



**Organização
Mundial de Saúde**

ESCRITÓRIO REGIONAL **Africano**

AFR/RC57/14
30 de Agosto de 2007

COMITÉ REGIONAL AFRICANO

ORIGINAL: INGLÊS

Quinquagésima-sétima sessão
Brazzaville, República do Congo, 27–31 de Agosto de 2007

Ponto 7.12 da ordem do dia provisória

**USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL NA REGIÃO AFRICANA DA OMS:
ANÁLISE DA SITUAÇÃO E PERSPECTIVAS**

Relatório do Director Regional

RESUMO

1. O uso prejudicial de álcool na Região Africana está a aumentar e a situação irá piorar, caso não sejam tomadas as medidas adequadas para resolver o problema. O beber episódico excessivo ou o beber sofregamente é um padrão de consumo característico e significativo e as estimativas sobre o total de óbitos atribuídos ao consumo de álcool revelam o importante peso da mortalidade.
2. Em 2006, uma consulta técnica da OMS sobre os problemas de saúde pública causados pelo consumo prejudicial de álcool reconheceu que os problemas relacionados com o álcool constituem uma grande preocupação em termos de saúde pública na Região Africana.
3. A abordagem deste problema na Região Africana pode beneficiar com as experiências e as iniciativas de comprovada eficácia usadas noutras Regiões e a nível mundial.
4. Este documento apresenta uma visão geral sobre o uso prejudicial do álcool na Região Africana da OMS e propõe perspectivas para acções futuras.

ÍNDICE

Parágrafos

ANTECEDENTES.....	1-4
SITUAÇÃO.....	5-18
PAPÉIS E RESPONSABILIDADES.....	19-27

ANTECEDENTES

1. O uso prejudicial do álcool é definido como um padrão de consumo que provoca ou contribui para “danos físicos ou psicológicos, incluindo dificuldade de raciocínio ou comportamento disfuncional, podendo mesmo causar incapacidades ou ter efeitos adversos nas relações interpessoais”¹. No presente documento, “uso prejudicial de álcool” refere-se aos efeitos do consumo de álcool sobre a saúde pública, sem prejuízo de credos religiosos ou normas culturais.

2. Na Região Africana, existem cada vez mais países a reportar um aumento de alterações nos padrões de consumo de álcool. As bebidas feitas em casa constituem uma via muito importante de disponibilidade de álcool e de rendimento familiar. Um padrão característico significativo de consumo de álcool na Região envolve a ingestão episódica de grandes quantidades de álcool, definida enquanto consumo de, pelo menos, 60 gramas de álcool, ou seja, cinco ou mais unidades de bebida, numa única ocasião. O beber episódico excessivo é também conhecido como “beber sofregamente”².

3. As tendências da globalização, os acordos comerciais internacionais e o papel social e cultural do álcool, em muitos países, facilitam muito o acesso ao consumo de álcool. No entanto, a nível mundial, verifica-se um aumento das consequências negativas do consumo de álcool, tanto para a saúde como para a sociedade. Algumas Regiões da OMS já estão a lutar contra este problema, através de várias resoluções³, políticas e estratégias⁴. A Região Africana ainda não encarou colectivamente o problema, embora alguns países tenham encetado algumas acções.

4. O presente documento foi inspirado pelos debates realizados na Sexagésima Assembleia Mundial da Saúde e tem por finalidade estimular as discussões a terem lugar durante o Comité Regional, de modo a que se obtenha uma posição Africana comum sobre este assunto, o qual consta da ordem do dia do Conselho Executivo, que decorrerá em Janeiro de 2008, e, a título experimental, da Assembleia Mundial da Saúde, a realizar em Maio de 2008.

SITUAÇÃO

5. A quantidade de álcool ingerido está ligada à maioria das doenças, através de relações específicas de dose-resposta⁵. Os países africanos diferem muito em termos de consumo *per capita* entre os adultos, variando entre menos de 1 litro e mais de 10 litros, com um consumo médio registado de, aproximadamente, 4 litros de álcool puro ou etanol⁶. Os dados fornecidos pelas estimativas, inquéritos e estudos internacionais revelam que, embora exista um número bastante considerável de pessoas em África que não bebem, aquelas que o fazem consomem elevadas quantidades de álcool. De facto, vários países africanos apresentam alguns dos níveis mais elevados de consumo absoluto *per capita* do mundo quando, nas estimativas, se incluem as

¹ WHO, *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Geneva, World Health Organization, 1992.

² Anderson P, Baumberg B, *Alcohol in Europe: A public health perspective*, UK, Institute of Alcohol Studies, 2006.

³ Resolution WHA58.26: Public health problems caused by harmful use of alcohol, Geneva, 25 May 2005; Resolution SEA/RC59/R8: Alcohol consumption control-policy options, Bangladesh, 25 August 2006.

⁴ EUR/RC55/R1: Framework for alcohol policy in the WHO European Region, Bucharest, 15 September 2005; WPR/RC57/7: Regional strategy to reduce alcohol-related Harm, New Zealand, 22 September 2006.

⁵ Rehm J. et al, The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: An overview, *Addiction* 98: 1209-1228, 2003.

⁶ Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-saharan Africa, *African Journal of Drugs & Alcohol Studies* 5(1): 17-26, 2006.

bebidas tradicionais⁷. A percentagem estimada dos óbitos atribuíveis ao consumo de álcool na Região revelam um pesado fardo, de 2,1%, em 2000, e 2,2%, em 2002⁸.

6. Aproximadamente, 50% das bebidas alcoólicas consumidas na Região não estão registadas, o que inclui não só as bebidas produzidas localmente, mas também as trazidas por viajantes e as contrabandeadas para fins comerciais. Por isso, é difícil estimar as verdadeiras quantidades de bebidas alcoólicas consumidas em África.

7. As bebidas alcoólicas tradicionais constituem, em muitos países, uma dimensão oculta do problema do álcool. Muito daquilo que é consumido na Região, especialmente nas zonas rurais e entre as populações urbanas mais pobres, são bebidas feitas em casa, segundo os métodos tradicionais da fermentação ou destilação de malte, frutos, cana de açúcar, mel ou seiva de palmeira. Como a qualidade e a graduação destas bebidas não são devidamente controladas, o seu consumo pode acarretar graves consequências para a saúde e até a morte, como tem acontecido em alguns países⁹. Adulterantes e impurezas podem provocar casos de envenenamento e efeitos tóxicos devido a concentrações elevadas de metanol, níquel, manganésio e aflatoxina. Os riscos para a saúde e para a segurança, assim como os custos económicos que advêm das bebidas alcoólicas contrafeitas na Região, são desconhecidos ou estão mal documentados.

8. Além dos efeitos directos da intoxicação e da dependência, o uso prejudicial do álcool é apontado como causa de mais de 60 enfermidades diferentes, com consequências a curto e longo prazo¹⁰, incluindo perturbações mentais e do comportamento, problemas gastrointestinais, cancro e doenças cardiovasculares. Na Região Africana, as estimativas revelam significativos distúrbios neuropsiquiátricos atribuíveis ao álcool da ordem dos 21,3% para os homens e 23,0% para as mulheres e acidentes não intencionais de 41 % e 31,9%, respectivamente para os homens e para as mulheres¹¹.

9. Estudos realizados em África têm apresentado, cada vez mais, provas de que o consumo de álcool está associado a comportamentos sexuais de alto risco, à infecção pelo VIH e outras infecções sexualmente transmissíveis, assim como a uma menor adesão aos anti-retrovirais e ao tratamento da tuberculose¹². Os problemas causados pelo consumo de álcool arrastam ainda consigo um elevado grau de co-morbilidade, com outras perturbações associadas ao consumo de substâncias psicoactivas, nomeadamente a dependência da nicotina e de estupefacientes¹³.

Além disso, múltiplos níveis – fisiológicos, psicológicos e sociais – de ligação entre comportamentos, bem como determinantes neurobiológicos, psicológicos e soci

Conten

Formatted: Portuguese
(Portugal)

⁷ WHO Global Alcohol Database, available on line at <http://www.who.int/globalatlas/default.asp> (last accessed 4 June 2007).

⁸ WHO, Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Geneva, World Health Organization, 2007.

⁹ WHO, Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Geneva, World Health Organization, 2007.

¹⁰ Room R, Babor T, Rehm J, Alcohol and public health, *The Lancet* 365: 519-530, 2005) 519-50.

¹¹ WHO, *Global burden of disease 2002*, Geneva, World Health Organization 2002.

¹² Ashley JW, Levine B, Needle R, Summary of the proceedings of meeting on alcohol, HIV risk behaviours and transmission in Africa: Developing programmes for the United States President's Emergency Plan for AIDS relief (PEPFAR), *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 192-200, 2006. Ver também, Kebede D. et al. Khat and alcohol use and risky sex behaviour among in-school and out-of-school youth in Ethiopia, *BMC Public Health* 2005, 5:109; 2005 disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458-5-109>

¹³ WHO, Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, Geneva, World Health Organization, 2007.

10. ais, comuns e partilhados, tornam necessária uma abordagem integrada ao abuso de substâncias. As abordagens médicas aos problemas do abuso de substâncias deverão ser complementadas com intervenções de saúde pública, com base nas populações.

11. A globalização, a produção comercial em grande escala e as estratégias de *marketing* e promoção agressivas direccionadas aos jovens, aumentam a disponibilidade e a acessibilidade às bebidas alcoólicas, contribuindo ainda para o desenvolvimento de uma nova cultura de consumo de álcool¹⁴. A tendência, sobretudo entre as camadas mais jovens, é para se consumir grandes quantidades e com frequência, num curto espaço de tempo, e fora das refeições¹⁵.

12. A intoxicação alcoólica é uma causa significativa de problemas relacionados com o álcool e o seu impacto é maior entre os jovens de ambos os sexos, particularmente devido a acidentes fatais, tais como acidentes rodoviários ou suicídios.¹⁶ Em África, existe uma falta generalizada de informação sobre o consumo de álcool entre os jovens e os estudos que existem tendem a incidir nos comportamentos dos jovens e estudantes das áreas urbanas, confirmando o início precoce do consumo (entre os 10 e 16 anos de idade), alterações nos padrões de consumo, com o álcool sendo consumido deliberadamente para se atingir um estado de embriaguez, e o consumo de álcool enquanto componente essencial para o divertimento e boa disposição.¹⁷ Vários estudos efectuados na África do Sul, entre 1997 e 2001, apontam para níveis elevados de abuso de álcool entre os estudantes do ensino secundário.¹⁸

13. Embora no seu conjunto as taxas de consumo de álcool entre as mulheres na Região Africana sejam, em geral, ainda baixas, alguns estudos indicam um aumento e uma alteração dos padrões de consumo neste grupo. Mesmo com níveis de consumo reduzidos, e sobretudo durante o primeiro trimestre de gravidez, o álcool pode aumentar o risco de aborto espontâneo, insuficiência ponderal, prematuridade e atraso do crescimento intra-uterino. Um estudo recente, realizado na África do Sul, revelou as taxas mais elevadas de síndrome fetal alcoólico alguma vez registadas, de 19-103 por 1000 nascimentos.¹⁹

14. O uso prejudicial do álcool não pode ser desassociado do seu impacto social: ruptura nas relações familiares, negligência e abuso de crianças, má nutrição, problemas laborais, violência, criminalidade, estigmatização social e pobreza. Estudos efectuados na Região Africana revelaram a existência de uma associação entre o consumo de álcool e a violência doméstica. Além disso, os estudos revelam que o custo estimado do impacto económico para a sociedade, na África do

¹⁴ Wills J, Drinking crisis? Change and continuity in cultures of drinking in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 1–15, 2006; Obot IS, Alcohol use and related problems in sub-Saharan Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 17–26, 2006.

¹⁵ Ibanga A et al, The contexts of alcohol consumption by men and women in Nigeria. In: Obot I, Room R, *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*. Geneva, World Health Organization, 2005; Tuimwesigye N, Rogers K, Gender and the major consequences of alcohol problems in Uganda. In: Obot I, Room R, *Alcohol, gender and drinking problems: Perspectives from low and middle income countries*, Geneva, World Health Organization, 2005.

¹⁶ Kebede D, Ketsela T, Suicide attempts in Ethiopian adolescents in Addis Ababa high schools, *Ethiopian Medical Journal* 31: 83–90, 1993.

¹⁷ Odejide O, Alcohol policies in Africa, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(1): 27–39, 2006.

¹⁸ Parry C et al, Trends in adolescent alcohol and other drug use: Findings from three sentinel sites in South Africa (1997–2001), *Journal of Adolescence* 27(4): 429–440, 2004.

¹⁹ WHO, Report on the WHO technical consultation on the public health problems caused by harmful use of alcohol in the African Region, Geneva, World Health Organization, 2006.

Sul, é de cerca de 1700 milhões de dólares por ano ou 2,0% do PIB.²⁰ Este impacto económico inclui os custos acrescidos para os serviços de saúde, segurança social, sistema de justiça penal, assim como as perdas de produtividade.

15. Por outro lado, as bebidas tradicionais constituem uma fonte importante de emprego e de rendimento económico em África, principalmente para as mulheres, permitindo-lhes contribuir economicamente para as suas famílias.²¹ Em sentido lato, as bebidas alcoólicas contribuem para a economia dos países e para a receita fiscal dos governos; estas indústrias são reconhecidas pelos governos como fornecedoras formais e informais de postos de trabalho. Embora seja necessária mais investigação sobre estas questões, os dados disponíveis sugerem que um declínio no consumo, resultante de medidas eficazes de controlo, pode não afectar necessariamente os níveis de emprego nas indústrias ligadas ao álcool.²²

16. O custo tremendo do uso prejudicial do álcool, em termos de saúde e de danos sociais, não pode ser ignorado e requer a regulamentação do álcool. Na maioria dos países africanos, os mecanismos reguladores e legislativos em relação às decisões sobre o álcool relativas ao comércio, indústria e agricultura, no que respeita à saúde pública, publicidade e *marketing*, disponibilidade, fixação de preços e comércio ilícito de álcool, não existem ou não são aplicados. As políticas existentes têm vindo a ser gradualmente enfraquecidas ou desmanteladas, muitas vezes devido à pressão exercida pelo aumento da globalização das trocas comerciais.

17. Na Região, os problemas com o álcool não são reconhecidos ou abordados no âmbito do sistema de saúde, dada a falta de competências e conhecimentos adequados, assim como à falta de recursos e condições para um rastreio e uma intervenção eficazes. A maior parte dos dados existentes da Região Africana provêm de estimativas, que nem sempre reflectem a verdadeira situação nos países, sobretudo em relação às diversas formas de consumo, padrões e uso prejudicial do álcool.

18. Em muitas partes da Região Africana, não existem igualmente instrumentos fiáveis, válidos e normalizados para a recolha de informação sobre o consumo de álcool e sobre os danos a ele atribuíveis. No entanto, alguns instrumentos, designadamente a Abordagem da Vigilância por Etapas da OMS (STEPS), a Rede Epidemiológica da África Austral sobre o Uso de Drogas (SENDU) e o Sistema de Informação sobre Drogas da África Oriental (EADIS) estão gradualmente a ser utilizados.²³

PAPÉIS E RESPONSABILIDADES

Para os países

19. Os países devem reconhecer o uso prejudicial de álcool como um importante problema de saúde pública e tomar em consideração o seu impacto noutras situações coexistentes na Região,

²⁰ WHO, *Global status report on alcohol 2004*, Geneva, World Health Organization, 2004.

²¹ Pietila T, Drinking mothers feeding children: Market women and gender politics in Kilimanjaro, Tanzania. In: Bryceson D, *Alcohol in Africa: Mixing business, pleasure, and politics*, Portsmouth, NH, Heinemann, 2002.

²² Anderson P, Baumberg B, *Alcohol in Europe: A public health perspective*, UK, Institute of Alcohol Studies, 2006.

²³ Morojele N et al, Report of the first Pan African consultation on alcohol policy and its significance to the Region, *African Journal of Drug & Alcohol Studies* 5(2): 186–190, 2006.

tais como acidentes, VIH, violência e situações de guerra ou pós-guerra, iniquidades de saúde e sociais e pobreza.

20. Os países são incentivados a tomar em consideração o problema suscitado pelo presente documento e identificar uma posição comum sobre o uso prejudicial do álcool, a apresentar à reunião do Conselho Executivo, em Janeiro de 2008, e à Assembleia Mundial da Saúde, em Maio do mesmo ano.

21. Os países devem realizar inquéritos nacionais recorrendo ao uso de instrumentos normalizados, apoiar a expansão das redes existentes e garantir os recursos financeiros e humanos adequados para implantar mecanismos a nível dos países para a recolha, análise e divulgação da informação destinada à definição de políticas de base factual, e para se elaborarem políticas e planos nacionais sobre o consumo prejudicial do álcool.

22. Os países devem formular políticas e planos nacionais de redução do uso prejudicial do álcool envolvendo as necessárias partes interessadas, em sintonia com as orientações existentes. A interacção com a indústria do álcool poderá ser um factor importante para definir o potencial contributo da mesma na implementação das políticas e planos desenvolvidos para reduzir o uso prejudicial do álcool.

Para a OMS e outros parceiros

23. Tendo em conta a necessidade de se recolher e melhorar a informação de base factual aos níveis nacional e regional, a OMS irá prestar apoio e orientação técnica aos países para a realização do Inquérito Global sobre Álcool e Saúde Pública.

24. Abordar a tendência crescente do consumo e os problemas relativos ao uso prejudicial do álcool na Região Africana aos níveis macrosectorial e multisectorial é uma questão de carácter prioritário. A OMS e outros parceiros, com o envolvimento da União Africana, devem trabalhar no sentido da adopção de políticas baseadas em factos comprovados para o álcool e do estabelecimento de acordos sobre assuntos específicos destas políticas, relevantes para as necessidades regionais em matéria de saúde pública. Uma conferência regional panafricana poderá servir de base a este processo. Para tal, deverá ser realizada uma Conferência Panafricana, que contará com representantes de todos os sectores.

25. A OMS e outros parceiros devem criar um observatório regional para monitorizar os progressos efectuados na abordagem ao uso prejudicial do álcool na Região Africana.

26. A OMS deve apoiar os Estados-Membros na elaboração, implementação e avaliação das políticas e planos nacionais de abordagem à questão do uso prejudicial do álcool na Região.

27. A OMS deve preparar uma estratégia regional para fazer face ao problema do uso prejudicial do álcool na Região Africana, para ser apresentado à Quinquagésima-nona sessão do Comité Regional Africano da OMS. A OMS deverá apoiar os Estados-Membros a elaborarem políticas nacionais sobre o consumo prejudicial do álcool.

