

**CONSULTA TÉCNICA SOBRE
OS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA
CAUSADOS PELO USO NOCIVO DE ÁLCOOL
NA REGIÃO AFRICANA**

*Brazzaville, República do Congo
10-12 de Maio de 2006*

RELATÓRIO FINAL



**Organização
Mundial da Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**



**CONSULTA TÉCNICA SOBRE OS
PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA
CAUSADOS PELO USO NOCIVO DE ÁLCOOL
NA REGIÃO AFRICANA**

*Brazzaville, República do Congo
10-12 de Maio de 2006*

RELATÓRIO FINAL

Organização Mundial da Saúde
Escritório Regional Africano
Brazzaville - 2007

Registo no Catálogo de Publicações da Biblioteca AFRO

Consulta Técnica sobre os Problemas de Saúde Pública causados pelo uso nocivo de álcool, na Região Africana

1. Consumo de Bebidas Alcoólicas - efeitos adversos – economia – prevenção e controle
2. Transtornos Relacionados ao Uso de Álcool – economia – terapia
3. Transtornos Induzidos por Álcool – economia – terapia
4. Comportamento Social
5. Diretrizes para o Planeamento em Saúde
6. África

ISBN: 978 929 034 0249 S (Classificação NLM: WM 274)

© Escritório Regional Africano da OMS, 2007

As publicações da Organização Mundial da Saúde gozam de protecção de direitos de autor, de acordo com as disposições do Protocolo 2 da Convenção Universal dos Direitos de Autor. Todos os direitos são reservados. Podem obter-se cópias desta publicação junto de “Publication and Language Services Unit, WHO Regional Office for Africa, P.O. Box 6, Brazzaville, Republic of Congo” (Tel: +47 241 39100; Fax: +47 241 39507; E-mail: afrobooks@afro.who.int). Os pedidos de autorização para reproduzir ou para traduzir esta publicação - seja para venda ou para distribuição não comercial - devem ser enviados para o mesmo endereço.

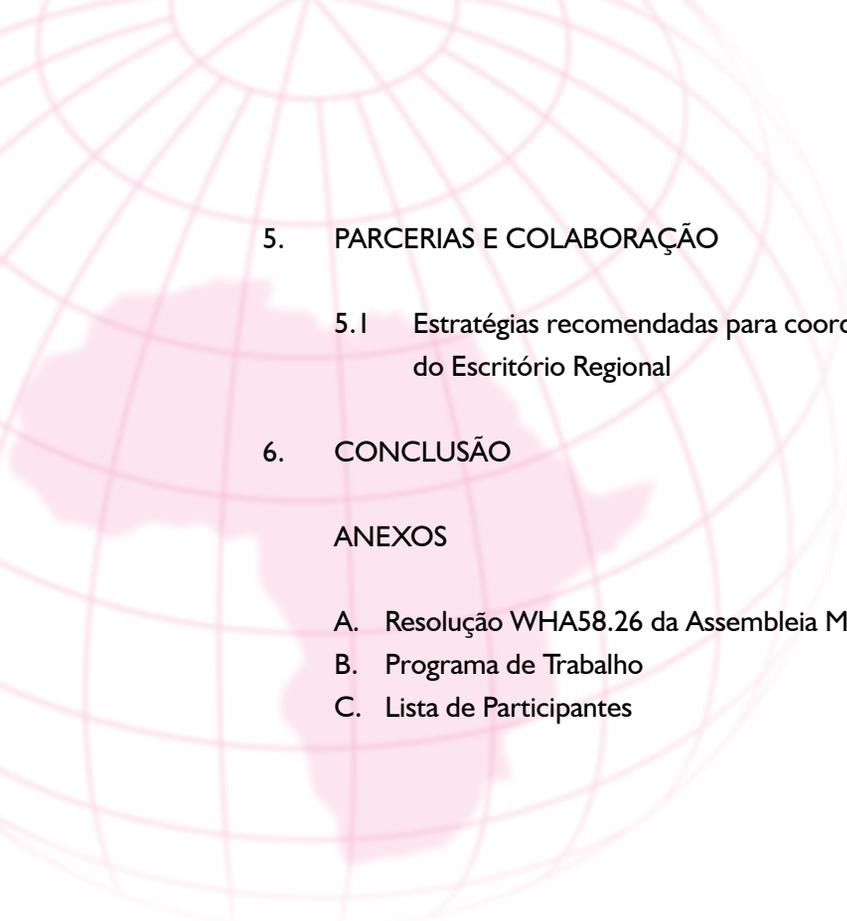
As designações empregues e a apresentação do material contido nesta publicação não pressupõem a expressão de qualquer espécie de opinião da parte da Organização Mundial da Saúde no que se refere ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área, ou das suas autoridades, ou no que se refere à delimitação das suas fronteiras ou limites. As linhas ponteadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas, em relação às quais pode não haver ainda um acordo total.

A referência a empresas concretas ou a produtos de certos fabricantes não implica que eles sejam aprovados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde preferivelmente a outros de natureza semelhante, mas que não sejam mencionados. Salvaguardados possíveis erros ou omissões, os nomes de produtos com marca registada são distinguidos por meio de letras maiúsculas.

A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções possíveis para verificar as informações contidas nesta publicação. Contudo, o material publicado é distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja ela expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e pela utilização do material em questão cabe ao leitor. A Organização Mundial da Saúde ou o seu Escritório Regional Africano não serão de qualquer modo responsáveis por quaisquer danos resultantes da sua utilização.

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUÇÃO	1
2. O PESO ECONÓMICO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA REGIÃO AFRICANA	2
2.1 O álcool e os jovens	3
2.2 O álcool e as mulheres	4
2.3 Factores de risco associados ao uso nocivo de álcool	4
2.4 Quantidades de álcool consumidas	5
2.5 Os custos económicos do consumo de álcool	5
2.6 Os problemas de saúde e os problemas sociais associados ao uso nocivo de álcool	5
2.7 Perturbações ligadas ao consumo de álcool e respectivo tratamento	7
3. ANÁLISE DE SITUAÇÃO	7
3.1 Recolha de dados e sistemas de informação	7
3.2 Análise de situação ao nível dos países	9
3.3 Actividades com vista à melhoria das análises de situação nos diversos países e na Região	10
3.4 Estratégias recomendadas ao nível do Escritório Regional	11
4. INTERVENÇÕES	11
4.1 Actuais respostas nacionais aos problemas relacionados com o consumo de álcool	11
4.2 Estratégias de políticas recomendadas para a Região Africana	13
4.3 Áreas prioritárias para formulação de políticas e de acções de intervenção	14
4.4 Mecanismos regionais recomendados para apoio à formulação de políticas e intervenções relativas ao álcool	15



5.	PARCERIAS E COLABORAÇÃO	16
5.1	Estratégias recomendadas para coordenação por parte do Escritório Regional	17
6.	CONCLUSÃO	18
	ANEXOS	
A.	Resolução WHA58.26 da Assembleia Mundial de Saúde	21
B.	Programa de Trabalho	23
C.	Lista de Participantes	26

1. INTRODUÇÃO

A Consulta Técnica da OMS sobre os Problemas de Saúde Pública causados pelo uso nocivo de álcool na Região Africana realizou-se no Escritório Regional Africano da OMS, em Brazzaville, República do Congo, entre 10 e 12 de Maio de 2006. A reunião foi convocada na sequência da aprovação da Resolução WHA58.26 sobre Problemas de Saúde Pública Causados pelo Uso Nocivo de Álcool, na Quinquagésima-oitava Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra, em Maio de 2005. Esta resolução (vide Apêndice A) atribui à OMS o mandato de apresentar alguns pedidos específicos dos Estados-Membros, e incumbe o Director-Geral da OMS, de intensificar esforços para reduzir, a nível nacional, regional e dos problemas relacionados com o consumo de álcool. Os objectivos principais da consulta técnica consistiram em avaliar a situação relacionada com a produção e o consumo de álcool, e com as suas consequências nefastas, e criar um programa para orientar o trabalho acerca do álcool na Região Africana ao longo dos próximos cinco anos (vide Apêndice B: Programa de Trabalho).

A reunião teve início com observações introdutórias pronunciadas pelo Dr. R. Chatora (Director da Divisão de Doenças Não Transmissíveis), seguidas de uma alocução de abertura pelo Dr. P. Lusamba-Dikassa, Director de Gestão de Programas, em nome do Dr. L. G. Sambo, Director Regional. Na reunião participaram representantes de Angola, Benim, Cabo Verde, República Democrática do Congo, República do Congo, Côte d'Ivoire, Quênia, Mali, Nigéria, África do Sul, Tanzânia, Uganda e Zimbabwe, representantes de organizações não governamentais, (Cruz Azul da República do Congo e do Lesoto, “*Uganda Youth Development Link*” e representantes de agências das Nações Unidas (Gabinete das Nações Unidas Contra a Droga e a Criminalidade UNODC, e Secretariado da OMS). Os participantes eram representantes de ministérios da Saúde, de instituições académicas, das profissões médicas e afins, de ONG e da sociedade civil.

A reunião de consulta foi organizada pela Dr^a T. Agossou (Escritório Regional da OMS para África) em colaboração com o Dr. V. Poznyak Dr. I. Obot (OMS, Genebra) e Professor C. Parry (*Medical Research Council*, Cidade do Cabo). A reunião foi presidida pelo Professor A. Odejide (*University College Hospital*, Ibadan) e foi co-presidida pelo Professor B. Koumare (Universidade de Bamaco Hôpital National du Pont G). O relator foi a Dr^a. N. Morojele (*Medical Research Council*, Pretória) (vide I Apêndice C: Lista de Participantes).

Durante a reunião consultiva de três dias, os delegados apresentaram o peso do consumo de álcool, assim como as políticas e as respostas proporcionadas pelos diversos programas neste domínio na Região. Debateram igualmente recomendações relativas aos mecanismos regionais de apoio aos esforços nacionais e regionais com vista à resolução do problema do peso que representa o consumo de álcool na Região. A reunião consultiva teve por finalidade orientar o Escritório Regional Africano da OMS no desenvolvimento de estratégias para a Região Africana.

2. O PESO DO CONSUMO DE ÁLCOOL NA REGIÃO AFRICANA

De acordo com o relatório sobre a situação global¹ calcula-se que o álcool cause 1,8 milhões de óbitos por ano, envolvendo cerca de um terço dessas mortes lesões não intencionais. O álcool¹ está associado a uma perda de 58,3 de milhões de anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) e é um factor de risco em mais de 60 doenças. Aproximadamente dois milhares de milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas e calcula-se que 76,3 milhões sofrem de alguma perturbação diagnosticável associada ao consumo de álcool. O consumo de álcool é responsável por 4% do peso mundial das doenças.

Em muitos locais de África, os problemas associados ao consumo de álcool estão a aumentar. Na África Subsariana, calcula-se que 1,8% do peso das doenças é atribuível ao álcool e, 1,3% ao consumo de alto risco². O Professor Parry referiu durante a sua apresentação que o álcool representa 7% do peso resultante de morte e de incapacidade, aparecendo em terceiro lugar a seguir ao sexo desprotegido e à violência interpessoal. A Região Africana apresenta o nível mais elevado de consumo total de álcool por consumidor, expresso em litros, sendo a distribuição por género 30% de mulheres e 55% de homens. O Uganda é o país do mundo como mais elevado consumo de álcool per capita. O padrão mais característico de consumo de álcool na Região está associado a um consumo excessivo e episódico. Os problemas resultantes do consumo de álcool não se devem apenas às quantidades bebidas, mas sobretudo aos padrões de consumo de álcool.

¹ WHO, *Global status report on alcohol 2004*, Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.

² Rehm J, Alcohol. In: Jamison DT et al (eds), *Disease control priorities in developing countries*, second edition, pp. 887–906, New York, Oxford University Press for the World Bank, 2006.

Os níveis de consumo de álcool e os problemas e os danos associados ao álcool podem ser relacionados com a disponibilidade das bebidas alcoólicas. Além do álcool exportado, a quantidade de álcool disponível em qualquer ocasião inclui o álcool produzido localmente e o álcool importado, assim como quaisquer stocks remanescentes. O Professor Kilonzo, na sua exposição, salientou a necessidade de se prestar toda a atenção tanto ao consumo de álcool não registado, como registado para calcular a disponibilidade. Este último refere-se aos valores oficiais de consumo, de vendas e de comércio de álcool. O consumo não registado refere-se a valores não oficiais relativos a bebidas produzidas domesticamente, aos viajantes, às importações, ao contrabando, aos sucedâneos de álcool (álcool que não se destina a ser consumido e às bebidas com um teor de álcool inferior à definição legal. De modo geral, as estimativas dos valores mais elevados de consumo de álcool são obtidas de estudos sobre a sua disponibilidade e não de estudos sobre o consumo, possivelmente devido a incompleta comunicação de dados e a deficiente registo da quantidade de álcool consumida. Em muitos locais de África constata-se que o consumo não registado de álcool é elevado. O Professor Kilonzo apresentou níveis de consumo de 90% na Tanzânia e no Uganda, e de 80% no Quênia. Há uma grande percentagem de abstémios em muitos países africanos, o que sugere que a maior parte do consumo ocorre entre uma pequena minoria da população, em especial entre os homens.

2.1 O álcool e os jovens

Entre os jovens, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (consumo de cinco ou mais bebidas em cada ocasião) é a forma mais comum de consumo de álcool. Nas suas exposições, os Professores Odejide, Koumaré e Ndetei, e a Dra. Morojele, descreveram o consumo de álcool entre os jovens, fundamentalmente associado a uma questão de euforia, razões sociais e mero prazer, respectivamente, nas áreas ocidental, oriental e austral de África. As bebidas variam, mas consistem principalmente em cerveja para os homens; cidra, vinho e bebidas alcoólicas gaseificadas para as mulheres; e bebidas produzidas domesticamente entre a juventude rural e de baixos rendimentos. Há uma variação substancial de país para país nas taxas de consumo de álcool. Vários delegados chamaram a atenção para a idade cada vez menor de início de consumo de álcool e para as taxas de prevalência cada vez mais elevadas do seu consumo, como sendo motivo de especial preocupação. A Dra. Morojele referiu-se aos dados factuais que confirmam estas tendências preocupantes, concretamente na Namíbia, na África do Sul e no Zimbabwe. O Professor Ndetei referiu que esta alteração dos hábitos de consumo se deve a factores como a pobreza, a urbanização e as rápidas alterações socioeconómicas que estão a ocorrer.

2.2 O álcool e as mulheres

Na maior parte dos países da Região, são principalmente as mulheres as responsáveis pela produção das bebidas não comerciais. Um grande número de delegados informaram que as taxas de consumo de álcool entre as mulheres estão a aumentar, sendo as taxas mundiais de consumo entre as mulheres ainda geralmente inferiores às dos homens. Contudo, as taxas de consumo problemático de bebidas alcoólicas entre os homens e as mulheres nem sempre são substancialmente diferentes. Por exemplo, a Dra. Morojele exibiu valores do Inquérito Demográfico e de Saúde da África do Sul de 1998 (*South Africa Demographic and Health Survey of 1998*), que demonstram que os “consumidores de risco” que consomem álcool nos dias de semana úteis totalizam 6,9% de homens e 8,7% de mulheres habituais consumidoras. Os “consumidores de risco”, dos fins de semana, eram 32,3% dos homens e 32,0% das mulheres³. Também a exposição do Professor Koumaré revelou que há pouca diferença entre as taxas de consumo de álcool entre os homens e as mulheres na África Ocidental.

2.3 Factores de risco associados ao uso nocivo de álcool

A era pós-colonial pôs em relevo alterações acentuadas dos hábitos e das quantidades de álcool consumido. Muitos dos delegados presentes identificaram as causas dessas alterações, que atribuíram à urbanização, à comercialização da produção e consumo de álcool (devido às forças de mercado), ao abrandamento dos controlos culturais que limitavam as quantidades e a frequência do álcool consumido (por exemplo, a erosão das regras, dos valores e das tradições, e a estigmatização da embriaguez), e diminuição da coesão social. Os participantes de vários locais da Região Africana identificaram o stress, as condições de trabalho e os problemas financeiros e familiares (por exemplo, problemas conjugais, separações e divórcios, a desintegração familiar, problemas financeiros, a morte de um ente querido) como factores de risco psicossociais que podem conduzir ao uso nocivo de álcool.

A reunião identificou os jovens como grupo particularmente vulnerável aos danos causados à saúde pelo consumo de álcool e debateu os múltiplos níveis dos factores de risco associados ao consumo de álcool entre os jovens. Estes incluem **factores de risco sociais ou culturais** - as normas e a influência da publicidade às bebidas alcoólicas gaseificadas e a outras bebidas alcoólicas que têm os jovens como

³ Consumo potenciador de riscos foi definido como o consumo de cinco ou mais bebidas normais para os homens, e de 3 ou mais bebidas normais para as mulheres.

alvo; factores **comunitários**, como a facilidade relativa de acesso às bebidas alcoólicas; factores **familiares**, como a exposição ao consumo de álcool por parte dos pais e outros comportamentos dos pais; factores **escolares**, como as aspirações académicas ou a realização pessoal, o absentismo e o abandono escolar; factores relacionados com os **colegas**; e factores **individuais**, como o uso de drogas ou a presença de psicopatologias co-mórbidas.

2.4 Quantidades de álcool consumidas

É difícil determinar as verdadeiras quantidades de bebidas alcoólicas consumidas em África, porque se calcula que 50% do consumo não é registado e muito desse consumo não inclui bebidas não comerciais. Essas bebidas são produzidas pela fermentação de produtos agrícolas como os cereais, os frutos, a cana-de-açúcar, o mel e o óleo de palma. A OMS apresenta estimativas do consumo não registado de álcool e demonstrou que os países de África com elevadas taxas de consumo não registado incluem as Maurícias, o Uganda, o Zimbabwe, as Seychelles e o Quênia⁴. A avaliação do consumo de álcool baseada em valores registados é muito mais fiável, mas a utilização exclusiva desses valores tem como resultado estimativas das quantidades de álcool inferiores às realmente consumidas.

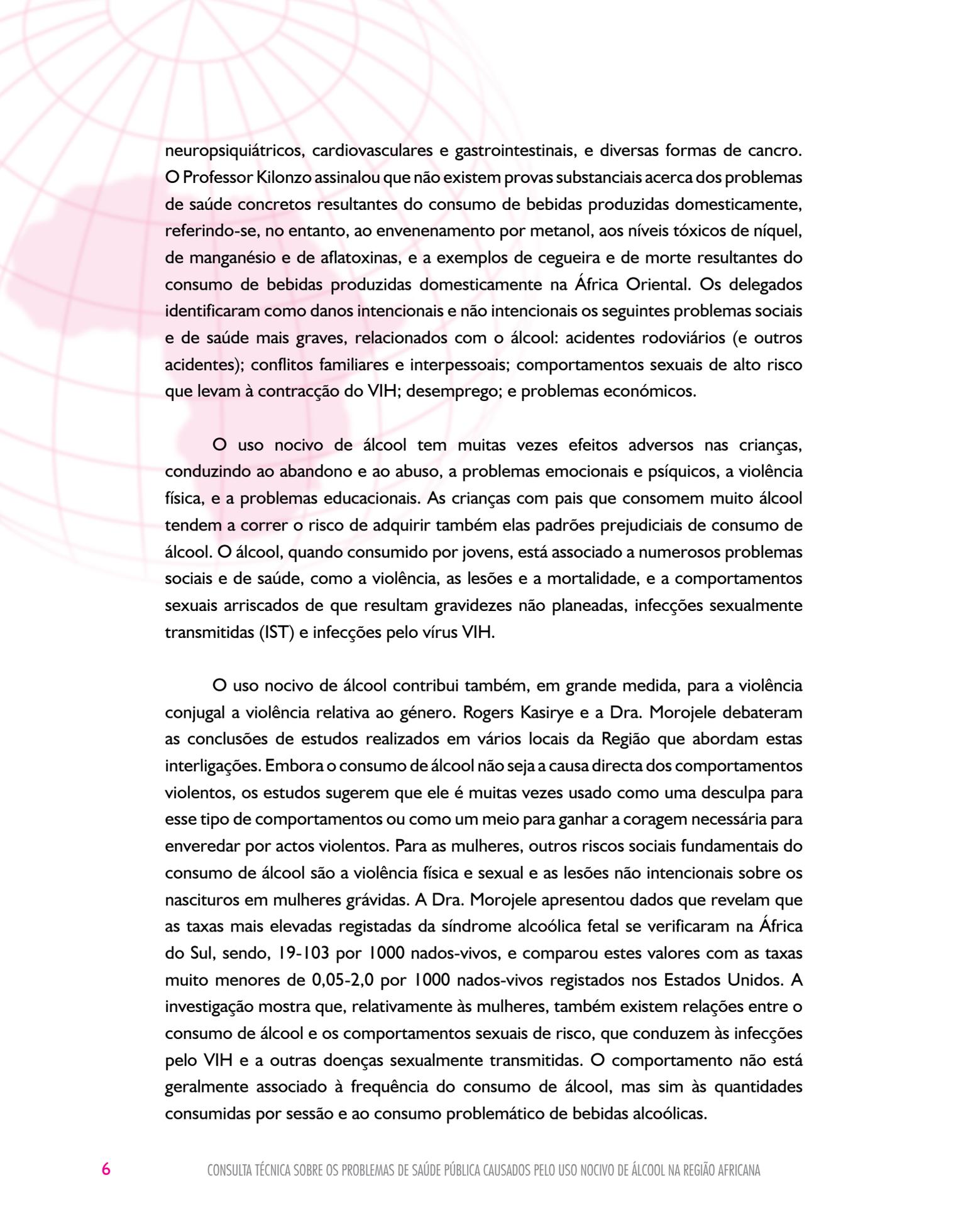
2.5 Os custos económicos do consumo de álcool

Os estudos realizados sobre o consumo de álcool em África são de uma maneira geral limitados, mas, a avaliar pelos valores internacionais, esse consumo tem claramente importantes efeitos directos e indirectos na economia, no crescimento e no desenvolvimento. O Professor Parry referiu que os custos económicos do uso nocivo de álcool na África do Sul foram calculados em aproximadamente 9 milhares de milhões de Rands por ano, e que o álcool contribui para 1% do produto interno bruto. Rogers Kasirye referiu que, relativamente ao Uganda, esta percentagem atinge 10%.

2.6 Problemas de saúde e problemas sociais associados ao uso nocivo de álcool

O Professor Odejide traçou um panorama dos numerosos problemas de saúde resultantes do uso nocivo de álcool, incluindo efeitos tóxicos agudos, problemas

⁴ WHO, *Global status report on alcohol 2004*, Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004.



neuropsiquiátricos, cardiovasculares e gastrointestinais, e diversas formas de cancro. O Professor Kilonzo assinalou que não existem provas substanciais acerca dos problemas de saúde concretos resultantes do consumo de bebidas produzidas domesticamente, referindo-se, no entanto, ao envenenamento por metanol, aos níveis tóxicos de níquel, de manganésio e de aflatoxinas, e a exemplos de cegueira e de morte resultantes do consumo de bebidas produzidas domesticamente na África Oriental. Os delegados identificaram como danos intencionais e não intencionais os seguintes problemas sociais e de saúde mais graves, relacionados com o álcool: acidentes rodoviários (e outros acidentes); conflitos familiares e interpessoais; comportamentos sexuais de alto risco que levam à contracção do VIH; desemprego; e problemas económicos.

O uso nocivo de álcool tem muitas vezes efeitos adversos nas crianças, conduzindo ao abandono e ao abuso, a problemas emocionais e psíquicos, a violência física, e a problemas educacionais. As crianças com pais que consomem muito álcool tendem a correr o risco de adquirir também elas padrões prejudiciais de consumo de álcool. O álcool, quando consumido por jovens, está associado a numerosos problemas sociais e de saúde, como a violência, as lesões e a mortalidade, e a comportamentos sexuais arriscados de que resultam gravidezes não planeadas, infecções sexualmente transmitidas (IST) e infecções pelo vírus VIH.

O uso nocivo de álcool contribui também, em grande medida, para a violência conjugal a violência relativa ao género. Rogers Kasirye e a Dra. Morojele debateram as conclusões de estudos realizados em vários locais da Região que abordam estas interligações. Embora o consumo de álcool não seja a causa directa dos comportamentos violentos, os estudos sugerem que ele é muitas vezes usado como uma desculpa para esse tipo de comportamentos ou como um meio para ganhar a coragem necessária para enveredar por actos violentos. Para as mulheres, outros riscos sociais fundamentais do consumo de álcool são a violência física e sexual e as lesões não intencionais sobre os nascituros em mulheres grávidas. A Dra. Morojele apresentou dados que revelam que as taxas mais elevadas registadas da síndrome alcoólica fetal se verificaram na África do Sul, sendo, 19-103 por 1000 nados-vivos, e comparou estes valores com as taxas muito menores de 0,05-2,0 por 1000 nados-vivos registados nos Estados Unidos. A investigação mostra que, relativamente às mulheres, também existem relações entre o consumo de álcool e os comportamentos sexuais de risco, que conduzem às infecções pelo VIH e a outras doenças sexualmente transmitidas. O comportamento não está geralmente associado à frequência do consumo de álcool, mas sim às quantidades consumidas por sessão e ao consumo problemático de bebidas alcoólicas.

2.7 Perturbações causadas pelo consumo de álcool e respectivo tratamento

O consumo nocivo de álcool pode conduzir ao desenvolvimento de perturbações relacionadas com o seu consumo e à necessidade de intervenções especializadas, como as de aconselhamento e o tratamento propriamente dito. Muitos delegados referiram a sua preocupação quanto ao facto de os cuidados de tratamento normalmente prestados como parte de serviços psiquiátricos gerais e, com pouca frequência, em centros de tratamento especializados, serem geralmente inadequados, especialmente em relação às mulheres, aos jovens e aos grupos socioeconómicos mais baixos. Por exemplo, certos dados recolhidos pela Rede Epidemiológica da África Austral sobre a Utilização de Drogas (*Southern African Epidemiology Network on Drug Use*) revelam uma aparente sub representação de mulheres a serem submetidas a tratamento. A proporção de mulheres que receberam tratamento por problemas relacionados com o consumo de álcool na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral, entre Janeiro e Junho de 2004, variou entre 0% (Malawi) e 19% (África do Sul). A baixa percentagem de mulheres que receberam tratamento é atribuível a numerosos factores, tais como o acesso limitado, o estigma e as responsabilidades domésticas.

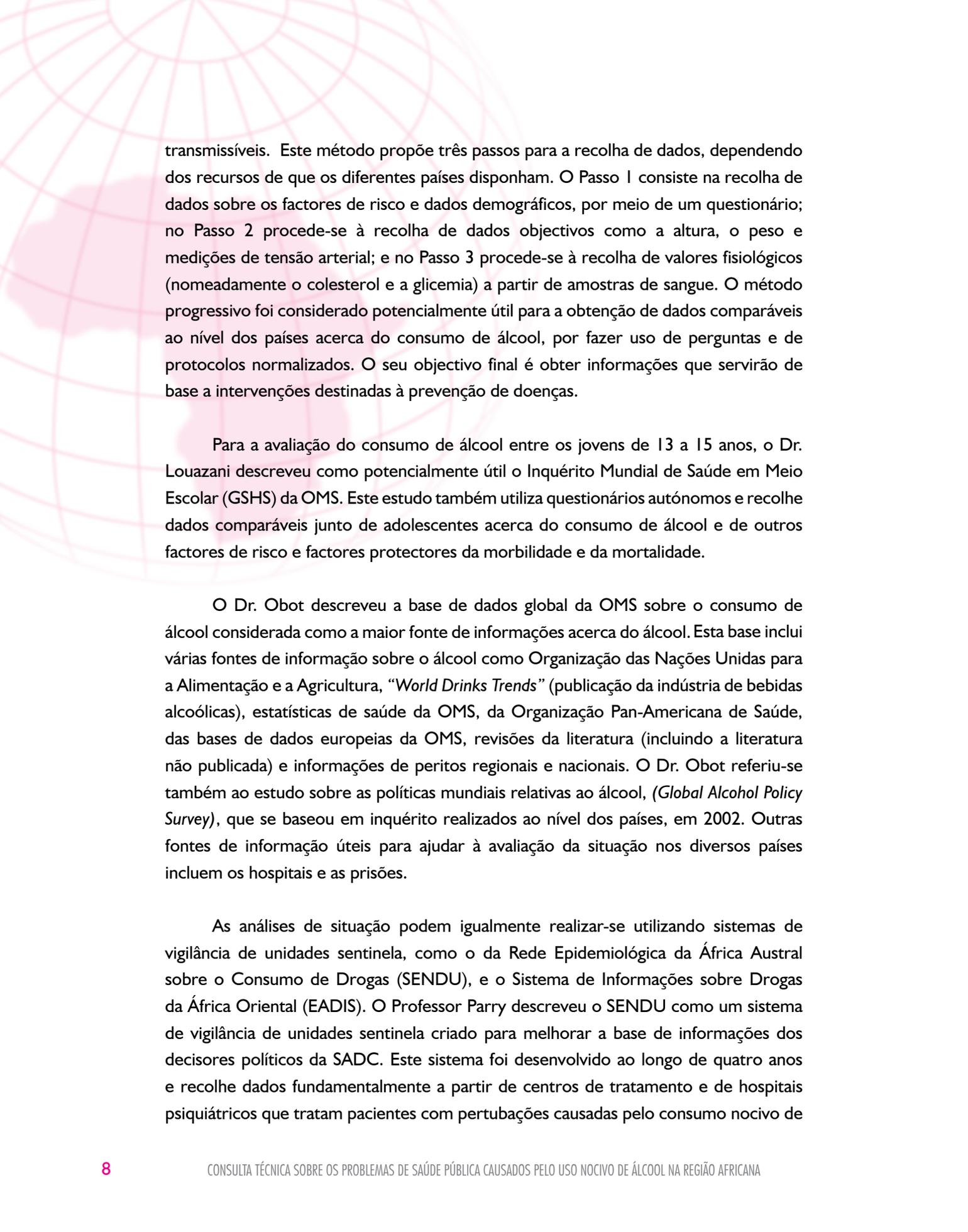
3. ANÁLISES DE SITUAÇÃO

3.1 Recolha de dados e sistemas de informação

Os participantes assinalaram uma falta generalizada de informações coerentes e fidedignas sobre os danos de álcool e sobre as lesões relacionados com o seu consumo, em muitos locais da Região Africana. Quatro delegados descreveram vários sistemas de recolha de dados e de informações sobre o álcool e outras drogas existentes em diversos países e na Região, dando exemplos dos instrumentos utilizados e dos dados recolhidos.

O Dr. Louazani apresentou o Método Progressivo da OMS (STEPS) para a vigilância dos factores de risco das doenças não-transmissíveis⁵. Juntamente com o uso de tabaco, tensão arterial elevada, colesterol e excesso de peso, o consumo de álcool foi identificado como um dos principais factores de risco causadores de doenças não-

⁵ The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting healthy life; WHO, Geneva, 2002.



transmissíveis. Este método propõe três passos para a recolha de dados, dependendo dos recursos de que os diferentes países disponham. O Passo 1 consiste na recolha de dados sobre os factores de risco e dados demográficos, por meio de um questionário; no Passo 2 procede-se à recolha de dados objectivos como a altura, o peso e medições de tensão arterial; e no Passo 3 procede-se à recolha de valores fisiológicos (nomeadamente o colesterol e a glicemia) a partir de amostras de sangue. O método progressivo foi considerado potencialmente útil para a obtenção de dados comparáveis ao nível dos países acerca do consumo de álcool, por fazer uso de perguntas e de protocolos normalizados. O seu objectivo final é obter informações que servirão de base a intervenções destinadas à prevenção de doenças.

Para a avaliação do consumo de álcool entre os jovens de 13 a 15 anos, o Dr. Louzani descreveu como potencialmente útil o Inquérito Mundial de Saúde em Meio Escolar (GSHS) da OMS. Este estudo também utiliza questionários autónomos e recolhe dados comparáveis junto de adolescentes acerca do consumo de álcool e de outros factores de risco e factores protectores da morbilidade e da mortalidade.

O Dr. Obot descreveu a base de dados global da OMS sobre o consumo de álcool considerada como a maior fonte de informações acerca do álcool. Esta base inclui várias fontes de informação sobre o álcool como Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura, “*World Drinks Trends*” (publicação da indústria de bebidas alcoólicas), estatísticas de saúde da OMS, da Organização Pan-Americana de Saúde, das bases de dados europeias da OMS, revisões da literatura (incluindo a literatura não publicada) e informações de peritos regionais e nacionais. O Dr. Obot referiu-se também ao estudo sobre as políticas mundiais relativas ao álcool, (*Global Alcohol Policy Survey*), que se baseou em inquérito realizados ao nível dos países, em 2002. Outras fontes de informação úteis para ajudar à avaliação da situação nos diversos países incluem os hospitais e as prisões.

As análises de situação podem igualmente realizar-se utilizando sistemas de vigilância de unidades sentinela, como o da Rede Epidemiológica da África Austral sobre o Consumo de Drogas (SENDU), e o Sistema de Informações sobre Drogas da África Oriental (EADIS). O Professor Parry descreveu o SENDU como um sistema de vigilância de unidades sentinela criado para melhorar a base de informações dos decisores políticos da SADC. Este sistema foi desenvolvido ao longo de quatro anos e recolhe dados fundamentalmente a partir de centros de tratamento e de hospitais psiquiátricos que tratam pacientes com perturbações causadas pelo consumo nocivo de

álcool e de drogas e também conta com outras fontes de dados, como os inquéritos comunitários, as prisões, as casas mortuárias, as escolas, as celas de prisão preventiva e informações relativas aos casos de exclusão escolar. O principal valor da rede é que os dados são recolhidos ao longo de vários períodos de tempo e em vários países. Sistemas de vigilância como estes podem servir para estimular, como se verificou na África do Sul, a realização de novos projectos de investigação, identificar problemas emergentes de consumo de drogas (por exemplo, a epidemia de metanfetamina) e dar indicações acerca dos níveis de acesso aos tratamentos pelos diversos subgrupos da comunidade.

O Dr. Poznyak descreveu o Sistema Europeu de Informação sobre o Álcool. Este sistema foi fundamentalmente concebido para decisores políticos, pelos profissionais ligados à prevenção e ao controlo do consumo de álcool e pelos investigadores e seus parceiros mundiais. A Rede Europeia obtém de cada país dados sobre as políticas praticadas, assim como sobre os consumos e consequentes danos, como os consumos *per capita*, rácios de mortalidade normalizados, lesões intencionais e não intencionais, incidência de psicoses causadas pelo álcool, acidentes rodoviários, e dados sobre a morbilidade. Na Região, os países possuem interlocutores equivalentes - que são normalmente os ministérios da saúde - que se ocupam da implementação de políticas relativas ao álcool de identificação de alvos concretos e que são responsáveis por pôr em prática mecanismos de tributação fiscal e de fixação de preços.

3.2 Análises de situação a nível dos países

Os participantes da Consulta Técnica assinalaram disparidades no nível de implementação das análises de situação na Região. Nalguns países não existe um ambiente propício à realização de uma análise de situação, já que esses dispõem de poucas, ou mesmo nenhuma, políticas ou estratégias bem definidas relativamente ao álcool. As limitações de recursos humanos e financeiros têm dificultado a realização de avaliações da situação. A complexidade do consumo de álcool em África (o que inclui o consumo não registado, o consumo comunitário, o consumo de bebidas com teor desconhecido de álcool e de outros ingredientes) também impede que as avaliações sejam exactas. A falta de instrumentos de confiança, válidos e normalizados para a medição das bebidas produzidas domesticamente tem dificultado a medição correcta desse consumo de álcool. Além disso, a falta, em muitos países, de fontes fidedignas com origem nos serviços públicos, sobre dados periódicos relativos ao consumo de álcool (por exemplo, hospitais e outros serviços de prestação de cuidados de saúde) impede a utilização desse tipo de registos nas actividades de vigilância.

3.3 Actividades com vista à melhoria das análises de situação nos diversos países e na Região Africana

Os participantes consideraram as actividades a seguir enumeradas como sendo potencialmente úteis para melhorar as análises de situação nos países da Região:

- 1) Conclusão do mapeamento e das auditorias para se determinar a natureza das informações existentes, dos sistemas de recolha de dados, e das respostas dadas de tratamentos e prevenção;
- 2) Realização de investigação para se determinarem os danos concretos causados pelas bebidas produzidas domesticamente, visto que constituem a maior parte do álcool consumido em muitas comunidades de África;
- 3) Realização de investigação para se determinarem os padrões, modelos, tendências e danos relacionados com o consumo de álcool entre determinados grupos, como as mulheres, os jovens (jovens que abandonaram a escola, em especial), as comunidades rurais, as pessoas deslocadas internamente, os agentes da autoridade e os agentes de saúde;
- 4) Realização de investigação para se determinarem os custos económicos e o peso das doenças causadas pelo consumo de álcool na Região Africana;
- 5) Formação de profissionais de saúde e de profissionais associados na área da análise de situações e dos métodos de recolha de dados, a fim de aumentar a sustentabilidade dos esforços de vigilância;
- 6) Criação de redes multissetoriais para se melhorarem as avaliações nos diversos países (incluindo as avaliações e as intervenções rápidas);
- 7) Criação de parcerias entre as instituições que trabalham na área do consumo de álcool e noutras áreas da saúde pública (incluindo o VIH/SIDA e as doenças infecciosas);
- 8) Formação de pessoal médico sobre a utilização dos instrumentos existentes;
- 9) Promoção de uma colaboração interactiva e regular entre investigadores, decisores políticos e comunidades, para se melhorar a divulgação das informações.

3.4 Estratégias recomendadas ao nível do Escritório Regional

Da reunião consultiva resultaram recomendações sobre a prática das seguintes actividades de coordenação e de supervisão a serem desempenhadas pelo Escritório Regional Africano da OMS, a fim de facilitarem análises de situação a nível nacional e regional:

- 1) Criação *ou adaptação* de directrizes, normas e padrões, e de instrumentos de investigação destinadas aos diversos países;
- 2) Formação profissional e reforço das capacidades para as actividades de investigação;
- 3) Promoção, apoio e expansão das redes regionais de vigilância;
- 4) Organização de reuniões/conferências periódicas para a partilha de informações;
- 5) Criação de associações regionais de profissionais que trabalham na área dos problemas relacionados com o consumo de álcool;
- 6) Divulgação de informações;
- 7) Intensificação da colaboração entre as diversas agências das Nações Unidas;

4. INTERVENÇÕES

4.1 Actuais respostas nacionais aos problemas relacionados com o consumo de álcool

A reunião consultiva assinalou a existência de grandes diferenças e desigualdades quanto à extensão da implementação das respostas que visam resolver os problemas de saúde e os problemas causados pelo uso nocivo de álcool nos diversos países. Nalguns países não existem políticas claras e abrangentes nem legislação que regule a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas. Por exemplo, Rogers Kasirye relatou a inexistência de uma política relativa ao álcool no Uganda, ao contrário do que acontece

nos vizinhos Quênia e Tanzânia. Disse ainda que as respostas dadas ao problema no Uganda se baseiam predominantemente no sector da saúde e se limitam ao tratamento dos sintomas, sendo este tipo de respostas completamente inadequado para um país com a maior taxa de consumo de álcool per capita e que ocupa o segundo lugar no número de acidentes rodoviários em todo o mundo. Como barreiras à prestação de serviços de tratamento eficazes, identificaram-se a falta de colaboração intersectorial e a inexistência de serviços e de competências adequadas. Os agentes da autoridade também enfrentam desafios (por exemplo, a inexistência de equipamento portátil para a realização de testes à taxa de alcoolemia) para resolverem eficazmente os problemas relacionados com o álcool. O Dr. Mbatia referiu que a maior parte das políticas da Tanzânia não são relevantes para o controlo das bebidas alcoólicas de fabrico doméstico, que constituem a vasta maioria do álcool consumido naquele país. Os delegados identificaram as seguintes respostas, que estão actualmente a ser implementadas, mas cujo cumprimento nos diversos países é deficiente:

- 1) Regulamentação sobre a condução sob os efeitos do álcool, a venda de álcool, o consumo por jovens de menor idade, e a densidade e localização de estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas;
- 2) Programas de ensino e de desenvolvimento de competências para a vida;
- 3) Tratamento e reabilitação;
- 4) Formação de profissionais de saúde;
- 5) Tributação fiscal;
- 6) Restrições à publicidade;
- 7) Iniciativas nos locais de trabalho.

Identificaram-se alguns factores que dificultam a implementação de políticas claras em vários países da Região Africana. O Dr. Mbatia assinalou que os impedimentos fundamentais existentes no sector da saúde na Tanzânia incluem as limitações dos recursos humanos (competência e capacidade), os problemas relacionados com o álcool entre os profissionais da saúde, e a recusa e relutância quanto a tomar medidas para resolver os problemas, e descreveu as conclusões de um estudo que revelaram taxas de consumo abusivo de 27%, 24% e 20% entre farmacêuticos, administradores e médicos, respectivamente. Outros desafios com que se defronta a implementação eficaz das políticas incluem a falta de consciência da dimensão do fardo que representa

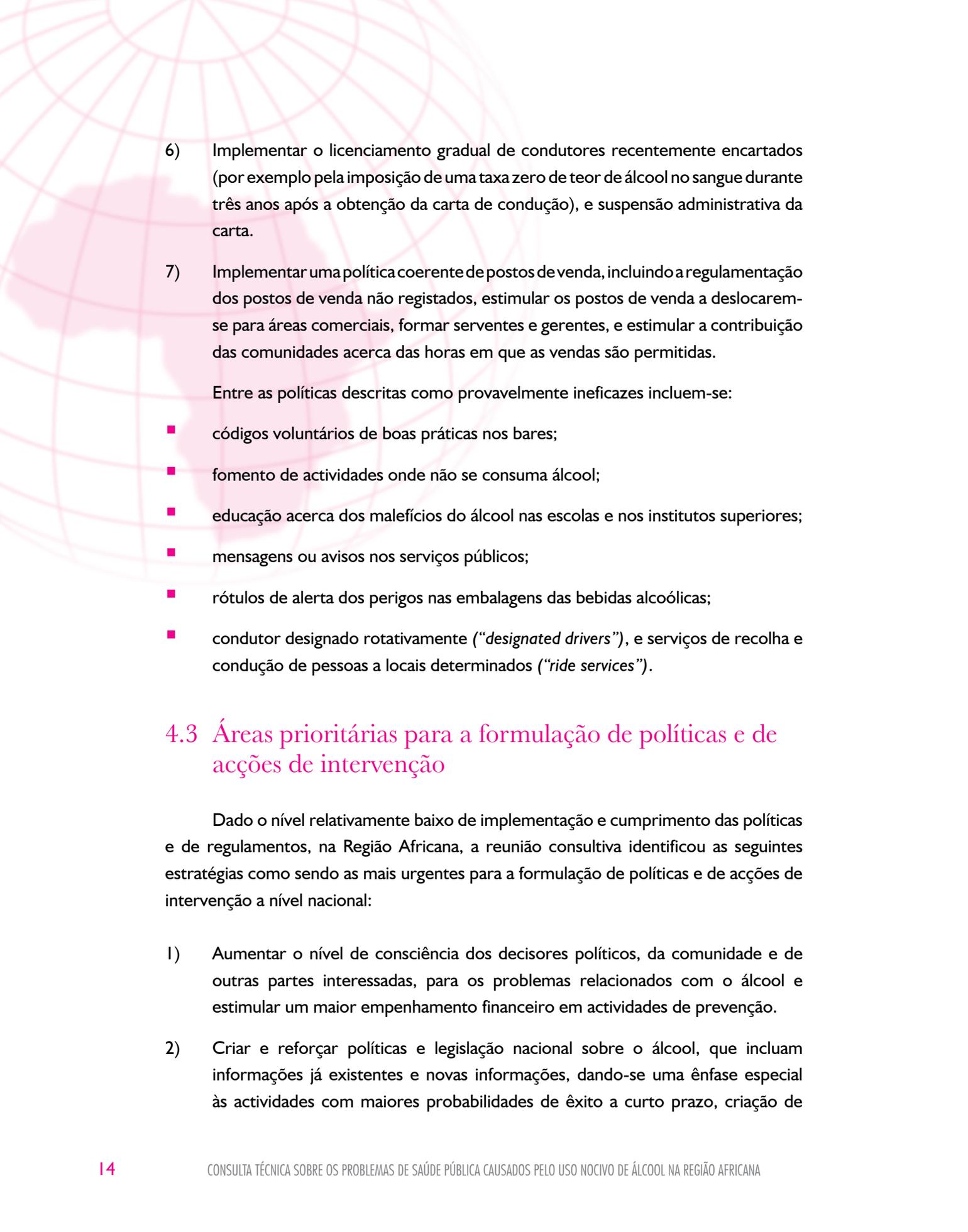
o consumo de álcool aos níveis social, comunitário e individual. Além disso, os governos e os indivíduos que beneficiam das receitas da venda de álcool podem ter relutância em apoiar medidas que podem reduzir esses mesmos rendimentos. A ausência de medidas deriva também da falta de vontade política e de uma percepção de que existem outros problemas de saúde pública mais urgentes a resolver, como o VIH/SIDA e a malária, que necessitam de atenção. É preciso que a mensagem das vantagens relacionadas com o consumo moderado de álcool seja combatida com dados factuais exactos sobre os danos associados ao consumo de álcool.

4.2 Estratégias de políticas recomendadas para a Região Africana.

O Dr. Obot e o Professor Parry identificaram categorias promissoras de políticas que abrangem a população em geral entre as quais se contam as políticas orientadas para problemas específicos e intervenções directas. Ambos os delegados apresentaram uma análise abrangente (através de estudos transversais entre as diversas culturas) das políticas com maiores probabilidades de êxito.⁶ O Professor Parry afirmou que tendo presentes as realidades políticas, a abundância de locais de venda não licenciados e não registados, o não cumprimento da legislação existente e as limitações do sistema de justiça penal que afectam a situação actual em África, as políticas com maiores probabilidades de êxito eram as seguintes:

- 1) Melhorar o cumprimento da legislação e dos regulamentos existentes sobre a idade permitida para o consumo de bebidas alcólicas, condução sob o efeito do álcool e outras exigências legais;
- 2) Continuar a aumentar os impostos sobre o álcool aplicados a todas as bebidas alcólicas, incluindo as bebidas derivadas do sorgo e as bebidas produzidas domesticamente;
- 3) Aumentar as restrições ao marketing do álcool;
- 4) Estimular a mobilização da comunidade em torno do tema consumo de álcool;
- 5) Praticar breves intervenções e outras formas de tratamento nos consumidores de álcool de elevado risco, preferivelmente por enfermeiras, em vez de utilizar os médicos;

⁶ Barbor T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., et al. (2003). *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford, Oxford University Press.

- 
- 6) Implementar o licenciamento gradual de condutores recentemente encartados (por exemplo pela imposição de uma taxa zero de teor de álcool no sangue durante três anos após a obtenção da carta de condução), e suspensão administrativa da carta.
 - 7) Implementar uma política coerente de postos de venda, incluindo a regulamentação dos postos de venda não registados, estimular os postos de venda a deslocarem-se para áreas comerciais, formar serventes e gerentes, e estimular a contribuição das comunidades acerca das horas em que as vendas são permitidas.

Entre as políticas descritas como provavelmente ineficazes incluem-se:

- códigos voluntários de boas práticas nos bares;
- fomento de actividades onde não se consuma álcool;
- educação acerca dos malefícios do álcool nas escolas e nos institutos superiores;
- mensagens ou avisos nos serviços públicos;
- rótulos de alerta dos perigos nas embalagens das bebidas alcoólicas;
- condutor designado rotativamente (“*designated drivers*”), e serviços de recolha e condução de pessoas a locais determinados (“*ride services*”).

4.3 Áreas prioritárias para a formulação de políticas e de acções de intervenção

Dado o nível relativamente baixo de implementação e cumprimento das políticas e de regulamentos, na Região Africana, a reunião consultiva identificou as seguintes estratégias como sendo as mais urgentes para a formulação de políticas e de acções de intervenção a nível nacional:

- 1) Aumentar o nível de consciência dos decisores políticos, da comunidade e de outras partes interessadas, para os problemas relacionados com o álcool e estimular um maior empenhamento financeiro em actividades de prevenção.
- 2) Criar e reforçar políticas e legislação nacional sobre o álcool, que incluam informações já existentes e novas informações, dando-se uma ênfase especial às actividades com maiores probabilidades de êxito a curto prazo, criação de

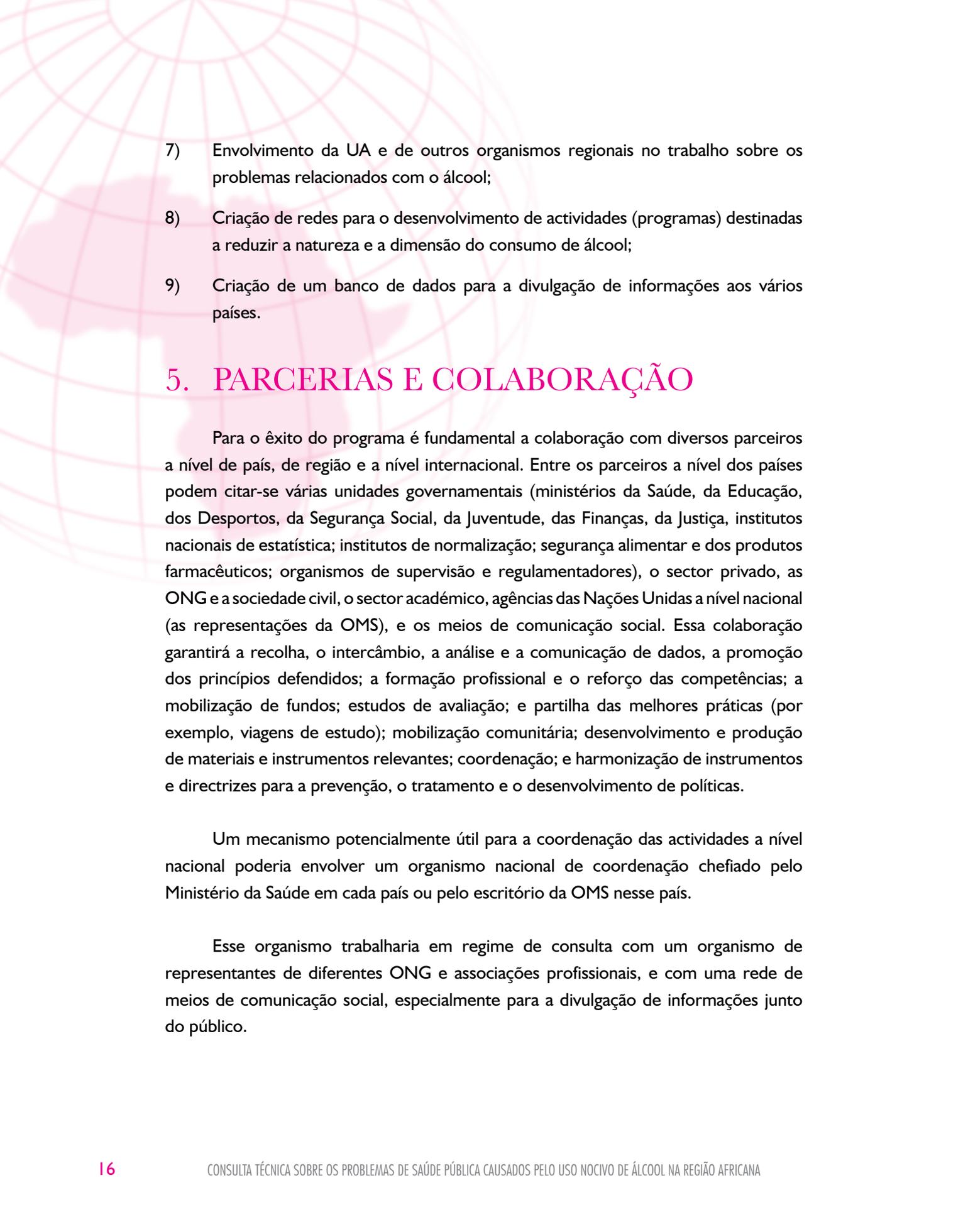
um sector retalhista responsável, proibição de publicidade ao álcool, medidas a aplicar aos retalhistas e tributação fiscal.

- 3) Ensino e formação de profissionais de saúde e de profissionais afins.
- 4) Reforço do poder das comunidades e sua mobilização.
- 5) Investigação sobre políticas, e actividades de avaliação de programas.
- 6) Introduzir um sistema de tratamentos, reabilitação e intervenções breves nos serviços de saúde para melhorar o acesso a esses serviços e para se tentar resolver os desafios quanto aos recursos existentes e às competências profissionais.

4.4 Mecanismos regionais recomendados para apoio à formulação de políticas e intervenções relativas ao álcool

Para apoiar o desenvolvimento dos países e a implementação das políticas e intervenções relativas ao álcool nos diversos países, os mecanismos propostos a aprovação pelo Escritório Regional da OMS incluem:

- 1) Elaboração de directrizes, normas e padrões para o desenvolvimento de políticas;
- 2) Identificação de políticas potencialmente eficazes, prestando-se uma atenção especial às bebidas produzidas não comercialmente e às bebidas alcoólicas não registadas.
- 3) Prestação de apoio técnico (e de reforço de capacidades) para o desenvolvimento de políticas nacionais;
- 4) Organização de reuniões de alto nível (por exemplo, de Chefes de Estado e interministeriais) para discussão dos problemas do álcool na Região, para fomentar a promoção das práticas defendidas a promoção das práticas defendidas e aumentar o empenhamento dos Estados-Membros, incluindo o envolvimento da União Africana (UA);
- 5) Mobilização de recursos com apoio da sede da OMS e de outras entidades.
- 6) Recolha e partilha de informações em publicações regionais;

- 
- 7) Envolvimento da UA e de outros organismos regionais no trabalho sobre os problemas relacionados com o álcool;
 - 8) Criação de redes para o desenvolvimento de actividades (programas) destinadas a reduzir a natureza e a dimensão do consumo de álcool;
 - 9) Criação de um banco de dados para a divulgação de informações aos vários países.

5. PARCERIAS E COLABORAÇÃO

Para o êxito do programa é fundamental a colaboração com diversos parceiros a nível de país, de região e a nível internacional. Entre os parceiros a nível dos países podem citar-se várias unidades governamentais (ministérios da Saúde, da Educação, dos Desportos, da Segurança Social, da Juventude, das Finanças, da Justiça, institutos nacionais de estatística; institutos de normalização; segurança alimentar e dos produtos farmacêuticos; organismos de supervisão e regulamentadores), o sector privado, as ONG e a sociedade civil, o sector académico, agências das Nações Unidas a nível nacional (as representações da OMS), e os meios de comunicação social. Essa colaboração garantirá a recolha, o intercâmbio, a análise e a comunicação de dados, a promoção dos princípios defendidos; a formação profissional e o reforço das competências; a mobilização de fundos; estudos de avaliação; e partilha das melhores práticas (por exemplo, viagens de estudo); mobilização comunitária; desenvolvimento e produção de materiais e instrumentos relevantes; coordenação; e harmonização de instrumentos e directrizes para a prevenção, o tratamento e o desenvolvimento de políticas.

Um mecanismo potencialmente útil para a coordenação das actividades a nível nacional poderia envolver um organismo nacional de coordenação chefiado pelo Ministério da Saúde em cada país ou pelo escritório da OMS nesse país.

Esse organismo trabalharia em regime de consulta com um organismo de representantes de diferentes ONG e associações profissionais, e com uma rede de meios de comunicação social, especialmente para a divulgação de informações junto do público.

5.1 Estratégias recomendadas para a coordenação por parte do Escritório Regional

A colaboração regional pode envolver organismos internacionais (OMS, UNODC UNICEF, OIT, UNESCO, ONUSIDA); ONG mundiais e regionais, e associações profissionais (WFMH, AAPAP, LEN, IOGT, “*Mentor Foundation*”, AA); e organizações intergovernamentais (UA, CAO, SADC) .

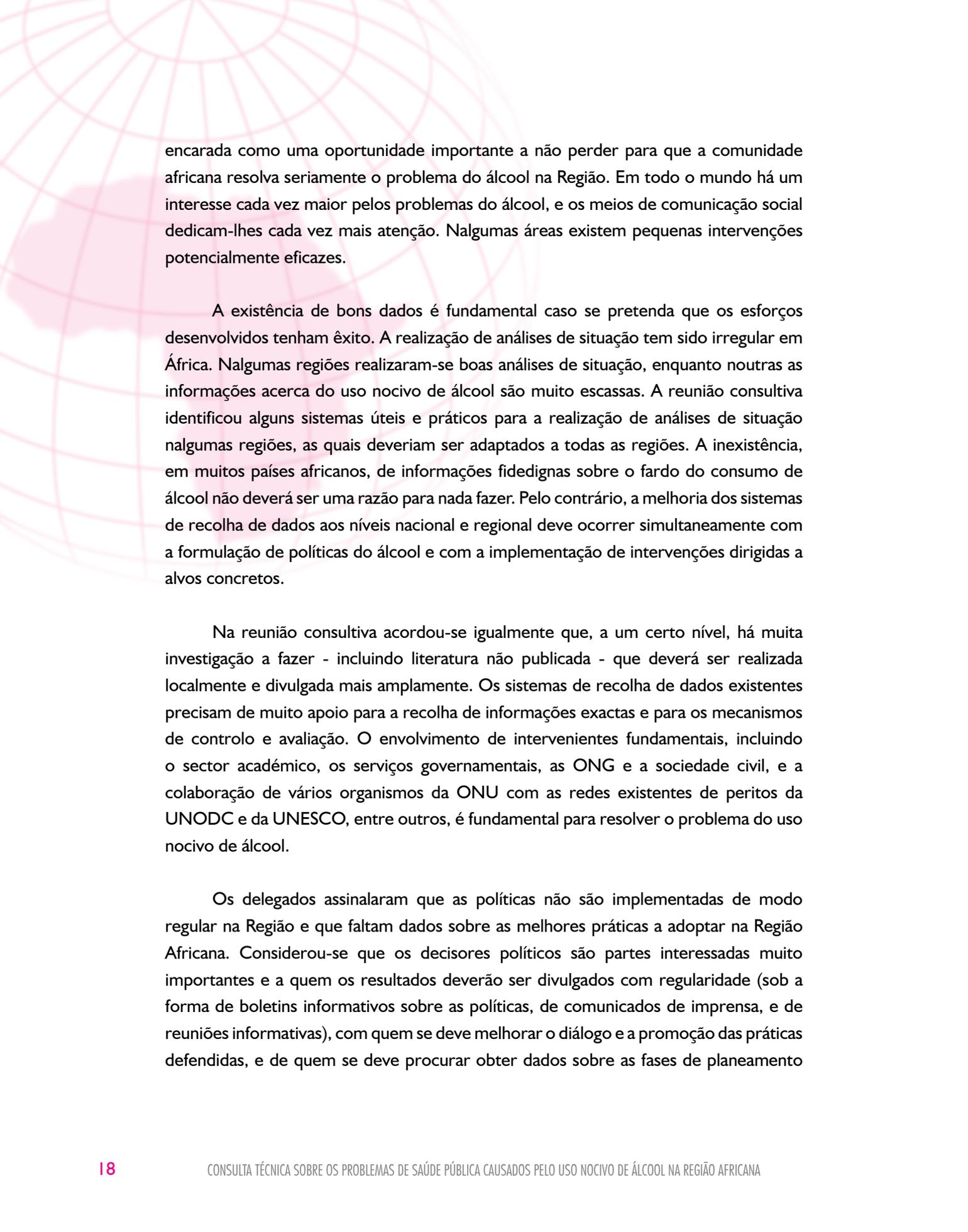
Os mecanismos potencialmente úteis poderão envolver:

- 1) Estabelecimento de pontos focais sobre o álcool nas organizações regionais relevantes;
- 2) Criação de uma equipa de apoio aos problemas do álcool constituída por membros de diversos organismos da ONU;
- 3) Realização de reuniões regulares de pontos focais nacionais sob os auspícios da OMS;
- 4) Colaboração com quatro centros sub-regionais existentes para trabalhos com a OMS sobre recolha, análise e divulgação de dados. Os delegados referiram haver necessidade de um centro a ser localizado em cada uma das regiões sul, oriental e ocidental, devendo um deles incluir países francófonos.

Foi desencorajada a colaboração ou parcerias com a indústria das bebidas alcoólicas para não se comprometer a agenda da saúde pública dos programas propostos. Contudo, admitiu-se que, sempre que necessário, se pratique o diálogo, tendo em conta o papel único desempenhado pela indústria no controlo do fabrico dos produtos.

6. CONCLUSÃO

Houve um acordo generalizado relativamente ao facto de os problemas relacionados com o álcool serem motivo de grave preocupação para a saúde pública na Região Africana da OMS. O álcool está associado a importantes problemas de saúde e sociais nacionais e regionais, sendo o mais importante o VIH/SIDA e as lesões não intencionais. A aprovação da resolução da OMS é muito oportuna e deve ser



encarada como uma oportunidade importante a não perder para que a comunidade africana resolva seriamente o problema do álcool na Região. Em todo o mundo há um interesse cada vez maior pelos problemas do álcool, e os meios de comunicação social dedicam-lhes cada vez mais atenção. Nalgumas áreas existem pequenas intervenções potencialmente eficazes.

A existência de bons dados é fundamental caso se pretenda que os esforços desenvolvidos tenham êxito. A realização de análises de situação tem sido irregular em África. Nalgumas regiões realizaram-se boas análises de situação, enquanto noutras as informações acerca do uso nocivo de álcool são muito escassas. A reunião consultiva identificou alguns sistemas úteis e práticos para a realização de análises de situação nalgumas regiões, as quais deveriam ser adaptados a todas as regiões. A inexistência, em muitos países africanos, de informações fidedignas sobre o fardo do consumo de álcool não deverá ser uma razão para nada fazer. Pelo contrário, a melhoria dos sistemas de recolha de dados aos níveis nacional e regional deve ocorrer simultaneamente com a formulação de políticas do álcool e com a implementação de intervenções dirigidas a alvos concretos.

Na reunião consultiva acordou-se igualmente que, a um certo nível, há muita investigação a fazer - incluindo literatura não publicada - que deverá ser realizada localmente e divulgada mais amplamente. Os sistemas de recolha de dados existentes precisam de muito apoio para a recolha de informações exactas e para os mecanismos de controlo e avaliação. O envolvimento de intervenientes fundamentais, incluindo o sector académico, os serviços governamentais, as ONG e a sociedade civil, e a colaboração de vários organismos da ONU com as redes existentes de peritos da UNODC e da UNESCO, entre outros, é fundamental para resolver o problema do uso nocivo de álcool.

Os delegados assinalaram que as políticas não são implementadas de modo regular na Região e que faltam dados sobre as melhores práticas a adoptar na Região Africana. Considerou-se que os decisores políticos são partes interessadas muito importantes e a quem os resultados deverão ser divulgados com regularidade (sob a forma de boletins informativos sobre as políticas, de comunicados de imprensa, e de reuniões informativas), com quem se deve melhorar o diálogo e a promoção das práticas defendidas, e de quem se deve procurar obter dados sobre as fases de planeamento

dos projectos de investigação. Deve prestar-se maior atenção à identificação e à implementação de intervenções com probabilidade de êxito na resolução do problema do fardo que representa o uso nocivo de álcool na Região Africana.

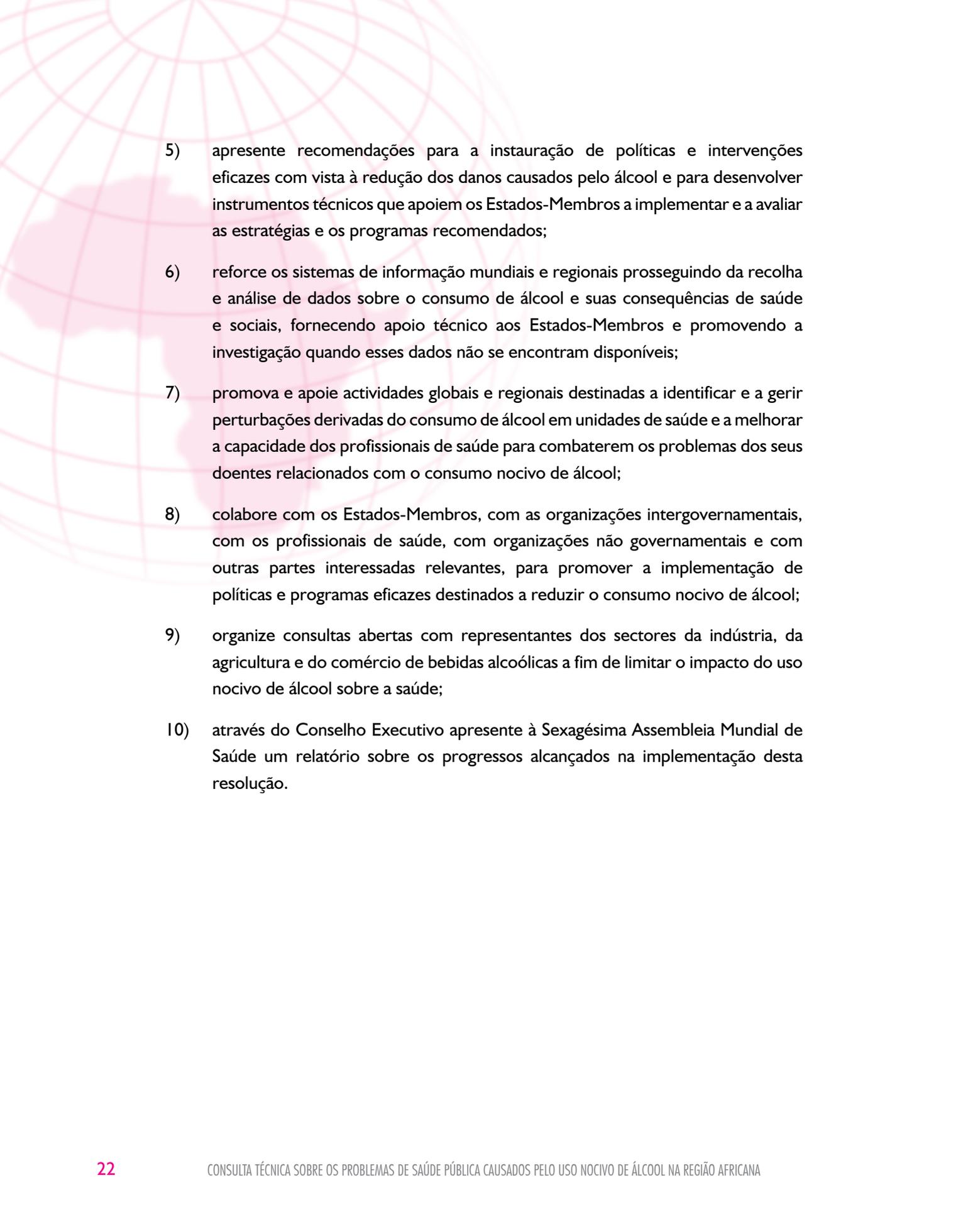
Os próximos passos do programa, como apresentado pela Dra. Agossou, incluem a necessidade de identificação de actividades e o planeamento das três fases: a primeira fase termina em Maio de 2007 (na Sexagésima Assembleia Mundial de Saúde), a segunda fase abrange o período considerado na Estratégia Regional de Saúde Mental, que termina em 2010 e a terceira fase abrangendo o período de 2007 a 2010 relativo a questões associadas ao consumo de substâncias psicoactivas, incluindo o álcool. As actividades que terão lugar incluem a apresentação dos resultados da consulta feita aos países e às suas respectivas organizações. Prevê-se o envolvimento permanente dos participantes sob a forma de grupos de trabalho centrados na recolha de informação aos níveis nacional e regional. Prevê-se igualmente um empenhamento formal dos participantes nas actividades programáticas e a partilha de informações, com o envolvimento das redes respectivas. Espera-se que o relatório sobre a reunião consultiva sirva para divulgar informações junto das partes interessadas fundamentais e para a promoção dos princípios defendidos.

A reunião foi encerrada pelo Dr. R. Chatora Director da Divisão de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis (DNC), do Escritório Regional Africano da OMS.

ANEXO A

RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA CAUSADOS PELO USO NOCIVO DE ÁLCOOL

1. SOLICITA aos Estados-Membros que:
 - 1) desenvolvam, implementem e avaliem estratégias e programas eficazes para a diminuição das consequências de saúde e sociais negativas do uso nocivo de álcool.
 - 2) encorajem a mobilização e o empenhamento activo e adequado de todos os grupos sociais e económicos envolvidos, incluindo os organismos científicos, profissionais, não-governamentais e voluntários, o sector privado, a sociedade civil e as associações industriais, a reduzirem o consumo nocivo do álcool.
 - 3) apoiem o trabalho pedido abaixo ao Director-Geral, incluindo, se necessário, através de contribuições voluntárias pelos Estados-Membros interessados.
2. SOLICITA ao Director-Geral que:
 - 1) reforce a capacidade do Secretariado para prestar apoio aos Estados-Membros no controlo dos danos relacionados com o consumo de álcool e para reforçar as evidências científicas e empíricas da eficácia das políticas;
 - 2) considere a possibilidade de intensificar a cooperação internacional para a redução dos problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo de álcool e de mobilizar o apoio necessário aos níveis mundial e regional;
 - 3) considere igualmente a realização de mais estudos científicos sobre diversos aspectos do possível impacto do consumo de álcool na saúde pública;
 - 4) apresente à Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde as estratégias e intervenções baseadas em dados factuais, e destinadas a reduzir os danos relacionados com o álcool, incluindo uma avaliação completa dos problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo de álcool;

- 
- 5) apresente recomendações para a instauração de políticas e intervenções eficazes com vista à redução dos danos causados pelo álcool e para desenvolver instrumentos técnicos que apoiem os Estados-Membros a implementar e a avaliar as estratégias e os programas recomendados;
 - 6) reforce os sistemas de informação mundiais e regionais prosseguindo da recolha e análise de dados sobre o consumo de álcool e suas consequências de saúde e sociais, fornecendo apoio técnico aos Estados-Membros e promovendo a investigação quando esses dados não se encontram disponíveis;
 - 7) promova e apoie actividades globais e regionais destinadas a identificar e a gerir perturbações derivadas do consumo de álcool em unidades de saúde e a melhorar a capacidade dos profissionais de saúde para combaterem os problemas dos seus doentes relacionados com o consumo nocivo de álcool;
 - 8) colabore com os Estados-Membros, com as organizações intergovernamentais, com os profissionais de saúde, com organizações não governamentais e com outras partes interessadas relevantes, para promover a implementação de políticas e programas eficazes destinados a reduzir o consumo nocivo de álcool;
 - 9) organize consultas abertas com representantes dos sectores da indústria, da agricultura e do comércio de bebidas alcoólicas a fim de limitar o impacto do uso nocivo de álcool sobre a saúde;
 - 10) através do Conselho Executivo apresente à Sexagésima Assembleia Mundial de Saúde um relatório sobre os progressos alcançados na implementação desta resolução.

ANEXO B

PROGRAMA DE TRABALHO

1º DIA : **Quarta-feira, 10 de Maio**

08h00-09h00 Registo dos participantes

09h00-10h00 Cerimónia de abertura:

- Alocução de boas-vindas do DNC, Dr. Chatora
- Observações iniciais: Dr. Vladimir Poznyak, Coordenador, MSB HQ
- Discurso de abertura do Director Regional
- Apresentação dos participantes e facilitadores
- Objectivos e resultados esperados: Dra. Therese Agossou
- Eleição do Presidente da Mesa e dos Relatores
- Informação geral e *briefing* de segurança.

10h30-12h00 Resolução da WHA sobre problemas de saúde pública causados pelo uso nocivo de álcool : Antecedentes e implementação pelo Secretariado da OMS: Dr. Vladimir Poznyak

- Álcool: Situação Mundial e Regional: *Dr. Isidore Obot.*
- Situação actual, estado dos conhecimentos científicos sobre o álcool, saúde e problemas sociais associados ao consumo na Região Africana: *Prof. Odejide.*
- Debate

- 
- 12h00-13h30 - Disponibilidade das bebidas alcoólicas em África: *Dr. Gad Kilonzo*.
- Álcool, saúde e consequências sociais na África Ocidental: *Prof. Baba Koumare*.
- Álcool, saúde e consequências sociais na Sub-Região da África Oriental: *Prof. David Ndeti*.
- Debate

14h30-16h00 Sistemas de informação e recolha de dados sobre álcool e drogas nos países e na Região: exemplos de instrumentos e dados: *Dr. A. Louazani, Dr. C. Parry, Dr. I. Obot, Dr V. Poznyak*.

16h30-17h30 Trabalho em grupo: Principais problemas na análise da situação relativa ao álcool na Região Africana.

17h30-18h00 Reunião dos facilitadores e dos relatores.

2º DIA: Quinta-feira, 11 de Maio

08h00-09h00 - Retroinformação do trabalho em grupo

09h00-10h30 - Política de controlo do álcool: O que funciona? *Dr. I. Obot*

- Padrões de consumo de álcool entre as mulheres e os jovens na África Austral: *Dr. Neo Morojele*.

- Panorama das intervenções eficazes na área do álcool em África: *Dr. C. Parry*.

- Debate

11h00-12h30 Trabalho em grupo: Áreas prioritárias para abordar as principais consequências do uso nocivo de álcool na Região e medidas a tomar com vista à elaboração da proposta de programa regional.

12h30-13h00 Feedback



14h00-15h00 - Desenvolvimento de políticas em África: *Dr. C. Parry*
Respostas na Região:

- África do Sul

15h00-16h00 - Respostas na Região:

- Côte d'Ivoire

- Tanzânia

- Uganda

16h30-17h30 Feedback

3º DIA: Sexta-feira, 12 de Maio

08h00-08h30 Próximas etapas no trabalho a desenvolver na Região relativamente ao uso do álcool e danos associados - Síntese: *Dra. Therese Agossou*.

08h00-10h00 - Trabalhar com os parceiros

- Quem são os parceiros?
- Que tipos de colaboração?
- Qual deverá ser o teor da colaboração?
- Qual o mecanismo de coordenação?
- Em relação à Indústria do Álcool?
- Debate

10h30-12h00 - Feedback

- Próximas etapas
- Conteúdo e fases da elaboração da proposta de programa regional
- Projecto de mandato para a equipa nuclear de coordenação proposta para as sub regiões
- Debate

12h00-13h00 - Sessão de encerramento

- Apresentação dos principais resultados da reunião
- Encerramento da reunião pelo DNC, *Dr. Chatora*

ANEXO C

LISTA DE PARTICIPANTES

ANGOLA

Dr. Albino Cunene de CARVALHO
Ponto Focal de Saúde Mental
Ministério da Saúde
Luanda, Angola

BENIM

Prof. Prosper GANDAHO
Psychiatre
Doyen Faculté de Médecine
Université de Parakou
B.P. 123
Parakou, Benin

CABO VERDE

Dr^a. Francisca ALVARENGA
Directora, Programa de Saúde Mental
Ministério da Saúde
Praia, Cabo Verde

REPÚBLICA DO CONGO

Dr Mathurin DOMINGUI
Chef de Service de la Santé Mentale
Ministère de la Santé et de la Population
Brazzaville, Congo

CÔTE D'IVOIRE

Prof. Kone DRISSA
Psychiatre Médecin-Chef
Hôpital de Bingerville
B.P. 87
Abidjan, Côte d'Ivoire

REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DO CONGO

Mr Rigobert Mbuyu Muteba Yambele
Pharmacien
Directeur du Programme de Lutte contre
les Toxicomanies (PNLCT)
Ministère de la Santé
Kinshasa, RD Congo

GABÃO

Prof. Edouard NGOU-MILAMA
Chef du Département de Biochimie
Faculté de Médecine de l'Université des
Sciences de la Santé (USSS)
Libreville, Gabon

QUÉNIA

Prof. D.M. NDETEI
Psychiatrist
University of Nairobi
Africa Mental Health Foundation,
Nairobi, Kenya
Dr. Susan M. MAGADA
Deputy Director of Mental Health
Ministry of Health
Nairobi, Kenya

MALI

Prof. Baba KOUMARE
Psychiatre Coordonnateur,
Programme Santé Mentale et Lutte
contre les Toxicomanies

Hôpital Point G.

Bamako, Mali

NIGÉRIA

Prof. Olabisi Adebayo ODEJIDE

Psychiatrist Department of Psychiatry

University College Hospital

PM.B. 5116, UCH Ibadan

Nigeria

Dr E.I. EZE

Medical Officer Non Communicable

Diseases Control program

Federal Ministry of Health

Abuja, Nigeria

ÁFRICA DO SUL

Dr Neo MOROJELE

Psychologist MRC

P/Bag X 385

Pretoria, South Africa

TANZÂNIA

Dr Joseph MBATIA

Psychiatrist Mental Health & Substance

Abuse

P.O. Box 3451

Dar-es-Salaam, Tanzania

Prof. Gad KILONZO

Psychiatrist

Professor of Psychiatry

Muhimbili University

College of Health Science

P.O. Box 65466

Dar-es-Salaam

Tanzania

UGANDA

Mr Rogers KASIRYE

Executive Director

Uganda Youth Development UNK

Dr Rey Chad ABDOOL

Drug abuse and VIH/AIDS Adviser

P.O. Box 30218

Nairobi

Kenya

BLUE CROSS (CRUZ AZUL)

Mr Dennis Bless BASIA

Blue Cross Lesotho

Resource centre of the Blue Cross

P.O. Box 180

Maseru - Lesotho

Mr Macaire MABIKA

Président de la Croix Bleue Congolaise

Croix Bleue Congolaise

Brazzaville

Congo

ZIMBABWE

Dr Sekai NHIWATIWA

Psychiatrist Medical School

UZ Box A 178

Avondale

Zimbabwe

FACILITADORES

ÁFRICA DO SUL

Prof. Charles D.H. PARRY
Director, Alcohol & Drug Abuse
Research Unit
Medical Research Council
P.O. Box 19070
Tygerberg, 7505
South Africa

SEDE DA OMS

Dr Vladimir POZNYAK
Coordinator,
MSD/MSB
WHO/Geneva

Dr Isidore OBOT
Scientist,
MSD/MSB
WHO/Geneva

SECRETARIADO

Escritório Regional Africano da OMS

Dr R. Chatora
DNC

Dr Thérèse A. AGOSSOU
MNH

Dr Allel LOUAZANI
TO/CDP

Mr S. AJIBOLA
INF