As competências do IDT, I.P. cobrem um espectro muito largo do todo que constitui a política nacional do combate à droga e à toxicodependência. Acresce que o Presidente do Conselho Directivo é, por inerência, o Coordenador Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência, competindo também ao IDT, I.P. as tarefas de coordenação e execução da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga que lhe forem cometidas pelo Ministro da Saúde.

Em **2006**, com a reestruturação do Ministério da Saúde no âmbito do PRACE e face à dimensão que os problemas do consumo de substâncias estupefacientes e psicotrópicas e do consumo de álcool têm em Portugal, é proposta a existência de um organismo dedicado, exclusivamente, ao estudo e ao combate daquele fenómeno, no seu sentido mais amplo, pelo que a



Lei Orgânica do Ministério da Saúde¹¹ determina que as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul sejam integradas no Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I.P., sendo aqueles extintos.

Estas competências são assumidas com a publicação da Lei Orgânica do Instituto¹², que consagra como missão “*promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicod dependências*”, e de entre as competências “*a) Apoiar o membro do Governo responsável pela área da saúde na definição da estratégia nacional e das políticas de luta contra a droga, o álcool e as toxicod dependências e na sua avaliação;*”.

Tendo sempre como referência a Estratégia Europeia e o Plano Nacional de Saúde, a Estratégia Nacional desenvolvida para dar cumprimento cabal a estas novas competências e às solicitações colocadas no terreno pelos utentes com estas patologias, baseia-se em **5 pilares fundamentais**:

- **Formação – Aumentar as competências dos profissionais de saúde e outros técnicos / profissionais que intervêm nesta área**
- **Articulação entre Serviços**
- **Diagnóstico de Situação**
- **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 com um Plano de Acção**
- **Fórum do Álcool**

Formação – Com vista a capacitar os técnicos do IDT, I.P. e outros profissionais, nomeadamente dos Cuidados de Saúde Primários, deve ser feita uma franca aposta na actualização de conhecimentos dos profissionais de saúde quanto a metodologias de detecção, diagnóstico e estratégias específicas de intervenção, tendo já começado a ser implementado um plano formativo de âmbito nacional.

Articulação entre Serviços – Referenciação para tratamento – Os profissionais dos **Cuidados de Saúde Primários**, nomeadamente os médicos de família, enquanto pedra basilar do sistema de saúde, devem constituir-se como um elo fundamental para a abordagem dos Problemas Ligados ao Álcool, contribuindo na identificação das repercussões físicas, psicológicas e sociais ligadas ao consumo excessivo, devendo informar o utente sobre a doença e as suas consequências, implementando as boas práticas e propondo soluções ajustadas ao significado individual e ao contexto situacional.

¹¹ Decreto-Lei nº 212/2006, de 27 de Outubro.

¹² Decreto-Lei n.º 221/2007, de 29 de Maio.



A avaliação e a gestão mais adequadas da situação, nomeadamente através da implementação da metodologia “intervenções breves”, serão determinantes na evolução e resolução do processo terapêutico destes utentes.

O **IDT, I.P.**, enquanto serviço especializado para o tratamento de pessoas com problemas de dependência, será a entidade de referência do encaminhamento para tratamento mais diferenciado, através das suas estruturas (Equipas de Tratamento, Unidades de Alcoologia, Comunidades Terapêuticas), devendo estabelecer uma apropriada articulação entre outras estruturas e serviços, nomeadamente as que integram a **Saúde Mental**, no sentido de oferecer a melhor rede assistencial de cuidados à população identificada.

Diagnóstico de Situação – Foi necessário reunir um conjunto de dados que permitisse fazer um diagnóstico de situação deste problema em Portugal e apresentar as medidas mais apropriadas no Plano Nacional, que incorpora um Plano de Acção para os próximos anos, em função desse mesmo diagnóstico. Por outro lado, considera-se ser indispensável que, além do seu aprofundamento e actualização, a nível local se proceda à realização de diagnósticos de situação em cada território de abrangência dos Centros de Respostas Integradas (CRI).

Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool – A definição de um Plano Nacional afigurava-se como absolutamente crucial. Com a elaboração deste plano pretende-se ir ao encontro das prioridades definidas na Estratégia da UE para a minimização dos efeitos nocivos do álcool, bem como das recomendações da Conferência Europeia sobre a Política do Álcool, ambas referidas anteriormente. Este Plano Nacional terá como Horizonte 2012 e incluirá um **Plano de Acção** que integrará toda a intervenção que se pretende desenvolver sobre esta matéria.

Fórum do Álcool – À semelhança do que está a acontecer na Comissão Europeia, propõe-se a realização de um fórum de discussão onde serão debatidos, pelos vários interessados (Estado, através de todos os ministérios com intervenção nestas matérias; ONG, representantes da indústria; da venda, por grosso e a retalho; do marketing e da publicidade; da comunicação social), os aspectos relacionados com a abordagem desta matéria.

4.3. Metodologia de Elaboração do Plano

O IDT, I.P. assumiu a iniciativa de conduzir a elaboração desta proposta de Plano Nacional para a redução dos Problemas Ligados ao Álcool, pretendendo-se que seja convergente com as prioridades definidas na Estratégia da UE para a minimização dos efeitos nocivos do álcool e com as recomendações da Conferência Europeia sobre a Política do Álcool.



À semelhança do Fórum Europeu, cujo objectivo geral é proporcionar uma plataforma comum para todos os parceiros interessados ao nível da UE, de forma a comprometerem-se numa escalada de acções relevantes para reduzir os danos causados pelo consumo nocivo de álcool, realizou-se em Portugal, em Junho de 2008, o Fórum Nacional do Álcool, um fórum de discussão onde estiveram também presentes vários parceiros sociais e onde foram debatidos, pelos vários interessados, aspectos relacionados com esta matéria.

A Comissão Europeia recomendou que os Estados-Membros deveriam implementar os seus próprios Fóruns nacionais. A partir do Fórum Nacional do Álcool, foram criados Grupos de Trabalho para as várias áreas prioritárias definidas pelo IDT, I.P..

Na elaboração do presente Plano Nacional, para além de se ter em conta estes pressupostos e documentos estruturais subjacentes, foi também considerada a diversidade de saberes e experiências de vários intervenores de organismos públicos e privados ligados à resolução dos Problemas Ligados ao Álcool. Ou seja, procurou-se conciliar uma metodologia participativa, funcionando em escala até à redacção final do documento respeitando os múltiplos contributos, com a necessidade de facilitar e assegurar a posterior avaliação, através de itens comparáveis, do Plano Nacional para a Redução dos PLA com os da Estratégia Europeia.

No que concerne aos aspectos metodológicos e estruturais, entendeu-se conceber este Plano numa lógica de sete grandes áreas de intervenção que vão ao encontro das áreas da Estratégia Europeia. Estas áreas cruzam-se nos seus conteúdos com as dimensões que contemplam as áreas transversais e as áreas de missão do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. e são:

- 1. Jovens, crianças e grávidas**
- 2. Sinistralidade Rodoviária**
- 3. Adultos e Meio Laboral**
- 4. Prevenção, Formação, Comunicação e Educação**
- 5. Sistemas de Informação e Recolha de Dados**
- 6. Tratamento**
- 7. Reinserção**

4.4. Metas

Tendo como base e fundamentação os dados retirados de estudos realizados em Portugal, salientam-se entre as dimensões prioritárias as que dizem respeito às grávidas, crianças e jovens, a sinistralidade rodoviária e o meio laboral, considerando-se indispensável abordá-las ao nível da prevenção, formação, comunicação e educação. Por outro lado, há que otimizar as respostas ao nível do tratamento e reinserção dos sujeitos com o problema já identificado.



No Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral (Balsa et al., 2008), observa-se um **aumento da prevalência dos consumos** entre 2001 e 2007 para todos os grupos etários. Apenas 20,7% dos portugueses entre os 15-64 anos nunca beberam,

41,6% já alguma vez beberam 6 ou mais bebidas numa ocasião

- 8,1% fazem-no duas ou mais vezes por mês
- 1,8% fazem-no quatro ou mais vezes por semana
- 1,3% fazem-no diariamente

20,7% dos portugueses embriagaram-se no último ano

- 1,8% fizeram-no dez ou mais vezes

38,5% dos jovens dos 20-24 anos e 34,6% dos jovens dos 15-19 anos embriagaram-se no último ano

- 2,8% dos jovens dos 20-24 anos e 1,2% dos jovens dos 15-19 anos, fizeram-no dez ou mais vezes

7,8% dos portugueses embriagaram-se no último mês

- 0,3% fizeram-no dez ou mais vezes

15,4% dos jovens dos 20-24 anos e 11,2% dos jovens dos 15-19 anos embriagaram-se no último mês

- 0,2% dos jovens 20-24 anos e 0,5% dos jovens 15-29 anos fizeram-no dez ou mais vezes.

Em Portugal, o consumo **binge** ocorre em todas as idades e **48,3% dos jovens dos 15-24 anos** consumiram 4, 6 ou mais bebidas numa só ocasião pelo menos uma vez, no último ano (Balsa et al., 2008)

A **taxa de mortalidade padronizada** por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos, que corresponde a um dos indicadores e metas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c), foi de 18,8%000. em 2006 (Alto-Comissariado da Saúde, 2008).

Quanto à **sinistralidade rodoviária** verifica-se que o consumo de álcool está também fortemente associado às mortes na estrada, nomeadamente nos jovens portugueses. Portugal tem tido um dos piores índices europeus de sinistralidade rodoviária, apesar da evolução favorável nos últimos anos. O número de vítimas mortais em acidentes de viação que apresentavam taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l diminuiu 14,8%, passando de 358 em 2004 para 305 em 2007. Assim, um dos indicadores a considerar tem que ver com o número de vítimas mortais por acidentes de viação, autopsiadas pelo INML, I.P., que apresentavam taxa de álcool



no sangue igual ou superior a 0,5 g/l e que já foi considerado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (Ministério da Saúde, 2004a, 2004b, 2004c).

Os adultos e o meio laboral são outra das grandes áreas do Plano que vale a pena referir. Existe um conjunto de fenómenos que ocorre de forma concomitante ao consumo de substâncias psicoactivas, nas quais se inclui o álcool, nomeadamente o absentismo, diminuição da produtividade, aumento da sinistralidade laboral, custos elevados no domínio da saúde e segurança social, pelo que seria tendencialmente de limitar o consumo de álcool nos locais de trabalho¹³.

Assim, são metas específicas para este Plano a atingir até 2012:

- **Inverter a tendência crescente das prevalências de consumos e:**
 - **Baixar de 20,7% (2007) para 18% a prevalência de embriaguez no último ano na população portuguesa;**
 - **Baixar de 34,6% (2007) para 30% a prevalência de embriaguez no último ano em jovens entre os 15-19 anos;**
 - **Baixar de 48,3% (2007) para 43% a prevalência de consumo *binge* (mais de 6 ou 4 bebidas numa só ocasião) pelo menos uma vez no último ano nos jovens entre 15-24 anos;**
- **Baixar de 305 (2007) para 250 o número de vítimas mortais em acidentes de viação que tinham taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l;**
- **Baixar de 18,8%000 (2006) para 14%000 a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos;**
- **Baixar de 9,6 l (2003) para 8l o consumo anual *per capita*.**

A **prevenção, a formação, a comunicação e a educação**, correspondem a áreas que deverão, num processo contínuo, aliar a inovação e a qualidade nas práticas mais adequadas em função do *setting* a que se destinam, nomeadamente as referenciadas para todas as áreas de intervenção consideradas como prioritárias no contexto deste Plano.

Deverá ainda ser destacado, neste Plano Nacional, o reforço da fiscalização para assegurar a rigorosa aplicação das leis actualmente em vigor, e, sempre que considerado necessário em função do diagnóstico de situação, a proposta de revisão da legislação actual.

¹³ A Estratégia Comunitária para a saúde e segurança no trabalho 2007-2012 prevê o "objectivo da redução em 25% da taxa total de incidência de acidentes no trabalho na União Europeia (UE), 27 até 2012", in Resolução de Conselho de Ministros n.º 59/2008, de 1 de Abril.



4.5. Áreas transversais

Designam-se de transversais as áreas que perpassam, apoiam e congregam as propostas e práticas de outras áreas de intervenção, permitindo deste modo uma visão integrada que confere uma legitimação e potencia a sustentabilidade global às políticas implementadas.

4.5.1. Coordenação

Dado que as diferentes substâncias de abuso se revestem de características diferentes, pela forma como se implantam na sociedade, pela sua aceitação social e enquadramento legal, e ainda pelas suas acções e consequências, é elaborado um Plano de Acção específico para as questões do álcool, nomeadamente para a redução dos PLA, existindo um plano já em curso dirigido à droga e à toxicodependência. Respeitam-se assim as especificidades próprias da abordagem das diferentes substâncias (álcool e drogas ilícitas).

Por outro lado, compete ao IDT, I.P. a missão de “*promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências*”, sendo de todo o interesse para a boa prossecução da sua missão, a existência de órgãos coordenadores de âmbito nacional que se dediquem a essa missão conjunta, promovendo e assegurando a implementação de ambos os Planos, e agilizando a indispensável coordenação política dos mesmos.

Assim, a coordenação deste plano deve assentar em quatro estruturas – o **Coordenador Nacional**, o **Conselho Interministerial** (junto do qual poderá funcionar uma Comissão Técnica), o **Conselho Nacional** e o **Fórum do Álcool**.

Considera-se fundamental em matéria de abordagem das questões ligadas ao consumo de risco e nocivo de álcool que se defina uma estrutura coordenadora que propicie intra e interinstitucionalmente uma adequada, eficaz e eficiente consecução deste Plano.

Assim, o Coordenador Nacional deste Plano, deverá ser o Coordenador Nacional de Combate à Droga e à Toxicodependência, que é por inerência o Presidente do IDT, I.P., que deste modo será o Coordenador de ambos os Planos Nacionais – o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências e o Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

Também os Conselhos Interministerial e Nacional do Combate à Droga e à Toxicodependência deverão assumir responsabilidades em matérias relacionadas com os PLA.

Torna-se pois necessário proceder a alterações ao Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro, para que o Coordenador Nacional, o Conselho Interministerial e o Conselho Nacional por ele criados possam desenvolver as suas funções abrangendo ambas as áreas.

Por último, o Fórum do Álcool, com o qual se iniciou a construção participada deste Plano, deverá constituir-se como um órgão permanente, dotado de estatutos e objectivos próprios,



devendo reunir periodicamente e fazer o acompanhamento da execução do plano de acção para o álcool.

A orientação da coordenação desenvolver-se-á em diferentes níveis/vectores, nomeadamente:

- **Interna** – No IDT, I.P. será dado um enfoque especial à reorganização das funções dos seus profissionais e às competências dos seus Departamentos Centrais, das Delegações Regionais e das Unidades Especializadas a nível local, tendo em conta a integração dos assuntos ligados ao álcool.
- **Intraministerial** – Com outras estruturas do Ministério da Saúde, investindo numa articulação efectiva entre os diferentes serviços deste ministério, de modo a desenvolver um verdadeiro trabalho intersectorial e garantir que o cidadão, no que respeita a matéria de dependências e concretamente no consumo nocivo de álcool, seja visto como “um todo” com direito a aceder às respostas de tratamento e a usufruir de todos os benefícios que cada serviço do Ministério da Saúde lhe poderá disponibilizar, tendo em conta as suas necessidades efectivas.
- **Interministerial** – Foi criado o Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicodependência¹⁴, presidido pelo Primeiro-Ministro, que pretende dar resposta a esta necessidade; o Ministro da Saúde é o membro do Governo responsável pela coordenação política do combate à droga e à toxicodependência¹⁵ e o IDT, I.P. encontra-se sob a sua tutela.
- Quanto às indispensáveis articulações com estruturas pertencentes a outros Ministérios (da Presidência, da Educação, da Ciência, da Tecnologia e Ensino Superior, do Trabalho e Solidariedade Social, da Justiça, da Administração Interna, da Defesa Nacional, do Ambiente, das Finanças) há que incluir, no que respeita ao álcool, os Ministérios da Economia e da Agricultura.
- **Externa** – É desejável uma participação activa e coordenada de entidades e individualidades de todos os sectores da sociedade, potenciando sinergias numa abordagem articulada e em rede, cuja importância relativa é idêntica à desenvolvida na Administração Pública.

4.5.2. Cooperação Internacional

A cooperação internacional constitui um aspecto essencial do Plano Estratégico e assume especial importância devido à configuração dos Problemas Ligados ao Álcool, como fenómeno transnacional, multifacetado, que ultrapassa a abordagem estritamente nacional.

¹⁴ Decreto-Lei n.º 1/2003 de 6 de Janeiro (artigos 1.º a 4.º).

¹⁵ Decreto-Lei n.º 1/2003 de 6 de Janeiro (artigos 5.º).



A política nacional no âmbito dos Problemas Ligados ao Álcool consagra uma abordagem equilibrada, pluridisciplinar e integrada do fenómeno, a qual corresponde à delineada pela Estratégia Europeia e pela política que tem sido defendida pela OMS nesta matéria.

Portugal deverá definir os objectivos gerais e opções estratégicas da cooperação internacional no que se refere à abordagem dos PLA, tendo em conta as principais linhas orientadoras e os princípios internacionais existentes, nomeadamente da União Europeia e da OMS.

Importa ainda salientar que a cooperação internacional é transversal a todos os organismos que actuam nesta área e é definida de acordo com as prioridades para a política externa portuguesa.

As prioridades em matéria de cooperação internacional para o período 2010-2012 deverão ser:

OBJECTIVO GERAL: Aumentar a capacidade de influenciar as decisões tomadas nas várias instâncias internacionais e regionais de cooperação, melhorando assim a eficácia da intervenção nacional.

Pretende-se:

- Criar condições que favoreçam a convergência de posições entre os diferentes Ministérios/Serviços com responsabilidades em matéria da abordagem dos PLA, de modo a permitir uma acção articulada na defesa das posições que reflectem o interesse nacional.
- Centralizar toda a informação sobre os projectos desenvolvidos pelos vários Ministérios/Serviços na intervenção intersectorial nos Problemas Ligados ao Álcool.

OBJECTIVO GERAL: Reforçar a participação de Portugal nas instâncias internacionais que abordam os Problemas Ligados ao Álcool.

Pretende-se:

- Fortalecer a participação portuguesa na construção da política europeia sobre esta matéria, contribuindo activamente para a execução da política da União Europeia no que concerne aos Problemas Ligados ao Álcool,
- Promover a presença activa de Portugal nos diversos Fóruns europeus – nomeadamente no que se refere à integração em projectos abrangentes a nível da União Europeia.
- Assegurar a plena cooperação/colaboração com organismos comunitários e internacionais, de forma a responder aos compromissos assumidos a nível internacional, nomeadamente através da execução de acções na área da problemática do uso nocivo do álcool e da regular troca de informações;
- Assegurar a participação em actividades e programas, nomeadamente promovendo a implementação dos indicadores-chave para caracterizar a situação do álcool na União Europeia, participando no desenvolvimento de diversas bases de dados que digam respeito às



intervenções, instrumentos de avaliação, investigação e diplomas legais, entre outros.

Alguns exemplos de Projectos Europeus com representação portuguesa

No âmbito dos Projectos Europeus há que destacar, a título de exemplo, a participação de Portugal no **projecto Europeu PHEPA** – Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professional's Daily Work – como enquadramento europeu do projecto nacional das intervenções breves. Este projecto, que se enquadra na Estratégia Europeia de Saúde Pública e no “European Action Plan” desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, tem como finalidade integrar as intervenções no âmbito da promoção da saúde relacionadas com o consumo excessivo de álcool ao nível dos Cuidados de Saúde Primários através de:

- Definição de recomendações europeias e orientações clínicas.
- Programa de treino para os profissionais de saúde
- Um *site* na Internet fornecendo evidência em diferentes domínios relacionados com o álcool.

Outro projecto, **Pathways for Health Project (PHP)**, coordenado pelo Centro Alemão para os Problemas de Adição (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen), em associação com Alcohol Policy Network of Eurocare e o Institute of Alcohol Studies, em Londres, incluiu três áreas-chave da estratégia de abordagem dos Problemas Ligados ao Álcool em preparação pela Comissão Europeia:

- a) Acções inovadoras centradas em medidas contra a condução sob o efeito do álcool e seus resultados;
- b) Medidas inovadoras inter-sectoriais / transversais, envolvendo diferentes entidades, para melhorar as sinergias e a coordenação de campanhas e actividades de informação ao consumidor, no sentido de reduzir o consumo de álcool por parte de menores, especialmente o *binge drinking*;
- c) Adoptar as melhores práticas no que toca à informação ao público, incluindo informação ao consumidor e, particularmente, avisos e rotulagem relacionados com a saúde.

Portugal foi convidado a tomar parte neste projecto como parceiro, tendo a responsabilidade de emitir pareceres e comentar as revisões e recomendações, assim como implementar o projecto no seio das suas organizações.

Outro dos projectos é o designado “**Enforcement of National Laws and Self -Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol**” (**ELSA**), cujo objectivo é o de analisar a aplicação de leis e da auto-regulação na publicidade e marketing das bebidas alcoólicas em países da União Europeia.



O projecto **CHAPAPs** – (Reducing Harm and Building Capacities for Children Affected by Parental Alcohol Problems in Europe) – é um projecto europeu que decorre desde Agosto de 2007 e terminará em Julho de 2010. É coordenado pelo Centre of Excellence on Applied Addictions Research – Catholic University of Applied Sciences North-Rhine, Westphalia, Cologne e é financiado pela União Europeia - Directorate-General Health and Consumer Protection. Envolve diversos países europeus e tem por objectivo prevenir e reduzir as consequências negativas em crianças e adolescentes provocadas pelo alcoolismo dos pais. Procura conhecer o estado da arte nos países participantes, aumentar as capacidades dos profissionais, construir ou reforçar as redes nacionais de trabalho nesta área e conhecer melhor o estado de saúde física e psicológica das crianças e adolescentes afectadas pelo alcoolismo dos pais, bem como o impacto económico destes problemas.

Todos estes projectos e programas permitem estabelecer entre os países da União Europeia uma política abrangente, multisectorial e pluridisciplinar, baseada num conjunto de medidas cuja finalidade é a redução dos danos provocados pelos Problemas Ligados ao Álcool no indivíduo e na sociedade em geral.

4.5.3. Informação, Investigação, Formação e Avaliação

A informação, investigação e formação deverão ser opções estratégicas constantes da Estratégica Nacional na redução dos Problemas Ligados ao Álcool e que estão intrinsecamente ligadas às grandes áreas da Estratégia Europeia.

As opções estratégicas neste Plano para as áreas de intervenção alicerçam-se assim numa perspectiva política que reconhece a informação, a investigação, a formação e a avaliação como instrumentos indispensáveis que aliam, num processo contínuo, a inovação e a qualidade.

O aumento da eficácia das intervenções e da eficiência dos agentes de mudança junto do cidadão pressupõe a participação activa deste, baseada em escolhas informadas. Assim, torna-se imprescindível uma adequada gestão da informação e do conhecimento e um incentivo, quer à investigação, quer à formação.



4.6. Áreas Prioritárias de Intervenção

4.6.1 Jovens, crianças e grávidas

No que respeita a crianças e jovens, os dados conhecidos justificam uma atenção dirigida a:

- Experimentação do álcool por parte das crianças e adolescentes;
- Aumento significativo da ingestão alcoólica entre os jovens do sexo feminino;
- Padrões de consumo de alto risco de bebidas alcoólicas, como a embriaguez e o *binge drinking*, especialmente em adolescentes e jovens adultos

A exposição ao álcool durante a gravidez pode prejudicar o desenvolvimento cerebral do feto e está relacionada com défices intelectuais, de memória e do comportamento na criança, com repercussões na idade adulta. Como os padrões de consumo de alto risco estão a aumentar entre as mulheres jovens na maioria dos Estados-Membros, nomeadamente em Portugal, esta é, seguramente, uma área prioritária, tal como também foi previsto na Estratégia da União Europeia.

As crianças que vivem em famílias com Problemas Ligados ao Álcool e que sofrem efeitos perniciosos no seu crescimento e desenvolvimento deverão ser tidas em conta como outra área de especial relevância a contemplar neste Plano.

A abordagem relacionada com o consumo nocivo de álcool nestes grupos mais vulneráveis, deverá ser, portanto, o mais precoce possível, dado o tipo de consequências que provocam no próprio e em terceiros.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências nefastas em crianças por nascer e em crianças inseridas em famílias com Problemas Ligados ao Álcool e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens.

Alguns exemplos de Boas Práticas apontados pela Estratégia Europeia:

“As tendências preocupantes em matéria de consumo de álcool entre os jovens podem ser combatidas eficazmente através de medidas adoptadas pelos poderes públicos. A recomendação do Conselho de 2001 contribuiu para o desenvolvimento dessas políticas. Podem-se identificar alguns exemplos de medidas adoptadas com êxito pelos Estados-Membros: aplicação de restrições em matéria de vendas, restrição na disponibilidade e comercialização susceptíveis de influenciar os jovens, acções abrangentes com base na comunidade destinadas a prevenir os efeitos nocivos e os comportamentos de risco, envolvendo os professores, os pais, os



demais interessados e os próprios jovens, e apoiadas por mensagens nos meios de comunicação social e programas de formação relativos às competências para a vida.”

4.6.2. Sinistralidade Rodoviária

A condução sob efeito de álcool continua a ser uma causa essencial de acidentes rodoviários em toda a UE, contribuindo anualmente para a morte de pelo menos 17.000 indivíduos. Portugal tem a taxa mais alta de mortalidade relacionada com o álcool na Europa, especialmente entre os jovens, pois cerca de 40% dos que morreram em acidentes de viação apresentavam álcool no sangue.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Contribuir para a diminuição do número de mortos e de feridos devidos a acidentes rodoviários sob influência de álcool.

Alguns exemplos de Boas Práticas apontados pela Estratégia Europeia:

“Muitos estudos concluíram que o risco de acidentes de viação relacionados com o álcool aumenta com a taxa de álcool no sangue (TAS) do condutor. Todos os Estados-Membros fixaram limites para a TAS. Os estudos tendem a apontar para a conveniência de adoptar uma taxa máxima de 0,5 g/l ou menos.

A revisão de 112 estudos forneceu indicações claras em como as competências ao volante se alteram assim que a taxa de alcoolemia deixa de ser nula (Moskowitz et Fiorentine, 2000). Um estudo comparativo das taxas de alcoolemia de condutores associados a acidentes com as de condutores não implicados em acidentes revelou que os condutores de ambos os sexos cuja taxa de alcoolemia oscilava entre 0,2 g/l e 0,49 g/l se encontravam pelo menos três vezes mais expostos ao risco de morte no seguimento de uma colisão com um veículo. Este risco sextuplicava no mínimo com uma taxa de alcoolemia compreendida entre 0,5 g/l e 0,79 g/l, multiplicando-se pelo menos por 11 com uma taxa de 0,8 g/l a 0,99 g/l (Zador et al., 2001).

Uma aplicação eficaz de medidas destinadas a combater a condução sob influência do álcool poderia diminuir substancialmente a mortalidade na estrada (até 25% no caso dos homens e até 10% no caso de mulheres), bem como o número de feridos e deficientes. Um dos exemplos de medidas eficazes adoptadas refere-se à introdução e aplicação sistemática de testes aleatórios no ar expirado, apoiados por campanhas educativas e de sensibilização envolvendo todas as partes interessadas. A chave do sucesso reside na combinação entre fiscalização rigorosa e sensibilização activa. Os condutores jovens e inexperientes sofrem mais acidentes de viação provocados pelo álcool”.



4.6.3 Adultos e Meio Laboral

Os padrões de consumo de álcool prejudiciais e perigosos são uma das principais causas de morte prematura e doenças evitáveis, tendo, para além disso, efeitos deletérios sobre a capacidade de trabalho. O absentismo devido ao álcool ou o consumo de bebidas alcoólicas durante as horas de trabalho comprometem o desempenho profissional e, por conseguinte, a competitividade e produtividade.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir as repercussões negativas no local de trabalho.

Alguns exemplos de Boas Práticas apontados pela Estratégia Europeia:

“A experiência adquirida nos Estados-Membros sugere que é fundamental aplicar melhor as disposições, os códigos e as normas em vigor a fim de reduzir os efeitos deletérios dos padrões nocivos e perigosos de consumo de álcool. Entre as medidas que se afiguram eficazes para prevenir os efeitos nocivos do álcool para os adultos, bem como as consequências nefastas no local de trabalho, contam-se a definição e desenvolvimento de políticas de saúde a nível das empresas¹⁶, a fiscalização das licenças, a formação dos empregados de mesa e bar, as acções levadas a cabo na comunidade e no local de trabalho, a política de preços (p. ex., reduzir as ofertas do tipo «duas bebidas pelo preço de uma»), a coordenação dos transportes públicos com os horários de fecho dos estabelecimentos e o aconselhamento prestado por pessoal médico ou de enfermagem a pessoas em risco e o tratamento no âmbito dos cuidados de saúde primários.”

4.6.4 Prevenção, Formação, Comunicação e Educação

A informação, investigação e formação deverão ser opções fundamentais da Estratégia Nacional na redução dos Problemas Ligados ao Álcool e que estão intrinsecamente ligadas às grandes áreas da Estratégia Europeia.

A divulgação do conhecimento, a caracterização e as intervenções baseadas na evidência bem como a formação adequada dos profissionais e outros agentes com responsabilidades nas diferentes comunidades, são o garante da efectividade de mudanças consideradas prioritárias ou da consolidação de boas práticas.

A prevenção, formação, a comunicação e a educação, correspondem a áreas indispensáveis que aliam, num processo contínuo, a inovação e a qualidade nas práticas mais adequadas em

¹⁶ Refira-se a título de exemplo de boas práticas a nível nacional os Programas de Assistência a Empregados: o “Projecto Vencer” da Marinha, em meio militar e com mais de 30 anos, e o “Programa Solidariedade” da Associação Industrial Portuguesa, em meio civil e com quase 10 anos.



função do *setting* a que se destinam, nomeadamente as referenciadas para todas as áreas de intervenção.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Aumentar a qualidade dos programas e das intervenções através do reforço da componente técnico-científica e metodológica, garantindo progressivamente a sua abrangência e eficiência.

Alguns exemplos de Boas Práticas apontados pela Estratégia Europeia:

“As opções de estilo de vida feitas enquanto se é novo predeterminam a saúde na idade adulta. Assim, as crianças e os jovens – e os respectivos pais – são um grupo-alvo importante das campanhas de educação para a saúde e de sensibilização. Programas que contemplem a educação para a saúde e as competências para a vida, com início na primeira infância e, em termos ideais, prosseguidos na adolescência, podem aumentar a sensibilização e exercer uma influência positiva sobre os comportamentos de risco. Neste sentido estas intervenções devem contemplar a abordagem dos factores de risco (o álcool, por exemplo) e os períodos de risco (nomeadamente a adolescência), os factores protectores, as alterações dos comportamentos e dos estilos de vida.

Note-se que estas intervenções a nível da educação para a saúde não devem ser isoladas mas inseridas entre outras medidas, como as que por exemplo, regulam a acessibilidade e a comercialização das bebidas alcoólicas. Para além deste tipo de medidas dever-se-á optar também por estratégias que incluam a intervenção em diferentes contextos, nomeadamente nas escolas e espaços de lazer e recreativos.”

4.6.5. Sistemas de Informação e Recolha de Dados

As opções estratégicas neste Plano alicerçam-se numa perspectiva que reconhece a informação como pedra basilar da qualidade das intervenções, contribuindo para a construção de uma sociedade baseada no conhecimento. A informação, fundamentada na evidência e tendo como modelo a disseminação de linhas orientadoras de actuação e de “boas práticas”, está contemplada em todas as áreas de intervenção do Plano de Acção 2010-2012, embora centrada nesta área prioritária dos *Sistemas de Informação e Recolha de Dados* por razões metodológicas e operacionais de elaboração do Plano.

Os sistemas de informação e recolha de dados são fundamentais enquanto suportes eficazes da decisão e da intervenção, sendo imprescindíveis para a monitorização das acções e avaliação dos seus resultados e impacto.



Uma gestão adequada da informação e do conhecimento reflecte-se na melhoria do sistema de saúde e também na participação activa e esclarecida da sociedade civil.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Implementar e desenvolver um Sistema Nacional de Informação sobre o Álcool com vista a uma adequada gestão da informação e do conhecimento.

Algumas medidas necessárias, neste âmbito, sinalizadas pela Estratégia Europeia:

“Para além do trabalho em curso no campo dos indicadores de saúde da Comunidade Europeia, os serviços da Comissão identificaram a necessidade de chegar a uma definição normalizada dos dados relativos ao consumo de álcool e aos efeitos nocivos do álcool, fazer investigação para estimar os custos e os benefícios das distintas opções políticas, realizar inquéritos comparativos regulares a nível europeu e preencher as lacunas da investigação sobre os problemas de saúde e sociais decorrentes do álcool, as causas dos padrões de consumo nocivos e perigosos de bebidas alcoólicas, bem como sobre o seu papel na acentuação das iniquidades no plano da saúde entre grupos socioeconómicos. Além disso, urge avaliar a diferenciação dos padrões de consumo de bebidas alcoólicas por país, idade e sexo. São também necessários mais estudos para avaliar a eficácia das acções e das campanhas.”

4.6.6. Tratamento

Os programas de tratamento devem ser contemplados de forma a responder com eficiência às necessidades da população com consumos problemáticos de álcool, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis, num registo simultaneamente vertical (**rede de referência**) e horizontal (articulações dos diferentes vectores de actuação).

Neste sentido, pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Melhorar a acessibilidade e a capacidade de resposta às necessidades de tratamento.

Algumas medidas prioritárias, neste âmbito, sinalizadas também a nível Europeu:

“Este Plano prevê também o aperfeiçoamento do dispositivo de tratamento, sendo a preocupação principal a de promover a acessibilidade dos cidadãos com problemas ligados ao consumo de álcool aos cuidados de saúde mais adequados.

Propõe-se a implementação de programas de diagnóstico, avaliação, prevenção e tratamento desde os Cuidados de Saúde Primários, com detecção precoce e intervenção breve e sustentados num sistema integrado interinstitucional, com redefinição da rede de cuidados de saúde em alcoologia. Sendo as Intervenções Breves sobre o consumo de risco e o consumo nocivo de álcool das mais rentáveis das intervenções do sector da saúde pretende-se desenvolver



linhas de orientação apropriadas, integradas e disseminar modelos de boas práticas na execução deste tipo de intervenções.

O objectivo principal que se pretende atingir com a organização e articulação interinstitucional é a capacidade de proporcionar níveis diferenciados, progressivos e adaptados de cuidados às pessoas, de acordo com os critérios de gravidade dos seus Problemas Ligados ao Álcool.

Pretende-se ainda agilizar o apoio às famílias de pessoas com consumos nocivos, de modo a prevenir e tratar transtornos emocionais e psicológicos. Considera-se que os filhos de pais alcoólicos devem constituir uma prioridade para os cuidados médicos e psicossociais, mas devem também ser alvo de particular atenção por parte de programas destinados a prevenir a exclusão social.

A promoção da eficiência dos serviços pressupõe a implementação de um processo de melhoria da qualidade, através de avaliação contínua dos serviços de acordo com o balanço entre as necessidades dos indivíduos, os cuidados fornecidos e os objectivos dos serviços.

Disponibilizar, como se pretende, uma oferta de programas de tratamento e cuidados diversificada pressupõe um diagnóstico de situação e o desenvolvimento de um sistema nacional de informação sobre o álcool com a optimização dos sistemas de informação de modo a caracterizar-se o consumo de bebidas alcoólicas e as suas consequências nos diferentes grupos populacionais.”

4.6.7. Reinserção

A reinserção social tem como função apoiar os indivíduos no restabelecimento do equilíbrio individual interno e na aquisição da autonomia e liberdade na condução das suas vidas. Os processos de reinserção devem colocar o enfoque na reparametrização dos quadros de referência e das rotinas quotidianas dos indivíduos e na preparação dos sistemas sociais para a co-responsabilização nos processos de inserção, de forma a enquadrar, dar consistência e sequência às mudanças individuais operadas.

Neste sentido pretende-se:

OBJECTIVO GERAL: Criar condições para o desenvolvimento de percursos de inserção sustentados e duradouros.

Os processos de reinserção requerem uma intervenção integrada centrada nas necessidades do cidadão e uma coordenação e participação activa das entidades da comunidade, significativas nos percursos individuais. A preparação destas entidades e da macroestrutura afigura-se como uma dimensão a considerar, assumindo um papel pró-activo nas oportunidades de vida dos indivíduos em situação de reabilitação da dependência alcoólica.



Neste contexto, o Plano coloca o enfoque aos vários níveis da vida e das necessidades dos indivíduos. A dinamização de encontros técnicos de reflexão para as matérias da reinserção no âmbito do álcool, para a definição de linhas orientadoras para a intervenção e para a definição de modelos de funcionamento de serviços, são estruturantes da acção e irão proporcionar uma intervenção de qualidade por parte dos serviços especializados.

A dependência alcoólica, enquanto doença do “sistema familiar” em que todos os seus elementos são afectados, implica desde o início uma abordagem que contemple toda a família.

Por outro lado, a identificação de consumos de risco em meio laboral deve ser compaginada com a perspectiva da “prevenção da desinserção”, tentando obviar à perda do emprego, que, a par de todos os problemas sociais e familiares que acarreta, frequentemente constitui um factor de agravamento dos próprios consumos.

Esta dinâmica de intervenção tem subjacente a necessidade de potenciar os recursos e as parcerias de articulação interinstitucional existentes ou a estabelecer e torna necessária uma identificação actualizada das necessidades, tendo em vista a adaptação ou criação de respostas adequadas.

O acesso a respostas de formação académica, profissional e de emprego configura uma outra área de intervenção que importa sublinhar e que é também contemplada neste plano. Para os indivíduos alcoólicos em situação de risco ou mesmo sem abrigo importa garantir uma abordagem integrada que crie condições para que sejam identificadas e acompanhadas estas situações.

No âmbito da reinserção será pois essencial identificar adequadamente as necessidades específicas das pessoas com PLA, bem como os serviços úteis na obtenção de respostas integradas a essas mesmas necessidades, com adopção de dinâmicas e práticas de articulação interinstitucional.

As opções estratégicas neste Plano para estas áreas alicerçam-se assim numa perspectiva que reconhece todas estas dimensões como indispensáveis, de modo a garantir que a qualidade da intervenção permita sedimentar o bem estar dos indivíduos com esta problemática no seu contexto sistémico, contribuindo para a construção de uma sociedade em que as questões relacionadas com o consumo de substâncias, nomeadamente o álcool, sejam analisadas de um modo integrado e oportuno.



5. PLANO OPERACIONAL

Plano de Acção para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

MATRIZES PARA AS ÁREAS DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIAS



Plano de Acção para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Jovens, crianças e grávidas

OBJECTIVO GERAL: Diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências nefastas em crianças por nascer e em crianças inseridas em famílias com Problemas Ligados ao Álcool e reduzir o consumo de bebidas alcoólicas pelas crianças e jovens.

| Objectivo Específico | Acção | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|---|------------|--|---|
| 1. Promover a abstinência do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez e amamentação. | 1.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para intervenções junto de grávidas. | 2010 | IDT e outras entidades | Documento produzido. N.º de estruturas abrangidas pela divulgação. N.º de estruturas que adoptaram as linhas orientadoras. |
| | 1.2. Elaboração de materiais de informação e sensibilização para os riscos e promoção de competências para lidar com as solicitações ao consumo (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | 2010 | IDT e outras entidades | N.º de materiais produzidos e/ou adaptados. |
| | 1.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em grávidas, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área. | 2012 | IDT e outras entidades | Propostas produzidas. N.º de protocolos estabelecidos. N.º de unidades com programas dirigidos. Relatório crítico. |
| 2. Assegurar a detecção, avaliação, encaminhamento e tratamento de famílias com Problemas Ligados ao Álcool e reduzir os danos causados em crianças e jovens. | 2.1. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras na detecção, avaliação, encaminhamento e tratamento das famílias e das crianças. | 2010 | IDT, CNPCJR, Saúde Mental Infantil e outras entidades | Documento produzido. N.º de estruturas abrangidas pela divulgação. N.º de estruturas que adoptaram as linhas orientadoras. |
| | 2.2. Construção e implementação de programas estruturados de intervenção em familiares e crianças em articulação com serviços de saúde e outros serviços locais, bem como com os projectos internacionais da UE em curso. | 2010-2012 | IDT, CNPCJR, Segurança Social, ARS, Saúde Mental Infantil e outras entidades | N.º de programas de intervenção estabelecidos N.º de unidades com programas implementados N.º de utentes abrangidos. |
| | 2.3. Agilização do acesso às estruturas de saúde, através da criação de rede nacional de articulação do acompanhamento de crianças e de famílias com PLA envolvendo todos os intervenientes, definindo níveis de acção diferenciados e coordenados. | 2010-2012 | IDT, ARS, CNPCJR, DGRS, Serviços de Saúde, Estruturas policiais e judiciais, Escolas, ONG e outras entidades | Proposta de criação de rede nacional. N.º de instituições que integram a rede em funcionamento. N.º de familiares e crianças atendidos. |
| 3. Reduzir os padrões nocivos de consumos juvenis e as | 3.1. Apoio ao desenvolvimento de programas educacionais de nível nacional e elaboração de materiais técnico-pedagógicos no âmbito da educação para a saúde (área | 2010-2012 | IDT, ME/DGIDIC e Autarquias | N.º de programas desenvolvidos. N.º de entidades envolvidas. |



| | | | | |
|----------------------------------|--|-----------|--|---|
| suas conse- quências. | Prevenção, Formação, Comunicação e Educação) e à promoção de contextos e programas recreativos sem álcool. | | | N.º de materiais produ- zidos e/ou adapta- dos. |
| | 3.2. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras no âmbito do aconselhamento e intervenções breves em jovens e do aconselhamento dos pais, encarregados de educação e familiares. | 2010 | IDT, ME/DGIDC e CONFAP | Documento produzi- do. N.º de estruturas abrangidas pela divulgação. N.º de estruturas que adoptaram as linhas orientadoras. |
| | 3.3. Reforço dos sistemas de atendimento, informação, encaminhamento e apoio, na área dos Problemas Ligados ao Álcool em jovens, mediante protocolos e articulação dos organismos e entidades que intervêm na área. | 2010-2012 | IDT, ME/DGIDC, CNPCJR e outras entida- des | Propostas produzi- das. N.º de protocolos estabelecidos. N.º de unidades com programas dirigidos. Relatório crítico. |

| | | | | |
|--|--|-----------|---|---|
| 4. Promover a redução da oferta dirigida a crianças e jovens com vista ao adiamento do início de consumo de bebidas alcoólicas. | 4.1. Proposta de alteração da idade legal para a compra e o consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, de 16 para 18 anos. | 2010 | IDT e outras entidades | Apresentação da proposta à Tutela. |
| | 4.2. Promoção da fiscalização sistemática nos locais de consumo e venda de bebidas alcoólicas e divulgação regular das respectivas acções. | 2010-2012 | IDT e ASAE | N.º de fiscalizações. N.º de notícias sobre as acções. |
| | 4.3. Promoção do alargamento da auto-regulação da comunicação comercial de bebidas alcoólicas aos pontos de venda. | 2010-2012 | Membros do Fórum, Associações sectoriais, ARESP, APED e AHP | N.º de compromissos estabelecidos. |
| | 4.4. Promoção da implicação dos fabricantes e distribuidores construindo compromissos de não comercializarem bebidas alcoólicas destinadas a crianças e adolescentes. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de compromissos estabelecidos. |

| | | | | |
|---|---|-----------|--------------------------------|--|
| 5. Promover a qualidade da intervenção | 5.1. Promoção da investigação e da recolha sistemática de informação sobre álcool / jovens e álcool / grávidas (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Relatórios dos estudos. Documentos produzidos com informação actualizada sobre os indicadores recolhidos. |
| | 5.2. Elaboração de informação actualizada sobre os recursos / respostas disponíveis nestas áreas, a divulgar através de um Directório de Recursos (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 5.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros interven- tores junto destes grupos (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | 2010-2012 | IDT, CNPCJR e outras entidades | N.º de intervenções formativas realizadas. N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. Relatório crítico. |
| | 5.4. Monitorização e avaliação contínua das intervenções. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de indicadores de monitorização definidos. Relatórios de avaliação produzidos. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Sinistralidade Rodoviária

OBJECTIVO GERAL: Contribuir para a diminuição do número de mortos e de feridos devidos a acidentes rodoviários sob influência de álcool.

| Objectivo Específico | Acção | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|---|--|------------|---|--|
| 6. Promover medidas dissuasoras da condução sob o efeito de álcool. | 6.1. Proposta de redução da taxa de alcoolemia para condutores recém-encartados (período de carta provisória). | 2010-2011 | IDT, ANSR e outras entidades | Apresentação da proposta à Tutela. |
| | 6.2. Promoção e divulgação de programas de prevenção específicos e de outras iniciativas de informação/sensibilização sobre álcool e condução, para a população geral e jovens em particular. | 2010-2012 | Plataforma Intersectorial, + PRP, ANSR e outras entidades | N.º de programas aprovados. N.º de programas implementados. |
| | 6.3. Promoção do aumento da fiscalização da condução sob efeito de álcool e da sua visibilidade, nomeadamente através: - do reforço das operações de fiscalização aleatória; - da presença regular das forças de segurança em locais de presumível consumo excessivo. | 2010-2012 | GNR, PSP, ANSR e Autarquias | N.º de testes efectuados. N.º de condutores com testes positivos. N.º de operações realizadas pelas forças de segurança. |
| | 6.4. Divulgação nos media dos resultados das acções de fiscalização explicitando as consequências do incumprimento da lei. | 2010-2012 | ANSR, Comunicação Social e Tribunais | N.º de notícias sobre as acções. |
| 7. Promover a eficácia e eficiência das medidas legislativas e fiscalizadoras na condução sob influência de álcool | 7.1. Promoção da celeridade na resolução dos processos e na aplicação das contra-ordenações, através da criação de um grupo de representantes dos organismos responsáveis pelo cumprimento da lei para potenciar medidas estratégicas nesta matéria. | 2010-2012 | IDT, ANSR, PRP, INML e MJ | Grupo de trabalho. Relatório sobre o desenvolvimento dos trabalhos do grupo. Tempo médio para aplicação das penas e contra-ordenações. |
| | 7.2. Promoção da divulgação e aplicação de programas específicos para a reabilitação de condutores sancionados, nomeadamente através da reformulação e ampliação do "Programa STOP – Responsabilidade e Segurança". | 2010-2012 | DGRS, IDT, IMTT, MJ e PRP | N.º de condutores enviados para Programa STOP / n.º de condutores sancionados. |
| 8. Promover a qualidade da intervenção | 8.1. Promoção da investigação e da recolha sistemática de informação sobre álcool e condução (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT, ANSR e outras entidades | Relatórios dos estudos. Documentos produzidos com informação actualizada sobre os indicadores recolhidos. |
| | 8.2. Elaboração de informação actualizada sobre os recursos / respostas disponíveis nesta área, a divulgar através de um Directório de Recursos (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT, ANSR, IMTT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 8.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na segurança rodoviária (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | 2010-2012 | IDT, IMTT, PRP; ANSR e outras entidades | N.º de intervenções formativas realizadas. N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. |
| | 8.4. Monitorização e avaliação contínua das intervenções. | 2010-2012 | IDT, ANSR e outras entidades | N.º de indicadores de monitorização definidos. Relatórios de avaliação produzidos. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Adultos e Meio Laboral

OBJECTIVO GERAL: Prevenir os efeitos nocivos do álcool nos adultos e reduzir as repercussões negativas no local de trabalho.

| Objectivo Específico | Acção | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|---|------------|--|-------------------------------------|
| 9. Promover o enquadramento legal e regulador para redução dos Problemas Ligados ao Álcool nos locais de trabalho | 9.1. Proposta de redacção de um conjunto de normas relativas aos problemas do álcool em meio laboral, a serem integradas em diploma legal. | 2010-2011 | IDT, ACT, UGT, CGTP, SPMT, MDN/Ramos, AIP, DGS e outras entidades | Apresentação de proposta à Tutela. |
| | 9.2. Propostas de auto-regulação para a redução do consumo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho | 2010-2012 | Confederações Patronais, CGTP, UGT, MDN/Ramos, AIP e Plataforma Intersectorial | Propostas produzidas. |

| | | | | |
|--|---|-----------|---|--|
| 10. Incentivar a criação e a disseminação de programas e respostas no âmbito da promoção da saúde e segurança em contexto laboral, designadamente os relacionados com o consumo de álcool | 10.1. Levantamento de práticas em entidades empregadoras nacionais no que concerne a políticas de prevenção, tratamento e reinserção dos Problemas Ligados ao Álcool no local de trabalho, com reconhecimento das empresas com boas práticas nesta área. | 2010-2012 | IDT, ACT, CGTP, UGT, AIP, CAP, Fendegas e MDN/Ramos | N.º entidades empregadoras identificadas. N.º entidades empregadoras com boas práticas. Relatório crítico e documento síntese. |
| | 10.2. Informação aos serviços de higiene, segurança e saúde no local de trabalho e às estruturas representativas dos trabalhadores, com vista à melhoria da acessibilidade aos programas e respostas disponíveis. | 2010-2012 | IDT, CGTP, UGT, DGS e ACT | N.º entidades empregadoras alvo de informação. |
| | 10.3. Elaboração e divulgação de linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas integrados para os Problemas Ligados ao Álcool (da prevenção à reinserção). | 2010 | ACT, IDT, DGS CGTP, UGT, e Plataforma Intersectorial, Confederações Patronais, MDN/Ramos, DGS, SPMT, e outras entidades | Documento produzido. N.º de entidades abrangidas pela divulgação. N.º de entidades que adoptaram as linhas orientadoras. |
| | 10.4. Informação e sensibilização dos trabalhadores, quadros e outras entidades e agentes do mundo laboral sobre riscos para a saúde e segurança ligados ao consumo de álcool. | 2010-2012 | ACT, IDT, DGS e outras entidades | N.º de acções realizadas. N.º de participantes abrangidos. |
| | 10.5. Apoio técnico e/ou financeiro para o desenvolvimento de projectos de intervenção em meio laboral, baseado em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de projectos apoiados. N.º de trabalhadores abrangidos. Relatórios dos projectos. |



| | | | | |
|---|--|-----------|---|---|
| 11. Promover a qualidade da intervenção. | 11.1. Promoção da investigação e da recolha sistemática de informação sobre álcool em meio laboral (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Relatórios dos estudos. Documentos produzidos com informação actualizada sobre os indicadores recolhidos. |
| | 11.2. Elaboração de informação actualizada sobre os recursos / respostas disponíveis nesta área, a divulgar através de um Directório de Recursos (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 11.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores em meio laboral (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | 2010-2012 | IDT, CGTP, UGT, ACT, Plataforma Intersectorial, confederações patronais, MDN/Ramos e outras entidades | N.º de intervenções formativas. N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. Relatório crítico. |
| | 11.4. Monitorização e avaliação contínua das intervenções. | 2010-2012 | IDT, CGTP, UGT, ACT e outras entidades | N.º de indicadores de monitorização definidos. Relatórios de avaliação produzidos. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Prevenção, Formação, Comunicação e Educação

OBJECTIVO GERAL: Aumentar a qualidade dos programas e das intervenções através do reforço da componente técnico-científica e metodológica, garantindo progressivamente a sua abrangência e eficiência.

| Objectivo Específico | Ação | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|--|------------|---|--|
| 12. Promover e reforçar as competências técnicas dos profissionais e dos intervenores | 12.1. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na área da prevenção. | 2010-2012 | IDT, MS, ME/DGIDC, CONFAP, APMCG e outras entidades | N.º de intervenções formativas. N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. Relatório crítico. |
| | 12.2. Promoção da formação inicial e contínua, dirigida a: - profissionais que lidam com grupos e contextos considerados prioritários, nomeadamente formação pré e pós-graduada; - outros intervenores ¹⁷ que desenvolvem acções e/ou programas na área dos PLA. | 2010-2012 | IDT, MS, ME/DGIDC, CONFAP, APMCG, ISS, DGSP, DGRS, CNPCJ e outras entidades | N.º de intervenções formativas (por área). N.º de entidades envolvidas (por área). N.º de participantes abrangidos (por área). Relatório crítico. |
| 13. Incrementar o número de programas e projectos que promovam estratégias e acções baseadas na evidência | 13.1. Levantamento de Projectos/Programas já implementados/experimentados com avaliação, para inserção no Directório de Recursos. | 2010 -2012 | IDT, ONG e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 13. 2. Promoção de apoio técnico e/ou financeiro a programas/projectos de intervenção, nos grupos e/ou contextos considerados prioritários, garantindo a qualidade do processo de selecção, monitorização e acompanhamento. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de programas/projectos apoiados. Relatórios dos programas/projectos. |
| | 13.3. Reforço do desenvolvimento de projectos em meio escolar na área do álcool e no âmbito da promoção e educação para a saúde, numa perspectiva de prevenção universal. | 2010-2012 | ME/DGIDC, IDT, CONFAP e outras entidades | N.º de projectos desenvolvidos. N.º de participantes. Relatórios de avaliação. |
| 14. Aumentar o nível de informação / sensibilização sobre o álcool e riscos associados ao seu consumo. | 14.1. Desenvolvimento de campanhas integradas e focalizadas nos diferentes contextos considerados prioritários, sobre os riscos associados ao consumo nocivo do álcool, envolvendo as estruturas da comunidade. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de campanhas desenvolvidas População abrangida. |
| | 14.2. Divulgação do trabalho realizado, nomeadamente ao nível das boas práticas, através do Directório de Recursos. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 14.3. Reforço do desenvolvimento de acções de sensibilização sobre os Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA). | 2010-2012 | IDT, ME/DGIDC, ARS, CONFAP, APEF e outras entidades | N.º de acções realizadas. N.º de participantes abrangidos. |

¹⁷ Grupos de pais, grupos de inter-ajuda, jovens e técnicos de diferentes sectores, entre outros.



| | | | | |
|--|---|-----------|----------------------------------|--|
| 15. Aumentar o número de materiais informativos e formativos de suporte aos programas e intervenções. | 15.1. Levantamento e desenvolvimento de materiais para utilização nos contextos considerados prioritários e para inserção no Directório de Recursos. | 2010-2012 | IDT, ME/DGIDC e outras entidades | N.º de materiais produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 15.2. Análise da abordagem dos conteúdos relativos ao álcool e seus efeitos nocivos, nas áreas curriculares disciplinares e não disciplinares. | 2010-2012 | ME/DGIDC | Relatório produzido. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Sistemas de Informação e Recolha de Dados

OBJECTIVO GERAL: Implementar e desenvolver um Sistema Nacional de Informação sobre o Álcool com vista a uma adequada gestão da informação e do conhecimento.

| Objectivo Específico | Ação | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|---|------------|--------------------------------------|--|
| 16. Desenvolver documentação metodológica de suporte ao SNIA. | 16.1. Acompanhamento do trabalho desenvolvido neste contexto pela Comissão Europeia. | 2010-2012 | IDT, DGS e Plataforma Intersectorial | Relatórios anuais. |
| | 16.2. Elaboração de um glossário de conceitos. | 2010 | IDT, DGS e Plataforma Intersectorial | Glossário de Conceitos sobre o Álcool. |
| | 16.3. Identificação de indicadores-chave em diversas áreas e sua operacionalização. | 2010 | IDT, DGS e Plataforma Intersectorial | Documento Produzido. |
| | 16.4. Compilação actualizada da legislação referente ao álcool. | 2010 | IDT, DGS e Plataforma Intersectorial | Documento Produzido. |

| | | | | |
|---|--|-----------|---|--|
| 17. Promover a investigação e a optimização dos sistemas de informação de rotina, com vista a caracterizar o consumo de bebidas alcoólicas e suas consequências. | 17.1. Incentivo e apoio à investigação sobre o álcool: -promoção da articulação com universidades e centros de investigação; -identificação de projectos de investigação sobre álcool em curso ou já existentes; -elaboração de uma agenda de áreas prioritárias de investigação. | 2010-2012 | IDT, INML, FCT, Universidades e Centros de Investigação | N.º de protocolos estabelecidos. N.º de entidades envolvidas. N.º de projectos desenvolvidos. N.º de projectos identificados. Documento produzido. |
| | 17.2. Realização de Estudos: -realização de inquéritos epidemiológicos; -realização de estudos sobre o consumo de álcool/acidentes de trabalho, o consumo de álcool/gravidez e o consumo de álcool/condução; -realização de estudos sobre as representações e motivações dos consumidores face aos consumos e sobre as representações sociais dos consumos e consumidores em vários grupos populacionais. | 2010-2012 | IDT, ME/DGIDC, INML, ANSR e Universidades | Relatórios dos estudos. |
| | 17.3. Recolha sistemática de dados dos sistemas de informação de rotina, de acordo com os critérios metodológicos definidos para o SNIA e grupos-alvo prioritários: - optimização da colaboração intersectorial e interinstitucional através da criação de uma rede de serviços-fonte de dados, de forma a promover uma gestão integrada e consistente da informação; - optimização dos sistemas de informação de rotina já existentes nesses serviços-fonte. | 2010-2012 | IDT e Serviços-Fonte | Relatório c/ identificação dos potenciais serviços-fonte e calendarização da sua integração na rede. N.º de serviços que integram a rede / n.º de serviços previstos de integrar a rede. N.º de instrumentos recolha dados normalizados. N.º de sistemas de informação c/ processos sistemáticos de controlo de qualidade e validação dos dados Relatório crítico. |



| | | | | |
|---|--|-----------|----------------------|--|
| | 17.4. Produção de informação integrada e consistente e respectiva divulgação. | 2010-2012 | IDT e Serviços-Fonte | Relatórios Anuais com indicadores relativos ao álcool nas diversas áreas de intervenção. Estatísticas actualizadas, documentos técnicos e normativos em vigor no sítio <i>web</i> do IDT. Informação dirigida a públicos alvo específicos. |
| 18. Agilizar o acesso à informação sobre os recursos disponíveis nas várias áreas de intervenção. | 18.1. Criação de um Directório de Recursos para divulgação de: - programas, projectos e materiais com avaliação: - "boas práticas"; - linhas orientadoras; - infra-estruturas e outros recursos existentes. | 2010-2012 | IDT | Directório de Recursos. N.º de utilizadores. |
| 19. Criar e promover a implementação de metodologias de avaliação dos efeitos das políticas do álcool e do consumo de bebidas alcoólicas na produtividade e desenvolvimento económico. | 19.1. Identificação de metodologias de avaliação neste contexto. | 2010 | IDT e Universidades | Documento produzido. |
| | 19.2. Realização de estudos de avaliação dos efeitos do consumo de bebidas alcoólicas na produtividade e no desenvolvimento económico. | 2010-2011 | IDT e Universidades | Relatórios dos estudos. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Tratamento

OBJECTIVO GERAL: Melhorar a acessibilidade e a capacidade de resposta às necessidades de tratamento.

| Objectivo Específico | Acção | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|---|------------|------------------------|--|
| 20. Disponibilizar uma oferta diversificada de programas de tratamento e de cuidados à população com Problemas Ligados ao Álcool. | 20.1. Definição e implementação de linhas orientadoras baseadas na evidência dos programas de tratamento em regime de ambulatório e de internamento. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Documento produzido. N.º de estruturas abrangidas pela divulgação. N.º de estruturas com programas desenvolvidos com base nas linhas orientadoras. |
| | 20.2. Elaboração de guia de boas práticas, baseado na evidência, na avaliação, orientação e referenciação dos utentes no IDT, I.P., nomeadamente das populações com necessidades especiais ¹⁸ . | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Guia de boas práticas produzido. |

¹⁸ **Grupos-alvo:** crianças, jovens, grávidas, imigrantes, sem abrigo, vítimas e causadores de violência, doentes com duplo diagnóstico.

| | | | | |
|--|---|-----------|----------------------------|---|
| 21. Favorecer o acesso simples e rápido dos doentes ou dos seus familiares aos cuidados de saúde. | 21.1. Criação de uma rede de referenciação de acordo com os diversos níveis de gravidade e de necessidades. | 2010-2012 | IDT, MS e outras entidades | Apresentação de proposta à Tutela. |
| | 21.2. Definição de critérios de gravidade para referenciação de utentes. | 2010-2010 | IDT, MS e outras entidades | Documentos produzidos. |
| | 21.3. Celebração de protocolos de articulação interinstitucional. | 2010-2012 | IDT, MS e outras entidades | N.º de protocolos estabelecidos. |
| | 21.4. Agilização dos processos de admissão de doentes com Problemas Ligados ao Álcool e seus familiares às estruturas de tratamento. | 2010-2012 | IDT, MS e outras entidades | Proposta de harmonização do processo de admissão. |

| | | | | |
|--|--|-----------|------------------------|--|
| 22. Promover a qualidade da intervenção | 22.1. Promoção da investigação e da recolha sistemática de informação sobre álcool e tratamento (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Relatórios dos estudos; Documentos produzidos com informação actualizada sobre os indicadores recolhidos. |
| | 22.2. Elaboração de informação actualizada sobre os recursos / respostas disponíveis nesta área, a divulgar através de um Directório de Recursos (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 22.3. Promoção de intervenções formativas dirigidas a profissionais e outros intervenores na área do tratamento (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de intervenções formativas. N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. Relatório crítico. |
| | 22.4. Monitorização e avaliação contínua das intervenções. | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de indicadores de monitorização definidos. Relatórios de avaliação produzidos. |



ÁREA DE INTERVENÇÃO PRIORITÁRIA: Reinserção

OBJECTIVO GERAL: Criar condições para o desenvolvimento de percursos de inserção sustentados e duradouros.

| Objectivo Específico | Acção | Calendário | Entidade Responsável | Instrumento de avaliação/ Indicador |
|--|--|------------|--|---|
| 23. Incentivar a criação, o desenvolvimento e a adaptação de respostas dirigidas às necessidades das pessoas com Problemas Ligados ao Álcool em processo de reinserção. | 23.1. Dinamização de encontros técnicos para discussão e aprofundamento das questões ligadas à reinserção. | 2010 | IDT, ISS, DGRS, DGSP e outras entidades | N.º de encontros realizados. Relatório crítico. |
| | 23.2. Concepção de um modelo de intervenção para a área da reinserção, que contemple a figura do gestor de caso, a abordagem familiar e o acompanhamento integrado do utente. | 2010 | IDT e outras entidades | Grupo de trabalho. Documento produzido. |
| | 23.3. Promoção da adaptação dos serviços, das respostas sociais e dos equipamentos, baseada em critérios de qualidade e na estimativa das necessidades de intervenção. | 2010-2012 | ISS, IDT, DGRS, DGSP e outras entidades | Documentos de orientação técnica produzidos. |
| | 23.4. Promoção da criação de novas respostas dirigidas em particular à população sem abrigo ou com elevada desinserção mediante: - participação interinstitucional no grupo da <i>Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas Sem Abrigo</i> ; - elaboração de linhas de orientação para o funcionamento de Unidades residenciais de longa duração; - participação na implementação de projectos nesta área. | 2010-2012 | ISS, IDT e outras entidades | Grupo de trabalho. Relatório crítico sobre a participação na estratégia dos sem abrigo. Documentos produzidos. N.º de respostas criadas. |
| 24. Promover o acesso aos serviços e respostas existentes. | 24.1. Alargamento do âmbito dos protocolos de articulação em que o IDT é parceiro e que contribuem para a melhoria do acesso dos utentes às respostas existentes. | 2010-2012 | IDT, ISS e outras entidades | N.º de protocolos adaptados. |
| | 24.2. Facilitação do acesso a respostas de formação académica, profissional e de emprego, mediante protocolos de articulação com outras entidades. | 2010-2012 | IEFP, IDT, DGRS, DGSP e outras entidades | Propostas produzidas. N.º de protocolos estabelecidos. Relatório crítico. |
| | 24.3. Divulgação actualizada dos grupos de auto-ajuda e inter-ajuda em funcionamento, como apoio à mudança de atitudes/comportamentos e à prevenção da recaída. | 2010-2012 | IDT, ISS, CNPCJ, DGRS, DGSP e outras entidades | N.º de serviços com informação sobre os de grupos auto e inter-ajuda. |
| 25. Promover a qualidade da intervenção | 25.1. Promoção da investigação e da recolha sistemática de informação sobre álcool e reinserção (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | Relatórios dos estudos. Documentos produzidos com informação actualizada sobre os indicadores recolhidos. |
| | 25.2. Elaboração de informação actualizada sobre os recursos / respostas disponíveis nesta área, a divulgar através de um Directório de Recursos (área Sistemas de Informação). | 2010-2012 | IDT e outras entidades | N.º de conteúdos produzidos para inserção no Directório de Recursos. |
| | 25.3. Promoção de intervenções formativas dirigida a profissionais e outros interven- | 2010-2012 | IDT, ISS, IEFP, DGSP, | N.º de intervenções formativas. |



| | | | | |
|--|---|-----------|--|--|
| | res na área da reinserção (área Prevenção, Formação, Comunicação e Educação). | | DGRS, CNPCJ e outras entidades | N.º de entidades envolvidas. N.º de participantes abrangidos. Relatório crítico. |
| | 25.4. Monitorização e avaliação contínua das intervenções. | 2010-2012 | IDT, ISS, IEFP, DGSP, DGRS, CNPCJ e outras entidades | N.º de indicadores de monitorização definidos. Relatórios de avaliação produzidos. |



6. AVALIAÇÃO DO PLANO

Este Plano Nacional deve ser avaliado em termos de processo, de resultados e de impacto.

Desta forma, a avaliação do Plano deverá ser organizada de modo a garantir a monitorização constante para assegurar, a par da sua implementação, a sua permanente adequação à realidade no terreno e aos constrangimentos e disponibilidades no âmbito dos recursos humanos e financeiros.

Neste contexto, a avaliação das intervenções faz parte integrante da conceptualização do presente Plano em todas as áreas operacionais, contemplando a recolha sistemática dos dados necessários à monitorização do processo.

A fim de garantir a avaliação (de processo, de resultados e, nas áreas possíveis, de impacto) atempada e de qualidade, deve o Plano Nacional contemplar o seguinte:

- A nomeação de uma Subcomissão específica da Comissão Técnica a funcionar junto do Conselho Interministerial, dedicada ao acompanhamento da implementação deste Plano, apoiada por um grupo de técnicos do IDT, I.P. e de outros serviços, que elaborará e apresentará uma metodologia de avaliação, indicadores a serem monitorizados e produzirá relatórios intercalares anuais.
- O acompanhamento permanente deste grupo de trabalho pelo Conselho Nacional nomeadamente na apreciação da metodologia proposta e dos relatórios intercalares.

Deverá considerar-se ainda a realização de uma avaliação de meio-termo, centrada num Fórum alargado. Propõe-se que tenha uma componente mista, por um lado seja um evento de carácter científico, por outro uma oportunidade para os parceiros e *stakeholders* poderem discutir a implementação do Plano e os resultados já mensuráveis e/ou efectivos, contribuindo, caso necessário, para reorientação das acções com vista ao cumprimento dos resultados a atingir.



7. RECURSOS E FINANCIAMENTO

Face à gravidade dos Problemas Ligados ao Álcool em termos de Saúde Pública, expresso no lugar que ocupa internacionalmente a nível da carga global da doença (DALY), e sendo um importante factor de risco para a saúde em Portugal, é necessário definir a alocação de recursos financeiros no âmbito da execução das acções e medidas previstas no actual Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

Assim, serão de considerar como pertinentes os seguintes pontos relacionados com esta matéria:

1. As medidas e acções previstas em cada um dos objectivos deste Plano Nacional deverão ser financiadas a partir do orçamento corrente das entidades responsáveis envolvidas.
2. Contudo, serão equacionadas fontes de financiamento suplementar a ser aplicado no âmbito da investigação, formação e campanhas de sensibilização dirigidos à minimização dos efeitos nocivos do álcool. Para além de uma atenção particular aos programas internacionais, nomeadamente no âmbito da UE, encara-se ainda a possibilidade de atribuição de parte das receitas dos jogos sociais.



8. NOTA FINAL

O diagnóstico internacional, nomeadamente europeu, no que diz respeito ao consumo de álcool e aos padrões da sua utilização, tem correspondência, no essencial, com o contexto da realidade nacional. Alguns países desenvolveram estratégias que se têm revelado eficazes, tendo a União Europeia a preocupação em fornecer os suportes informativos e exemplos de boas práticas, assim como recomendações que possam ajudar todos os Estados-Membros a reunirem os esforços necessários no sentido da resolução consistente desta problemática; nesta perspectiva, as opções contidas neste Plano consubstanciam, em grande medida, as orientações que melhores resultados têm alcançado, numa óptica ajustada à realidade nacional.

Identificados os principais problemas a resolver sobre esta matéria, e traçadas as linhas mestras para a sua execução, está lançado o desafio para que, através de uma melhor coordenação de esforços de todos os serviços e entidades envolvidos, se consigam rentabilizar os recursos existentes e operacionalizar eficazmente este Plano.



9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, P. *et al.* (2008a). *Binge Drinking and Europe: Report*. Germany: IAS/DHS.
- Anderson, P. *et al.* (2008b). *Reducing Drinking and Driving: Report*. Germany: IAS/DHS.
- Anderson, P.; Baumberg ; B. (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective: A report for the European Commission*. UK: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P.; Gual, A.; Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia.
- Associação Industrial Portuguesa (2000). *Programa Solidariedade: Programa para Controlo do Abuso do Álcool e Consumo de Drogas no Meio Laboral 18/7/2000*. Lisboa: AIP.
- Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (2008). *Estratégia Nacional de Segurança Rodoviária 2008-2015*. Lisboa: ANSR.
- Autoridade para as Condições do Trabalho (2008). *Relatório sobre Acidentes de Trabalho Mortais Objecto de Inquérito*. Lisboa: ACT.
- Babor, *et al.* (1994). *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: WHO.
- Balsa *et al.* (2003). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa 2001*. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.
- Balsa *et al.* (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral: Portugal 2007*. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.
- Comissão das Comunidades Europeias (2001). *Recomendação da Comissão relativa ao teor de álcool no sangue (TAS) máximo permitido aos condutores de veículos a motor*. Bruxelas.
- Comissão das Comunidades Europeias (2006), *Uma estratégia comunitária para apoiar os Estados-membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool*. Bruxelas, 24.10.2006, COM (2006) 625 final.
- Cortez-Pinto, H.; Marques-Vidal, P.; Monteiro, E. (2004). *Liver disease-related admissions in Portugal: clinical and demographic pattern*. In *Eur J Gastroenterol Hepatol*, Sep; 16 (9), pp 873-7.
- Dawson, D.A., Goldstein. R.B., Chou S.P.;Ruan, W.J.;Grant, B.F. (2008) *Age at First Drink and the First Incidence of Adult-Onset DSM-IV Alcohol Use Disorders*. In *Alcohol Clinical Experimental Research*, Dec; 32 (12), pp 2149-60
- European Commission - Directorate General for Energy and Transport (2004). *Road Safety Quick Indicator 2003*. European Commission/DG TREN.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2007). *Drug Used and Related Problems among very young people (under 15 years old)*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Feijão, F. (2007). *Adolescentes e Consumo de Substâncias Psicoactivas: o tempo e o território enquanto factores subjacentes às dinâmicas de consumo em Portugal e na Europa*. In *Toxicod dependências*, Vol. 13, n.º 1, pp 59-80.



- Feijão, F. (2008). *Inquérito Nacional em Meio Escolar 2006: Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoactivas: Uma abordagem integrada: Resultados Preliminares*. - Apresentação em Congresso (Évora).
- Gameiro, A. (1997). *Hábitos de Consumo de Bebidas Alcoólicas na População Portuguesa*. Editorial Hospitalidade.
- Hibell, Bjorn et al. (2007). *The 2007 ESPAD Report: Substance Use among Students in 35 European Countries*. Stockholm: CAN/Pompidou Group/Council of Europe.
- Hingson, R.; Heeren, T; Winter, M.R. (2006). *Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence: Age at Onset, Duration, and Severity*. In Arch Pediatr Adolesc Med.;160, pp 739-746.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (1997). *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1996: dados gerais*. Lisboa: INSA/ Observatório Nacional de Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2001). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999: dados gerais*. Lisboa: INSA/Observatório Nacional de Saúde.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge; Instituto Nacional de Estatística (2007). *Inquérito Nacional de Saúde (4.º) 2005/2006: Principais Indicadores*. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística.
- Jefferis, B.J.M.H. ; Powwer, C. ; Manor, O. (2005) *Adolescent drinking level and adult binge drinking in a national birth cohort*. Addiction 100, nº 4, pp. 543-49.
- Jernigan, D.H. (2001). *Global Status Report: Alcohol and Young People*. Geneve: WHS.
- Lewin, I (1982). *Driver training: a perceptual-motor skill approach*. In Ergonomics, Oct; 25 (10), pp 917-24.
- Madelin, R. (2008). *Alcohol and Health: the EU Strategy*. European Alcohol an Health Forum. Brussels: EU.
- Marinho, R. (2001). *Perspectiva médica sobre taxa de alcoolemia de 0,2 mg/ml*. In Revista Portuguesa de Clínica Geral, Vol.17, pp 471-86.
- Marinho, R. (2008). *O álcool e os jovens*. In Revista Portuguesa Clínica Geral, Vol. 24, pp 293-300.
- Matos, M. et al. (2001). *Aventura Social & Saúde. Os Jovens Portugueses e o Álcool*. Tema 7, nº 1. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Matos, M. et al. (2008). *Consumo de Substâncias. Estilo de Vida? À Procura de um Estilo?*. Lisboa. IDT, I.P.
- McQueen, K. A. (2004). *Alcoholism*. In: Rakel RE, Bope ET, eds. Conn's Current Therapy. Philadelphia, Pa: WB Saunders. pp 1141-1145.
- McQueen, K. A. (2004). *Alcoholism*. In: Rakel RE, Bope ET, eds. Conn's Current Therapy. Philadelphia, Pa: WB Saunders; pp 1141-1145. - Citado por: Alcoholism and Pathways to Recovery: New Survey Results on Views and Treatment Options CME.
- Mello, Maria Lucília Mercês et al. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.



Ministério da Defesa Nacional – Direcção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar (2000). *Programa para a Prevenção e Combate à Droga e ao Alcoolismo nas Forças Armadas*. Despacho nº 13043/2000 D.R. II Série. Nº 146 (2000-06-27) p. 10771-10776.

Ministério da Defesa Nacional – Marinha de Guerra Portuguesa (2005), *Projecto Vencer – Anexo A da Directiva do Vice – Almirante Superintendente dos Serviços do Pessoal sobre Consumo de Droga e Abuso do Álcool* de 01JUL05.

Ministério da Saúde (2004a). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde, vol. 1.

Ministério da Saúde (2004c). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: orientações estratégicas*. Lisboa: Ministério da Saúde, vol. 2.

Moskowitz, H.; Florentine, D. (2000). *A review of the literature on the effects of low doses of alcohol on driving-related skills*. Washington: NHTSA/ DC.

Observatório de Segurança (2007). *Relatório Sinistralidade Rodoviária 2007: Elementos estatísticos de 2006*. Lisboa: Observatório de Segurança.

Österberg, E.; Karlsson, T. *Alcohol Policies in EU member States and Norway: A collection of country reports*.

Presidência da República (2006). *Roteiro para a Inclusão – 1.ª Jornada 2006: Regiões periféricas, Envelhecimento e Exclusão*. Lisboa: Presidência da República.

Raistrick, D. ; Heather, N. ; Godfrey, C. (2006). *Title Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. Uk: The National Treatment Agency for Substance Misuse.

Relatório de Actividades das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (2005-2006), CNPCJR/ISS.I P.

Ribeiro, C. (2008). *Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Que papel para os Cuidados de Saúde Primários*. In Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 24, pp 323-29.

Vis, M.A.; van Gent, A.L. (2007). *Road Safety Performance Indicators: Country Profiles*. Deliverable D3.7b of the EU FP6 project Safetynet.

World Drink Trends. (2005). Oxfordshire: World Advertising Research Center.

World Health Indicators Report - Health Status Indicators (2005) – Country Profiles – Portugal.

WHO Regional Office for Europe (1995). *European Charter on Alcohol*. Copenhagen. - Ministério da Saúde. *Carta Europeia Sobre o Álcool*. Edição em português da DGS.

WHO Regional Office for Europe (1992). *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen: WHO.

Organização Mundial de Saúde (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.

Organização Mundial de Saúde (2000). *European Alcohol Action Plan 2000-2005*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Global Burden of Disease Study*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.



Organização Mundial de Saúde (2001). *Stockholm Declaration on Alcohol and Young people*. Copenhagen: WHO/ Regional Office for Europe.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Report reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO.

Organização Mundial de Saúde (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: WHO/Department of Mental Health and Substance Abuse.

Organização Mundial de Saúde (2005a). *Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

Organização Mundial de Saúde (2005b). *Framework for Alcohol Policy in the European Region*. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.

Zador, P.L.; Krawchuk, S.A.; Voas, R.B. (2001). *Relative risk of fatal crash involvement by BAC, age and gender*. Washington:NHTSA.

Documentos Electrónicos:

Alto-Comissariado da Saúde. (2008). Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos. In *Indicadores e metas do PNS*. Consultado em 2 de Fevereiro, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/>

Alto-Comissariado da Saúde. (2009). Traumatismos: número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool. In *Indicadores e metas do PNS*. Consultado em 2 de Fevereiro, em <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/>



10. GLOSSÁRIOS DE SIGLAS

| | |
|------------|--|
| ACT | Autoridade para as Condições do Trabalho |
| AHP | AHP - Associação da Hotelaria de Portugal |
| AIP | Associação Industrial Portuguesa |
| ANSR | Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária |
| APED | Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição |
| APEF | Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado |
| APMCG | Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral |
| ARESP | Associação da Restauração e Similares de Portugal |
| ARS | Administração Regional de Saúde |
| ASAE | Autoridade de Segurança Alimentar e Económica |
| CAP | Confederação dos Agricultores de Portugal |
| CGTP | Confederação Geral dos Trabalhadores Portugueses |
| CHAPAPs | Reducing Harm and Building Capacities for Children Affected by Parental Alcohol Problems in Europe |
| CNPCJR | Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco |
| CONFAP | Confederação Nacional das Associações de Pais |
| CPCJ | Comissão de Protecção de Crianças e Jovens |
| CRA | Centro Regional de Alcoologia |
| CRI | Centro de Resposta Integrada |
| DALY | Disability Adjusted Life Years Lost |
| DGRS | Direcção Geral de Reinserção Social |
| DGS | Direcção Geral da Saúde |
| DGSP | Direcção Geral dos Serviços Prisionais |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| ELSA | “Enforcement of National Laws and Self - Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol” |
| ESPAD | European School Survey on Alcohol and Other Drugs |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FCT | Faculdade de Ciências e Tecnologia |
| GNR | Guarda Nacional Republicana |
| HBSC | Health Behaviour in School-aged Children |
| IDT, I.P. | Instituto da Droga e da Toxicod dependência, Instituto Público |
| IEFP, I.P. | Instituto do Emprego e Formação Profissional |
| IMTT, I.P. | Instituto da Mobilidade e dos Transportes Terrestres |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INME | Inquérito Nacional em Meio Escolar |
| INML, I.P. | Instituto Nacional de Medicina Legal, Instituto Público |
| ISS, I.P. | Instituto de Segurança Social |



| | |
|----------|---|
| MDN | Ministério da Defesa Nacional |
| ME/DGIDC | Ministério da Educação/ Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular |
| MJ | Ministério da Justiça |
| MS | Ministério da Saúde |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PAE | Programas de Assistência a Empregados |
| PHP | Pathways for Health Project |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PLA | Problemas Ligados ao Álcool |
| PNS | Plano Nacional de Saúde |
| PRACE | Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado |
| PHEPA | Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professional's Daily Work |
| PRP | Prevenção Rodoviária Portuguesa |
| PSP | Polícia de Segurança Pública |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SNIA | Sistema Nacional de Informação sobre o Álcool |
| SPMT | Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho |
| TAS | Taxas de Alcoolemia no Sangue |
| UE | União Europeia |
| UGT | União Geral de Trabalhadores |
| VIH | Vírus de Imunodeficiência Humana |

