

CONSELHO DE MINISTROS

Resolução n.º 51/2016

de 18 de Abril

O alcoolismo é um problema de saúde pública em Cabo Verde, que afeta a vida de muitas famílias, e que requer recursos do Estado para o tratamento e prevenção de situações diretamente relacionadas com o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tais como o tratamento e seguimento de vítimas de acidentes rodoviários, de vandalismo, de violência doméstica, situações muitas vezes conducentes a casos de morte precoce.

Não é possível estabelecer uma causalidade direta entre o consumo de álcool e os problemas mencionados acima, uma vez que todos eles são de origem multifatorial.

Não obstante, o volume de informações acumuladas pelos pesquisadores ao longo dos anos permite afirmar, com toda a certeza, que o álcool constitui um fator de risco de diversos problemas sociais, e de saúde.

O uso excessivo do álcool está associado a diversos distúrbios de saúde, tais como baixo peso à nascença, hipertensão arterial, doença cerebrovascular, câncer de boca, de esófago, de orofaringe e de fígado, cirrose hepática, diabetes *mellitus*, epilepsia e doenças do foro psiquiátrico.

O início do consumo de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces é um fato comprovado por estudos já realizados em Cabo Verde, em momentos distintos, tanto pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), quanto pela Associação Zé-Moniz (AZM) como pela Comissão de Coordenação de Combate à Droga (CCCD).

É igualmente um dado adquirido que, quanto mais precoce o início do uso e abuso de bebidas alcoólicas, maior a vulnerabilidade para a contracção de problemas de saúde e maior é a gravidade dos danos.

De igual modo, não pode ser negligenciado o importante papel desempenhado pelos publicitários na divulgação e publicidade, convidando à participação em eventos, cujo ambiente propicia o consumo de bebidas alcoólicas.

A verdadeira proliferação de mensagens publicitárias a que são sujeitos os jovens, reforça ainda mais essa pressão social para o consumo do álcool, num país com uma população jovem, e logo, vulnerável, publicidade que continua promovendo o sucesso e a felicidade, em torno do consumo do álcool.

A abordagem clássica ao problema de consumo do álcool, centrada no alcoolismo como doença resultante de um desvio comportamental individual não tem sido bem-sucedida, antes pelo contrário, tem contribuído para o agravamento da situação.

Há que mudar de paradigma e encarar o consumo do álcool como um comportamento social e, como tal, definir uma estratégia equilibrada e coerente que apela ao envolvimento de parceiros das mais distintas áreas, da família e da sociedade civil no seu todo.

Nesta estratégia, a saúde deve assumir o papel de catalisador do processo que deverá conduzir ao controlo da situação, numa primeira fase, e à inversão das tendências atuais, numa fase posterior.

Assim,

No uso da faculdade conferida pelo n.º 2 do artigo 265.º da Constituição, o Governo aprova a seguinte Resolução:

Artigo 1.º

Aprovação

É aprovado o Plano Estratégico multissetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool, 2016-2020, anexo à presente Resolução, dela fazendo parte integrante.

Artigo 2.º

Entrada em vigor

A presente Resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em Conselho de Ministros de 7 de abril de 2016.

O Primeiro-ministro, *José Maria Pereira Neves*

ANEXO

Plano Estratégico multisectorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool 2016-2020

PREÂMBULO

O consumo do álcool é uma das práticas mais enraizadas na sociedade cabo-verdiana e tem sido uma das preocupações do Ministério da Saúde devido sobretudo a existência de elevada prevalência de doenças relacionadas com o seu consumo, além de outros problemas de níveis social e económico, sendo uma das principais causas de mortalidade no país (MS, 2007), um dos responsáveis pela desestruturação familiar, um fator agravante dos acidentes nas estradas, da violência doméstica e de incapacidades várias.

Segundo dados de 1º Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população geral (CCCD, 2012), o álcool é a droga mais consumida em Cabo Verde, com uma taxa de prevalência de 63,5%.

Também tem havido um aumento das doenças provocadas pelo consumo do álcool, aumento da violência e dos acidentes relacionados com o consumo abusivo do álcool.

A complexidade dessa problemática é muito grande e abarca aspetos culturais, psicológicos e sociais, pelo que o seu equacionamento exige uma abordagem abrangente que envolva diferentes agentes da sociedade.

Com este Plano Estratégico pretende-se orientar as intervenções dos vários setores que estão relacionados com os problemas ligados ao álcool em todas as vertentes desde a produção, a distribuição, a legislação, o consumo, a publicidade do álcool e os cuidados de saúde relacionados com o uso abusivo do álcool e as dependências.

É um plano que pode ser ajustado e adequado aos desafios e as de mudanças ambientais e organizacionais que se venham a verificar.

I - INTRODUÇÃO

Desde a mais remota antiguidade se conhecem os efeitos nocivos do uso e abuso do consumo de bebidas alcoólicas, bem como a multiplicidade das interações que estão na origem do fenómeno alcoolismo o que levou a OMS a criar em 1982 a designação de Problemas ligados ao álcool (Alcohol-related Problems).

O consumo de bebidas alcoólicas é uma prática amplamente difundida e socialmente aceite, relacionado com o prazer e socialização sendo a droga de maior relevância a escala mundial tanto pela sua prevalência como também pela repercussão social e económica que produz¹.

No entanto, o seu consumo pode trazer consequências prejudiciais a vários níveis, económicos, sociais, familiares laborais e na saúde e é um dos fatores de risco das doenças não transmissíveis (DNT) a par do consumo do tabaco, da inatividade física e de maus hábitos alimentares.

O uso do álcool é um fenómeno transversal que afeta adultos e jovens de ambos os sexos, numa dimensão preocupante e com tendência para agravamento. O consumo de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces é uma realidade que está muito associado a massiva oferta feita a vários níveis nomeadamente através da publicidade.

De acordo com a OMS, cerca de dois mil milhões de pessoas no Mundo consomem bebidas alcoólicas e destas, 76 milhões apresentam transtornos relacionados com o consumo e dependência e 3,3 milhões de mortes atribuídos ao consumo do álcool em 2010 (OMS, 2014).

Em Cabo Verde e de acordo com o PNDS 2012-2016, o consumo excessivo do álcool constitui um dos principais fatores de risco para doenças crónicas não transmissíveis e “representa um drama para a sociedade cabo-verdiana pelas consequências de mortes e incapacidades por acidentes de trânsito, agressões, violência doméstica, absentismo ou incapacidade para o trabalho, entre outros” (PNDS).

O Inquérito sobre fatores de risco realizado em 2007 pelo Ministério da saúde mostrou que 53,2% dos inquiridos tinha consumido álcool nos últimos 12 meses e 40,3% nos últimos 30 dias, com maior consumo na faixa etária dos 25 a 34 anos.

Existem vários padrões de consumo que são definidos por atitudes, comportamentos e crenças e que devem ser conhecidos para se adequar as abordagens aos problemas ligados ao uso abusivo do álcool.

Este plano vem responder a uma necessidade do Governo de Cabo Verde em sistematizar a luta contra os problemas ligados ao álcool e segue as orientações da OMS.

As recomendações da OMS vêm no sentido de cumprir os princípios básicos para o desenvolvimento e implantação de políticas do álcool em todos os níveis a seguir enunciadas:

- As políticas públicas e intervenções devem ser orientadas e formuladas a partir dos interesses da saúde pública, com metas muito bem definidas e baseadas nas melhores evidências disponíveis;

- As políticas devem ser equitativas e sensíveis aos contextos nacionais, religiosos e culturais;
- Todas as partes envolvidas têm a responsabilidade de agir de forma a não prejudicar a implementação de políticas públicas e intervenções;
- Deve ser dada atenção e prioridade à saúde pública em relação aos interesses concorrentes e promovidas as abordagens que focam nessa direção;
- Proteger populações dos efeitos nocivos do consumo de álcool deve ser parte integrante das políticas do álcool; Tais princípios refletem determinantes multifacetados dos efeitos nocivos do álcool e as ações devem ser trabalhadas em conjunto para a implementação de intervenções eficazes.

Os Indivíduos e familiares afetados pelo uso nocivo do álcool devem ter acesso a prevenção e serviços de saúde eficazes e com preços acessíveis.

As Crianças, adolescentes e adultos que optam por não beber têm o direito de serem apoiados no seu comportamento e protegidos das pressões para beber.

II. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

1. Dimensão do problema

1.1. Dimensão Mundial

O consumo *per capita* de bebidas alcoólicas em todo o mundo, em 2005, atingiu 6,13 litros de álcool puro em indivíduos com 15 anos ou mais, verificando-se um ligeiro aumento, em 2010, para 6,2 litros de álcool puro por ano, o que representa um consumo de 13,5 gramas de álcool puro por dia (OMS, 2014). Geralmente verifica-se um maior consumo nos países economicamente mais desenvolvidos, embora esta situação não seja retratada nos efeitos crónicos do consumo na saúde, nem na mortalidade e carga de doenças e lesões atribuídas ao álcool que, de uma maneira geral, é muito maior nos países e sociedades com menor desenvolvimento económico.

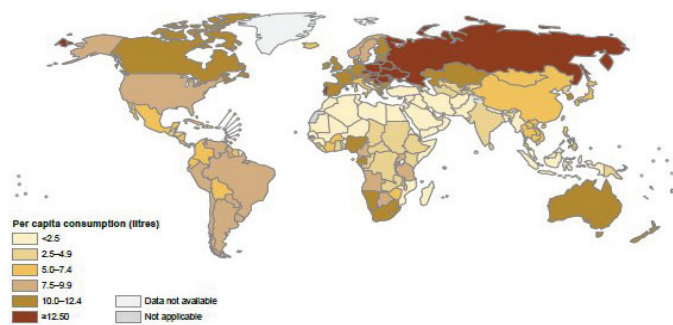


Figura 1. Consumo per capita mundial de álcool na população com mais de 15 anos (em litros de álcool puro), 2010. Fonte: OMS, 2014

O volume desse consumo varia de região para região, sendo o nível mais elevado registado nos países mais desenvolvidos, particularmente na Europa e nas Américas. A Região Africana e do Pacífico Ocidental ocupam uma posição intermédia, enquanto o Sudeste Asiático e, particularmente, a Região do Mediterrâneo Oriental são as de menor consumo. Os diferentes níveis de consumo entre as regiões resultam de uma interação complexa entre os vários fatores incluindo sócio demográficos, económicos culturais, religiosos, prevalência de abstinentes e tipo de bebida preferido.

¹Alcoholism and critical illness: A review. World J Crit Care Med. 2016 Feb 4 ;5(1):27-35. doi: 10.5492/wjccm.v5.i1.27. eCollection 2016.

Cerca de 1/4 do consumo mundial (24.8%) que equivale a 1,5 litro de álcool puro por pessoa, foi de álcool não registado, caseiro ou produzido ilegalmente (OMS 2014).

Em 2012, do total de óbitos registados, 5.9% foram relacionados ao consumo de álcool, o dobro do número de óbitos relacionados ao VIH (2.8%), três vezes e meia mais do que a Tuberculose (1.7%) e mais de 6 vezes e meia que a violência (0.9%), totalizando cerca de 3,3 milhões de pessoas (OMS, 2014).

O consumo do álcool foi responsável por 5.1% do volume global de doenças e lesões, representando 139 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade – **AVAI**, apresentada como o número de anos perdidos devido à mortalidade e a incapacidades prematuras. Desse total, os homens são responsáveis por 7,4% e as mulheres por 2,3%, o que se justifica pelo facto dos homens consumirem álcool com maior frequência e em maior quantidade que as mulheres. (OMS, 2014).

Os efeitos nocivos e riscos de danos à saúde são determinados não só pelo volume de álcool consumido, mas também pelo padrão de consumo ao longo do tempo e pela qualidade do álcool consumido (Rehm *et al.*, 2003a).

Em termos de custos convém salientar que, de entre os custos diretos os associados ao sector da saúde variam entre 9% e 24% do total de custos sociais atribuídos ao álcool (Van Gils *et al.*, 2010). O sector da justiça é o que suporta os custos diretos mais avultados e estão relacionados ao aumento da criminalidade, danos à propriedade, acidentes de viação e prisões por distúrbios provocados por indivíduos sob efeito de álcool (OMS, 2014).

Os custos sociais indiretos são normalmente suportados pela sociedade e traduzem-se pela perda de produtividade devido ao absentismo no trabalho, desemprego, diminuição da produção e conseqüente redução do lucro, aposentação antecipada e morte prematura (Anderson *et al.*, 2006; Thavorncharoensap *et al.*, 2009).

Em 2003, os custos atribuídos ao álcool na União Europeia foram estimados em cerca de 125 bilhões de euros; em 2006, nos Estados Unidos da América, atingiram 233,5 mil milhões de dólares; em 2009, no Reino Unido, foram 21 mil milhões de libras, representando de 1,3% a 3,3% do produto interno bruto (Rehm *et al.*, 2009a; OMS, 2011).

Na África do Sul as estimativas feitas dos custos derivados do consumo nocivo do álcool, para o ano de 2009, atingiram quase 300 bilhões de rands, ou seja, 10% - 12% do produto interno bruto (Matzopoulos *et al.*, 2014).

Menos tido em linha de conta, porque não são mensuráveis, são os **custos intangíveis**, que consistem na dor, sofrimento e perda da qualidade de vida, suportados pelo próprio consumidor do álcool e sua família, além de outros indivíduos com quem mantêm algum laço afetivo (Anderson *et al.*, 2006; Thavorncharoensap *et al.*, 2009).

1.2. Dimensão Regional (África)

A África é o continente que menos álcool consome devido a existência de uma grande população que professa a fé islâmica. Cerca de 7 em cada 10 pessoas não consomem

álcool, mas o volume médio de álcool puro consumido, por unidade de tempo e por consumidor, é elevado e, em alguns países, chega a atingir cerca de 35 litros de álcool puro por consumidor, por ano (OMS, 2014).

Os dados da OMS também mostram que os estados insulares africanos incluindo Cabo Verde, Seychelles e São Tomé e Príncipe estão entre os que apresentam maiores níveis de consumo do álcool (OMS, 2014).

Realça-se que grande parte do álcool consumido em África ser de produção clandestina ou, pelo menos, não declarada e, como tal, não entra nas estatísticas dos países (OMS, 2014).

As doenças causadas pelo consumo nocivo do álcool estão a aumentar na Região Africana. Entre 2000 e 2004, a percentagem estimada de mortes atribuíveis ao consumo nocivo do álcool era de 2,1% - 2,4%. Entretanto, evidências mais recentes, que indicam uma relação entre o consumo excessivo do álcool e as doenças infecciosas, sugerem que a percentagem de mortes atribuíveis ao álcool é consideravelmente mais elevada que o anteriormente estimado (OMS, 2014).

As doenças não transmissíveis são responsáveis por 2,9 milhões de mortes anuais nos países da Região Africana da OMS. Destas mortes, 1,3 milhões (45%) são prematuras, ocorrendo entre os 30 e os 70 anos de idade (OMS/Região Africana, 2014).

A OMS estima que as mortes por DNT deverão aumentar 17% a nível mundial durante os próximos 10 anos, e na Região Africana o aumento será de 27%, isto é, serão mais de 28 milhões de mortes causadas por estas doenças, que, até 2030, deverão exceder o número de mortes devidas às doenças transmissíveis, maternas, perinatais e nutricionais combinadas (*idem*).

A prevalência de perturbações resultantes do consumo do álcool, incluindo a dependência é, em média, de 3.3% na Região Africana da OMS.

Vários países, incluindo Cabo Verde, Lesoto, Ruanda e Togo, estão a desenvolver, estratégias nacionais multissetoriais para abordar os fatores de risco, em consonância com o Plano Mundial de Ação para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis para o período 2013 - 2020 (OMS, 2014).

De particular interesse é a comparação do **consumo nos países africanos de língua portuguesa**.

Quadro 1. Consumo do álcool *per capita* em 15 e mais anos de idade (litros de álcool puro) por tipo de bebida alcoólica, 2010

País	Tipos de bebida alcoólica			
	Cerveja	Vinho	Espirituosas	Outra
Angola	64%	14%	17%	5%
Cabo Verde	64%	22%	14%	1%
Guiné-Bissau	20%	15%	22%	43%
Moçambique	63%	7%	25%	4%
S. Tomé e Príncipe	60%	16%	24%	-

Fonte: OMS, 2014 (adaptado). Global Status Report on Alcohol and Health, 2014, da OMS

No que diz respeito ao consumo *per capita* por tipo de bebida alcoólica, em indivíduos com 15 e mais anos, o Quadro 1 mostra que Cabo Verde é o maior consumidor de vinho (22%) e menor consumidor de bebidas espirituosas (14%). Contudo, não se consegue apurar se estes dados incluem a aguardente produzida localmente (grogue) no grupo de bebidas espirituosas.

Quadro 2. Consumo álcool total *per capita* (15+), apenas consumidores (em litros de álcool puro), 2010

	Angola	Cabo Verde	Guiné-Bissau	Moçambique	STP
Homens (15+)	25.1	23.0	14.6	13.0	23.3
Mulheres (15+)	12.9	09.4	10.1	11.7	10.4
Ambos os sexos (15+)	20.9	17.9	13.4	12.6	18.5

Fonte: OMS, 2014 (adaptado).

Quando se restringe ao grupo de consumidores apenas, o Quadro 2 mostra que, a partir dos 15 anos de idade, o homem cabo-verdiano, com um consumo de 23 litros de álcool puro *per capita*, aparece no grupo dos maiores consumidores. Em contrapartida, a mulher cabo-verdiana é a que menos álcool consome: 9.4 litros *per capita*.

Fazendo uma análise geral com base na distribuição do consumo de álcool por sexo, observa-se que Cabo Verde ocupa o lugar intermédio entre os PALOP com um consumo *per capita* de 17.9 litros de álcool puro.

Quadro 3. Prevalência de transtornos por uso de álcool e dependência de álcool (%), 2010*

	Transtornos por uso de álcool **					Dependência do álcool				
	Ang	CV	GB	Mo	STP	Ang	CV	GB	Mo	STP
Homens	8.6	8.7	1.8	4.8	8.8	3.6	3.7	1.4	2.0	3.7
Mulheres	1.4	1.7	0.1	0.6	1.6	0.7	0.8	<0.1	0.3	0.8
Ambos os sexos	4.9	5.1	0.9	2.6	5.1	2.1	2.2	0.7	1.1	2.2
OMS Afro	3.3					1.4				

Fonte: OMS, 2014 (adaptado).

* Estimativas de prevalência de 12 meses (15+).

** Incluindo a dependência de álcool e uso nocivo do álcool.

De acordo com o mesmo “Relatório global sobre o álcool e a saúde 2014” da OMS, Cabo Verde é o segundo país com maior prevalência de perturbações do consumo de álcool entre os lusófonos africanos e tem também uma frequência superior à média africana de perturbações ligadas ao consumo de álcool (5,1%). Juntamente com São Tomé e Príncipe, Cabo Verde ocupa o primeiro lugar com uma média de 5,1%.

1.3. Dimensão Nacional

A produção e o consumo do álcool em Cabo Verde é uma preocupação não só das autoridades, mas também dos cidadãos pela dimensão dos problemas associados.

O volume e a qualidade das bebidas alcoólicas, o envolvimento de adolescentes no consumo em idades cada vez mais precoces e a falta de fiscalização e adequação das leis que o condicionam, o incremento da violência, as implicações negativas do álcool na saúde e os acidentes rodoviários são alguns dos aspetos que fundamentam esta preocupação geral com o fenómeno do consumo de álcool no país.

Dados do Inquérito sobre as Despesas Familiares (IDRF), realizado em 2001-2002, mostram que as famílias gastam 2% do seu orçamento no consumo de bebidas alcoólicas, percentagem sensivelmente igual à que gastam com as despesas de saúde e que é cerca do dobro do que gastam com a educação (INE/IDRF, 2002).

Segundo dados do Inquérito sobre fatores de risco das Doenças Não Transmissíveis realizado em 2007, o maior consumo de bebidas alcoólicas ocorre no grupo etário dos 25 aos 34 anos, para ambos os sexos (IDNT, 2007).

De acordo com o IDNT o consumo perigoso do álcool entre os homens (40-60 gr/dia) é de 6,35% e entre as mulheres (20-40 gr /dia) é de 2,4% na faixa etária dos 25 a 64 anos de idade. O consumo nocivo, isto é, superior a 60 gr/dia para homens e superior a 40 gr/dia para as mulheres, é de 2,9% e 0,2%, respetivamente (PNDS, 2012).

A média de consumo, no grupo restrito de consumidores do álcool, é de 7.9 copos/dia, sendo 9.5 para os homens e 3.65 para as mulheres (IDNT, 2007).

A prevalência do consumo do álcool ao longo da vida situa-se em 63,5%, sendo o homem responsável por 81,3% desse consumo e a mulher por 49,5%, de acordo com os resultados do Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas, realizado em Cabo Verde (MJ, 2013).

De acordo com este estudo, cerca de 37% dos inquiridos tiveram o primeiro contacto com bebidas alcoólicas com idades situadas entre os 7 e 17 anos (30% das mulheres e 42% dos homens). Os homens tiveram o primeiro contacto com esta substância mais cedo do que as mulheres. Neste grupo etário, as concentrações percentuais mais significativas registam-se nos 15 anos (8% dos consumidores), 16 anos (9%) e 17 anos (11%). Apenas 2% dos inquiridos declararam ter iniciado o consumo após os 30 anos (MJ, 2013).

A taxa de consumo atual do álcool é de 64,3% no grupo dos 15-34 anos, aumenta para 68,2% no grupo 35-44 anos e diminui para 48,5% no grupo dos 55-64 anos. A maior experiência do consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida verifica-se nas idades compreendidas entre 25-34 anos (34%). A percentagem de consumo é de 61,5% entre os 15-34 anos (MJ, 2013).

A cerveja é a bebida alcoólica mais consumida em Cabo Verde (86%), seguindo-se os licores/cocktails (71%), o vinho (68%), o grogue (41%) e as bebidas espirituosas (39%) dos consumidores. Entre os consumidores de álcool, 4% bebem cerveja todos os dias, 14% 2-3 vezes por semana, 12% várias vezes por mês, 10% uma vez por mês (MJ, 2013).

Em relação à aguardente produzida em Cabo Verde, 2% consomem várias vezes ao dia, 5% diariamente, 11% declararam consumir várias vezes por semana, 9% pelo menos uma vez por semana.

A saúde é o setor mais visível dos efeitos do consumo de bebidas alcoólicas em Cabo Verde, embora não se possa afirmar que é o que carrega o maior fardo das consequências desse consumo.

Os internamentos relacionados com o consumo do álcool no Hospital Psiquiátrico da Trindade têm representado nos últimos anos, mais de um terço dos doentes hospitalizados (PNDS, 2008).

Em 2010, 13.8% do total de internamentos ocorridos no Hospital Regional João Morais foram devidos a problemas relacionados com o álcool e, em 2011, foi 12.1%.

Se restringirmos às enfermarias de medicina e psiquiatria desse mesmo hospital, essa percentagem sobe para 28.1% e 23.9%, respetivamente, representando um total de 877 dias de internamento (13.3% do total), em 2010, e 1.324 dias (16.8% do total), em 2011. Em cada um destes dois anos referenciados foram registados 14 óbitos, representando uma taxa de 11.9%, em 2010, e 11.0%, em 2011, de acordo com os dados estatísticos desse hospital.

A dispersão dos dados registados pelos diferentes serviços e setores e a dificuldade em conseguir a sua compilação constitui um sério entrave a uma análise multisetorial objetiva do problema e faz com que a visão que se tem seja fragmentada e não espelhar(a) o panorama real da situação no que se refere aos problemas resultantes do consumo nocivo do álcool em Cabo Verde.

Um facto inegável é o considerável incremento da violência nos últimos anos tendo como uma das causas o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobretudo por jovens.

Em relação a este ponto, pode-se ler no Programa Nacional Integrado de Luta contra Droga e Crime 2012-2016, elaborado pelo Ministério da Justiça, o seguinte: “Nos últimos anos, a sociedade cabo-verdiana tem enfrentado níveis crescentes de criminalidade, com novas formas e modalidades de violência emergindo e colocando novos desafios tanto à sociedade como às autoridades. Considerando que a maioria da população é jovem, o fenómeno da delinquência juvenil torna-se muito significativo, associado às novas tendências de criminalidade e comportamentos antissociais. À medida que a perceção da criminalidade violenta se torna mais sensível e as autoridades tentam abordar a problemática, as perceções de níveis excessivos de violência resultaram em fortes sentimentos de insegurança entre os cidadãos.

Essas novas formas de violência aparecem associadas a males sociais como o consumo das drogas ilícitas e o uso precoce e abusivo do álcool, e são potenciadas pela fácil circulação de armas, bem como pelo afrouxamento do controlo social” (MJ, 2013).

Estes factos associados a outros aspetos como a violência doméstica, as agressões e assaltos na via pública, os acidentes de viação e a prática de crimes e delinquências que implicam detenções nos diversos estabelecimentos prisionais do país fazem com que o setor da justiça seja um dos mais afetados por problemas ligados ao álcool.

A educação é outro setor afetado pelo consumo de bebidas alcoólicas quando provoca a desestruturação e desagregação familiar, fenómenos frequentes em Cabo Verde.

Em relação ao meio laboral, não se conseguiu reunir dados suficientes que pudessem retratar o impacto do consumo álcool, nomeadamente, a frequência e gravidade de acidentes de trabalho, nível de absentismo e seu impacto na produtividade, aposentações prematuras, entre outros.

Mesmo assim, é perceptível e preocupante o número de indivíduos que abandonam o emprego ou são compulsiva

e precocemente aposentados por incapacidade resultante do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Além disso, um número considerável de indivíduos com uma elevada taxa de absentismo permanecem ligados ao serviço com uma produtividade baixa ou muito baixa, o que cria um ambiente de mal-estar em relação aos demais trabalhadores regulares e cumpridores e que mantêm um desempenho de alta produtividade e rentabilidade.

O uso abusivo do álcool nas crianças, adolescentes e grávidas

O início do consumo de bebidas alcoólicas em idades cada vez mais precoces é um facto comprovado por diversos estudos realizados em Cabo Verde em momentos distintos pelo INE, AZM e CCCD.

Um estudo realizado em 2005, pela Associação Zé Moniz, “A Saúde e Estilos de Vida de Adolescentes Cabo-verdianos frequentando o Ensino Secundário”, revelou que 39,6% dos jovens tinham experimentado álcool, dos quais 53,5% eram rapazes e 27,7% meninas (AZM, 2005).

Aos 13 anos, 28.8% dos adolescentes já tinham experimentado álcool, dos quais 14.8% já se tinham embriagado de 1 a 3 vezes; aos 15 anos, 37.8% tinham experimentado e 21.8% já tinham estado embriagados de 1 a 3 vezes e, nos maiores de 16 anos, 55.2% já tinham experimentado, dos quais, 31% tinham estado embriagados de 1 a 3 vezes (idem).

O consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens está quase sempre associado a ambientes festivos, confraternizações, diversões e comemorações, momentos em que aumenta a sua necessidade de socialização, de se identificar com os modelos de consumo da sociedade, de estabelecer relações com colegas e garantir a sua inserção no grupo de jovens de que passará a ser membro.

Também não pode ser negligenciado o importante papel desempenhado pelos órgãos de comunicação social na divulgação e convite apelativo à participação em eventos cujo ambiente propicia o consumo de bebidas alcoólicas.

O uso de álcool na adolescência está relacionado com uma série de comportamentos de risco, além de aumentar a chance de envolvimento em acidentes, violência sexual entre outros. O uso de álcool por adolescentes está fortemente associado à morte violenta, queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizagem, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais do jovem. O consumo de álcool causa modificações neuroquímicas, com prejuízos na memória, aprendizagem e controle dos impulsos. (Pechansky, 2004).

O efeito do uso abusivo do álcool na criança pode ser observado desde a gestação, passando pela amamentação, desenvolvimento e rendimento escolar.

O consumo excessivo de álcool entre as mulheres grávidas constitui um dos problemas mais relevantes da dependência alcoólica, pois pode levar ao aborto espontâneo, prematuridade, malformações congénitas e à síndrome alcoólica fetal (SAF), a expressão maior comprometimento neuropsiquiátrico em filhos de mulheres que beberam em excesso durante a gestação.

2. Legislação

A legislação cabo-verdiana abarca diversos aspetos do vasto leque de problemas resultantes do consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente, a proteção de crianças e adolescentes interditando o consumo por menores de 18 anos, a segurança rodoviária estabelecendo limites de consumo pelos condutores e definindo métodos de controlo, o Código de Publicidade que interdita parcialmente a publicidade de bebidas alcoólicas e, mais recentemente, através da publicação do Decreto-Lei n.º 11/2015, de 12 de Fevereiro, que estabelece o regime jurídico geral da produção da aguardente de cana-de-açúcar em Cabo Verde.

Até o início do ano de 2015, a produção da aguardente em Cabo Verde encontrava-se regulada apenas pelo **Decreto n.º 132/87**, de 12 de Dezembro, alterado pelo **Decreto-Regulamentar n.º 140/92**, de 14 de Dezembro, que estabelece alguns aspetos sobre o fabrico e licenciamento da produção da aguardente nacional (ARFA, 2015 - Comunicado sobre Regime Jurídico Geral da Aguardente de cana-de-açúcar).

A abrangência destes diplomas era muito limitada, sobretudo em relação às etapas da cadeia de produção e em matéria de segurança, qualidade e inocuidade. Mesmo assim, a sua aplicação foi praticamente nula (II Fórum sobre o Alcoolismo realizado em Porto Novo, Agosto/2015).

A **Lei n.º 8/V/96**, de 11 de Novembro, que proíbe a condução de veículos com ou sem motor, em via pública ou equiparada, por indivíduos sob a influência do álcool, foi alterada pela **Lei n.º 59/VII/2010**, de 19 de Abril, passando a ser mais exigente e refletindo melhor a grande preocupação que constitui a condução sob efeito do álcool.

A **Lei n.º 27/V/97**, de 23 de Junho, interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores e interdita a publicidade de bebidas alcoólicas em algumas situações.

Esta lei, de importante conteúdo, exige para sua implementação, uma vigilância e fiscalização regular aos estabelecimentos comerciais de venda de bebidas alcoólicas.

No seu artigo 1º, número 2, diz que é considerada bebida alcoólica toda a bebida cujo teor em álcool seja superior a 0.5 g/l.

No seu artigo 7º, esta lei incumbe a fiscalização ao Instituto Cabo-verdiano de Menores, às autoridades e agentes de autoridades, em especial ao Ministério Público, às autoridades municipais e seus agentes, à Polícia de Ordem Pública, à Polícia Judiciária e à Inspeção das Atividades Económicas.

A **Portaria n.º 1/99**, de 8 de Fevereiro, estabelece o método de deteção de álcool no sangue, fixa a tabela de preços dos respetivos exames e define os laboratórios autorizados a proceder às competentes análises. Contudo, o método de oxidação eletroquímica para a medida da dose do álcool no sangue indicado na portaria não é exequível porque os equipamentos existentes utilizam o método espectrofotométrico e estão disponíveis apenas nos Hospitais Centrais. Para que este ou qualquer outro método seja adotado, é necessário um despacho conjunto

dos membros do governo responsáveis pelas áreas dos transportes Rodoviários, Justiça e Saúde, conforme o artigo 1º desta mesma portaria.

Resolução n.º 15/2005, de 25 de Abril que cria, junto da Direção Geral da Saúde, a Comissão Interministerial de Luta contra o Alcoolismo, que tem por missão fazer um levantamento exaustivo da situação do alcoolismo em Cabo Verde e das suas múltiplas implicações para a sociedade cabo-verdiana e, ainda, elaborar uma proposta de Plano de Nacional de Luta contra o Alcoolismo a submeter à apreciação do Governo.

Esta Comissão chegou a reunir-se algumas vezes, mas nunca conseguiu responder minimamente aos desafios que tinha pela frente, visando o cumprimento da missão para a qual foi criada.

O **Decreto-Lei n.º 46/2007**, de 10 de Dezembro, que aprova o Código de Publicidade, dedica um artigo com 5 pontos à problemática do consumo do álcool.

A **Lei n.º 59/VII/2010**, de 19 de Abril, que introduz alteração à **Lei n.º 8/V/96**, de 11 de Novembro, constitui um importante passo para a segurança rodoviária através do controlo da concentração do álcool no ar expirado dos condutores de veículos automotores. Contudo, o limite estabelecido para a taxa de álcool no sangue (TAS) 0.8 mg/litro é muito alto em relação ao estipulado pela maioria dos países, 0.5 mg/litro ou inferior.

O **Decreto-Regulamentar n.º 3/2011**, de 24 de Janeiro, que regulamenta as matérias relativas à classificação das atividades industriais, à vistoria aos estabelecimentos e às unidades industriais, às correspondentes taxas a pagar, ao Cadastro Industrial, ao processo para a obtenção de incentivos e aos procedimentos aplicáveis às importações diretas pelo Industrial teve pouca influência no concernente à produção e comercialização de bebidas alcoólicas em Cabo Verde.

O **Decreto-Lei n.º 11/2015**, de 12 de Fevereiro, que estabelece o regime jurídico geral da produção da aguardente de cana-de-açúcar em Cabo Verde, parece trazer alguma contribuição para a garantia da produção de aguardente de boa qualidade e permitir o cumprimento de uma série de condições para se obter o alvará para a produção.

O Decreto-Lei foi aprovado em Conselho de Ministros, em 20 de Novembro de 2014, promulgado pelo Presidente da República, em 5 de Fevereiro de 2015, publicado em 12 de Fevereiro de 2015 e, finalmente, entrado em vigor, em 12 de Agosto de 2015.

Este Decreto-Lei estabelece as condições necessárias para a instalação, alteração substancial e exploração de estabelecimentos ou unidades de produção da aguardente de cana-de-açúcar, condicionando o exercício da atividade ao licenciamento industrial, após a obtenção prévia do licenciamento sanitário.

O exercício da atividade de produção da aguardente da cana-de-açúcar fica doravante sujeito à fiscalização da IGAE, o que poderá ter repercussão direta na produção uma vez que o grogue passará a ser fabricado em unidades que cumprem os requisitos técnicos e apresentem as condições sanitárias previstas na lei.

A redução da oferta deverá determinar um aumento do preço do grogue, assim como a taxaço e a consequente diminuição do consumo. Contudo, há que precaver-se da produção clandestina de aguardente com matéria-prima inadequada e através de métodos de fermentação e destilação que ferem o estipulado na lei.

Esta é uma matéria que deverá ser inscrita na lista das preocupações das autoridades cabo-verdianas envolvidas no processo de prevenção e controlo das doenças não transmissíveis, sabendo que um dos seus principais fatores é o consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

3. Produção nacional de bebidas alcoólicas

a) Grogue (*aguardente de cana de açúcar*)

O grogue é considerado a principal bebida alcoólica destilada produzida em Cabo Verde, sendo a ilha de Santo Antão o espaço geográfico que ocupa o lugar cimeiro na sua produção, seguindo-se as ilhas de Santiago, S. Nicolau e Brava. O destilado cabo-verdiano tem uma grande procura no mercado nacional e na diáspora.

De acordo com o censo agrícola de 2005, a terra arável de Cabo Verde cobre 41.842 hectares, incluindo 7% de terrenos irrigados e 93% de sequeiro. Grande parte deste potencial distribui-se pelas ilhas de Santiago (52%), Santo Antão (22%) e Fogo (14%) (VAGROG, 2010).

Em Santo Antão a área irrigada totaliza 1.848 hectares, sendo 1.016 hectares (55%) ocupados pela cana sacarina, produto agrícola dominante na ilha que é responsável por 81,2 % de sua produção no país. Os restantes 18,8% estão distribuídos pelas ilhas de Santiago, S. Nicolau e Brava (MDR/DGPOG/DEGI, 2011).

De acordo com os dados apresentados pelo Projeto VAGROG (2012), em Santo Antão, em 2012, existiam 165 unidades de transformação distribuídas pelos 3 concelhos, sendo 50% na Ribeira Grande, 27% no Paul e 23% no Porto Novo. Praticamente a totalidade da mão-de-obra utilizada no fabrico do grogue (99,7%) não tem qualquer qualificação valendo-se da experiência adquirida e acumulada ao longo de muitos anos de trabalho nessa indústria. Por isso, algumas práticas baseiam-se em procedimentos não aceitáveis do ponto de vista técnico-sanitário.

Não foi possível obter informações sobre o número de unidades industriais existentes nas ilhas de Santiago e S. Nicolau e na ilha da Brava, que segundo informações, conta com apenas uma unidade de produção da aguardente de cana-de-açúcar.

Consta que, muitas vezes, a matéria-prima utilizada na produção do destilado é o açúcar refinado que se mistura com água ou vinhoto (azugra) resultante de destilações anteriores e para desencadear o processo de fermentação são utilizados os mais diversos produtos, incluindo tóxicos como ácidos e soda cáustica.

O destilado conseguido desta forma é de baixo custo e vende-se a baixo preço sendo por isso, é altamente consumido e extremamente prejudicial a saúde. Segundo informações, o preço da aguardente varia de acordo com a qualidade e situa-se entre 125\$00 e 1500\$00, o litro.

b) Licores

Os licores e cocktails diversos ocupam o segundo lugar entre as bebidas alcoólicas mais consumidas em Cabo Verde, perdendo apenas para a cerveja (CCCD, 2013).

A produção de licores é uma atividade caseira muito difundida em Cabo Verde e tem por matérias-primas a aguardente, ervas aromáticas diversas, frutas diversas e mel de cana-de-açúcar ou calda de açúcar refinado queimado.

A grande demanda por este produto tem atraído a atenção de um número considerável de pequenos comerciantes que se dedicam à produção caseira dessas bebidas. Nos últimos anos registou-se um aumento exponencial da produção de licores caseiros sem qualquer tipo de controlo técnico (modo de produção) e sanitário (condições de laboração), o que constitui uma verdadeira ameaça à saúde pública.

Do ponto de vista fiscal essas bebidas não pagam qualquer imposto porque não são declaradas, pelo que a sua produção e comercialização são consideradas atividades ilegais.

De uma maneira geral o álcool utilizado para o seu fabrico é de baixo custo e preço e qualidade duvidosa, o que torna o seu acesso fácil devido ao preço e determinar muita procura sobretudo por parte das pessoas de baixa renda e adolescentes e consequentemente reflecte de forma negativa na saúde.

c) Vinho do Fogo

Não se sabe com toda a certeza quando é que o cultivo da vinha foi introduzido em Cabo Verde, mas ao que parece, o vinho já era produzido em Santo Antão e Fogo antes do século XVIII.

Um apontamento, datado de 16 de Agosto de 2010, e assinado por Manuel Ennes Ferreira, diz que do século XVI ao século XVIII, a ilha do Fogo produziu vinho que era exportado para a Guiné e para o Brasil.

Esta atividade teria sido suspensa por Marquês de Pombal para proteger o vinho metropolitano, até ser retomada, um século depois (já no século XX), na zona de Chã das Caldeiras, provavelmente a partir de 1917.

Conhecido como “manecom”, o vinho era produzido por poucas famílias aí residentes utilizando métodos caseiros pelo que tinha de ser consumido em curto espaço de tempo. A quantidade era reduzida e insuficiente para o abastecimento do mercado fora da ilha do Fogo.

A partir dos anos 80 do século XX, os produtores passaram a contar com equipamentos recebidos através da Cooperação Alemã e do Projeto Integrado de Desenvolvimento das ilhas do Fogo e Brava resultando no aumento da produção e melhoria da qualidade do vinho.

Em 1998, foi criada a Associação de Agricultores de Chã-de-Caldeiras com o apoio técnico e financeiro da cooperação italiana e uma ONG também italiana (COSPE) que construiu uma adega moderna inaugurada em 02/04/2000. A partir de então, mais de 60 produtores organizados numa cooperativa passaram a produzir, em formato industrial, um vinho de grande qualidade e em quantidade suficiente para abastecer o mercado nacional.

d) Cerveja

A cerveja é a bebida alcoólica mais consumida em Cabo Verde (86%). Existe apenas uma fábrica de produção de cervejas no país, que também produz refrigerantes. O consumo da cerveja é de tal ordem que a produção nacional não impede a importação em larga escala de diversas marcas de cervejas produzidas no mercado europeu.

Segundo alguns dados publicados em 2009, a cerveja nacional Strela ocupava nesse ano, 35 a 40% da quota do mercado e previa-se que, a partir de 2010, passaria a liderar o mercado nacional.

Apesar de insistências várias não foi possível conseguir dados da empresa nacional de produção de cerveja pelo que não se conseguiu apurar qual é a quota de mercado ocupada pela cerveja nacional.

4. Importação de bebidas alcoólicas

Cabo Verde importa uma grande quantidade e variedade de bebidas alcoólicas das mais diversas origens, mas predominantemente da Europa, ocupando a cerveja um lugar de destaque em relação às demais.

As bebidas alcoólicas importadas normalmente não são submetidas ao controlo de qualidade, o que esta proporcionando a entrada de bebidas de péssima qualidade e que são vendidos a baixo preço.

Os impostos que incidem sobre as bebidas alcoólicas importadas constituem uma grande fonte de receita para os cofres públicos e são os seguintes: Direito de Importação (50%), Taxa Comunitária (0.5%), Imposto Consumo especial (40%), Imposto sobre Valor Acrescentado-IVA (15.5%) e Taxa Ecológica no valor de 50\$00 sobre o Kg de tara.

Os Quadros 5 e 6, apresentados de seguida, referem-se ao volume e valor da importação de bebidas alcoólicas no período de 2010 a 2014.

Quadro 5. Volume e valor da importação das bebidas alcoólicas em 2010 e 2011

BENS DE CONSUMO	2010		2011	
	Peso (Ton)	Mil escudos	Peso (Ton)	Mil escudos
	216.373	24.538.919	202.435	26.442.814
Cerveja	22.496	911.950	10.556	978.565
Vinho	5.388	439.201	4.865	452.375
Whisky	225	77.427	209	86.720
Vermutes e outras bebidas espirituosas	962	131.266	1.025	166.486
Total de bebidas alcoólicas	29.071	1.559.844	16.655	1.684.146
%	13.44%	6.4%	8.2%	6.4%

Fonte: INE, 2012 (quadro adaptado)

Quadro 6. Volume e valor da importação das bebidas alcoólicas no período 2012-2014

BENS DE CONSUMO	2012		2013		2014	
	Peso (Ton)	Mil escudos	Peso (Ton)	Mil escudos	Peso (Ton)	Mil escudos
	191.456	25.434.601	207.102	25.481.396	197.472	25.474.125
Cerveja	6.884	684.997	6.344	659.558	7.147	744.576
Vinho	4.698	467.019	3.951	419.755	4.732	393.219
Whisky	141	66.216	112	48.756	124	57.703
Vermutes e outras bebidas espirituosas	934	140.910	963	155.170	1.024	160.866
Total de bebidas alcoólicas	12.657	1.359.142	11.370	1.283.239	13.027	1.356.364
%	6.6%	5.34%	5.5%	5.0%	6.6%	5.3%

Fonte: INE, 2015 (quadro adaptado)

No período 2010-2014, as bebidas alcoólicas importadas representaram um volume médio de 8.1% do total de bens de consumo importados, a que corresponde, em média, um gasto de 5.7% do total dos gastos da importação dos bens de consumo. O vinho figura como a segunda bebida alcoólica mais importada em volume, ficando logo atrás da cerveja.

Em 2010, atingiu-se o volume máximo de importação no período considerado, com 29.071 toneladas de bebidas alcoólicas e, em 2011, o maior gasto, no montante de 1.684.146 contos.

O Quadro 7 apresenta em valor de impostos cobrados nos anos de 2013 e 2014. Entretanto não foi possível apurar que fatia desse montante foi canalizada para o setor da saúde para enfrentar as consequências do consumo do álcool. Convém realçar que este volume de impostos não inclui a taxa ecológica que incide sobre os recipientes no valor de 50 escudos/Kg de tara.

Quadro 7. Montante de impostos cobrados pela importação de bebidas alcoólicas no período 2013-2014.

Ano	Valor aduaneiro (ECV)	Total pago	Montante de impostos
2013	1.281.132.981	1.609.536.756	328.403.775
2014	1.378.257.208	1.776.916.683	398.659.475

Fonte: INE, 2015 (quadro adaptado)

5. O sistema de registo de dados

Em Cabo Verde grande parte das informações circulantes ou percebidas não são recolhidas e compiladas de forma organizada e sistemática e consequentemente não constam dos bancos de dados, que constituem importantes suportes para a planificação e tomada de decisões no respeitante a implementação, seguimento e avaliação de ações nos mais diversos domínios de intervenção, tornando a tarefa de avaliação dos resultados quase impossível.

Não se conhece a prevalência dos casos de violência doméstica, lesões autoinfligidas ou infligidas a outrem, acidentes domésticos e de trabalho, número de vítimas de acidentes de viação, entre outras situações, uma vez que são registados apenas os casos que recorrem aos serviços de saúde à procura de auxílio ou aos serviços policiais para participação da ocorrência. Especula-se que a prevalência registada está muito abaixo de 50% da prevalência real.

Por outro lado, muitos casos que resultam de ações praticadas por indivíduos sob efeito do álcool ficam encobertos como, por exemplo, agravos resultantes de violência doméstica em que as vítimas alegam outra origem das lesões, ou vítimas mortais de acidentes de viação, quedas acidentais, afogamentos, todos resultantes do consumo do álcool mas oficialmente a causa de morte limita-se ao acidente terminal sem qualquer menção ao estado de embriaguez (ou influência do álcool) em que se encontrava o indivíduo que desencadeou o evento ou a própria vítima.

A dispersão dos dados produzidos pelos diferentes serviços que atuam direta ou indiretamente nas áreas ligadas à problemática do consumo nocivo do álcool torna difícil criar um banco de dados sólido e capaz de proporcionar uma análise aprofundada da situação e estabelecer um diagnóstico real do país no que concerne ao consumo do álcool e suas múltiplas e diversificadas implicações nos diferentes campos: social, saúde, educação, ordem pública, justiça, comércio, economia, desporto, cultura, família e sociedade. Nestas circunstâncias, definir prioridades e equacionar as intervenções necessárias para enfrentar o problema torna-se um desafio colossal.

Mesmo assim, a indisponibilidade de dados não pode servir de pretexto para se manter uma atuação paliativa, pontual e isolada à margem de uma necessária estratégia nacional que requer o compromisso e envolvimento dos diferentes atores com responsabilidade nesta importante matéria.

Os custos sociais e económicos resultantes das consequências negativas do uso abusivo do álcool serem muito elevados e constituem, desde há algum tempo, uma preocupação permanente dos governantes dos mais diversos países, incluindo Cabo Verde.

6. Problemas ligados ao álcool e implicações

6.1 Na saúde

O álcool interfere em mais de 200 condições de saúde e agravos constantes da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (OMS, 2014).

Os efeitos nocivos do álcool na saúde humana começam a manifestar-se ainda na fase de vida intrauterina quando provoca aborto, parto prematuro ou malformação fetal, atraso mental devido ao consumo pela gestante.

Ao longo da vida são múltiplos os efeitos negativos do álcool sobre praticamente todos os órgãos e sistemas do corpo humano. A cirrose hepática, vários tipos de câncer do aparelho digestivo e das vias respiratórias superiores (faringe, laringe, traqueia), pancreatite, neuropatias, psicoses, depressão, entre outros.

O consumo do álcool constitui também um dos principais fatores de risco de doenças não transmissíveis como a diabetes, hipertensão arterial, cardiopatias e doenças isquémicas e acidentes vasculares. Além disso está na base de muitos episódios de morte violenta, como homicídios, suicídios, mortes resultantes de acidentes de trânsito, atos violentos de que resultam lesões e mutilações de gravidade diversa.

Os custos de recuperação das pessoas vítimas diretas ou indiretas do consumo nocivo do álcool são elevados. A quantificação destes custos é dificultada pelas insuficiências na recolha de dados relacionados com os problemas ligados ao álcool. Muitas pessoas que são atendidas nos serviços de urgência dos hospitais e centros de saúde são vítimas de violência e de acidentes de viação por parte de indivíduos sob influência do álcool, mas ocultam a verdadeira origem dos agravos que apresentam, sobretudo nos casos de violência doméstica.

Os custos para a recuperação da saúde das vítimas do consumidor abusivo do álcool na maioria das vezes prosseguem para além da fase aguda do evento, pois eventuais sequelas podem tornar as vítimas em clientes dos serviços de saúde para o resto da vida e, algumas delas, representam gastos exorbitantes devido aos recursos necessários para a sua recuperação ou manutenção da vida.

6.2 No ambiente laboral

A Organização Mundial de Saúde refere que, no campo da segurança no trabalho, mais de 25% dos acidentes e cerca de 60% dos acidentes de trabalho fatais podem estar associados ao consumo do álcool (OMS, 2004). Segundo a OIT, até 40% dos acidentes de trabalho envolvem ou estão relacionados com o consumo do álcool (OIT, 2003 *apud* Castro, 2011).

O absentismo no meio laboral devido ao consumo do álcool é elevado e interfere negativamente no desempenho profissional com reflexo imediato na competitividade e produtividade da empresa ou serviço.

A Organização internacional do Trabalho (OIT) recomenda que os problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas no local de trabalho, incluindo o álcool, sejam considerados problemas de saúde e os trabalhadores que manifestarem o desejo de ser alvo de intervenção clínica não devem ser objeto de discriminação por parte do empregador e durante o período de tratamento devem gozar da segurança do emprego e das mesmas oportunidades de promoção dos seus pares (OIT, 1999).

Existe uma certa permissividade em relação ao trabalhador que é consumidor frequente e excessivo de bebidas alcoólicas, mas quando atinge a fase de dependência alcoólica passa a ser visto de uma das duas formas seguintes: pessoa doente que carece de apoio e tratamento ou indivíduo irresponsável e perturbador do normal funcionamento dos serviços.

Esta dualidade de posicionamento em relação aos consumidores problemáticos do álcool no meio laboral tem suscitado muitas discussões mas nunca se chegou a um consenso para responder de forma perentória a esta situação.

Geralmente as organizações e serviços tendem a optar por medidas disciplinares como resposta, relegando para segundo plano a promoção de medidas de segurança e preservação da saúde.

As medidas disciplinares, por um lado e no imediato, parecem resolver o problema do serviço ou empresa ao punir e desenhvelhar-se de um elemento com desempenho negativo mas, por outro, complica ainda mais a situação do trabalhador que, em caso de despedimento, deixa de

ter qualquer vínculo laboral e passa a ter mais tempo disponível para o consumo, num percurso que, muitas vezes, não tem retorno. Por outro lado empobrece a família e é causa de outros transtornos

No entanto, o tratamento e a reabilitação só poderão processar-se mediante a aceitação voluntária do trabalhador, no respeito pela liberdade pessoal, não podendo ser impostos, designadamente por recurso a formas de coação (OIT, 2003).

A OIT recomenda ainda que durante o período do tratamento, o empregador garanta ao trabalhador a manutenção do posto de trabalho ou garanta a sua transferência para outras funções que não constituam risco para a segurança do próprio ou de terceiros, sem perda de direitos ou outras regalias (OIT, 2003).

Em Cabo Verde, o Decreto-Legislativo nº 8/97, de 8 de Maio, referente ao Estatuto Disciplinar dos Agentes da Administração Pública, no artigo 26º, considera negligência grave ou grave desinteresse pelo cumprimento dos deveres profissionais, punível com pena de suspensão, os agentes que "... 2 m) comparecerem ao serviço com indícios evidentes de ingestão de bebidas alcoólicas".

O artigo 27º considera incompetência e procedimento que atenta gravemente contra a dignidade e o prestígio da função, punível com pena de inatividade, os agentes que "... 2 c) comparecerem ao serviço em estado de embriaguez ou sob efeito de consumo de estupefaciente ou substância psicotrópica".

O artigo 28º considera inviabilização da manutenção de relação funcional, punível com pena de aposentação compulsiva ou de demissão, os agentes que "... 2 k) reiterarem na prática de infrações previstas no artigo 27º.

O Decreto-lei nº 55/99, de 6 de Setembro, tem por objeto a fixação de medidas que garantam nos locais de trabalho, a segurança e a saúde dos trabalhadores e um bom ambiente de trabalho. Contudo, não faz qualquer referência ao consumo do álcool no local de trabalho.

O consumo do álcool no local de trabalho é uma matéria que deve merecer uma atenção especial e desencadear reflexões profundas uma vez que afeta toda a sociedade cabo-verdiana e abarca diversas dimensões como doença, direito laboral, ética, produtividade, entre outras.

A filosofia básica dos programas de prevenção de abuso de substâncias nos locais de trabalho consiste em considerar que o abuso de substâncias é um problema de saúde que pode ser evitado. Ao transformar a prevenção num tema central nos locais de trabalho, serão menos os trabalhadores a desenvolver problemas relacionados com o consumo de substâncias (OIT, 2003).

6.3 No trânsito

A condução sob efeito do álcool é considerada uma verdadeira epidemia responsável pela perda de milhares de vidas humanas.

Em média, o álcool é metabolizado a uma velocidade de 0,15 gramas por litro por hora, ou seja, uma dose de 0,2 g/l que equivale a um copo de cerveja, uma taça de vinho, meia

dose de whisky ou aguardente, leva cerca de uma hora e meia para ser totalmente eliminada do organismo. Sendo assim, o álcool continua a afetar o cérebro, prejudicando a coordenação motora, a capacidade de julgamento e os reflexos durante algumas horas após a ingestão da última dose.

Em Cabo Verde, a introdução dos equipamentos para o controlo da taxa de álcool no ar expirado foi determinado pela Portaria nº 1/99 e dotou os agentes de trânsito da POP de meios adequados para o controlo de condutores sob efeito do álcool. Contudo, a quantidade disponível desses equipamentos parece ser insuficiente e a sua utilização é intermitente devido à necessidade periódica de calibragem dos mesmos que é realizada na cidade da Praia, para os de determinação quantitativa, ou fora do país, para os de determinação qualitativa.

Os condutores cujos testes realizados pela polícia se revelarem positivos e o nível for igual ou superior a 1,20 g/l, devem ser encaminhados para a realização de teste de confirmação para a determinação da taxa de alcoolemia no sangue (TAS) a ser realizado numa estrutura de saúde indicada na lei. Este exame serve para a confirmar a alteração da capacidade psicomotora do condutor decorrente do consumo de álcool.

A Portaria nº 1/99 define o método de oxidação eletroquímica a utilizar para a determinação da taxa do álcool no sangue (TAS). Contudo, este não é exequível porque os equipamentos estão disponíveis apenas nos Hospitais Centrais e utilizam outro método - espectrofotométrico e, conforme o artigo 1º desta mesma Portaria, para a utilização deste ou qualquer outro método, é necessário um despacho conjunto dos membros do governo responsáveis pelas áreas dos Transportes Rodoviários, Justiça e Saúde.

Excetuando Santiago e S. Vicente, nenhuma outra ilha dispõe de equipamentos para realização de testes de confirmação, o que pode inviabilizar a aplicação da lei nas demais parcelas do território nacional.

Atualmente está comprovado que há um aumento considerável do risco de acidentes quando o valor de alcoolemia do condutor é igual ou superior a 0,5 g/l, razão por que a maioria dos países estabeleceu esse valor como limite de tolerância. Em Cabo Verde o limite vai até 0,79 g/l. Se a taxa de alcoolemia for igual ou superior a 0,80 g/l e inferior a 1,20 g/l, o procedimento deve ter a forma de processo contra-ordenacional e o infrator é punido com coima de 20.000\$00 (vinte mil escudos) a 250.000\$00 (duzentos e cinquenta mil escudos) e inibição do direito de conduzir, por um período de 2 a 12 meses.

Quando a taxa de alcoolemia for igual ou superior a 1,20 g/l, o procedimento deve ter a forma de processo sumário e o condutor é punido com pena de prisão de 3 a 12 meses, ou pena de multa até 100 dias. A pena de prisão pode estender-se até 2 anos, se o condutor sob efeito do álcool tiver causado acidente de viação.

Vários estudos mostram que o risco de um indivíduo se acidentar com TAS de 0,05% é o dobro do risco para uma pessoa com TAS igual a zero, e quando a TAS atinge 0,08%, o risco é multiplicado por dez e TAS de 0,15% ou mais apresenta um risco relativo da ordem de centenas de vezes mais.

A tolerância zero para a condução sob efeito de bebidas alcoólicas foi estabelecida em vários países com resultados muito positivos em relação ao número de acidentes. Dos 5 continentes, citamos como exemplos, Brasil, Argentina, República Dominicana, Hungria, Itália, Suécia, Sérvia, Noruega, Marrocos, Moçambique, Tanzânia, Vietname, Nepal e Austrália (IARD, 2015).

Uma legislação severa por si não é suficiente para amenizar o problema do consumo do álcool no trânsito e reduzir o número de casos de acidentes rodoviários. Para se conseguir esses efeitos torna-se necessário proceder a uma fiscalização rigorosa e eficiente do cumprimento da lei e, em simultâneo, promover medidas educativas e preventivas no sentido de sensibilizar os condutores (Gonçalves & Santos, 2014).

Estabelecer limites baixos da concentração de álcool no sangue (0,02% a 0,05%) e proceder ao controlo por meio de testes ao ar expirado aplicados de forma aleatória, é uma medida eficaz não só para a redução de acidentes de trânsito, mas também para a redução do consumo de álcool pelos condutores (Babor *et al.*, 2010 *apud* OMS, 2014).

Normalmente força-se o cumprimento da lei através da punição dos infratores com multas, esperando que isso possa prevenir ou dissuadir outros condutores de dirigir após o consumo de bebidas alcoólicas.

A dissuasão é essencialmente um instrumento para aumentar a perceção do risco de ser punido, uma vez que se a probabilidade de ser flagrado a conduzir sob efeito do álcool for grande, isso realmente persuade o motorista a evitar beber se vai, de seguida, conduzir (Laranjeira & Romano, 2004).

Em Cabo Verde, o número de acidentes rodoviários e suas vítimas atinge um valor considerado elevado, tendo em conta a dimensão do país e as condições das vias que são, de uma maneira geral, insatisfatórias. A condução sob o efeito do álcool quase sempre está associada a esse facto não menosprezando o desrespeito às leis de trânsito e às medidas elementares de segurança rodoviária.

Os dados apresentados pela Polícia Nacional de o número de acidentes, número de feridos e número de óbitos resultantes de acidentes ocorridos no período 1995 - 2008, em Cabo Verde mostram que o número de acidentes ultrapassa a cifra dos 3.000 casos/ano, o número de feridos nesse período foi, em média, de 819/ano e quanto aos óbitos por acidentes de viação a média do número de acidentes nesse período foi de 53.6/ano.

Não foi possível obter dados relativos ao número de casos de lesões incapacitantes resultantes dos acidentes de viação, nem o número de dias de incapacidade atribuídas aos acidentes ocorridos no período considerado.

Dados mais recentes que comparam períodos de 2015 com períodos idênticos de 2014 podem auxiliar na análise que carecerá de mais observações no futuro para se poder determinar a sua confirmação ou não e verificar a sua correlação com o uso do alcoolímetro no controlo dos condutores enquanto medida dissuasora de condução sob efeito de bebidas alcoólicas.

Pelo Quadro 15, verifica-se que não há uma grande variação entre os dados do primeiro semestre de 2015 comparativamente aos de 2014 para o mesmo período. Nota-se um aumento pouco significativo do número de acidentes (0.6%) uma ligeira diminuição do número de feridos (2.3%) e redução do número de óbitos em cerca de (5.5%).

Quadro 15. Comparação entre o número de Acidentes, Feridos e Mortos por Concelho registados no 1º semestre dos anos 2014 e 2015.

CONCELHOS	1º Semestre 2014			1º Semestre 2015		
	Acidentes	Feridos	Mortos	Acidentes	Feridos	Mortos
Paul	12	6	0	6	7	0
R.Grande SA	19	18	0	20	21	2
P.Novo	20	19	0	19	6	0
S.Vicente	205	91	1	188	61	1
Rª Brava	8	4	1	11	4	0
Tarrafal SN	10	6	0	10	5	0
Sal	68	17	1	72	24	2
Boavista	41	8	1	29	16	1
Maio	6	3	0	3	4	0
Praia	993	114	8	1.053	112	4
Rª Grande ST	8	2	0	5	0	0
S.Domingos	33	9	1	23	25	1
S.L.Orgãos	22	15	2	23	23	1
S.S.Mundo	21	12	1	25	16	1
S.Catarina ST	61	20	0	75	21	1
Tarrafal ST	18	1	0	13	5	1
S.Miguel	15	15	1	12	13	0
Santa Cruz	45	74	2	44	27	0
S.Filipe	33	10	1	20	13	0
S.Catarina FG	5	5	0	5	8	0
Mosteiros	8	5	0	18	7	1
Brava	3	4	0	3	0	0
TOTAL	1.654	458	20	1.677	418	16

Fonte: Direção de Operações e Comunicações/DGTR/Polícia Nacional, 2015

Chama a atenção o facto de alguns concelhos registarem um número relativamente baixo de acidentes mas com um número grande de feridos e, por vezes, óbitos. Os concelhos do interior da ilha de Santiago, Sal e Mosteiros fazem parte deste grupo.

Quadro 18. Balanço comparativo dos resultados dos controlos realizados aos condutores com uso de alcoolímetros no 1º semestre de 2014 e 2015

Álcool	Total 1º semestre 2014	Total 1º semestre 2015	DIF.	VAR. %
Testes de álcool negativos realizados	2.288	3.836	1.548	68%
Testes de álcool positivo (> de 0.8 e < de 1,2 g/l) / contra-ordenação	68	88	20	29%
Detenções por condução sob influência álcool (> de 1,2 g/l)	116	192	76	66%
TOTAL	2.472	4.116	1.644	67%

Fonte: Direção de Operações e Comunicações/DGTR/Polícia Nacional, 2015

O número de testes realizados no 1º semestre de 2015 supera em 67% o número de testes realizados no mesmo período do ano anterior, conforme o Quadro 18.

Dos testes realizados com alcoólímetro para controlo da concentração do álcool no ar expirado 92.5%, em 2014, e 93.2%, em 2015, foram negativos. Entretanto, dos testes positivos a maior parte revelou uma taxa de alcoolemia superior a 1,20 g/l (63%, em 2014, e 68.6%, em 2015).

Quadro 19. Balanço comparativo dos resultados de controlos realizados aos condutores com uso de alcoólímetros no 3º trimestre de 2014 e 2015

Álcool	Total 3º trimestre 2014	Total 3º trimestre 2015	DIF.	VAR. %
Testes de álcool negativos realizados	1.471	1.919	448	30%
Testes de álcool positivos (> 0.8 <1,2 g/l) contra-ordenação	36	39	3	8%
Detenções por condução sob influência álcool (>1,2 g/l)	42	91	49	117%
TOTAL	1.549	2.049	500	32%

Fonte: Direção de Operações e Comunicações/DGTR/Polícia Nacional, 2015

O Quadro 19 mostra que a tendência mantém-se em relação ao terceiro trimestre de 2015 comparativamente ao mesmo período de 2014. Registou-se um aumento do número de testes realizados na ordem dos 32% com acentuado aumento de detenções por condução sob influência do álcool em 117%, o que atesta pela gravidade da situação e necessidade de prosseguir e até reforçar o controlo.

Quadro 20. Balanço comparativo dos dados referentes ao 1º semestre de 2014 e 2015 no concernente aos danos materiais e humanos

ACIDENTES VIAÇÃO	2014 - 1º Semestre	2015 - 1º Semestre	DIF.	VAR. %
Nº de acidentes só com danos materiais	1.374	1.372	-2	0%
Nº de acidentes com feridos ligeiros	249	239	-10	-4%
Nº de acidentes com feridos graves (internados mais de 24h)	64	44	-20	-31%
Nº de acidentes com mortos	17	14	-3	-18%
Total de feridos ligeiros	377	355	-22	-6%
Total de feridos graves (internados +de 24h)	74	51	-23	-31%
Total de mortos	26	14	-12	-46%
TOTAL	2.181	2.089	-92	-4%

Fonte: Direção de Operações e Comunicações/DGTR/Polícia Nacional, 2015

O Quadro 20 revela que, embora o número de acidentes manteve-se praticamente estacionário, os dados registados no primeiro semestre de 2015 apontam para uma melhoria traduzida numa diminuição de 31% de feridos graves e 46% de óbitos.

6.4 Na família

Transtornos por uso de álcool pelos pais afetam negativamente a situação da família e, sobretudo, os

filhos durante a infância, aumentando a probabilidade de, no futuro, vir a desenvolver padrões de consumo com alto risco de transtornos por uso de álcool, transtornos de personalidade e conduta.

O consumo problemático do álcool pelos pais afeta profundamente o funcionamento familiar, a relação conjugal e o relacionamento pai-filho caracterizado por maus-tratos de vária ordem, desde castigos físicos de diversa intensidade até o extremo de abuso sexual, que podem influenciar psicologicamente a criança e, no futuro, vir a tornar-se um consumidor problemático do álcool. (Latendresse *et al.*, 2008; Shin *et al.*, 2009).

O desentendimento dos pais, reforçado pela influência do álcool, entram num campo de violência tal que, algumas vezes, acaba em homicídio.

A desestruturação familiar com abandono do lar por qualquer dos progenitores complica ainda mais a situação dos filhos. É nestas circunstâncias que as crianças e adolescentes passam a viver na rua e começam a consumir bebidas alcoólicas. Como forma de sobrevivência começam a praticar atos de delinquência e a prostituição.

A abordagem clínica aos consumidores e tratamento dos dependentes do álcool

O processo de desinstitucionalização redefiniu as práticas terapêuticas e o objetivo da assistência em saúde mental. Esta mudança incluiu a diminuição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos e, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de serviços comunitários adequados ao atendimento dos usuários (Lougou, 2006 *apud* Andreoli, 2007).

Com este processo, houve uma mudança na forma de tratar os usuários do serviço de saúde mental, entre eles, crianças e adultos psicóticos e também dependentes químicos. O tratamento oferecido por estes serviços comunitários passou a priorizar a reinserção social e a promoção da qualidade de vida dos pacientes (Bandeira *et al.*, 1998).

Os serviços comunitários de saúde mental têm sido criticados pelos estudos que os avaliam por apresentarem dificuldades em fornecer um atendimento satisfatório aos seus usuários, resultando em problemas na sua reinserção social. Além disso, tem sido destacado na literatura da área, que há um número muito reduzido de serviços para atender grande quantidade de pacientes, há falta de repasse das verbas que antes eram utilizadas nos hospitais para os novos serviços substitutivos comunitários e falta de preparação dos profissionais, denunciando a insuficiência de capacitação dos recursos humanos (Andreoli, 2007).

O dependente do álcool muitas vezes resiste a submeter-se ao tratamento nas estruturas de saúde devido à estigmatização resultante do facto do alcoolismo ser abordado como doença de foro mental.

O objetivo da prevenção secundária é a desintoxicação do paciente dependente, o que é apenas uma etapa do processo terapêutico e, por isso, não constitui a resolução do problema uma vez que, por si só, não leva à mudança do comportamento, da atitude e da prática do indivíduo.

Recuperar um dependente do álcool exige tempo, persistência, vigilância e apoio permanente dos familiares. É preciso ter sempre presente que o alcoolismo é uma doença crónica que se prolonga pelo resto da vida. O importante é manter-se compensado e evitar a recaída, um passo atrás que exigirá largos meses para a sua recuperação.

O papel desempenhado pelos profissionais de saúde na fase inicial de recuperação do dependente do álcool terá que ser continuado pela família. Uma função de extrema importância nesse processo é desempenhada pelos Grupos de Auto Ajuda (AA), como a Associação dos Alcoólicos Anónimos (AAA), infelizmente muito pouco divulgado em Cabo Verde.

A família e os grupos AA são os principais atores da chamada prevenção terciária cujo objetivo é manter o dependente do álcool compensado, evitar a recaída e promover a sua reintegração na família, na sociedade e no mercado de trabalho.

O AA é um grupo de interajuda onde o dependente é confrontado com diversas experiências vividas por diferentes indivíduos que se encontram na fase de recuperação com diversos períodos de abstinência. O recém-chegado acaba por identificar várias imagens descritas pelos “colegas” que se enquadram na sua própria história de vida, seu drama, o que lhe permite ultrapassar uma das principais características do alcoolismo: a negação. Este é o primeiro passo para a construção da esperança em ultrapassar o problema e renascer para uma nova vida.

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

Os percursos de inserção de indivíduos com problemas de consumo do álcool são lentos e exigem intervenções globais e sistémicas que ultrapassam a correção dos comportamentos e das atitudes desses indivíduos, e exigem o envolvimento de instituições e agentes sociais que, muitas vezes, não estão preparados para tamanho desafio (PNRCAD, 2013).

O acompanhamento dos processos de inserção constitui uma estratégia de avaliação permanente do percurso, a correção de opções e o apoio de retaguarda ao indivíduo, numa lógica proactiva de prevenção da recaída.

A reinserção deve ser considerada parte integrante e complementar, não só do tratamento, mas também das áreas da Prevenção, Dissuasão e Redução de Riscos e Minimização de Danos (PNRCAD, 2013).

Os processos de inserção dos consumidores que procuram apoio nos serviços especializados começam no primeiro contacto, com o pedido de ajuda, e prolongam-se até ao momento em que o indivíduo readquire autonomia e estabilidade e integra a sociedade em que vive como cidadão de plenos direitos.

Em Cabo Verde a abordagem clínica é feita pelos profissionais nas estruturas de saúde registando-se um

deficit generalizado no que concerne ao trabalho com a família e com a comunidade fora dos limites da estrutura física do hospital ou centro de saúde.

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu alguns instrumentos de rastreio de álcool e outras substâncias (AUDIT e ASSIST) que têm sido aplicados nos serviços de saúde e que não têm sido de uma forma sistemática. Esses instrumentos são importantes para o rastreio e intervenção adequada.

A não existência de um protocolo nacional de seguimento e controlo e insuficiência na formação e capacitação dos profissionais de saúde leva a uma diversidade na abordagem clínica.

Os fármacos utilizados em Cabo Verde para o tratamento da dependência do álcool são o Dissulfiram e o Acamprosato. O tratamento farmacológico das dependências químicas é uma das estratégias terapêuticas uma vez que existem vários outros fatores, além dos biológicos, que concorrem para o desenvolvimento da dependência, daí que deva ser acompanhada de outras abordagens (psicológico, social, ...).

Em Cabo Verde, além dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, há a destacar duas outras instituições que se dedicam ao tratamento das toxicodependências, ambas situadas na ilha de Santiago: as Tendas do El Shaday/JOCUM e a Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe.

As Tendas do El Shaday pertencem a uma ONG Religiosa JOCUM (Jovens Com Uma Missão), encontra-se localizado no concelho de Santa Cruz, interior de Santiago, e, desde 1996, tem trabalhado na recuperação de centenas de jovens toxicodependentes e alcoólicos em regime residencial (CCCD, 2013).

O método utilizado nas Tendas não inclui qualquer tratamento farmacológico específico e a duração da permanência dos jovens na instituição é geralmente superior a 6 meses.

A Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe - CTGSF foi criada através do Decreto-Lei nº 50/2005, de 25 de Julho, e é a primeira Comunidade Terapêutica - Centro Nacional de Tratamento de Toxicodependentes, de ambos os sexos, com idade a partir dos 16 anos. É um centro de recuperação em regime residencial e que, sob a supervisão e a coordenação da CCCD, tem como atribuições: o tratamento, a recuperação e a reintegração social dos toxicodependentes (CCCD, 2013).

Convém destacar sobre esta matéria, o Relatório de Assistência Técnica da ONUDC ao Governo de Cabo Verde na criação de um protocolo terapêutico para tratamento da toxicodependência e na elaboração de documentos de gestão para o Espaço de Respostas Integradas para as Dependências – ERID. Este relatório, elaborado em 2015, apresenta um conjunto de orientações e recomendações que podem constituir um precioso suporte para uma abordagem coordenada da problemática do consumo do álcool e para a melhoria da qualidade dos serviços prestados às pessoas com problemas resultantes do consumo do álcool.

Por iniciativa de alguns cidadãos foram criadas algumas associações que trabalham com pessoas dependentes do álcool visando a sua recuperação e reinserção social. Estas associações têm uma capacidade de intervenção muito limitada por falta de recursos tanto humanos como financeiros mas, mesmo assim, conseguem resultados animadores capazes de estimular o aparecimento de iniciativas similares em todos os concelhos do país.

Medidas de Prevenção

No campo preventivo um importante papel tem sido desempenhado pela Associação “A Ponte”, CCCD e as Igrejas.

O CCCD tem desenvolvido uma série de atividades no domínio preventivo, que inclui a prevenção do alcoolismo integrada na estratégia geral de prevenção do uso de outras drogas, forma de abordagem que hoje se preconiza e que conta com o apoio da OMS e ONUDC.

A abordagem integrada tem-se revelado muito eficaz no campo preventivo com resultados passíveis de serem acompanhados e avaliados através de indicadores que poderão ser criados para o efeito, o que constitui uma grande vantagem sobre as iniciativas isoladas e pontuais.

De forma mais regular as escolas têm desenvolvido ações de sensibilização junto dos alunos e dos pais e encarregados de educação, apesar de ainda se notar uma ausência da abordagem aos problemas resultantes do consumo do álcool nos manuais escolares.

As feiras de saúde enquadram-se no grupo de atividades pontuais que são realizadas cada vez com maior frequência em todos os concelhos do país e constituem espaços onde o consumo do álcool e seus efeitos é abordado enquanto fator que concorre para o desenvolvimento de doenças crónicas.

III-Princípios e Conceitos

O álcool é a principal componente de bebidas alcoólicas com a fórmula $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$, também chamado de etanol. É uma substância psicotrópica produto da fermentação ou destilação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras (Mello, 2001).

“**Problemas ligados ao álcool**” é uma definição criada pela OMS em 1982 e que engloba um vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o álcool (ex. condução/segurança rodoviária, a criminalidade, a patologia laboral, as perturbações/conflitos familiares e os efeitos do alcoolismo na criança. Essa perspectiva inclui os vários aspetos que devem ser abordados de uma forma multidisciplinar e abarca os vários aspetos desde a produção, distribuição, consumo, publicidade, legislação do álcool e os efeitos na saúde.

Padrões de consumo

Devido a variedade de situações e problemas ligados ao álcool, a OMS criou um conjunto de termos e definições sobre o álcool que podem ser úteis para investigadores, profissionais de saúde, administradores e dos quais se destacam os principais:

Uso Moderado de Álcool

Comumente essa definição é confundida com beber socialmente, que significa o uso de álcool dentro de padrões aceites pela sociedade.

Situações que se deve evitar o uso de bebidas alcoólicas:

- Mulheres grávidas ou tentando engravidar;
- Menores de 18 anos;
- Pessoas que planeiam conduzir ou que estão realizando tarefas que exijam alerta e atenção como a operação de uma máquina;
- Pessoas em uso de medicações;
- Pessoas com condições clínicas que podem ser pioradas com o uso do álcool como a hipertensão e o diabetes;
- Alcoólicos em recuperação e os já recuperados

*Uma dose equivale a aproximadamente 285 ml de cerveja, 120 ml de vinho e aproximadamente 30 ml de destilado (whisky, vodka, pinga).

O **Alcoolismo agudo** corresponde à ingestão única de uma grande quantidade de álcool, num dia ou num espaço curto de tempo, podendo este estado ir desde a excitação psíquica até ao coma alcoólico.

O **alcoolismo crónico** pressupõe uma ingestão excessiva habitual de bebidas alcoólicas, repartidas ao longo do dia em várias doses, que vão mantendo um nível a álcool permanente do organismo.

Alcoólico é um bebedor excessivo que cria uma dependência física e psíquica ao álcool, e que lhe provoca problemas em diversos níveis (social, familiar, ocupacional, etc.). Segundo a OMS um “(...) alcoólico é um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool, é acompanhado de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico (...)”. Na sequência desta definição, o alcoolismo, de acordo com a OMS “(...) não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se a vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais”.

IV. Opções estratégicas

1. Linhas orientadoras

É muito vasto o conjunto de problemas resultantes ou relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas e que vão muito além do restrito conceito médico de consumo do álcool/alcoolismo e têm grande repercussão negativa direta e indireta em quase todos os segmentos da sociedade.

Apesar de gerar empregos e lucros para os mais diversos intervenientes, produtores, vendedores, importadores, investidores, o álcool traz um custo social expressivo, que geralmente ultrapassa o montante arrecadado pelo Estado através da cobrança de impostos sobre sua

produção e comercialização. Uma estimativa aponta o custo económico anual do abuso de álcool nos Estados Unidos em torno de 48 bilhões de dólares, incluindo 19 bilhões de gastos com cuidados médicos. Na Austrália o custo de problemas relacionados ao álcool é estimado em 1% do seu produto interno bruto (Collins *apud* Duailibi & Laranjeira, 2007).

A política para o enfrentamento do consumo de álcool deve sublinhar que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado e considerar a abordagem voltada para a redução de danos um caminho promissor, por reconhecer o direito à vida condigna e ao bem-estar do consumidor problemático reforçado pela sua condição de grande vulnerabilidade. Neste contexto, a redução de danos emerge como estratégia de eleição para minimizar as consequências nocivas do consumo do álcool.

A variação da carga de doença provocada pelo consumo de álcool depende diretamente de, pelo menos, dois fatores: a quantidade total de álcool consumido no país, para o qual o indicador é o consumo *per capita*, e a forma como o álcool é consumido, ou seja, o padrão de consumo (IDT, IP, 2012).

A abordagem clássica ao problema de consumo do álcool centrada no alcoolismo como doença resultante de um desvio comportamental individual não tem sido bem-sucedida, antes pelo contrário, tem contribuído para o agravamento da situação.

Impõe-se mudar de paradigma e encarar o consumo do álcool como um comportamento social e, em consequência, definir uma estratégia equilibrada, coerente e realizável que apela ao envolvimento de parceiros das mais distintas áreas com destaque para a justiça, educação, saúde, agricultura e finanças, assim como, a família e a sociedade civil no seu todo.

Nesta estratégia a saúde deve assumir o papel de catalisador do processo que deverá conduzir ao controlo da situação de consumo problemático do álcool, numa primeira fase, e inversão das tendências atuais, numa fase posterior.

Por um lado, a estratégia irá promover medidas alocativas voltadas para a prevenção e tratamento visando atingir objetivos de grande interesse público e, por outro, medidas regulatórias através de leis, normas e regulamentos que visam a restrição do acesso ao álcool, a proteção da saúde dos cidadãos e o reforço da segurança pública.

O Plano Estratégico deve contar com um forte compromisso político e o apoio de todos os parceiros, com envolvimento de todos os atores comprometidos na sua execução, incluindo a sociedade civil.

O processo de criação da política do álcool deve ser o mais transparente possível, e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os consumidores finais dessa política. Muitas das ações no jogo da política do álcool ocorre nos bastidores, subordinadas a considerações políticas ou interesses velados. Sem a devida informação científica, e sem o necessário monitoramento dos seus resultados, a política do álcool não se qualifica nem como se baseando em evidências, nem com a necessária efetividade. Torna-se imperativo assegurar que a política do álcool sirva, acima de tudo, o bem comum (Laranjeira, 2004).

2. Enquadramento

O presente plano faz parte de uma orientação tomada pelo Governo de Cabo Verde numa perspetiva de reduzir os problemas ligados ao uso abusivo do álcool e norteia-se pelas mesmas linhas de orientação do PNDS 2012-2016, do plano multisectorial de Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis de Cabo-Verde e segue as recomendações da OMS sobre a problemática do uso abusivo do álcool.

2.1 Visão

Melhorar a saúde e o bem-estar da população cabo-verdiana através da redução do uso abusivo das bebidas alcoólicas e todas as suas consequências.

2.2 Missão

Contribuir para redução da morbidade, mortalidade e peso social resultantes dos problemas ligados ao álcool.

2.3 Objetivos gerais

Por ser um primeiro plano estratégico relacionado com os PLA em Cabo Verde, este plano tem como objetivos

- a) Definir intervenções adequadas aos problemas ligados ao álcool dando ênfase na ação multisectorial;
- b) Definir os indicadores de resultado que auxiliem as políticas de intervenção dos PLA nos domínios mais pertinentes;
- c) Estabelecer mecanismos necessários de modo a proteger a população, nomeadamente mulheres e crianças.

3. Opções Estratégicas

Os diversos problemas destacados no capítulo de análise da situação foram agrupados em oito áreas prioritárias de intervenção:

1. Informação, Sensibilização, Formação, Comunicação e Educação
2. Legislação e aplicação efetiva das leis.
3. Atendimento, tratamento e reinserção
4. Sinistralidade rodoviária
5. Grávidas, crianças e adolescentes
6. Adultos no ambiente laboral
7. Sistemas de Informação e Recolha de Dados
8. Financiamento

Para cada área prioritária é estabelecido um objetivo geral e um ou mais objetivos específicos conforme se apresenta de seguida:

Conteúdo das áreas prioritárias

Área Prioritária 1: Informação, Sensibilização, Formação, Comunicação e Educação

Objetivo específico 1: Melhorar a qualidade e aumentar a abrangência e eficiência dos programas e das intervenções relacionadas com o uso abusivo do álcool

Objetivo específico 2: Melhorar o nível do conhecimento sobre os problemas resultantes do consumo nocivo do álcool e reforçar a capacidade de intervenção no domínio da prevenção desse tipo de consumo

A divulgação de informações de natureza diversa é uma atividade essencial para o conhecimento da amplitude e diversidade dos problemas que resultam do consumo nocivo do álcool e constitui um dos pilares deste Plano Estratégico na medida em que é com base nestes conhecimentos que se desenvolve a sensibilização necessária para operar mudanças de comportamento em relação ao consumo do álcool.

É uma área transversal que integra todas as demais e incorpora todas as dimensões do problema sendo.

A divulgação da informação e a comunicação devem ser realizadas por pessoas devidamente capacitadas e com competência na matéria para assegurar que a linguagem seja flexível, coerente e de fácil compreensão para o grupo a que se destina e que a comunicação seja orientada para as necessidades do cidadão.

Para tal é fundamental formar um grupo de formadores que, deslocando-se a cada município ou reunindo-se num espaço previamente escolhido com grupos de formandos provenientes de vários municípios, desempenhará a função de formar os intervenientes que atuam diretamente com a população alvo e interagem com a comunidade.

O grupo de formadores deve integrar profissionais de diversas áreas: saúde, educação, justiça, agricultura, indústria, finanças e outras disponíveis, podendo qualquer das áreas ter mais do que um elemento.

Tratando-se de uma atividade transversal e contínua, a incorporação de novos conhecimentos e a inovação devem ser uma preocupação permanente do grupo cuja coesão deve ser assegurada tanto através de encontros periódicos presenciais como das TIC.

A formação adequada dos agentes que intervêm na comunidade pressupõe a sua capacitação para a organização e implementação de intervenções baseadas em evidências, logo, suscetíveis de atrair a atenção e propiciar a adesão da população alvo e da comunidade.

A informação deve ser sempre objetiva, adequada e fiável e a sua divulgação feita com recurso aos mais diversos meios disponíveis (suporte papel, sites de internet, videoconferências, *fora*, TV, rádios comunitárias e de abrangência nacional), adaptada aos diferentes destinatários.

Área Prioritária 2: Legislação e aplicação efetiva das leis

Objetivo específico 1: Atualizar a legislação vigente sobre produção, importação, comercialização e publicidade de bebidas alcoólicas e garantir sua aplicação efetiva

Objetivo específico 2: Melhorar o controlo do consumo de bebidas alcoólicas nos pontos de venda e via pública

Os aspetos mais relevantes relacionados à produção, venda e consumo de bebidas alcoólicas em Cabo Verde já estão legislados, contudo, alguns ajustes deverão ser realizados para alargar a abrangência de algumas leis e introduzir maior rigor ao cumprimento das sanções.

Alguns domínios ligados à produção deverão ser regulamentados como a produção de bebidas caseiras (licores, ponches, coquetéis) e a produção de destilados usando matéria-prima diferente da cana-de-açúcar.

No respeitante à importação de bebidas alcoólicas é já reconhecida a necessidade de se proceder a um controlo permanente da qualidade desses produtos a coberto da legislação e antes do seu despacho aduaneiro visando a interdição da entrada de bebidas alcoólicas de qualidade duvidosa ou manifestamente de má qualidade.

Uma medida legislativa efetiva e flexível e que pode dar bons resultados na redução dos problemas relacionados ao álcool é a atribuição de uma licença especial a todos os estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas.

No entanto, é uma evidência que a parte mais frágil do capítulo da legislação é a falta de fiscalização para garantia do seu cumprimento.

Nesta matéria é imperiosa a criação de grupos de fiscais para a realização desse controlo, sobretudo nos bares, discotecas e locais de diversão noturna que constituem pontos de concentração de adolescentes e de acesso fácil às bebidas alcoólicas.

Um controlo frequente e de grande visibilidade funciona como forte fator dissuasor porque aumenta a probabilidade dos transgressores serem apanhados e a “certeza de serem punidos”.

Outro ponto fraco é a morosidade na aplicação das sanções previstas na lei. Sabe-se que a eficácia da lei depende diretamente da dureza das sanções e rapidez da sua aplicação.

Finalmente, a lei da publicidade que já está ultrapassada em relação à realidade atual. A proibição parcial da publicidade de bebidas alcoólicas, limitada a uma parte do dia, parece já não fazer sentido uma vez, que se a intenção inicial era proteger as crianças e os adolescentes, atualmente o período em que a publicidade é livre coincide com a hora de lazer e convívio de uma boa parte dos adolescentes, sobretudo no ambiente urbano.

A publicidade zero, idêntica à que é aplicada ao tabaco, seja mais adequada à nova realidade.

Área Prioritária 3: Atendimento, tratamento e reinserção

Objetivo específico 1: Facilitar o acesso e melhorar a capacidade de resposta das instituições às necessidades de tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool e criar condições para a sua inserção social

Objetivo específico 1: Reduzir o tempo de espera para atendimento de pessoas com problemas relacionados com o álcool nos serviços de saúde e outras instituições e incorporar ao tratamento iniciativas e medidas que favorecem e contribuem para a sua inserção social

O tratamento dos dependentes do álcool faz-se em regime de internamento e resume-se praticamente à desintoxicação, uma vez que após a alta poucos são os que continuam sendo acompanhados, motivo por que é elevada a taxa de recaídas.

Os profissionais dos CS desenvolvem as atividades no perímetro interno da estrutura física com a atenção centrada no atendimento individualizado essencialmente clínico da demanda espontânea e controlo de pacientes portadores de doenças de evolução prolongada.

As atividades extramuros em interação com a comunidade revestem-se de carácter pontual e esporádico e sem consistência para a criação de vínculos.

A criação de vínculos entre os profissionais dos Centros de Saúde e a comunidade adstrita é dificultada também pela frequente transferência para outros serviços ou saída para a formação especializada.

Para todo o país existe apenas um Centro especializado para tratamento de pacientes toxicodependentes, incluindo o alcoolismo, o que é manifestamente insuficiente.

Não existe uma definição clara das normas e procedimentos a seguir para o encaminhamento dos dependentes com perfil para o tratamento.

Igualmente não existe um vínculo formal entre o Hospital Psiquiátrico da Trindade, os Hospitais Centrais e Regionais e os Centros de Saúde com a Comunidade Terapêutica Granja de S. Filipe e “... não há nenhuma ligação clara e critérios de encaminhamento para serviços comunitários especialmente após a alta do centro” (ONU DC, 2015).

As poucas ONG que desenvolvem atividades de apoio voltadas para a recuperação dos dependentes do álcool carecem de meios e trabalham de forma isolada sem uma conexão direta e permanente com outras ONG e serviços com atividades similares.

Apesar de haver boas condições para a criação de Grupos de Autoajuda são muito raras e efémeras as iniciativas nesse sentido, embora seja reconhecida a importância desses grupos na recuperação e dilatação do período de abstinência e prevenção de recaídas dos dependentes de álcool.

O processo de acompanhamento e, sobretudo, de inserção do dependente de álcool após a alta da estrutura de saúde não tem sido desenvolvido da forma mais adequada devido às grandes restrições do mercado de trabalho, estigmatização das pessoas com dependência alcoólica mesmo na fase de abstinência e falta de habilidades e competências, tanto dos profissionais como dos familiares e empregadores para o monitoramento da situação.

Parece haver um vazio legal no que concerne ao monitoramento da situação do dependente do álcool antes e durante o período de tratamento e também no concernente à reinserção no meio laboral.

Área Prioritária 4: Sinistralidade rodoviária

Objetivo específico 1: Contribuir para a diminuição do número de acidentes rodoviários relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas

Objetivo específico 2: Reduzir o número de vítimas de acidentes rodoviários e proporcionar um ambiente de maior segurança no trânsito

Os países que pontuam as cartas de condução conforme a gravidade e a frequência da infração cometida com suspensão ou perda definitiva da carta de condução têm tido excelentes resultados. Melhor ainda se a suspensão da carta de habilitação for de carácter administrativo com efeito imediato, sem a necessidade de um processo judicial.

É uma medida eficaz tanto para acidentes álcool-relacionados quanto para os não relacionados ao álcool. Infratores que não perdem a licença apresentam maior índice de reincidência (Laranjeira & Romano, 2004).

De realçar o importante papel que os agentes de trânsito podem desempenhar no domínio da prevenção. Informar e formar os condutores é uma atividade intrínseca à sua atuação, mesmo nas situações de transgressão. Afinal, o papel essencial do agente de trânsito não é apenas identificar e punir os transgressores, mas também prevenir acidentes, minimizar os danos e garantir maior segurança nas vias rodoviárias.

Área Prioritária 5: Intervenção junto das Grávidas, Crianças e dos adolescentes

Objetivo específico 1. Garantir uma gestação e período de amamentação seguros

Objetivo específico 2. Assegurar a deteção, avaliação, encaminhamento, tratamento e seguimento de famílias com PLA e reduzir os danos causados a crianças e adolescentes

Objetivos específicos 3. Adiar o início de consumo de bebidas alcoólicas até, pelo menos, o limite estabelecido na lei

Objetivos específicos 4. Promover a qualidade da intervenção

O consumo do álcool na gravidez poderá interferir gravemente na gestação provocando por exemplo, o síndrome alcoólica fetal, que constitui um complexo quadro clínico de manifestações diversas com danos físicos, mentais e comportamentais irreversíveis no bebé. Como também, o risco de aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro, recém-nascidos com baixo peso, assim como outras complicações na gravidez. (scielo.br/2007)

Logo, urge o desenvolvimento de programas educacionais efetivos dirigidos às mulheres em idade reprodutiva, como também, no pré-natal, para orientar e promover a conscientização das gestantes sobre as possíveis implicações de hábitos não recomendáveis na gestação.

É preciso reconhecer e assumir que tanto os pais, encarregados de educação e responsáveis pelas crianças e adolescentes, como os responsáveis dos estabelecimentos comerciais que vendem bebidas alcoólicas não têm zelado o suficiente para a proteção dos menores em relação ao consumo do álcool.

A educação para a saúde iniciada desde a primeira infância e prosseguido de forma contínua até o fim da adolescência pode produzir efeitos muito positivos na adoção de comportamentos saudáveis perante os riscos de consumo do álcool.

Este processo deve iniciar-se no seio familiar, ter continuidade nos estabelecimentos de ensino e ser reforçado

pelo compromisso responsável dos que estão envolvidos na comercialização de bebidas alcoólicas e, finalmente, pela atitude cidadã de cada um e de todos.

Área Prioritária 6: Consumo do álcool no ambiente laboral

Objetivo específico 1: Promover a prevenção, a redução e a gestão dos problemas ligados ao álcool

Objetivo específico 2: Criar um quadro legal para a redução dos Problemas Ligados ao Álcool nos locais de trabalho

Objetivo específico 3: Criar e difundir programas de IEC visando a segurança no meio laboral e prevenção de acidentes

A estabilidade que um emprego oferece, é um fator importante para facilitar a recuperação dos indivíduos face aos problemas relacionados com o consumo do álcool.

Em princípio, o empregador tem autoridade para sancionar os trabalhadores cuja conduta profissional seja imprópria como consequência de problemas relacionados ao consumo do álcool. Contudo, a aplicação de sanções disciplinares só deve acontecer quando o trabalhador não responder positivamente ao aconselhamento ou não colaborar com as propostas de tratamento e reabilitação.

A proibição da venda e consumo de bebidas alcoólicas no local de trabalho, incluindo a cantina, cafeteria e refeitório deve ser adotada.

Além dos efeitos diretos na saúde, o consumo do álcool leva à deterioração das relações interpessoais, aumenta o absentismo, reduz o rendimento do trabalho implicando diminuição de produtividade, aumenta a probabilidade de ocorrência de acidentes e prejudica a imagem e o prestígio da organização, empresa ou serviço.

Normas disciplinares relativas ao consumo do álcool e disposições laborais devem ser elaboradas com especificação das circunstâncias que poderiam dar lugar a medidas disciplinares, incluindo o despedimento motivado por problemas relacionados ao consumo do álcool.

É imperioso criar um referencial técnico-legal que responda à generalidade das diferentes situações no âmbito da problemática de consumo do álcool e o meio laboral.

A responsabilidade das organizações não deverá terminar na produção de bens e serviços, deve igualmente promover o desenvolvimento e formação pessoal dos trabalhadores, no sentido de contribuir para a construção de sociedades mais equilibradas, instruídas e coesas (Castro, 2011).

Políticas de recursos humanos voltadas para a promoção da segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores, que integrem programas de assistência aos trabalhadores, campanhas informativas e outras intervenções neste domínio refletem culturas organizacionais que incorporam conceitos e princípios de cidadania empresarial, incentivando os empresários e gestores a boas práticas, à produção de códigos de conduta, de ética ou deontológicos, que valorizam a imagem da empresa ou organização e os seus produtos finais.

O objetivo último desta abordagem é a melhor adaptação social do indivíduo, designadamente nas suas relações

personais, saúde física, estabilidade emocional e familiar e na própria adaptação profissional. Pretende-se, desta forma, uma maior eficácia profissional com melhorias significativas ao nível do desempenho e do rendimento (Castro, 2011).

Área Prioritária 7: Sistema de Informação e Recolha de Dados

Objetivo específico 1: Criar e implementar um Sistema Nacional de Informação sobre o Álcool para a recolha e gestão adequada de dados sobre os problemas relacionados ao consumo do álcool

Objetivo específico 2: Realizar estudos e investigações abrangendo os vários domínios da problemática do álcool e criar um banco nacional de dados

Havendo todo o interesse nacional de conhecer a situação real sobre a produção, comercialização, consumo e efeitos do álcool, é possível criar um instrumento de recolha de dados para cada serviço que serviria para a elaboração de um relatório periódico a ser encaminhado para o Ministério da Saúde e que, por sua vez, serviria para avaliar e monitorar a situação e as tendências relacionadas ao consumo do álcool e seus malefícios e as devidas respostas políticas para o seu enfrentamento.

Para ser mais prático e facilitar o processo de recolha de informações e registo de dados, o instrumento deve comportar as 7 categorias que contêm os principais indicadores normalmente utilizados para analisar e avaliar a situação: níveis de consumo de álcool, padrões de consumo, danos e consequências do consumo, aspetos económicos, políticas de controlo do álcool, prevenção, pesquisa e tratamento e consumo do álcool na adolescência e juventude.

Área Prioritária 8: Financiamento

Objetivo específico 1: Garantir a disponibilidade permanente de recursos financeiros necessários para a implementação das ações

Objetivo específico 2: Criar um Fundo específico para o financiamento das atividades do Programa de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool

A Declaração de Abuja de 2001 propõe que 15% das despesas públicas sejam alocadas ao sector da saúde. No entanto, os progressos com vista a esta meta têm sido lentos e os gastos na saúde continuam a ser vistos como “consumo” em vez de “investimento”. Apenas cinco países, Botsuana, Madagáscar, Ruanda, Togo e Zâmbia, conseguiram alcançar a meta definida na Declaração de Abuja – canalizando mais de 15% das despesas gerais de governação para os cuidados de saúde e gastando mais de 44 dólares por pessoa nos cuidados de saúde (OMS/Região Africana, 2014).

A situação financeira de Cabo Verde está aquém do nível que se poderia considerar satisfatório e tem como uma das causas a crise económica mundial.

O governo de Cabo Verde tem disponibilizado para o setor da saúde cerca de 10% do Orçamento Geral do

Estado, percentagem que está no limite máximo da disponibilidade financeira atual do país e, no continente africano, poucos países conseguiram atingir tal nível.

A persistência da crise económica mundial tem um efeito negativo direto na economia interna de Cabo Verde, tornando imprevisível o cenário a curto prazo cuja tendência atual é para a contração da despesa pública.

Sendo múltiplos os problemas que o país ainda enfrenta no domínio da saúde e perante o pesado fardo de gastos evitáveis resultantes do consumo nocivo do álcool, tem todo o fundamento reforçar a política de controlo da produção, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas com medidas que podem resultar no aumento de cobrança de impostos, o que poderá ter um efeito positivo na redução do consumo.

Se se providenciar uma fiscalização criteriosa da produção e comercialização de bebidas alcoólicas, será possível aplicar impostos sobre essas bebidas, o que poderá contribuir para aumentar as receitas do Estado.

De qualquer forma, a amplitude e gravidade dos problemas relacionados ao consumo do álcool registados em Cabo Verde justificam um esforço financeiro extra para garantir o seu controlo visando a minimização

dos seus efeitos. Provavelmente, o retorno social e até financeiro resultantes desse controlo compensarão o esforço realizado, sem contar os benefícios que medidas dessa natureza representarão para os indivíduos e famílias afetados pelo álcool e para os serviços de saúde e outros que lidam com o problema.

Cabe ao Ministério da Saúde garantir que os problemas resultantes do consumo nocivo do álcool sejam considerados uma prioridade nacional que merece ser inscrita num programa multidisciplinar com direito a financiamento próprio a partir de uma rubrica orçamentária específica cuja gestão deve ser feita de forma transparente e segundo critérios claramente definidos que permitem controlar o destino dos fluxos orçamentais disponibilizados, assim como a sua aplicação e gestão. Todos os recursos disponibilizados devem ser devidamente monitorizados e avaliados.

Mecanismos legais de fiscalização e acompanhamento devem ser criados para garantir que os recursos encaminhados da rubrica orçamental cheguem efetivamente ao nível local onde ocorrem as intervenções. Uma forma transparente de prestação de contas deve ser instituída para permitir o acompanhamento e controlo criteriosos que garantam a correta utilização dos recursos destinados ao programa.

V. Quadro lógico/Plano de Ação

Área Prioritária 1: Informação, Sensibilização, Formação, Comunicação e Educação									
Objetivo específico1: Melhorar a qualidade e aumentar a abrangência e eficiência dos programas e das intervenções									
Objetivo específico1: Melhorar o conhecimento sobre o consumo do álcool e reforçar a capacidade de intervenção no domínio da prevenção do consumo nocivo									
Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução	
			2016	2017	2018	2019	2020		
1.1 Formação e capacitação	1.1.1 Capacitação de profissionais de saúde sobre atendimento, aconselhamento, tratamento e seguimento dos consumidores problemáticos do álcool	Nº de serviços e de profissionais de APS formados em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	DNS/CCCD	
	1.1.2 Realização de Cursos (criação de uma rede de Formação e atualização permanente e contínua de Formadores em todos os concelhos (FF) sobre abordagem à comunidade	Nº de cursos FF realizados e nº de concelhos contemplados	✓		✓		✓	DNS/CCCD e ME (EBI)	
	1.1.3 Criação de um grupo de formadores regional/local	Nº de grupos formados e concelhos abrangidos	✓	✓				FF/RS/DS/HC	
	1.1.4 Formação sobre abordagens aos problemas ligados ao consumo nocivo do álcool para profissionais e outros intervenientes de diversas áreas que intervêm na problemática: PN, Professores do EBI e ES, Fiscais municipais, ONG, líderes comunitários, Câmaras de comércio e centros de juventude, Ministério da cultura, forças armadas, Alfândegas e extensionistas	Nº de concelhos e de formados de cada área	✓	✓	✓	✓	✓	INSP, Grupo de Formadores, ME	
	1.1.5 Formação no exterior de um Grupo de Formadores sobre Políticas de Controlo do consumo do álcool	Formação realizada	✓			✓		DNS/CCCD	
	1.1.6 Capacitação de barmens e gerentes sobre a abordagem dos clientes sob efeito do álcool	Nº de barmens e gerentes formados em cada concelho		✓	✓	✓	✓	Grupo de formadores	
	1.1.7 Capacitação de profissionais de saúde para aplicação dos instrumentos AUDIT e ASSIST nas intervenções breves	Nº de DS e de profissionais capacitados	✓		✓		✓	DNS/CCCD	

1.2 Informação v i s a n d o sensibilização	1.2.1 Sensibilização de parceiros para a inclusão da abordagem ao consumo do álcool nos seus programas: ICCA, Igrejas, Centros de Juventude, ONG, profissionais da comunicação, DGVS.R.	Nº de parceiros envolvidos e de sessões de sensibilização realizadas em cada DS	✓	✓	✓	✓	✓	DNS, Grupo de formadores
	1.2.2 Realização de encontros periódicos com a comunidade das zonas mais problemáticas de cada concelho, sobre o consumo do álcool para troca de informações e discussão (ter em conta 7.)	Nº de encontros realizados em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	Núcleo Concelhio Multidisciplinar
	1.2.3 Colaboração com o Ministério da Educação na elaboração de conteúdos sobre a problemática do consumo do álcool para os compêndios do Ensino Básico Integrado e ensino secundário	Compêndios do EBI com conteúdos sobre temática do consumo do álcool	✓		✓			✓
1.3 Realização de intervenções breves	1.3.1 Aplicação rotineira dos instrumentos AUDIT e ASSIST com pontos focais indigitados	Nº estruturas de saúde que aplicam AUDIT e ASSIST na rotina	✓	✓	✓	✓	✓	Responsável do serviço
	1.3.2 Reforço das atividades de promoção de comportamentos saudáveis.	Nº atividades de IEC realizadas por concelho	✓	✓	✓	✓	✓	INSP/DNS/DS

Área Prioritária 2: Legislação e aplicação efetiva das leis

Objetivo específico 1: Atualizar a legislação vigente sobre produção, importação, comercialização e publicidade de bebidas alcoólicas e garantir sua aplicação efetiva
Objetivo específico 2: Melhorar o controlo do consumo de bebidas alcoólicas nos pontos de venda e via pública, reduzir o acesso e adiar a idade do início de consumo, pelo menos, até à idade mínima prevista na lei e controlar a qualidade das bebidas alcoólicas importadas

Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
2.1 Revisão da legislação	2.1.1 Lei da Publicidade: interdição total à semelhança da publicidade do tabaco.	Lei da Publicidade revista e publicada	✓	✓				Proponente MS, ARFA, ADECO
	2.1.2 Regulamentação da produção de aguardente com matéria-prima diferente da cana-de-açúcar	Produção de aguardente e de bebida alcoólica regulamentada		✓				MDR
	2.1.3 Legislação da produção caseira de bebidas alcoólicas.	Produção caseira de bebidas alcoólicas legislada		✓				
	2.1.4 Revisão da Portaria nº1/99: estabelecer 0.5g/l o valor máximo admissível da TAS	Portaria nº 1/99 revista e implementada	✓	✓				MS/MAI
2.2 Adaptação da legislação	2.2.1 Revisão da lei vigente sobre a importação de bebidas alcoólicas de forma a permitir o controlo de sua qualidade antes dos procedimentos aduaneiros habituais e legalizar o direito de interdição de entrada às de qualidade insatisfatória.	Lei sobre importação de bebidas alcoólicas revista e implementada	✓					MS/MF, ARFA, IGAE, Seg. alimentar
2.3 Criação de legislação	2.3.1 Criar legislação que defina os critérios de licença (número de estabelecimento por m quadrado) de estabelecimentos de venda de bebidas alcoólicas	Legislação criada	✓					
2.4 Fiscalização	2.4.1 Criação de uma equipa multidisciplinar de fiscalização em todos os concelhos para garantir o cumprimento efetivo da legislação sobre a produção e consumo das bebidas alcoólicas	Nº de concelhos com Equipa de fiscalização multidisciplinar criada	✓	✓	✓	✓	✓	IGAE/DS
	2.4.2 Criação de uma equipa de fiscalização para controlo da qualidade de bebidas importadas nas alfândegas da Praia e Mindelo	Nº equipas de fiscalização das alfândegas criada	✓	✓	✓	✓	✓	MAI / MDR / CM, ADECO, IGAE

Área Prioritária 3: Atendimento, tratamento e reinserção								
Objetivo específico 1: Facilitar o acesso e melhorar a capacidade de resposta às necessidades de tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool e criar condições para a sua inserção social								
Objetivo específico 2: Reduzir o tempo de espera para atendimento de pessoas com problemas relacionados com o álcool e incorporar ao tratamento iniciativas e medidas que favorecem e contribuem para a sua inserção social								
Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
3.1. Abordagem clínico-terapêutica, Reabilitação e Reinserção Social	3.1.1 Fortalecimento das equipas de saúde mental nas regiões sanitárias		✓	✓	✓	✓	✓	DNS/Região Sanitária
	3.1.2 Criação de grupos terapêuticos em todos os concelhos nos cuidados de saúde primários	Nº de grupos de terapêuticos criados em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	DS
	3.1.3 Incentivar a criação de grupos de Autoajuda em todos os concelhos do país	Nº de grupos de AA criados em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	DS/ONG
	3.1.4 Criar condições para o atendimento nas estruturas de saúde de pessoas com problemas relacionados com o consumo nocivo do álcool e dependência	Nº de estruturas de saúde que responderam e de concelhos	✓	✓	✓	✓	✓	CS/Hospitais
	3.1.5 Alargamento da ERID em todas as regiões sanitárias	Nº de células ERID formadas	✓	✓	✓	✓	✓	CCCD, DNS, DS
	3.1.6 Integração nos serviços de saúde de cuidados de reinserção social num processo mais abrangente	Nº de casos de reinserção realizados com apoio de serviço social e CM em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	Serviços de Promoção Social/CM
Área Prioritária 4: Sinistralidade rodoviária								
Objetivo específico 1: Reduzir o número de vítimas de acidentes rodoviários e proporcionar um ambiente de maior segurança no trânsito								
Objetivo específico 2: Contribuir para a diminuição do número de acidentes rodoviários relacionados ao consumo do álcool								
Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
4.1. Reforço dos meios polícias de trânsito na abordagem aos condutores sob efeito do álcool	4.1.1 Reforçar o contingente de polícias de trânsito para garantir a sua permanente presença nas vias de circulação mais críticas do país	Número de efetivos e operações realizadas	✓	✓	✓	✓	✓	MAI
	4.1.2 Disponibilizar alcoolímetros quantitativos e qualitativos em número suficiente para garantir a sua utilização sistemática nas operações de controlo	Número de alcoolímetros existentes por Concelho	✓	✓	✓	✓	✓	MAI
	4.1.3 Garantir equipamentos para a realização de exames de contraprova nas estruturas de saúde em todas as ilhas.	Existência de 1 equipamento e reagentes em cada concelho	✓	✓	✓	✓	✓	MS/MJ/MAI
	4.1.4 Sensibilização e educação para a cidadania para os condutores por parte dos agentes de trânsito		✓	✓				DGTR/MAI/DNS
	4.1.5 Manter sob vigilância permanente a circulação nas vias e reforçar o controlo sistemático dos condutores nos dias festivos	Nº de operações realizadas e nº condutores controlados em cada via problemática	✓	✓	✓	✓	✓	MAI
	4.1.6 Criar parcerias com as empresas petrolíferas na sensibilização e educação para a cidadania	Parcerias criadas	✓				✓	
	4.1.7 Criar protocolos entre DNS e o DNP para o encaminhamento de casos problemáticos		✓					
Área Prioritária 5: Grávidas, crianças e adolescentes								
Objetivo específico 1: Diminuir a exposição ao álcool de crianças inseridas em famílias com PLA e prevenir e reduzir o consumo do álcool por grávidas, crianças e adolescentes								
Objetivo específico 2: Garantir uma gestação e período de amamentação seguros								
Objetivo específico 3: Assegurar a deteção, avaliação, encaminhamento e tratamento de famílias com PLA e reduzir os danos causados a crianças e adolescentes								
Objetivo específico 4: Adiar o início de consumo de bebidas alcoólicas								
Objetivo específico 5: Promover a qualidade da intervenção								
Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
5.1. Promoção da abstinência durante a gravidez e amamentação	5.1.1 Aplicação dos instrumentos de triagem (ASSIST; AUDIT) na captação das gestantes e sensibilização das gestantes para a manutenção da abstinência durante a gravidez e amamentação	Nº de gestantes triados e sensibilizados	✓	✓	✓	✓	✓	DNS
	5.1.2 Sensibilização dos homens e parceiros das gestantes para a prevenção do uso abusivo do álcool...		✓	✓	✓	✓	✓	

5.2. Deteção e encaminhamento atempados	5.2.1 Criação e implementação de programas estruturados de intervenção para crianças e seus familiares, em articulação com serviços de saúde e comunidade	Nº de intervenções realizadas no âmbito do programa	✓	✓	✓	✓	✓	D. G. DA JUVENTUDE/ICCA/DS
	5.2.2 Agilização do acesso às estruturas de saúde, através da criação de rede local/regional/nacional de articulação do acompanhamento de crianças e de famílias com PLA	Nº de atendimentos realizados e tempo médio de espera	✓	✓	✓	✓	✓	MS/parceiros
5.3. Redução da procura e oferta de bebidas alcoólicas	5.3.1 Elaboração e difusão de materiais de informação e sensibilização para os riscos e promoção de competências para lidar com as solicitações ao consumo	Quantidade de material difundido e nº de concelhos contemplados	✓	✓	✓	✓	✓	INPS DNS
	5.3.2 Promoção da fiscalização sistemática nos locais de venda e consumo de bebidas alcoólicas e divulgação regular dos resultados dessas ações.	Nº de ações de fiscalização realizadas e nº de concelhos contemplados	✓	✓	✓	✓	✓	DNPN/CM
	5.3.3 Reforço da fiscalização do cumprimento da Lei n.º 27/V/97, de 23 de Junho, que interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos	Nº de ações de fiscalização realizadas e nº de concelhos contemplados	✓	✓	✓	✓	✓	MAI/CM
	5.3.4 Ações de fiscalização junto de proprietários de estabelecimentos comerciais para o cumprimento da lei	Nº de ações de fiscalização realizadas e nº de concelhos contemplados	✓	✓	✓	✓	✓	
	5.3.5 Ações de fiscalização junto dos pais para o cumprimento da lei	Nº de ações de fiscalização realizadas e nº de concelhos contemplados	✓	✓	✓	✓	✓	
	5.3.6 Reforçar a fiscalização da lei da publicidade		✓	✓	✓	✓	✓	
	5.3.7 Reforçar as atividades de prevenção do consumo nos serviços para jovens e adolescentes		✓	✓	✓	✓	✓	
5.4. Investigação e avaliação	5.4.1. Investigação e recolha sistemática de informação sobre consumo do álcool nas escolas e locais de diversão	Nº de ações desenvolvidas, nº de escolas e nº de concelhos	✓	✓	✓	✓	✓	MAI/CM/ME/INSP
	5.4.2 Monitorização e avaliação contínua das intervenções.	Nº de Relatórios produzidos	✓	✓	✓	✓	✓	DNS/Parceiros
	5.4.3 Elaboração de informação atualizada sobre os recursos e respostas disponíveis sobre o consumo do álcool por crianças e adolescentes	Nº de Relatórios produzidos trimestrais produzidos	✓	✓	✓	✓	✓	C C C C D / D N S / INSPICCA

Área Prioritária 6: Consumo do álcool no ambiente laboral

Objetivo específico 1: Promover a prevenção, a redução e a gestão dos problemas ligados ao álcool e alcoolismo no local de trabalho

Objetivo específico 2: Criar um quadro legal para a redução dos Problemas Ligados ao Alcool nos locais de trabalho

Objetivo específico 3: Criar e difundir programas de IEC visando a segurança no meio laboral e prevenção de acidentes

Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
6.1. Gestão de PLA nos locais de trabalho	6.1.1 Levantamento de iniciativas e práticas adotadas nos serviços e empresas no âmbito da prevenção, tratamento e reinserção dos PLA no local de trabalho	Nº de empresas/serviços identificados e nº de Relatórios produzidos Trimestralmente		✓	✓	✓	✓	IGT/DGT/DS
	6.1.2 Proibição de vendas de bebidas alcoólicas nos serviços da administração pública			✓				A. Pública, EMFA, DNPN
	6.1.3 Publicação de um diploma legal para a implementação de medidas de prevenção e gestão de PLA no meio laboral	Diploma publicado		✓				M J E D R H / A. pública/
	6.1.4 Introduzir uma adenda na lei do trabalho sobre a prevenção alcoolismo lei do trabalho		✓	✓				
	6.1.5 Promover a elaboração e divulgação e cumprimento de normas de conduta no local de trabalho relacionadas ao consumo do álcool	Normas de conduta divulgadas e nº de serviços contemplados		✓	✓	✓	✓	A. pública e Câmaras de Comércio/IGT/DNS

6.2. Promoção da saúde e segurança do trabalhador	6.2.1 Criação e implementação de programas de apoio ao trabalhador com PLA visando a redução/abandono do consumo do álcool	Nº de trabalhadores e serviços que aderiram ao programa		✓	✓	✓	✓	Direções dos serviços
	6.2.2 Monitorização, avaliação contínua e divulgação das intervenções bem-sucedidas	Nº de intervenções bem-sucedidas sobre total de intervenções realizadas		✓	✓	✓	✓	Organizações, empresas, serviços
	6.2.3 Estabelecimento de indicadores para monitoramento e avaliação dos PLA (absentismo, taxas de acidentes, episódios de consumo)	Dados compilados e publicados		✓	✓	✓	✓	Direções dos serviços
	6.2.4 Ampla difusão do documento da OIT “gestão das questões relacionadas com o consumo do álcool e drogas nos locais de trabalho”	Nº de exemplares distribuídos e de empresas e serviços abrangidos	✓	✓	✓	✓	✓	DGT / IGT / Sindicatos
	6.2.5 Ampla difusão de Informação e sensibilização dos trabalhadores, sobre riscos para a saúde e segurança ligados ao consumo de álcool.	Nº de empresas e serviços que aderiram	✓	✓	✓	✓	✓	DGT / IGT / Sindicatos
	6.2.6 Promoção de intervenções formativas no local de trabalho dirigidas a profissionais	Nº de empresas e de intervenções realizadas	✓	✓	✓	✓	✓	DGT/
	6.2.7 Promover a criação de um programa de formação contínua sobre segurança, higiene e saúde nos locais de trabalho para os pontos focais e núcleos		✓	✓	✓	✓	✓	DGT/IGT/MS
	6.2.8 Incluir na semana nacional de segurança do trabalho ações de reconhecimento das empresas/instituições com boas práticas na área de alcoolismo		✓	✓	✓	✓	✓	IGT/MS

Área Prioritária 7: Sistema de Informação, investigação e Recolha de Dados

Objetivo específico 1: Criar e implementar um Sistema Nacional de Informação sobre o Alcool para a coleta e gestão adequada de dados sobre os problemas relacionados ao consumo do álcool

Objetivo específico 2: Realizar estudos e investigações abrangendo os vários domínios da problemática do álcool e criar um banco nacional de dados

Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
7.1. Realização de estudos	7.1.1 Realização de estudos CAP em todas as Delegacias de Saúde	Nº de DS e de estudos realizados	✓	✓	✓			INSP/DNS
	7.1.2 Realização de um estudo sobre o padrão do consumo e o Perfil do Consumidor Cabo-verdiano (3 fases)	Resultados do Estudo publicados	1ª fase		2ª fase		3ª fase	OMS/MS
	7.1.3 Realização de um estudo sobre os gastos associados ao consumo do álcool em Cabo Verde	Resultados do Estudo publicados		✓			✓	INE/INPS/MS
	7.1.4 Realização de estudo de avaliação do impacto das medidas implementadas a partir do 2º ano (2017).	Resultados do Estudo publicados			✓		✓	MS/Parceiros
	7.1.5 Determinação dos anos de vida perdidos relacionados ao consumo do álcool e as patologias relacionadas			✓		✓		INSP
	7.1.6 Estudo da susceptibilidade da população ao álcool			✓			✓	INSP
7.2 Banco nacional de dados estatísticos sobre os problemas ligados ao consumo do álcool	7.2.1 Elaboração de um modelo de recolha de dados para cada serviço/instituição que produz dados sobre o consumo do álcool	Modelo de recolha de dados elaborado e aplicado	✓					MS/Parceiros
	7.2.2 Criação de um banco nacional de dados estatísticos sobre os problemas ligados ao consumo do álcool	banco nacional de dados estatísticos sobre os problemas ligados ao consumo do álcool criado		✓				MS/Parceiros

Área Prioritária 8: Financiamento								
Objetivo específico 1: Garantir a disponibilidade permanente de recursos financeiros necessários para a implementação das ações								
Objetivo específico 2: Criar um Fundo específico para o financiamento das atividades do Programa de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool								
Domínio de intervenção	Ações/Atividades	Indicador de Progresso	Cronograma de execução					Responsável execução
			2016	2017	2018	2019	2020	
8.1 Criação de um Fundo de financiamento	8.1.1 Definição do montante do Fundo e formas de sua alimentação	Fundo criado e montante estabelecido	✓					MS, MF,
	8.1.2 Identificação de instituições que contribuem para o Fundo	Documento escrito	✓					MS, MF, OMS
	8.1.3 Criar legislação para a criação e gestão de um fundo de financiamento das atividades constantes nesse plano estratégico	Legislação criada	✓					
	8.1.4 Garantir a consignação das verbas provenientes das taxas previstas na lei para o Programa de prevenção do uso abusivo do álcool		✓					
8.2 Acesso ao Fundo de Investimento	8.2.1 Definição dos critérios de acesso ao financiamento das ações através do Fundo	Documento escrito	✓					MS
	8.2.2 Criação de um modelo de apresentação de contas do financiamento recebido	Documento escrito	✓					MS, MF

DNS – Direção Nacional de Saúde; DNP – Direção Nacional Polícia Nacional; MS – Ministério da Saúde; MF – Ministério das Finanças; OMS – Organização Mundial da Saúde; INPS – Instituto Nacional de Previdência Social; INSP – Instituto Nacional de Saúde Pública; DGT – Direção Geral do Trabalho; IGT – Inspeção Geral do Trabalho; ICCA – Instituto Cabo verdiano da Criança e do adolescente; MJEDRH – Ministério da Juventude, Emprego e Desenvolvimento dos Recursos Humanos; MAI – Ministério da Administração Interna; CM Câmaras Municipais;

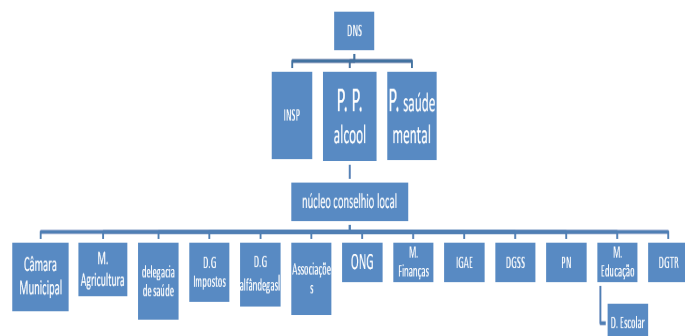
1.1.1 Capacitação de profissionais de saúde para abordagem ao consumo do álcool: a capacitação inclui a aplicação dos instrumentos AUDIT, AUDIT C e ASSIST para a deteção precoce de casos e avaliação do problema do consumo, a sensibilização para a redução do consumo e tratamento dos casos de dependência, o desenvolvimento de competências para o trabalho na comunidade, o seguimento e apoio dos consumidores que aderem ao programa de redução/abandono do consumo.

1.1.2 Realização de Curso de Formação de Formadores em todos os concelhos (FF): O grupo a ser formado terá participantes de várias áreas: saúde, educação, polícia, MDR, ONG, comunidade, juventude, desporto... O curso inclui a divulgação da legislação sobre o álcool. Este grupo deverá reunir-se periodicamente para análise do trabalho realizado e apresentação das principais dificuldades e equacionar formas de solução.

1.1.3 Formação para profissionais de diversas áreas que intervêm na problemática do consumo do álcool: Esta formação deve ser realizada pelo Grupo de Formadores referidos em 1.2. Caso necessário, o grupo poderá ser reforçado por outros profissionais.

1.1.4 Sensibilização de parceiros

Implementação



Pressupostos para a implementação do plano

Para se atingir o objetivo geral traçado para o período 2016 - 2020, o Plano Estratégico multisectorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool em Cabo Verde considera fundamental:

1. A implementação do plano deve ser o nível local, reservando para o nível central o papel de coordenação, financiamento, monitorização e avaliação das intervenções e do processo;
2. Criar uma Comissão Municipal ativa, multidisciplinar, coordenada por um **representante da área da saúde**, que congregará todas as forças disponíveis num esforço conjunto para o combate aos problemas relacionados ao consumo problemático do álcool (ver anexo);
3. Dinamizar a Comissão Interministerial para garantir a participação intersectorial efetiva no combate aos problemas resultantes do consumo nocivo do álcool;
4. Reorientar a visão que prioriza a patologia individual para o campo comportamental do consumidor
5. Colocar no centro da atenção o consumidor problemático e dotá-lo de informações e conhecimentos capazes de sensibilizá-lo para a adoção de comportamentos mais saudáveis e proporcionar ao consumidor dependente todas as condições que propiciem o seu tratamento, recuperação e reinserção social, familiar e laboral;
6. Reconhecer a importância do papel da família, das associações, dos organismos internacionais e da comunidade local e capitalizar a sua participação e envolvimento permanente no processo de combate aos problemas resultantes do consumo nocivo do álcool;
7. Procurar alternativas legais para enfrentar os problemas ligados ao consumo do álcool no meio laboral e, de forma efetiva, integrar às intervenções terapêuticas,

a inserção dos consumidores problemático e dependente enquanto componente do processo terapêutico fundamental para a sua recuperação;

8. Implementar, de forma contínua, um amplo leque de ações de IEC apelativas à adoção de comportamentos saudáveis com destaque para o consumo moderado de bebidas alcoólicas e abstinência.

9. Criar um sistema de vigilância, controlo e fiscalização regular dos pontos de produção e venda de bebidas alcoólicas e definição na lei as condições para atribuição de licenças de venda e produção para garantir o cumprimento dos pressupostos legais;

10. Estabelecer um plano nacional com o objetivo de atrasar a idade do início do consumo de bebidas alcoólicas, reduzir o consumo e prevenir os danos subsequentes;

11. Reforçar o controlo da circulação nas vias rodoviárias e a condução sob efeito do álcool e aplicar aos transgressores, na medida adequada e em tempo oportuno, as sanções previstas na lei;

12. Criar um banco de dados que concentra informações provenientes das diversas áreas que atuam em domínios relacionados com a produção, comercialização e consumo do álcool;

Nota explicativa do organograma

1. A coordenação do Programa articula-se com o Ministério da Saúde através da Direção Nacional da Saúde (DNS) devendo contar com o suporte técnico do Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP) nas questões respeitantes à organização, programação e implementação de atividades de IEC e do Programa de Saúde Mental no concernente às matérias ligadas ao tratamento e seguimento dos pacientes dependentes do álcool;

2. A Comissão Interministerial de Luta contra o Alcoolismo criada pela Resolução nº 15/2005, de 25 de Abril, é o órgão responsável pela coordenação de cada um dos setores nela representados. Deve manter uma articulação permanente com o Núcleo Concelhio Multidisciplinar (NCM), estimulando e acompanhando a implementação das atividades do Plano e fornecendo orientações e meios disponíveis necessários.

Reúne-se ordinariamente a cada 3 meses e extraordinariamente sempre que houver matéria justificável;

3. O Núcleo Concelhio Multidisciplinar (NCM) inserido na Comissão Municipal de saúde é o órgão operacional responsável pela execução das atividades do Plano de Ação e integra representantes de todos os serviços públicos e ONG que atuam no concelho e têm alguma relação com a problemática da produção, controlo, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas;

4. O Delegado de Saúde é o coordenador do Núcleo Concelhio Multidisciplinar;

5. O NCM reúne-se na primeira semana de cada mês para analisar o grau de execução das atividades realizadas no mês findo e definir as medidas para superar as dificuldades encontradas. Podem participar nas reuniões,

por convite, cidadãos interessados na problemática e que estão dispostos a contribuir para o desenvolvimento e melhoria da qualidade dos trabalhos do NCM;

6. O NCM deve eleger (?) um secretariado constituído por 3 dos seus membros que se encarrega da elaboração das atas das reuniões realizadas, assim como os Relatórios trimestrais a serem remetidos à Coordenação do Programa após análise e aprovação pelo NCM;

7. As atividades constantes do Plano de Ação e não realizadas decorridos 3 meses após a data prevista para sua execução, são consideradas insucesso e retiradas do plano, podendo ser posteriormente reinscritas quando estiverem satisfeitas as condições e disponibilizados os recursos necessários para sua execução. Os casos de insucesso devem ser avaliados negativamente e, dessa forma, interferem no resultado da avaliação anual do programa;

8. Com a previsão da migração da CCCD para o Ministério da Saúde e englobando o alcoolismo, essa comissão funcionaria como órgão executivo na implementação desse plano estratégico incluindo a vertente prevenção de todas as dependências.

VI. MONITORAMENTO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

As políticas públicas visam dar respostas a questões de interesse público e satisfazer as necessidades do cidadão. Segundo Laranjeira, “o processo de criação da política do álcool deve ser o mais transparente possível e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os consumidores finais dessa política. Muitas das ações no jogo da política do álcool ocorre nos bastidores, subordinadas a considerações políticas ou interesses velados. Sem a devida informação científica, e sem o necessário monitoramento dos seus resultados, a política do álcool não se qualifica nem como se baseando em evidências, nem com a necessária efetividade. Torna-se imperativo assegurar que a política do álcool sirva, acima de tudo, ao bem comum” (Laranjeira & Romano, 2004).

Aprovado o plano e disponibilizados os recursos necessários para sua implementação, deve-se criar um sistema para o monitoramento de todas as ações e intervenções nele estabelecido.

Será criada uma comissão nacional multisectorial de avaliação que funcionará sobre a coordenação do Programa de Prevenção do uso abusivo do álcool e do tabaco. Essa comissão deverá reunir duas vezes ao ano para fazer o seguimento da implementação do mesmo. Da mesma maneira, a nível das regiões sanitárias deverão ser criadas comissões regionais multisectoriais com reuniões duas vezes ao ano.

O primeiro ano da implementação do Plano Estratégico 2016 - 2020 deverá incidir de uma maneira geral sobre a criação de suportes e condições que propiciem e facultem a implementação das ações previstas para os quatro anos seguintes.

A partir do segundo ano, com as condições básicas já criadas, deverão ser implementadas as ações prioritárias de forma coordenada, sendo as informações produzidas registadas num banco de dados que constituirá o suporte básico para análise e avaliação da dimensão do problema e sua evolução temporal.

Diversos indicadores deverão ser analisados comparativamente a cada ano para acompanhar a evolução do processo, introduzir as alterações necessárias para adequar as intervenções visando a prossecução do objetivo traçado.

No fim do primeiro ano de implementação, deverá ser realizada uma avaliação interna do processo, e a partir do 2º ano, anualmente, uma avaliação de resultados. No 3º e 5º anos serão realizadas avaliações de impacte, sendo esta última uma avaliação global que abrange todo o período do Plano Estratégico (2016 - 2020).

A avaliação do primeiro ano deste Plano Estratégico poderá detetar eventuais desvios ou falhas e permitir adequar os objetivos e metas estabelecidos para os anos subsequentes com base na experiência adquirida e condições criadas no decurso do primeiro ano de implementação do Plano.

Através da avaliação interna pode-se criar um modelo de monitoramento que permite conhecer e acompanhar a evolução dos principais indicadores, divulgar os dados através de relatórios regulares, implementar um sistema

de contabilidade analítica para avaliação financeira e verificação da aplicação dos recursos disponibilizados e, por fim, analisar os benefícios e impactes das intervenções.

A avaliação externa reforça a legitimidade das políticas públicas e permite conhecer em que medida foram ou não cumpridos os objetivos propostos, assinalar os eventuais desvios registados e analisar o impacte das medidas adotadas, assim como, a eficiência e eficácia das intervenções.

Os resultados das avaliações e as recomendações feitas devem constar num relatório que deve ser publicado e amplamente divulgado.

A resolução dos problemas ligados ao consumo do álcool deve ser o foco principal do presente Plano Estratégico, consequentemente, coloca-se à frente de qualquer outro. Se as circunstâncias para a sua execução se alterarem o Plano poderá ser redefinido, mas é fundamental manter inalterável o seu propósito inicial. De contrário, é preferível suspender a sua execução em vez de perseguir outros objetivos diferentes do inicialmente proposto e que não conduzirão à resolução do problema para o qual foi concebido.

VII. ORÇAMENTO E FONTES DE FINANCIAMENTO

Áreas prioritárias	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Informação, Sensibilização, Formação, Comunicação e Educação	12.201.500	8.415.400	12.904.190	12.404.634	15.067.672	60.993.396
Legislação e aplicação efetiva das leis.	1.500.000	3.500.000	1.500.000	1.000.000	1.000.000	8.500.000
Atendimento, tratamento e reinserção	1.614.000	654.000	654.000	960.000	0	3.882.000
Sinistralidade rodoviária	11.450.300	11.450.300	5.607.830	5.607.830	5.918.613	40.034.873
Crianças, grávidas e adolescentes	10.191.000	10.191.000	10.216.000	10.216.000	10.243.500	51.057.500
Adultos no ambiente laboral	1.580.000	685.000	685.000	580.000	580.000	4.110.000
Sistemas de Informação e Recolha de Dados	5.360.000	4.400.000	4.900.000	3.500.000	4.000.000	22.160.000
Financiamento	950.000	0	0	0	0	950.000
Total	44.846.800	39.295.700	36.467.020	34.268.464	36.809.785	191.687.769

Fontes de Financiamento

O presente plano será financiado pelas seguintes entidades:

Orçamento Geral do Estado;

Taxa de álcool;

Parceiros;

Outros fundos a serem mobilizados:

Mobilização dos recursos financeiros necessários e estabelecimento de um orçamento exclusivo para financiar as atividades constantes do plano de ação.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário ASSIST – OMS

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS

Nome: _____ Registo _____

Entrevistador: _____ DATA: ___/___/___

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

Se “NÃO” em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?

Se “NÃO” em todos os itens, pare a entrevista

Se “SIM” para alguma droga, continue com as demais questões

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc.)	NUNCA	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b) Bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c) Maconha	0	2	3	4	6
d) Cocaína, crack	0	2	3	4	6
e) Anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f) Inalantes	0	2	3	4	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h) Alucinogénios	0	2	3	4	6
i) Opióides	0	2	3	4	6
j) Outras, especificar	0	2	3	4	6

• Se “NUNCA” em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc.)	NUNCA	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b) Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c) Maconha	0	3	4	5	6
d) Cocaína, crack	0	3	4	5	6
e) Anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f) Inalantes	0	3	4	5	6
g) Hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h) Alucinogénios	0	3	4	5	6
i) Opióides	0	3	4	5	6
j) Outras, especificar	0	3	4	5	6

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b) Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c) Maconha	0	4	5	6	7
d) Cocaína, crack	0	4	5	6	7
e) Anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f) Inalantes	0	4	5	6	7
g) Hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h) Alucinogénios	0	4	5	6	7
i) Opióides	0	4	5	6	7
j) Outras, especificar	0	4	5	6	7

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)

b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gin)

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)

d. cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)

e. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)

f. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)

g. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)

h. alucinógenos (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)

i. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)

j. outras – especificar:

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todos os dias
a) Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b) Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c) Maconha	0	5	6	7	8
d) Cocaína, crack	0	5	6	7	8
e) Anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f) Inalantes	0	5	6	7	8
g) Hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h) Alucinogénios	0	5	6	7	8
i) Opióides	0	5	6	7	8
j) Outras, especificar	0	5	6	7	8

• FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga, etc...)?	NÃO, NUNCA	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco	0	6	3
b) Bebidas alcoólicas	0	6	3
c) Maconha	0	6	3
d) Cocaína, crack	0	6	3
e) Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f) Inalantes	0	6	3
g) Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h) Alucinogénios	0	6	3
i) Opióides	0	6	3
j) Outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (<i>primeira droga, depois a segunda droga, etc...</i>) e não conseguiu?	NÃO, NUNCA	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a) Derivados do tabaco	0	6	3
b) Bebidas alcoólicas	0	6	3
c) Maconha	0	6	3
d) Cocaína, crack	0	6	3
e) Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f) Inalantes	0	6	3
g) Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h) Alucinogénios	0	6	3
i) Opióides	0	6	3
j) Outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?

(Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	→	Intervenção Breve incluindo cartão de “riscos associados com o uso injetável”
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	→	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma Intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica

Para cada substância (de ‘a’ a ‘j’) some os pontos obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: $Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c$.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = $Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a$

ANEXO 2 – Questionário AUDIT – OMS

O AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test), foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores, sob o patrocínio da OMS (Organização Mundial de Saúde). Planejado para ser utilizado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, sendo útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa. Tem boa sensibilidade e especificidade sendo capaz de identificar a dependência de leve intensidade. A expectativa é que o AUDIT seja, no futuro, o instrumento mais qualificado à pesquisa de alcoolismo.

1. Qual a frequência do seu consumo de bebidas alcoólicas?

- (0) Nenhuma
- (1) Uma ou menos de uma vez por mês
- (2) 2 a 4 vezes por mês
- (3) 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses contendo álcool você consome num dia típico quando você está bebendo?

- (0) Nenhuma
- (1) 1 a 2
- (2) 3 a 4
- (3) 5 a 6
- (4) 7 a 9
- (5) 10 ou mais

3. Qual a frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma ocasião?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

4. Com que frequência, durante os últimos 12 meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

5. Quantas vezes durante o ano passado deixou de fazer o que era esperado devido ao uso de bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

6. Quantas vezes durante os últimos 12 meses você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

7. Quantas vezes no ano passado você se sentiu culpado ou com remorso depois de beber?

- (0) Nunca

- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente

- (4) Diariamente ou quase diariamente

8. Quantas vezes durante o ano passado você não conseguiu lembrar o que aconteceu na noite anterior porque você estava bebendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

9. Você foi criticado pelo resultado das suas bebedeiras?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente

10. Algum parente, amigo, médico ou qualquer outro trabalhador da área de saúde referiu-se às suas bebedeiras ou sugeriu a você parar de beber?

- (0) Nunca
- (1) Menos que mensalmente
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Diariamente ou quase diariamente Total de pontos _____

A soma de 8 ou mais pontos indica uso excessivo de bebidas alcoólicas, com alto risco para a saúde.

VIII. Bibliografia

AZM (2005). A saúde e estilo de vida dos adolescentes cabo-verdianos dos 13 a 16 anos frequentando o ensino secundário. Associação para a Solidariedade e Desenvolvimento Zé Moniz com o apoio da Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e Universidade Técnica de Lisboa (Faculdade de Motricidade Humana).

Alavarse, Glória Maria Assis, & Carvalho, Maria Dalva de Barros. (2006). Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná. *Escola Anna Nery*, 10(3), 408-416. Recuperado em 12 de outubro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300008&lng=pt&tlng=pt.

Alliance for Responsible Drinking (IARD, 2015). Blood Alcohol Concentration BAC Limits. Disponível em:

<http://www.iard.org/Policy/Policy-Resources/Policy-Tables-by-Country/Blood-Alcohol-Concentration-BAC-Limits>

<http://www.producerscommitments.org/wp-content/uploads/2015/09/2014-Progress-Report-PORTUGUESE.pdf>

<http://www.iard.org/>

Alvarenga Francisca. Prevalência do consumo do álcool em dois Centros de Saúde da Praia e num Centro numa zona rural, Picos – Ilha de Santiago. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2013.

AMBEV. Cartilha - Papo em Família: como falar sobre bebidas alcoólicas com menores de 18 anos. Editora Maurício de Sousa, 2013.

Andreoli, S.B. Serviços de saúde mental no Brasil. Em: Mello, M.F., Mello, A.A.F. E Kohn, R. (Orgs.) *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007.

Avaliação de Políticas Públicas e Programas Governamentais: tendências recentes e experiências no Brasil. Carla Giane Soares da Cunha <http://www.ufpa.br/epdir/images/docs/paper29.pdf>

Babor T.F., Caetano R., Casswell S., *Alcohol: no ordinary commodity*. Oxford University Press, 2003.

Bandeira, M., Gelinas, D., Lesage, A. (1998). Desinstitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.47, n.12, p.627-640.

Campos P.P., Ribeiro C. Rastreo do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários – atitudes dos utentes. *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28:98-104

Castro, Luís André, & Baltieri, Danilo Antonio. (2004). Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. 1), 43-46. Recuperado em 12 de outubro de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500011&lng=pt&tlng=pt.

Castro M. F., Cleto, C. R., Silva N. T. Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral. Lisboa: IDT, ACT, 2011.

CCCD/ONUUDC. I Inquérito Nacional sobre a prevalência de consumo de substâncias psicoativas na população geral. Cabo Verde, maio/2013

Decreto-Lei nº 11/2015, de 12 de Fevereiro, que estabelece o regime jurídico de produção de aguardente de cana-de-açúcar em Cabo Verde

Decreto-Lei nº 46/2007, de 10 de Dezembro, que aprova o Código de Publicidade.

Determinantes de Saúde e Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e as Dependências. 4º Fórum Nacional de Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Junho/2014

Duailibi, Sérgio, & Laranjeira, Ronaldo. (2007). Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 839-848. Retrieved November 18, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500019&lng=en&tlng=pt

Ferreira, MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 217-24

Ferreira M. E. Um livro com vinho de Cabo Verde. **Estudos Regionais - África**. 2010. http://www.ipri.pt/publicacoes/working_paper/working_paper.php?idp=512

Gonçalves & Santos / Braz. O consumo de álcool e suas implicações na condução de veículos automotores no Brasil: uma revisão. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*. Vol.7,n.1,pp.50-58 (Jun-Ago 2014)

GUIMARAES, Vanessa Valente et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2010, vol.13, n.2 [citado 2015-11-19], pp. 314-325. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000200013&lng=pt&nrm=iso>ISSN1415-790X

<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2010000200013>

INE, Cabo Verde - Inquérito às Despesas e Receitas Familiares (IDRF), DDI-CV-INE-IDRF-2001/02-v01

Inquérito sobre factores de risco das doenças não transmissíveis (IDNT), 2007

Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Plano Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool, 2010 – 2012. Maio, 2010.

International Alliance for Responsible Drinking (IARD, 2015). Blood Alcohol Concentration BAC Limits. Disponível em:

<http://www.iard.org/Policy/Policy-Resources/Policy-Tables-by-Country/Blood-Alcohol-Concentration-BAC-Limits>

<http://www.iard.org/>

Laranjeira, Ronaldo, & Romano, Marcos. (2004). Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(Supl. 1), 68-77. Retrieved November 19, 2015, from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500017&lng=en&tlng=pt.

Lei nº 27/V/97, de 23/06/97, interdita a venda de bebidas alcoólicas a menores e interdita a publicidades de bebidas alcoólicas em algumas situações

Mangueira, S. O., Guimarães, F. J., Mangueira, J. O., Fernandes, A. F. C., & Lopes, M. V. O. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*, 27(1), 157-168

Mello, M. L. M. de *et al* (2001). Álcool e Problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: DGS.

Mendes LR, Teixeira MLO, Ferreira MA. Alcohol y adolescencia: cuidado-educación en la enfermeira. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2010 jan-mar; 14 (1): 158-164.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. 1ªed. Brasília (DF); 2007

Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016 (vol. II), 2012.

Neves, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (1):7-36, jan-fev, 2004.

OMS (2004). Global status report on alcohol 2004. Geneva: WHO/Department of Mental Health and Substance Abuse. *On-line version* ISSN 1518-8787

OMS (2011). Actividades da OMS na Região Africana 2010. Relatório Anual do Director Regional (AFR/RC61/2). Escritório Regional para a África, Brazzaville, 2011.

OMS (2014). Saúde das pessoas: o que funciona: Relatório sobre a Saúde na Região Africana. Escritório Regional para a África, 2014 https://www.google.cv/search?q=Relat%C3%B3rio+sobre+a+Sa%C3%BAde+na+Regi%C3%A3o+Africana+2014&oq=Relat%C3%B3rio+sobre+a+Sa%C3%BAde+na+Regi%C3%A3o+Africana+2014&aqs=chrome..69i57.2089j0j8&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-8

ONUUDC. Relatório de assistência técnica do ONUUDC ao Governo de Cabo Verde na criação de um protocolo terapêutico para tratamento da toxicodependência e na elaboração de documentos de gestão para o Espaço de Respostas Integradas para as Dependências - ERID «Balcão Único», elaborado no âmbito do Projecto de Tratamento das dependências (GLOJ71- segmento Cabo Verde). Fevereiro/2015

Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1996). Gestão das questões relacionadas com o álcool e drogas nos locais de trabalho.

Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2003). Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: a evolução para a prevenção.

Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. PT, 2013.

Programa Nacional Integrado para combate à droga e crime (PIN 2012-2016). Comissão de Coordenação de Combate à Droga do Ministério da Justiça (CCCD/MJ)

Projecto de Valorização do Grogue de Santo Antão – VAGROG, 2010.

Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT (2003a). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease – An overview. *Addiction*. 98:1209–28

Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde 2014, OMS.

REMOR, Eduardo; MILNER-MOSKOVICS, Jenny; PREUSSLER, Gisele. Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 685-694, Oct. 2007. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500001&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Nov. 2015. Epub July 19, 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>.

Ribeiro, Cristina. Como actuar perante o consumo nocivo de álcool? Guia para cuidados de saúde primários. Núcleo de Comportamentos Aditivos – APMCG.

SICAD (2013). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Plano Estratégico 2013-2015. Lisboa: SICAD. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2013/PE_2013_2015.pdf

SICAD (2013). Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. Disponível em http://www.arcentro.min-saude.pt/Documents/Rede_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf

SICAD, 2014. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Determinantes de Saúde e Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e as Dependências. 4º Fórum Nacional de Saúde, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2014/07/Forum_Saude_Determinantes-JG.pdf

Souza Cruz, A. F. Alcoolismo-Protocolo. Secretaria Municipal da Saúde/Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. SP, 2008.

World Health Organization (2011). The global status report on alcohol and health 2011. Geneva, 2011

World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva, 2014.

World Health Organization (2001). AUDIT – The alcohol Use Disorders Identification test: Guidelines for use in Primary Care. Department of Mental Health and Substance Dependence. Second Edition, 2001.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AA	Associação de Autoajuda
AAA	Associação de Alcoólicos Anónimos
ARFA	Agência de Regulação e Supervisão dos Produtos Farmacêuticos e Alimentares
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
AVAI	Anos de Vida Ajustados por Incapacidade
AZM	Associação Cívica Zé Moniz
CAE	Classificação das Atividades Económicas
CCCD	Comissão de Coordenação de Combate à Droga
CID	Classificação Internacional de Doenças
COSPE	ONG Italiana
DGPOG	Direção Geral do Planeamento, Orçamento e Gestão
DGTR	Direção Geral dos Transportes Terrestres
DNT	Doenças Não Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ERID	Espaço de Respostas Integradas para as Dependências
GISAH	Sistema de Informação Global sobre Álcool e Saúde
IARD	International Alliance for Responsible Drinking
IDNT	Inquérito sobre fatores de risco das Doenças Não Transmissíveis
IDRF	Inquérito sobre Despesas e Receitas Familiares
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IEC	Informação Educação e Comunicação para a saúde
IGAE	Inspeção Geral das Atividades Económicas
INE	Instituto Nacional de Estatística
MDR	Ministério do Desenvolvimento Rural
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUDC	Escritórios das Nações Unidas contra as Drogas e Crime
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNRCAD	Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
TAS	Taxa de Álcool no Sangue
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
VAGROG	Projeto de Valorização do Grogue de Santo Antão
VIIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

O Primeiro-ministro, *José Maria Pereira Neves*