

Região Africana

**COMITÉ REGIONAL PARA A ÁFRICA**

**ORIGINAL: INGLÊS**

Septuagésima terceira sessão

Gaborone, República do Botsuana, 28 de Agosto a 1 de Setembro de 2023

Ponto 12 da ordem do dia provisória

**QUADRO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE ACÇÃO MUNDIAL SOBRE O  
CONSUMO DE ÁLCOOL (2022–2030) NA REGIÃO AFRICANA DA OMS**

**Relatório do Secretariado**

**RESUMO**

1. O álcool é uma substância tóxica e psicoactiva com propriedades produtoras de dependência. O "uso nocivo do álcool" é definido como o "consumo de bebidas alcoólicas que causa consequências sociais e de saúde prejudiciais para o consumidor, para as pessoas que o rodeiam e para a sociedade em geral, bem como os padrões de bebida associados a um risco acrescido de consequências negativas para a saúde". O uso nocivo do álcool é um factor causal em mais de 200 doenças e traumatismos.
2. Em 2010, o Comité Regional aprovou a “Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS”. A Estratégia de 2010 tinha por finalidade “contribuir para a prevenção ou, pelo menos, a redução do uso nocivo do álcool e dos problemas correlacionados na Região Africana”. Foram feitos progressos, com cerca de 15 países a reverem as suas políticas sobre o álcool ou a desenvolvê-las. O consumo de álcool per capita diminuiu.
3. Vários problemas e desafios dificultaram a implementação da estratégia de 2010 para reduzir o uso nocivo do álcool na Região Africana, incluindo a falta de coordenação multisectorial, com apenas nove países a terem uma entidade para esse efeito; legislação limitada e fraca aplicação da legislação e regulamentação; sistemas de saúde frágeis; interferência da indústria do álcool, reflectindo-se na publicidade sem restrições, no patrocínio de actividades desportivas e juvenis e na intrusão no processo de desenvolvimento das políticas. O consumo de drogas é um problema crescente na Região e está associado ao consumo de álcool.
4. O presente Quadro baseia-se na anterior estratégia regional, tirando também partido do plano de acção mundial sobre o consumo de álcool destinado a reforçar a implementação da estratégia para reduzir o uso nocivo do álcool (WHA75(11), 2022). A finalidade deste Quadro é reduzir significativamente a morbilidade e a mortalidade devido ao consumo de álcool na Região Africana. Os seus objectivos são: i) aumentar a implementação e aplicação de opções e intervenções políticas de alto impacto para reduzir o uso nocivo do álcool na Região Africana; ii) reforçar as acções multisectoriais através de uma governação eficaz, do reforço do compromisso político, da liderança, do diálogo e da coordenação; iii) melhorar a capacidade dos sistemas de saúde e de assistência social para prevenir e tratar os distúrbios associados ao consumo de álcool como parte integrante da cobertura universal de saúde (CUS) e em sintonia com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e as suas metas para a saúde; iv) aumentar a sensibilização para os riscos e danos associados ao consumo de álcool e o seu impacto na saúde e no bem-estar dos indivíduos, famílias, comunidades e nações; v) reforçar os sistemas de informação e a investigação para monitorizar o

consumo de álcool, os malefícios relacionados com o álcool, os seus determinantes e factores modificadores, e as respostas políticas a todos os níveis; e vi) aumentar a mobilização de recursos necessários para acções adequadas e sustentadas com vista a reduzir o uso nocivo do álcool a todos os níveis. Os princípios orientadores incluem a adopção de uma abordagem baseada em dados factuais, direitos humanos, equidade, acções multisectoriais e ao longo da vida, capacitando pessoas e comunidades e garantindo a protecção contra interesses comerciais.

5. As intervenções e medidas prioritárias incluem a criação de mecanismos de coordenação multisectorial para supervisionar a implementação da política do álcool; a elaboração de políticas multisectoriais de redução dos malefícios do álcool, acompanhadas pela formulação e/ou revisão da legislação. As medidas políticas incluem a redução da acessibilidade financeira, aceitabilidade e disponibilidade do álcool, o reforço do sector da saúde para lidar com os distúrbios associados ao consumo de álcool, e a criação de contramedidas para a condução sob o efeito do álcool. Recomenda-se ainda desenvolver uma estratégia para combater a intensificação do consumo de drogas e outros comportamentos e substâncias que causam dependência na Região Africana da OMS.

6. O Comité Regional apreciou e aprovou as medidas propostas.

## ÍNDICE

	<b>Parágrafos</b>
INTRODUÇÃO .....	1-4
SITUAÇÃO ACTUAL .....	5-11
PROBLEMAS E DESAFIOS .....	12-20
VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, METAS E MARCOS .....	21-26
PRINCÍPIOS ORIENTADORES .....	27-33
INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS .....	34-49
MEDIDAS PROPOSTAS .....	50

## INTRODUÇÃO

1. O álcool é uma substância tóxica e psicoactiva com propriedades produtoras de dependência. Em muitas sociedades, as bebidas alcoólicas são parte rotineira do cenário social. O "uso nocivo do álcool" é definido como "o consumo de bebidas alcoólicas que causa consequências sociais e de saúde prejudiciais para o consumidor, para as pessoas que o rodeiam e para a sociedade em geral".<sup>1</sup> O uso nocivo do álcool é responsável por 5,1% de todas as mortes na Região Africana.<sup>2</sup> Na Região Africana, o consumo e os distúrbios associados ao consumo de drogas estão a aumentar<sup>3</sup>

2. Em 2010, o Comité Regional aprovou a “Redução do uso nocivo do álcool: Estratégia para a Região Africana da OMS”, que tinha por finalidade “contribuir para a prevenção ou, pelo menos, a redução do uso nocivo do álcool e dos problemas correlacionados na Região Africana”. Registaram-se progressos desde 2010, com sete Estados-Membros a reverem as suas políticas desactualizadas relativamente ao álcool<sup>4</sup> e outros sete, que não tinham esse tipo de políticas, a desenvolverem-nas<sup>5</sup>. No entanto, o consumo de álcool per capita não se alterou entre 2005 e 2016, permanecendo nos 6,3 litros. O consumo per capita de álcool em adultos na população geral diminuiu 24%, de 6,3 litros em 2016 para 4,8 litros em 2019.<sup>7</sup>

3. Considerando a lentidão da implementação da Estratégia da OMS para reduzir o uso nocivo do álcool, o 146.º Conselho Executivo adoptou uma decisão sobre acelerar as acções para reduzir o uso nocivo do álcool. Com base nessa decisão, a septuagésima quinta Assembleia Mundial da Saúde adoptou o Plano de Acção Mundial sobre o Consumo de Álcool (2022-2030) para reforçar a implementação da Estratégia mundial para reduzir o uso nocivo do álcool e acelerar o trabalho com vista à consecução dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

4. Este Quadro Regional actualiza a estratégia regional existente, já com 13 anos. O Quadro Regional também operacionaliza os novos pontos de acção do Plano de Acção Mundial sobre o Consumo de Álcool e dá resposta aos desafios encontrados na implementação de actividades de redução dos malefícios do álcool na Região. Este quadro também tem em conta o Relatório sobre a Droga no Mundo 2023 e o rápido aumento do consumo e dos distúrbios associados ao consumo de drogas na Região.

## SITUAÇÃO ACTUAL

5. A estimativa de 2019 do consumo de álcool per capita no mundo, medido em litros de álcool puro por pessoa com 15 anos ou mais, foi de 5,8, uma diminuição relativa de 5% dos 6,1 de 2010.<sup>8</sup> A nível mundial, o álcool é um factor causal para mais de 200 doenças e traumatismos, incluindo cancro, doenças cardiovasculares, suicídio, doenças do fígado, traumatismos rodoviários e violência, e doenças transmissíveis, como tuberculose e VIH/SIDA.<sup>9</sup> A nível mundial, entre 2011 e 2021, houve um aumento de 45% nos distúrbios associados ao consumo de drogas.<sup>10</sup>

---

<sup>1</sup> OMS (2022) Plano de Acção Mundial sobre o Consumo de Álcool 2022-2030 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB150/B150\\_7Add1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf), consultado a 10 de Dezembro de 2022).

<sup>2</sup> OMS (2018) Álcool e Saúde.

<sup>3</sup> UNODC (2023) Relatório Mundial sobre os Medicamentos (Relatório Mundial sobre os Medicamentos 2023 ([unodc.org](https://www.unodc.org)) consultado em 03 de Julho de 2023)

<sup>4</sup> África do Sul, Argélia, Benim, Cabo Verde, Madagáscar, República Centro-Africana e Seicheles.

<sup>5</sup> Angola, Botsuana, Gana, Maláui, Nigéria, Quénia e Uganda.

<sup>6</sup> Organização Mundial da Saúde. Sistema Mundial de Informação sobre o Álcool e a Saúde (GISAH).

<sup>7</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde.

<sup>8</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde.

<sup>9</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde.

6. A Região Africana tem um nível elevado de abstêmios vitalícios (57,5%).<sup>11</sup> No entanto, as pessoas que consomem álcool consomem volumes elevados, com efeitos prejudiciais para si mesmas e para a sociedade. Embora o consumo total de álcool per capita na Região Africana tenha diminuído, o consumo de álcool entre consumidores aumentou de 17,2 litros em 2010 para 18,4 litros em 2016.<sup>12</sup> Em África, os principais medicamentos consumidos são os opiáceos (37%) e a canábis (36%). A canábis é a principal droga que preocupa as pessoas em tratamento e o seu consumo é mais elevado na África Ocidental e Central. Cerca de 7% da população consome canábis e este número chega aos 10% na África Ocidental e Central<sup>13</sup>.

7. São particularmente preocupantes o número de jovens entre os 15 e os 19 anos que consomem álcool, estimado em 21,4% em 2016,<sup>14</sup> e os que têm padrões de consumo excessivo ocasional de álcool. Estimativas recentes (2018) da prevalência de consumo excessivo ocasional de álcool em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos situam-se em 17,4% para a população geral e 50,2% entre os consumidores habituais.<sup>15</sup> Para os jovens de 15 a 19 anos, o número é de 12,7% para todos e 55,1% entre os consumidores habituais.<sup>16</sup> Esta situação é preocupante, uma vez que África acolhe a população mais jovem do mundo,<sup>17</sup> e as crianças não deveriam consumir álcool.

8. Em 2016, o fardo de doenças e traumatismos atribuíveis ao álcool estandardizado por idade foi mais elevado na Região Africana da OMS, com 70,6 mortes por 100 000 pessoas. Isto é devido à grande carga de doença atribuível causada pela tuberculose, doenças cardiovasculares, doenças digestivas e traumatismos.<sup>18</sup> Estima-se que 10% das mulheres em idade reprodutiva – entre os 15 e os 49 anos – na Região Africana bebem álcool e 3% têm padrões de consumo excessivo ocasional de álcool. A prevalência da síndrome alcoólica fetal na Região Africana é de 14,8 por 10 000 habitantes.<sup>19</sup>

9. Em relação à restrição da disponibilidade, 35 dos 47 Estados-Membros têm legislação ou regulamentação que limita a compra de álcool para consumo fora dos estabelecimentos comerciais.<sup>20</sup> Outros 37 Estados-Membros têm leis ou regulamentos que limitam a idade para o consumo de álcool nos estabelecimentos.<sup>21</sup> No entanto, estas leis e regulamentos não são uniformemente aplicados. Devido à pandemia de COVID-19, a venda *online* e a entrega de álcool ao domicílio facilitaram muito o acesso.

10. As contramedidas para a condução sob o efeito do álcool são uma estratégia eficaz para reduzir o uso nocivo do álcool. O padrão de excelência para os limites de concentração de álcool no sangue está entre 0,02% e 0,05%. Na Região Africana, apenas 25 dos 47 Estados-Membros

---

<sup>11</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde.

<sup>12</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde.

<sup>13</sup> UNODC (2023) Relatório Mundial sobre os Medicamentos ([Relatório Mundial sobre os Medicamentos 2023 \(unodc.org\)](#), consultado em 03 de Julho de 2023)

<sup>14</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde pp.50.

<sup>15</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde pp.49.

<sup>16</sup> OMS (2018) Relatório sobre a situação mundial do álcool e da saúde pp.53.

<sup>17</sup> (<https://www.theworldcounts.com/populations/continents/africa>, consultado a 11 de Dezembro de 2022).

<sup>18</sup> OMS (2018) Álcool e Saúde pp.65.

<sup>19</sup> Popova s et al (2019) Epidemiology of Fetal Alcohol Spectrum disorders. ([https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=epidemiology-of-fetal-alcohol-spectrum-disorder-svetlana-popova&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=epidemiology-of-fetal-alcohol-spectrum-disorder-svetlana-popova&Itemid=270&lang=es), consultado a 11 de Dezembro de 2022).

<sup>20</sup> África do Sul, Angola, Argélia, Botsuana, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seicheles, Serra Leoa, Sudão do Sul, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

<sup>21</sup> África do Sul, Angola, Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Lesoto, Libéria, Madagáscar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Quênia, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Seicheles, Sudão do Sul, Togo, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

realizam testes aleatórios de álcool no sangue.<sup>22</sup> Embora 35 Estados-Membros tenham especificado o limite legal de concentração de álcool no sangue,<sup>23</sup> apenas 12 fixaram esse valor nos 0,05% ou menos.<sup>24</sup>

11. A Região Africana tem falta de unidades de tratamento para os distúrbios associados ao consumo de álcool e à droga, com serviços de reabilitação muito limitados no sector público, enquanto as unidades de saúde privadas não estão reguladas e apenas estão disponíveis para a população com rendimentos mais elevados. Os profissionais de saúde, sobretudo os dos serviços de urgência, não receberam formação para realizar o rastreio, intervenções de curta duração e encaminhamento para tratamento.

## PROBLEMAS E DESAFIOS

12. A falta de políticas sobre o consumo de drogas e de álcool e falta de coordenação intersectorial. Apenas nove dos 47 Estados-Membros dispõem de uma entidade central de coordenação para supervisionar a implementação das políticas sobre o consumo do álcool.<sup>25</sup> Cerca de 29 Estados-Membros<sup>26</sup> da Região não dispõem de políticas sobre o consumo do álcool, ao passo que a Côte d'Ivoire e o Níger têm políticas que datam de 1964 e 1983, respectivamente. As políticas de controlo das drogas estão separadas das políticas do álcool.

13. **Regulamentação limitada e muito fraca sobre onde e a quem o álcool pode ser vendido:** É muito fácil comprar álcool em supermercados, lojas de bairro e bombas de gasolina. As crianças não estão proibidas de comprar álcool, nem há controlos sobre a idade das pessoas que consomem álcool. Cinco Estados-Membros dispõem de regulamentação que permite que seja servido álcool a crianças com menos de 18 anos de idade nos estabelecimentos.<sup>27</sup> Apenas 28 Estados-Membros têm legislação ou regulamentação que impede a venda ilegal de álcool.<sup>28</sup>

14. **Fracos sistemas de cuidados de saúde em geral:** O estado dos sistemas de saúde na Região Africana também tem impacto sobre os serviços para os distúrbios associados ao consumo de álcool. O tratamento disponível no serviço público é limitado à gestão da abstinência aguda, muitas vezes como um internamento de urgência. Terminada a fase aguda, são poucos os serviços públicos de reabilitação. Isto resulta em internamentos constantes para cuidados agudos, que não são eficazes para remissões a longo prazo e são dispendiosos para o sistema de saúde.

15. **Alto custo de reabilitação privada:** Os serviços públicos de reabilitação não estão amplamente disponíveis nos Estados-Membros. A reabilitação privada não está amplamente disponível e é muito dispendiosa, variando entre 1000 e 15 000 dólares americanos por mês, e a duração da reabilitação varia entre três e seis meses. A maioria dos centros de reabilitação privados

<sup>22</sup> Angola, Benim, Botsuana, Cabo Verde, Camarões, Chade, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Gana, Madagascar, Maláui, Mali, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Quénia, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Uganda, Zâmbia e Zimbabué.

<sup>23</sup> África do Sul, Angola, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Cabo Verde, Camarões, Chade, Congo, Côte d'Ivoire, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gana, Guiné, Guiné Equatorial, Lesoto, Madagascar, Maláui, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Nigéria, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Seicheles, Uganda, Zâmbia, Zimbabué.

<sup>24</sup> África do Sul, Argélia, Benim, Botsuana, Burquina Faso, Eritreia, Essuatíni, Guiné Equatorial, Madagascar, Mali, Maurícia, República Democrática do Congo.

<sup>25</sup> Angola, Benim, Botsuana, Côte d'Ivoire, Guiné Equatorial, Gana, Madagascar, Maláui, República Centro-Africana.

<sup>26</sup> Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Congo, Eritreia, Essuatíni, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Guiné, Guiné-Bissau, Lesoto, Libéria, Mali, Maurícia, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Serra Leoa, Sudão do Sul, Togo, Zâmbia, Zimbabué.

<sup>27</sup> Burquina Faso (13 anos), Chade (16 anos), Congo, (16 anos), Côte d'Ivoire (14 anos), Mali (15 anos).

<sup>28</sup> África do Sul, Argélia, Botsuana, Burquina Faso, Burundi, Camarões, Chade, Comores, Côte d'Ivoire, Eritreia, Etiópia, Gâmbia, Gana, Guiné Equatorial, Madagascar, Maláui, Maurícia, Mauritânia, Níger, Quénia, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, República Unida da Tanzânia, Ruanda, Senegal, Uganda, Zâmbia, Zimbabué.

encontra-se na África do Sul (98), seguido do Quênia (37).<sup>29</sup> Faltam igualmente normas e orientações para regular a criação e o funcionamento dos serviços de reabilitação. Qualquer pessoa pode criar uma casa de reabilitação, independentemente de estar habilitada a fazê-lo ou não.

16. **Produção, destilação e venda ilegal e informal de álcool:** As formas locais de álcool são preparadas para o consumo local e muitas vezes não entram nos sistemas nacionais que registam o consumo através de vendas e impostos. Além disso, as fronteiras desprotegidas e as diferentes políticas fiscais incentivam o contrabando de álcool, o que constitui outro desafio.

17. **Interferência da indústria do álcool.** Esta interferência atrasa e impede a adopção de políticas de combate ao álcool pelo parlamento. A indústria do álcool continua a fazer publicidade sem restrições, presta apoio a eventos desportivos, e até contribui para serviços de reabilitação a pretexto da “responsabilidade social corporativa”.<sup>30</sup> Os anúncios de bebidas alcoólicas também continuam a funcionar nas horas de ponta da visualização da televisão, incluindo durante as horas em que as crianças, os adolescentes e os jovens adultos podem estar a assistir.

18. **Influência das receitas fiscais do álcool noutros sectores do governo.** Isto é observado especialmente no ministério das finanças e no ministério para o desenvolvimento económico. Embora existam dados factuais que demonstram que os efeitos nocivos do álcool ultrapassam de longe as receitas fiscais, os benefícios do controlo do álcool só são alcançados a longo prazo, 10 ou 20 anos no futuro,<sup>31</sup> enquanto as receitas são imediatas e tangíveis. Os governos da Região Africana têm uma base fiscal muito limitada e estão relutantes em aprovar políticas que possam interferir com as receitas fiscais do álcool.

19. **Empacotamento de álcool em saquetas e garrafas de pequenas quantidades.** O álcool acondicionado nestas formas é acessível aos jovens, bem como às pessoas com rendimentos mais baixos. Essas embalagens aumentam o acesso e a disponibilidade de bebidas alcoólicas para as populações de baixos rendimentos, incluindo crianças e adolescentes.

20. **Aumento do tráfico, crescimento e distribuição de drogas.** A Região é cada vez mais visada como ponto de trânsito para o tráfico de drogas, com pontos de trânsito na África Oriental, Ocidental e Central, bem como na África Austral<sup>32</sup>. Com o aumento do trânsito, há um acréscimo das fugas no país. Alguns governos também estão a incentivar o cultivo de “marijuana medicinal para exportação”,<sup>33</sup> o que é acompanhado por um maior consumo de marijuana não medicinal<sup>34</sup>. A Região é também visada e mostra um acréscimo de outros comportamentos viciantes, como jogos online e jogos de azar <sup>35</sup>.

---

<sup>29</sup> Comissão da União Africana (2023) Rede Pan-Africana de Epidemiologia sobre o Consumo de Drogas. Estatísticas e tendências sobre o uso, tratamento, procura e oferta de drogas ilícitas em África, 1 de Janeiro de 2016 a 31 de Dezembro de 2021 (Projecto).

<sup>30</sup> Babor TF, Robaina K, Brown K, et al: Is the alcohol industry doing well by ‘doing good’? Findings from a content analysis of the alcohol industry’s actions to reduce harmful drinking, *BMJ Open* 2018;8:e024325. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024325

<sup>31</sup> Relatório de Caso de Investimento em Saúde Mental do Ministério da Saúde do Quênia (2022); Relatório de Caso de Investimento em Saúde Mental do Ministério da Saúde e de Cuidados Infantis do Zimbabué (2022; Projecto); Relatório de Caso de Investimento em Saúde Mental do Ministério da Saúde do Uganda (2022; Projecto).

<sup>32</sup> UNODC (2023) Relatório Mundial sobre os Medicamentos ([Relatório Mundial sobre os Medicamentos 2023](#) ([unodc.org](#)) consultado em 03 de Julho de 2023)

<sup>33</sup> [África olha para o mercado mundial da canábis – DW – 04/06/2022](#)PT [África Oriental pode tornar-se um importante centro de exportação de canábis - África Oriental](#)

<sup>34</sup> UNODC (2023) Relatório Mundial sobre os Medicamentos ([Relatório Mundial sobre os Medicamentos 2023](#) ([unodc.org](#)) consultado em 03 de Julho de 2023)

<sup>35</sup> UNODC (2023) Relatório Mundial sobre os Medicamentos ([Relatório Mundial sobre os Medicamentos 2023](#) ([unodc.org](#)) consultado em 03 de Julho de 2023)

## **VISÃO, FINALIDADE, OBJECTIVOS, METAS E MARCOS**

21. **Visão:** Uma Região Africana livre do uso nocivo do álcool.
22. **Finalidade:** Reduzir de forma significativa, até 2030, a morbidade, incapacidade e mortalidade devido ao consumo de álcool na Região Africana.
23. Os **objectivos** são:
  - a) aumentar a implementação e aplicação de opções e intervenções políticas de alto impacto para reduzir o uso nocivo do álcool na Região Africana, tendo em conta a perspectiva de género e uma abordagem ao longo da vida;
  - b) reforçar as acções multisectoriais através de uma governação eficaz, do reforço do compromisso político, da liderança, do diálogo e da coordenação;
  - c) melhorar a capacidade dos sistemas de saúde e de assistência social para prevenir e tratar os distúrbios associados ao consumo de álcool como parte integrante da cobertura universal de saúde (CUS) e em sintonia com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e as suas metas para a saúde;
  - d) aumentar a sensibilização para os riscos e os danos associados ao consumo de álcool e o seu impacto na saúde e no bem-estar dos indivíduos, famílias, comunidades e nações;
  - e) reforçar os sistemas de informação e a investigação para monitorizar o consumo de álcool, os malefícios relacionados com o álcool, os seus determinantes e factores modificadores, e as respostas políticas a todos os níveis;
  - f) aumentar a mobilização de recursos necessários a acções adequadas e sustentadas com vista a reduzir o uso nocivo do álcool a todos os níveis.
24. **Metas: Até 2030**
  - a) no mínimo, uma redução relativa de 20% (comparativamente à base de referência de 2019) no consumo de álcool per capita;
  - b) 60% dos países elaboraram e promulgaram uma política nacional escrita autónoma ou integrada para o combate ao consumo de álcool, com base nos melhores dados factuais disponíveis;
  - c) 50% dos países possuem um mecanismo nacional de coordenação multisectorial para a implementação e o reforço de respostas nacionais e multisectoriais à política de combate ao consumo de álcool;
  - d) 50% dos países elaboraram e/ou reforçaram intervenções para reduzir o uso nocivo do álcool, dentro e fora do sector da saúde, a nível nacional.
25. **Marcos: Até 2025:**
  - a) no mínimo, uma redução relativa de 10% (comparativamente à base de referência de 2019) no consumo de álcool per capita;
  - b) 40% dos países elaboraram e promulgaram uma política nacional escrita para o combate ao consumo de álcool, com base nos melhores dados factuais disponíveis;
  - c) 30% dos países possuem um mecanismo nacional de coordenação multisectorial para a implementação e o reforço de respostas nacionais e multisectoriais à política de combate ao consumo de álcool;
  - d) 30% dos países elaboraram e/ou reforçaram intervenções para reduzir o uso nocivo do álcool, dentro e fora do sector da saúde, a nível nacional.

**26. Marcos: Até 2028:**

- a) no mínimo, uma redução relativa de 15% (comparativamente à base de referência de 2019) no consumo de álcool per capita;
- b) 50% dos países elaboraram e promulgaram uma política nacional escrita para o combate ao consumo de álcool, com base nos melhores dados factuais disponíveis;
- c) 40% dos países possuem um mecanismo nacional de coordenação multisectorial para a implementação e o reforço de respostas nacionais e multisectoriais à política de combate ao consumo de álcool;
- d) 40% dos países elaboraram e/ou reforçaram intervenções para reduzir o uso nocivo do álcool, dentro e fora do sector da saúde, a nível nacional.

## **PRINCÍPIOS ORIENTADORES**

**27. Abordagem baseada em dados factuais:** As políticas e os programas devem basear-se nos melhores dados factuais disponíveis e ser sensíveis ao contexto nacional.

**28. Capacitação de pessoas e comunidades:** As intervenções devem incluir contributos de pessoas e de comunidades com experiências concretas de malefícios relacionados com o álcool ou de distúrbios associados ao consumo de álcool.

**29. Abordagem dos direitos humanos:** As intervenções para reduzir o impacto do uso nocivo do álcool devem contribuir para o cumprimento do direito ao mais alto padrão de saúde possível, abordando e eliminando práticas discriminatórias no que toca a medidas preventivas e curativas para as pessoas com distúrbios associados ao consumo de álcool.

**30. Abordagem baseada na equidade:** As políticas e intervenções para reduzir o uso nocivo do álcool devem ter como objectivo reduzir as desigualdades na saúde e proteger as pessoas nos diferentes grupos. Esta abordagem pode ser feita através de factores estruturais subjacentes, incluindo o reforço das actividades multisectoriais de desenvolvimento socioeconómico.

**31. Protecção contra interesses comerciais:** A principal prioridade das intervenções deve ser a saúde pública das populações, e não se deve permitir que os interesses comerciais e outros interesses instalados interfiram.

**32. Acções multisectoriais:** O desenvolvimento, a implementação e a aplicação de intervenções de controlo do álcool requerem acções multisectoriais concertadas, de forma coordenada e estratégica, com o envolvimento do sector da saúde e de outros sectores relevantes.

**33. Abordagem ao longo da vida:** As intervenções e estratégias devem proteger as pessoas em todas as fases da vida, especialmente as vulneráveis, incluindo os nascituros, as crianças e os jovens.

## **INTERVENÇÕES E MEDIDAS PRIORITÁRIAS**

**34. Criar parcerias e mecanismos de coordenação multisectorial** para supervisionar a implementação das políticas relativas ao consumo de álcool. Alguns sectores desses mecanismos deverão incluir a saúde, a educação, as finanças e o desenvolvimento económico, o bem-estar social, e o desenvolvimento comunitário, entre outros. A liderança e a coordenação devem ser feitas ao mais alto nível do governo.

35. **Desenvolver políticas multisectoriais de redução dos malefícios do álcool**, que incluam a saúde, os assuntos internos, a educação, a segurança social e o desenvolvimento comunitário. Todos os Estados-Membros devem especificar o limite legal de concentração de álcool no sangue e garantir que este é igual ou inferior a 0,05%. Devem ainda estabelecer sistemas de licenciamento que monitorizem a produção, importação e venda de álcool.
36. **Desenvolver e/ou reforçar a legislação e a regulamentação**. Uma forte vontade política deverá ser expressa pelo mais alto nível do Governo, apoiando o desenvolvimento de legislação e regulamentação. Estas incluem medidas para limitar o acesso, incluindo as horas de abertura e de encerramento, a venda de bebidas alcoólicas a menores, limitar/restringir a venda de álcool a estabelecimentos não licenciados, tais como bombas de gasolina, supermercados e quiosques. A produção e a venda de “cervejas caseiras” devem ser regulamentadas.
37. **Aumentar os impostos especiais sobre o consumo e rever regularmente os preços**, tendo em conta a inflação e o rendimento, para que o álcool não se torne mais comportável ao longo do tempo. Outras estratégias incluem o estabelecimento de preços mínimos e a restrição de promoções de preços e vendas com desconto.
38. **Reduzir o impacto na saúde pública do álcool produzido de forma ilícita ou informal**, tendo em consideração as diferenças nas estratégias para abordar o álcool produzido de forma informal e ilegal. Tal inclui actividades relacionadas com a avaliação do nível de consumo não registado de álcool nas populações, o controlo eficiente da produção e distribuição do álcool, a sensibilização para os riscos sanitários associados e a mobilização comunitária.
39. **Impor medidas para reduzir a aceitabilidade do álcool**: Deve existir uma restrição abrangente ao marketing, publicidade, patrocínios e promoção do álcool em todos os meios de comunicação social, incluindo meios novos e emergentes, com mecanismos de dissuasão adequados. Deve ser proibido o patrocínio de jovens ou programas educativos, inclusive outros programas recreativos iniciados pela indústria do álcool. A afixação de bebidas alcoólicas ao lado de água e outras bebidas não alcoólicas nos pontos de venda dos supermercados deve ser restringida ou proibida, enquanto a rotulagem de bebidas alcoólicas deve incluir o teor de álcool e os malefícios do álcool.
40. **Realizar campanhas de sensibilização sobre os efeitos do álcool**, produzidos formal e informalmente, no indivíduo e na comunidade. Desenvolver programas para aumentar a sensibilização sobre os malefícios do consumo de álcool, visando populações especiais como as mulheres em idade reprodutiva e os condutores de veículos de transporte colectivo. Estas campanhas devem ser adaptadas ao contexto, como sejam dirigidas às mulheres grávidas e às crianças e adolescentes; e basear-se nas faixas etárias e nos níveis de alfabetização das comunidades. Devem ser disponibilizados através de canais de comunicação tradicionais e digitais.
41. **Reduzir a disponibilidade do álcool**: Limitar os horários e os dias de venda de bebidas alcoólicas, restringir a venda de álcool nos estabelecimentos de ensino, e perto destes; restringir a venda de álcool nos eventos desportivos e eventos culturais que incluem menores, e perto destes; estabelecer uma idade mínima legal nacional (18 anos ou mais) para compra (incluindo compra *online*) e consumo de álcool; regular o número, a densidade e a localização de pontos de venda de álcool.
42. **Desenvolver programas de prevenção e/ou atraso no início do consumo de álcool, sobretudo entre crianças e adolescentes que frequentam a escola**, em parceria com o sector da educação e outros parceiros. Isto pode incluir clubes escolares de saúde mental que abordem esta questão, programas de prevenção do consumo do álcool liderados por pares e de apoio por pares

em todas as escolas, assim como campanhas nas redes sociais lideradas por pares que desencorajam o consumo do álcool.

**43. Oferecer infra-estruturas e financiamentos adequados, a todos os níveis, para a gestão dos distúrbios associados ao consumo de álcool:** Criar uma implementação generalizada de rastreio e intervenções de curta duração para o reconhecimento precoce, prestação de aconselhamento preventivo e encaminhamento para tratamento de pessoas com distúrbios associados ao consumo de álcool em contextos de cuidados de saúde primários. Garantir que os serviços de saúde são holísticos e integrados, com o contributo de pessoas com distúrbios associados ao consumo de álcool e, sempre que apropriado, incluindo as famílias como parte do processo de recuperação. Criar e apoiar serviços comunitários de seguimento, reabilitação e de prevenção de recidivas.

**44. Apoiar o reforço das capacidades dos profissionais de saúde,** incluindo os prestadores de cuidados da saúde que trabalham nas áreas das doenças não transmissíveis e da saúde mental, assim como os peritos em saúde pública. Os governos devem investir na formação dos profissionais da saúde para que sejam capazes de gerir e tratar as pessoas com distúrbios associados ao consumo de álcool e de drogas. Isto é especialmente importante para os profissionais de cuidados de saúde primários, assim como os responsáveis pelas populações vulneráveis, como as que gerem as crianças e os adolescentes, as pessoas que vivem com o VIH com tuberculose, e as mulheres em idade reprodutiva.

**45. Deve ser desenvolvido um reforço das capacidades dos representantes das organizações da sociedade civil,** incluindo grupos de ajuda mútua e associações de indivíduos afectados e dos seus familiares, para que possam efectivamente defender, implementar, aplicar e manter a implementação de medidas eficazes para reduzir o uso nocivo do álcool.

**46. Impor contramedidas para a condução sob o efeito do álcool:** Estabelecer e impor limites máximos de 0,5 g/l para a concentração de álcool no sangue. Garantir que são realizados testes de expiração de ar rotineiros e aleatórios pelos agentes da autoridade. Garantir que as penalizações são visíveis para todos e sustentadas, reflectindo a gravidade da infracção (penalizações mais elevadas para níveis superiores de concentração de álcool no sangue), devendo ser ainda mais graves para os reincidentes.

**47. Desenvolver ou reforçar sistemas nacionais ou subnacionais para a monitorização do consumo de álcool** e dos seus modificadores socioeconómicos, incluindo o preço acessível e a disponibilidade, e para avaliar as medidas tomadas. Apoiar as actividades de monitorização e investigação no seio das populações vulneráveis, tais como crianças e mulheres em idade fértil, assim como sobre os factores de risco e de protecção.

48. Os Estados-Membros analisarão a implementação das intervenções prioritárias e deverão elaborar, de três em três anos, relatórios de progresso que serão submetidos à apreciação do Comité Regional.

**49. Desenvolver uma estratégia para combater o consumo de drogas e outros comportamentos que causam dependência na Região Africana da OMS** A estratégia deve ter em conta as questões específicas da Região e das sub-regiões, incluindo o elevado consumo de opiáceos na África Oriental e o maior consumo de canábis na África Central e Ocidental, a ligação do consumo de drogas com o VIH, o aumento do tráfico de drogas, entre outras questões.

## **MEDIDAS PROPOSTAS**

50. Convida-se o Comité Regional a examinar e a aprovar o quadro de execução.