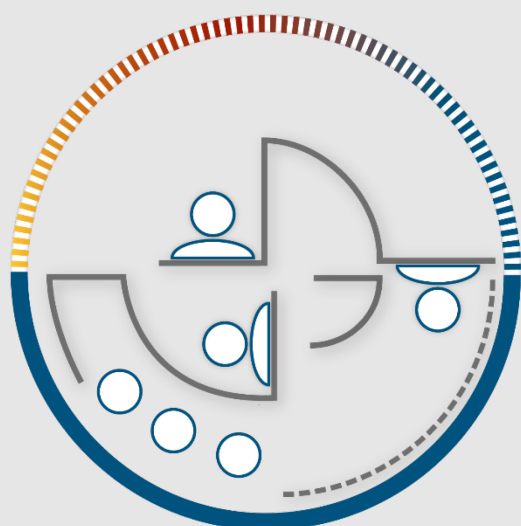


CARTA DE COMPROMISSO

2017 – 2020



Fórum Nacional Álcool e Saúde

INTRODUÇÃO

A proteção da saúde pela redução do consumo nocivo de álcool continua a ser uma prioridade no âmbito da saúde pública e um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde no sentido de reduzir os danos causados pelo consumo de risco de álcool.

O despertar da consciência do público e dos profissionais para os problemas relacionados com os danos associados ao consumo nocivo de álcool e os seus custos em termos humanos, sociais e económicos tem sido um dos meios para abordar este problema.

De acordo com o *Global Status Report on Alcohol and Health* (2014), embora o consumo de álcool e os problemas a ele associados variem de forma significativa em todo o mundo, o peso associado às doenças evitáveis e mortes prematuras é significativo na maioria dos países. É um fator causal em mais de 200 doenças e condições médicas (*Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th revision, WHO, 1992*) e está associado ao risco aumentado de desenvolver dependência de álcool, cirrose hepática, neoplasias e traumatismos. O consumo nocivo de álcool é responsável por aproximadamente 3.3 milhões de mortes por ano. Ainda que se considere o impacto benéfico que os padrões de consumo de baixo risco possam ter em algumas doenças, corresponde a uma percentagem de 5,9% do total de mortes no mundo inteiro.

De acordo com estimativas a OCDE, quatro em cada cinco consumidores de bebidas alcoólicas reduziriam o risco de morte, caso cortassem uma unidade de bebida por semana à quantidade habitual consumida.

Na Europa, o consumo de risco e nocivo de álcool continua a ser um dos principais determinantes da saúde e uma das principais causas de morte prematura e de doenças evitáveis, sendo responsável por mais de 7% de todos os problemas de saúde e morte precoce na União Europeia.

A região da Europa tem o mais alto nível de consumo do mundo. Em média, os europeus consomem 12,45l de álcool puro por ano (praticamente o dobro da média global). No entanto, o consumo de álcool varia de forma significativa entre países europeus. Nos países do sul da Europa, os padrões de consumo acarretam menos riscos para a saúde. Nestes países (Chipre, Grécia, Itália, Malta, Espanha e Portugal) existe uma tradição vitivinícola, com consumos diários de bebidas alcoólicas a acompanhar as refeições e de uma forma geral, um repúdio da embriaguez em locais públicos. Ainda assim, nesta região, embora exista uma menor taxa de incidência de mortes devidas ao álcool, mais de 1 em cada 11 mortes para os homens e 1 em cada 16 para as mulheres são devidas a esta substância. (OMS, 2012a)

De recordar igualmente que, no que concerne à última contabilização realizada a respeito da perda de anos de vida ajustados (DALY)¹, cerca de 3 359 000 DALY em homens e 684 000 DALY em mulheres foram perdidos por causas atribuíveis ao álcool, em cidadãos da União Europeia na faixa etária de 15-64 anos, num total de 4 043 000 DALY.

¹ O DALY é uma medida temporal que combina os anos de vida perdidos devido a morte prematura (YLLs) e os anos de vida perdidos devido a períodos vividos em deficiente estado de saúde.

A Ação Comum RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*), liderada por Portugal através do SICAD (e que envolve todos os países da UE e ainda a Islândia, a Noruega e a Suíça, num total de 61 entidades, entre as quais a OMS, a OCDE e o Grupo Pompidou do Conselho da Europa) deu também vários contributos para retratar as tendências de consumo na Europa e os danos a elas associados. Concretamente, foi aplicado o questionário RARHA SEAS - *Standardised European Alcohol Survey*, harmonizado entre os vários países e idiomas e foi aplicado nos vários estados participantes (RARHA, 2016). No cômputo global, mais de 10% das mulheres e 20% dos homens europeus consomem de forma nociva pelo menos uma vez por mês. Estas prevalências, porém, variam muito consoante o país e região da Europa.

No caso de Portugal, registaram-se em relação a outros países europeus, prevalências de consumos mais baixas, mas uma maior intensidade dos consumos declarados pelos consumidores. As estimativas para Portugal apontaram para um consumo médio anual de 4,42 litros de álcool puro *per capita* para a população de 18-64 anos e de 6,15 l para os consumidores de álcool dessas idades (9,2 l nos homens e de 2,1 l nas mulheres). Estas estimativas evidenciaram uma grande discrepância entre as médias e as medianas e um desvio padrão alto, o que indicia consumos elevados e uma grande variação do consumo médio anual no país. Por outro lado, este consumo foi bastante mais elevado no grupo masculino do que no feminino (rácio 4,3) e tendencialmente mais elevado nos consumidores mais velhos. (SICAD, 2016)

Os últimos dados de que dispomos do Inquérito Nacional à População Geral Portuguesa, conjugados com alguns resultados do Eurobarómetro de 2014, com os dados recolhidos no âmbito de um questionário aplicado a todos os jovens portugueses que em 2015 iriam completar os 18 anos no âmbito do Dia da Defesa Nacional, com os dados obtidos no âmbito de inquéritos da RARHA, deram conta de uma tendência de aumento da perceção do risco associado ao consumo de álcool, a par de uma diminuição dos consumos em geral, concretamente do consumo episódico excessivo e da embriaguez.

Nos mais jovens, os padrões de consumo de risco e nocivo têm vindo a aumentar no âmbito europeu. Segundo dados do ESPAD 2015 (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), embora continuem a registar-se consumos de álcool genericamente elevados, nas últimas duas décadas tem vindo a ser notória a redução dos valores do consumo ao longo da vida e dos últimos 30 dias. Infelizmente, no que toca ao consumo episódico excessivo, a redução tem-se revelado menos pronunciada e só observável nos rapazes.

Segundo o Relatório *Health at Glance* OECD/EU (2016), o consumo precoce de álcool com ou sem intoxicação alcoólica está associada com prejuízos psicológicos, sociais e físicos, tais como a violência, os acidentes, lesões e uso de outras substâncias psicoativas. Está igualmente relacionado com dificuldades de aprendizagem, desempenho e abandono escolar. São de considerar ainda de especial relevância os efeitos nocivos para crianças e jovens a cargo de adultos com hábitos nocivos de álcool, nomeadamente no âmbito da violência doméstica. Para além dos danos que sofrem os consumidores de bebidas alcoólicas, existe todo um outro conjunto de prejuízos, de índole familiar, social e económica. Os custos são altos e as várias partes da sociedade devem ser encorajadas a tomar parte no trabalho de reduzir o consumo nocivo de bebidas alcoólicas.

Assumindo uma perspetiva centrada na saúde pública dirigida à formulação de políticas abrangentes destinadas à promoção da saúde das populações, decorrente da congregação de esforços de parceiros estratégicos, foi criado o Fórum Europeu Álcool e Saúde em 2007 para debater, comparar abordagens e

desenvolver ações para reduzir os danos associados ao consumo nocivo de álcool. Os seus relatórios anuais confirmam a sua utilidade em termos dos objetivos a que se propõe. Conglutina 66 membros que propuseram, no total, 330 compromissos, cujos exemplos vão desde a certificação de espaços noturnos dedicados ao lazer, até à formação de profissionais de hotelaria e restauração, passando por diversas ações de cariz de sensibilização, marketing responsável e a produção e divulgação de conhecimento e informação sobre os riscos para a saúde associados ao consumo nocivo de álcool (European Union, 2015)

Em Portugal, desde 2010 que o Fórum Nacional Álcool e Saúde existe como plataforma nacional com representantes da Administração Pública, da economia social e dos operadores económicos, incluindo das suas associações, que desenvolvem ações com vista à redução dos danos provocados pelo consumo nocivo de álcool. O percurso referente aos dois primeiros ciclos de existência (2010-2012 e 2013-2016) tem vindo a proporcionar uma colaboração de proximidade entre os atores, facilitando diversos espaços de partilha, discussão e reflexão sobre conteúdos nestas matérias.

Estes compromissos contribuíram para o atingir de metas como a redução da facilidade percebida de acesso, o aumento do risco percebido de consumo, o adiamento da idade de início de consumo, a diminuição das prevalências de consumo recente, de padrões de consumo de risco e dependência, a morbilidade relacionada direta ou indiretamente com o consumo nocivo de álcool, em particular aquela associada aos acidentes resultantes da condução sob o efeito de álcool.

Os compromissos do II ciclo reverteram para resultados que se podem associar à redução da taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis a álcool e ao número de condutores mortos em acidentes de viação com TAS igual ou superior a 0,5 g/l, entre outros. Embora os resultados reportados tenham vindo a demonstrar-se encorajadores no que diz respeito ao trabalho realizado, a necessidade de preservar a consistência das linhas de ação mantém-se, para que as concretizações alcançadas não se dissipem (SICAD, 2016)

O II ciclo ficou igualmente marcado por alterações na legislação referente ao aumento da idade mínima legal de consumo de bebidas espirituosas e proibida a venda de bebidas alcoólicas entre as 0 e as 8 horas, com exceção dos estabelecimentos comerciais de restauração ou de bebidas, dos situados em portos e aeroportos em local de acessibilidade reservada a passageiros e dos de diversão noturna e análogos, primeiro através do Decreto-Lei n.º 50/2013 e dois anos depois, com o Decreto-Lei nº 106/2015, altura em que passou a ser proibido facultar, independentemente de objetivos comerciais, vender ou, com objetivos comerciais, colocar à disposição, qualquer tipo de bebida alcoólica em locais públicos e em locais abertos ao público a menores de 18 anos.

1. Estratégia Mundial, Estratégia Europeia e Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades aditivas. Babor e colegas descreveram quatro mecanismos diretos causados ao indivíduo pelo consumo de álcool. (Babor et al., 2003): efeitos tóxicos em órgãos e tecidos, intoxicação e comprometimento da coordenação física, consciência, cognição, percepção, emoções e comportamento e dependência, através da qual o consumidor deixa de ter controlo sobre o seu comportamento face à bebida.

O consumo de álcool pode ter consequências ao nível da saúde e de cariz social. O consumo de álcool pode resultar igualmente em consequências para outros que não o indivíduo que consome bebidas alcoólicas, tais como membros da família, amigos, colegas e até comunidade em geral, implicando muitas vezes custos significativos, nomeadamente situações ligadas a acidentes quer rodoviários ou laborais, nos quais a causa de morte poderá estar relacionada com outros fatores que não o consumo do álcool, mas cuja presença de álcool potencia o risco. Da mesma maneira, o risco real absoluto de morrer de uma doença relacionada com álcool aumenta com a quantidade total de álcool consumida ao longo da vida.

No que concerne às principais doenças e lesões relacionadas com o consumo de álcool, existem condições médicas que vão desde as patologias neuropsiquiátricas, gastrointestinais, neoplasias, doenças cardiovasculares, síndrome alcoólica fetal, *diabetes melitus* e até doenças infecciosas. Ao todo existem mais de 60 categorias de doenças ou perturbações registadas no CID-10, nas quais o álcool é a causa principal (Rehm et al., 2010).

Face à referida problemática, foram várias as iniciativas tomadas sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde para reduzir os efeitos prejudiciais para a saúde causados, nomeadamente, pelo consumo de álcool. Neste contexto, foram definidas dez áreas de ação no âmbito do Plano de Ação para a Redução do Uso Nocivo do Álcool 2012-2020 da Organização Mundial de Saúde – Europa (OMS, 2012b). Em linha com a estruturação da Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde, o plano de ação contemplaria duas áreas transversais, quatro da área da redução da oferta e quatro da redução da procura:

- Liderança, sensibilização e compromisso (área transversal) – a estruturação de um plano nacional de ação por cada país membro.
- Respostas de saúde (área da redução da procura) – redução do número de pessoas que ainda não beneficiam do apoio de que necessitam no domínio dos PLA – promoção do diagnóstico precoce ao nível dos cuidados de saúde primários, da saúde ocupacional e dos serviços sociais; fornecimento de *guidelines* e treino específico no âmbito das intervenções breves, desenvolvimento de respostas ao nível de populações específicas nomeadamente das mulheres grávidas.
- Intervenção em contexto laboral, escolar e comunitário (área da redução da procura) – promoção de mudanças coletivas de comportamento, mediante a implementação de programas de prevenção de carácter local suportadas por parceiros de múltiplos sectores, visando uma maior consciência dos riscos associados aos uso nocivo de álcool, nomeadamente na acessibilidade ao público de bebidas alcoólicas.
- Medidas dirigidas à condução sob o efeito de álcool (área da redução da procura) – promoção de medidas que reduzam as fatalidades associadas ao consumo sob o efeito de álcool.

- Acessibilidade (*área da redução da oferta*) – limitação ou redução do acesso a bebidas alcoólicas por parte de menores abaixo da idade legal, ou a pessoas em estado de intoxicação, promovendo a avaliação do sistema de licenciamento tendo por base a análise o número de pontos de venda, o tamanho e a densidade de pontos de venda, e os dias e horários de venda.
- Marketing (*área da redução da oferta*) – prevenção da inadequada e irresponsável publicidade de álcool e o marketing que tem como alvo as crianças e jovens; regulação de situações de patrocínio que promovam bebidas alcoólicas, restrição ou proibição de promoções de bebidas.
- Políticas de preços (*área da redução da oferta*) – desenvolvimento de uma política de preços como parte de uma estratégia integrada.
- Redução de consequências negativas do consumo nocivo de álcool e embriaguez (*área da redução da procura*) – desenvolvimento de medidas visando a redução das taxas de mortalidade em consequência de intoxicação alcoólica e, em particular a incidência de lesões intencionais ou não intencionais relacionadas com o álcool; Intervir nos contextos onde ocorrem as práticas de consumo de risco, através da formação de *staff*, aplicação de regulamentos referentes à proibição de venda de álcool a indivíduos em estado de intoxicação, desenvolvendo medidas que visem diminuir riscos de ocorrência de atos violentos nas zonas que circundem locais de forte densidade de bares e discotecas ou próximos a locais onde sejam organizados festivais ou espetáculos musicais. Reforçar o respeito pelas normas mediante a fiscalização e o aumento das sanções. Promoção de intervenções visando o aumento de informação estática (afixada ou incluída nos rótulos) ou transmitida por equipas de rua, sobre os riscos associados ao uso abusivo de álcool nomeadamente na sua mistura com outras substâncias psicoativas (SPA).
- Redução do impacto na saúde pública do álcool ilícito e da produção não controlada (*área da redução da oferta*) – aumento do conhecimento sobre a extensão do comércio ilegal e o potencial impacto para a saúde do álcool de produção não controlada.
- Monitorização e acompanhamento do cumprimento das ações (*área transversal*) – produção regular de relatórios com uma análise integrada de dados sobre o consumo de álcool entre adultos, menores de idade doenças relacionadas com o uso indevido de álcool e custos para a sociedade.

Aliás, a *Estratégia Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*, aprovada em 2012 pelo Comité Regional da OMS para a Europa (OMS, 2013c), constitui o quadro de referência para as políticas europeias de saúde e define como objetivos a melhoria da saúde e bem-estar da população e a redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. Estes objetivos são alcançados através de quatro prioridades estratégicas: i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; iv) desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores.

Também em consonância com os objetivos da Health 2020, foi adotado em 2014 o Terceiro Programa de Ação da União Europeia no domínio da saúde (2014-2020), *Health for Growth*. Tem por objetivos gerais complementar, apoiar e gerar valor acrescentado no que se refere às políticas dos Estados-Membros destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos da União e reduzir as desigualdades nesse domínio através da promoção da saúde, do incentivo à inovação no mesmo domínio, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos contra as ameaças sanitárias transfronteiriças.

Neste programa são referidas medidas de implementação, como a divulgação de boas práticas; a identificação e desenvolvimento de mecanismos e instrumentos que permitam mitigar a escassez de recursos humanos; a melhoria da formação; a articulação e divulgação da investigação e inovação.

Em 2014, com base na estratégia europeia adotada pela Comissão Europeia ao nível da União Europeia para apoiar os Estados-Membros na redução dos problemas provocados pelo uso nocivo de álcool, foi elaborado o Plano de Ação para o Consumo de Álcool Juvenil e o Consumo Episódico Excessivo (*binge drinking*), com as seguintes seis áreas de ação:

- Redução do consumo episódico excessivo de álcool,
- Redução da acessibilidade e disponibilidade de bebidas alcoólicas junto dos jovens,
- Redução da exposição de menores ao marketing e à publicidade,
- Redução dos danos causados pelo consumo de álcool durante a gravidez,
- Promoção de ambientes e contextos saudáveis e seguros para os jovens,
- Suporte à monitorização e aumento da produção científica.

Em Portugal, no âmbito do Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-20, a ação centra-se em dois grandes domínios: o da procura e o da oferta. O cidadão constitui o centro da conceptualização do quadro das opções das políticas e intervenções, por etapas do ciclo de vida e contextos de pertença que constituem o desenho e a orientação do presente período estratégico da intervenção em CAD. Foi definido um conjunto de metas e medidas operacionais respetivas, agrupadas em dois Planos de Ação: o primeiro que acabou no final de 2016 (iniciando-se em 2013) e o segundo, que vigora presentemente, de 2017 a 2020.

Assim, são metas específicas para este Plano a atingir até 2020:

Ano Base → Meta 2016 (Resultado 2016*) → Meta 2020

Reduzir em 30% até 2020 a facilidade percebida de acesso (se desejado) a bebidas alcoólicas para os menores de 18 anos.

Em 2016 esta meta foi atingida genericamente no que toca à redução da facilidade percebida de acesso ainda que no caso específico da cerveja essa redução não atenha atingido o valor estabelecido em 2 pontos percentuais (ECATD: Estudantes 13-15 anos /16-17 anos)

► Reduzir em 15% até 2016 e 30% até 2020

	Cervejas	49% → 42% (44%) → 34%
(13-15 anos)	Vinhos	48% → 41% (40%) → 34%
	Bebidas espirituosas	33% → 28% (28%) → 23%
(16-17 anos)	Bebidas espirituosas.....	70% → 59% (59%) → 49%

Aumentar o risco percebido do consumo de 1-2 bebidas alcoólicas quase todos os dias (risco elevado de se magoar fisicamente ou de outras maneiras), colocando Portugal acima da atual média europeia 5 pontos percentuais em 2020

Em 2016 esta meta não foi atingida tendo-se mantido o valor percentual original (25%) que ficou aquém da meta estabelecida (32%) (ESPAD: Estudantes 16 anos)

► Colocar Portugal acima da atual média europeia 2 pontos percentuais em 2016 e 5 pontos percentuais em 2020

Consumo de 1-2 bebidas alcoólicas quase todos os dias	25% → 32% (25%) → 35%
<i>risco elevado de se magoar (fisicamente ou de outras maneiras)</i>	

Retardar a idade de início do consumo, diminuindo o mesmo aos 13 anos, em 30% até 2020

Em 2016 esta meta foi superada para o início de consumos de bebidas alcoólicas por menores de 13 anos (41%) (ESPAD: Estudantes 16 anos)

► Diminuir o início de consumos com 13 anos ou menos em 15% até 2016 e 30% até 2020

Bebidas alcoólicas	51% → 43% (41%) → 36%
--------------------------	-----------------------

Retardar a idade de início de padrões de consumo nocivo aos 13 anos (ou menos) em 50% até 2020

Em 2016 esta meta foi superada para o início de padrões de consumo nocivo para esta faixa etária (5%) (ESPAD: Estudantes 16 anos)

- Diminuir o início de padrões de consumo nocivo com 13 anos ou menos em 25% até 2016 e 50% até 2020

Embriaguez 8% → 6% (5%) → 4%

Aumentar em 2 anos até 2020 a idade média do início de consumos para os 18 anos

Em 2016 esta meta foi atingida com a idade de início dos consumos a fixar-se nos 17 anos (INPG: População geral 15-74 anos / subgrupo 15/24 anos)

- Aumentar a idade de início dos consumos 1 ano até 2016 e 2 anos até 2020

Bebidas alcoólicas 16 anos → 17 anos (17 anos) → 18 anos

Diminuir as prevalências de consumo recente, de padrões de consumo de risco e dependência em 20% até 2020

Em 2016 a meta de redução de 10% foi superada fixando-se nos 22% no que toca à embriaguez (ESPAD: Estudantes 16 anos), o mesmo acontecendo para o padrão binge pelo menos uma vez por mês no consumo recente (9,7%). Já para os restantes padrões de consumo (consumo binge em mais de uma vez por mês, embriaguez severa, consumo de risco e nocivo de acordo com o AUDIT e abuso e dependência de acordo com AUDIT e CAGE a meta não foi atingida. (INPG: População geral 15-74 anos)

- Reduzir em 10% até 2016 e em 20% até 2020

Embriaguez	29% → 26% (22%) → 23%
Consumo <i>binge</i> (pelo menos 1 vez)	10,8% → 9,7% (9,7%) → 5,9%
Consumo <i>binge</i> (1+ vezes por mês)	3,4% → 3,1% (5,1%) → 2,7%
Embriaguez severa	5,1% → 4,6% (5,4%) → 4,1%
Consumo de risco e nocivo (AUDIT)	27‰ → 24‰ (28‰) → 22‰
Dependência (AUDIT)	3‰ → 2,7‰ (8‰) → 2,4‰
Abuso ou dependência (CAGE)	8‰ → 7‰ (10‰) → 6‰

Diminuir a morbilidade relacionada com CAD reduzindo em 50% até 2020

Em 2016 a reduzir em 25% não foi atingida por uma diferença residual fixando-se nos 3.017 casos de Internamentos hospitalares (com alta), com diagnóstico principal hepatite ou cirrose alcoólicas (CID9 – MC 5711 e 5712)

► Reduzir em 25% até 2016 e em 50% até 2020

Internamentos hospitalares com diagnóstico principal hepatite ou cirrose alcoólicas
Número de altas hospitalares 3969 → 2977 (3017) → 1581

Diminuir a mortalidade relacionada com CAD 11,0‰ até 2020 (acompanhando as metas do PNS)

Em 2016 a redução para 12,5‰ taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis a álcool (< 65 anos, 100 000 hab.) foi superada situando-se nos 11,0‰ (DGS/INE: População geral, Portugal Continental)

► Reduzir para 12,5‰ até 2016 e 11,0‰ até 2020 (acompanhando as metas do PNS)

Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis a álcool (< 65 anos, 100 000 hab.)
PNS, 2009: 12,9‰ / INE, 2011: 12,7‰ → 12,5‰ (11,0‰) → *

Reduzir a mortalidade em acidentes de viação relacionados com o consumo de álcool em 40% até 2020 (acompanhando as metas da ENSR)

A redução de 20% definida para 2016 foi superada ao registar nos últimos três anos, 242 condutores mortos em acidentes de viação com uma TAS ≥ a 0,5 g/l, (ANSR/INMLCF, IP: População geral)

► Reduzir 20% até 2016 e 40% até 2020 (acompanhando as metas da ENSR)

Número de condutores mortos em acidentes de viação com uma TAS ≥ 0,5 g/l nos últimos 3 anos
356 → 285 (242) → **

* a definir no próximo PNS

** a definir na próxima ENSR

* Ou ano mais recente com resultados disponíveis.

O presente panorama do país em matéria de álcool coloca grandes desafios para o próximo ciclo de ação, nomeadamente ao nível da distribuição de **respostas por todo o ciclo de vida** nomeadamente a gravidez e período perinatal, o período até os 9 anos, os jovens entre os 10 e os 24 anos, os adultos entre os 25 e os 64 anos e os adultos acima dos 65 anos, dando especial atenção aos grupos mais vulneráveis e menos visados pelas respostas atuais.

Do mesmo modo, sublinha-se a importância de garantir uma **diversidade de intervenções** que, da sensibilização, à prevenção, redução de riscos, tratamento e reinserção deem resposta às necessidades da comunidade no plano da procura, complementadas com medidas e estratégias de tipo ambiental que se foquem no plano da oferta (fiscalização, regulamentação, informação ao consumidor, promoção de serviço responsável, entre outras).

Por fim é essencial a **adaptação das intervenções aos diferentes contextos** em que o indivíduo evolui, nomeadamente o meio comunitário, o familiar, o escolar, o recreativo, o laboral, o rodoviário, o prisional, o desportivo, garantindo que a mensagem ganhe pertinência em função dos mesmos e se promova uma coerência que proporcione uma base sólida à mudança comportamental desejada, no âmbito dos riscos associados ao consumo nocivo de álcool.

É de sublinhar a existência de heterogeneidades regionais na evolução dos vários indicadores, que deverão ser tidas em linha de conta como orientadoras para as linhas de ação a desenvolver no próximo ciclo.

Os sistemas de informação e recolha de dados são fundamentais enquanto suportes eficazes da decisão e da intervenção, sendo imprescindíveis para a monitorização das ações deste plano e avaliação dos seus resultados e impacto. Nesse sentido, é fundamental a contribuição de todas as partes, de forma a sublinhar a importância da qualidade e do rigor no trabalho desenvolvido e justificar através dos resultados apresentados, a manutenção do investimento neste domínio.

Do mesmo modo, pretende-se que o Fórum Nacional Álcool e Saúde continue a ser uma plataforma nacional, representativa de todas as partes interessadas na sociedade civil, que se comprometam a reforçar as ações necessárias para a redução dos danos provocados pelo consumo de risco e nocivo de álcool, um espaço de partilha, discussão e reflexão sobre conteúdos pertinentes no âmbito da temática em apreço.

Refletindo o esforço da Comissão Europeia, e tendo em conta o diagnóstico nacional, assim como o conjunto de metas específicas a atingir no sentido da redução das consequências relacionadas com o consumo nocivo de álcool, é essencial que se mantenha um instrumento para que todas as partes interessadas a nível nacional possam acompanhar as ações relevantes, nomeadamente nas áreas referidas no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências, no que ao álcool diz respeito. **Deste modo, os stakeholders representantes de vários sectores da sociedade portuguesa relacionados com esta matéria estão empenhados em continuar a contribuir para um processo em Portugal que, de forma equilibrada e respeitando a cultura nacional, contribua para a redução dos problemas ligados ao consumo nocivo de álcool.**

2. Um Fórum Nacional para a Ação

2.1. OBJETIVO

Pretende-se manter a nível nacional, uma plataforma representativa de todas as partes interessada, **quer da administração pública, quer da** sociedade civil que se comprometam a reforçar as ações necessárias à minimização dos danos provocados pelo consumo nocivo de álcool, nomeadamente nas áreas referidas no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD).

O Fórum pretende assegurar uma estreita colaboração com todos os intervenientes que se comprometeram a desenvolver um conjunto de ações relevantes nesta área e proporcionar, um espaço de partilha, discussão, e reflexão sobre conteúdos pertinentes no âmbito da resolução dos problemas relacionados com o consumo nocivo de álcool.

Continuam a manter-se válidos os mesmos princípios inauguradores, que estiveram subjacentes ao primeiro ciclo do Fórum Nacional Álcool e Saúde, nomeadamente:

- *Se estiver grávida ou quiser engravidar não beba*
- *Se tiver menos de 18 anos não beba*
- *Se conduzir não beba*

Os resultados dos trabalhos desenvolvidos pela participação no Fórum deverão continuar a contribuir para a prossecução do desenvolvimento de políticas eficazes no sentido da redução dos problemas ligados ao álcool, permitindo um conhecimento sustentado das ações e atividades desenvolvidas em Portugal discutidas por todos os membros e participantes do Fórum Nacional, disseminando desta forma as boas práticas que possam surgir a nível nacional, em consonância com a Estratégia Europeia e a Estratégia Global da Organização Mundial de Saúde.

2.2. COMPOSIÇÃO

Presidente

O Fórum será presidido pelo Coordenador Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool a quem compete também as tarefas de Coordenação do Fórum.

O Presidente assegurará o respeito por uma abordagem de colaboração e orientada para a ação, assim como o desenvolvimento das atividades do Fórum em consonância com esta Carta e as políticas nacionais.

O Presidente organizará o trabalho do Fórum de um modo transparente e poderá consultar os participantes sempre que entender.

Membros

- Os membros do Fórum deverão ser organizações, associações ou federações funcionando a nível nacional ou regional, capazes de desempenhar um papel ativo na redução dos efeitos nocivos provocados pelo consumo de álcool em Portugal e dispostos a assumir compromissos concretos na prossecução do fim referido.
- Podem ser igualmente membros do Fórum, empresas individuais ou associações não-governamentais, que demonstrarem vontade de assumir compromissos concretos no âmbito do mesmo, e que estejam filiados numa associação ou federação a nível nacional ou regional que seja membro do Fórum. Sempre que os referidos membros individuais de organizações mais alargadas estiverem a implementar compromissos, terão assento nas reuniões do Fórum sob a égide da sua associação ou federação.
- Organismos da Administração Pública que tenham responsabilidade na implementação das medidas que aos Problemas Ligados ao Alcool digam respeito, no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências.
- Estruturas de coordenação interministerial das políticas nesta área, nomeadamente o Conselho Interministerial e a Comissão Técnica Interministerial.

Poderão candidatar-se a membros do Fórum outras organizações, associações ou federações que subscrevam os princípios e objetivos definidos nesta Carta e nos seus anexos e que satisfaçam as condições indicadas. As decisões sobre a admissão de membros são tomadas pelo Fórum, sob proposta do seu Presidente.

Os Coordenadores das Subcomissões têm igualmente assento no Fórum, com o estatuto de observadores.

Comissão Executiva

A Comissão Executiva integra um grupo de dezasseis elementos - com uma representação equilibrada dos membros do Fórum (Operadores Económicos, Organizações da Sociedade Civil e Administração Pública) - a designar pelo Presidente. O Fórum delega nela funções de consulta e de deliberação sobre questões de processo e de resultado. Esta Comissão tem ainda o papel de prestar suporte técnico às propostas de intervenção, bem como orientações relativamente ao seu enquadramento nos propósitos do Fórum. A participação dos elementos nesta Comissão Executiva não é remunerada. Segundo o seu regulamento interno, compete à Comissão Executiva:

1. Estabelecer as diretrizes para a seleção de projetos no âmbito do Fórum.
 2. Fornecer orientações na elaboração de propostas de intervenção e no seu enquadramento nos propósitos do Fórum.
 3. Desempenhar funções de consulta e de deliberação sobre questões de processo e de resultado.
 4. Desempenhar uma função consultiva junto às estruturas da administração pública em matérias relacionadas com os problemas ligados ao álcool.
-

5. Outras que o Fórum deliberar atribuir-lhe.

A Comissão Executiva deverá reunir três vezes por ano, para o exercício das suas competências. O suporte ao funcionamento da Comissão Executiva é prestado pelo SICAD através do Secretariado Permanente.

Secretariado Permanente

Para além das funções naturais de reportar o trabalho desenvolvido em cada ano do ciclo, o secretariado permanente procede habitualmente à reformulação dos documentos de gestão do FNAS para o ciclo em questão, nomeadamente a Carta de Compromisso, o documento orientador da Comissão Executiva, o Formulário de Submissão de Compromissos e o Guia de Suporte ao preenchimento do formulário. Na prática, o suporte técnico acontece através de um trabalho de proximidade com os elementos-chave das entidades membro ou com novas entidades, no sentido de colmatar lacunas identificadas na constituição do Fórum em sectores específicos.

É também ao secretariado permanente que cabe a dinamização de momentos de encontro entre membros sobre áreas de intervenção de interesse comum (Grupos de Encontro) e posteriormente no âmbito da partilha de boas práticas e monitorização dos compromissos em curso (Encontros de Monitorização e Partilha de Boas Práticas).

A manutenção da comissão de validação de materiais, que tem a função de se pronunciar sobre os produtos concretizados no âmbito dos compromissos é também da responsabilidade do secretariado permanente, que simultaneamente faz a divulgação dos produtos dos compromissos validados, divulgando-os no *micro-site* FNAS.

2.3. FUNCIONAMENTO

Fórum Anual

O Fórum reunirá ordinariamente uma vez por ano e extraordinariamente sempre que convocado pelo Presidente. O período de ação deste Fórum, e consequentemente do estatuto dos seus membros, é equivalente ao primeiro e segundos ciclos de ação do FNAS.

Reuniões da Comissão Executiva

A Comissão Executiva reúne-se três vezes por ano, visando o planeamento das atividades do Fórum, a discussão de documentos relevantes no domínio dos Problemas Ligados ao Álcool e na aprovação do relatório anual.

Encontros de Monitorização e Partilha de Boas Práticas

O reporte inicial e intermédio dos compromissos submetidos ao FNAS é feito, desde o início de 2015 através de um instrumento que pretende proporcionar uma maior utilidade no esforço desenvolvido pela comissão executiva na prossecução dos objetivos do FNAS e que na prática envolve a apresentação oral da informação relativa ao compromisso e posterior reflexão e partilha. São momentos mensais, com duração variável mas não superior a 4 horas.

Tem como objetivos:

1. Permitir uma apresentação dos compromissos em curso;
2. Proporcionar uma reflexão sobre as práticas numa perspetiva pedagógica de aumentar a concordância em torno de conceitos;
3. Permitir a troca de experiências entre membros do FNAS com interesses próximos no plano da intervenção.

Cada entidade dispõe de **20 a 30 minutos** para apresentar o compromisso em curso, o trabalho desenvolvido, as alterações ao planeamento, dificuldades encontradas e resultados atingidos até à data.

Por sessão poderão ser apresentadas **até 8 compromissos**, havendo a preocupação de que os mesmos tenham pontos em comum que permitam uma reflexão conjunta.

As sessões são dinamizadas pelo secretariado permanente e um a dois elementos da comissão executiva. O objetivo da dinamização será o de proporcionar uma reflexão sobre os compromissos, em curso, ou a iniciar, explorando boas práticas a difundir, potenciais desenvolvimentos futuros, soluções para problemas identificados, parcerias, e recursos. O produto da dinamização (ata da sessão) constituir-se-á como a avaliação intermédia dos compromissos apresentados.

Para a apresentação dos compromissos em curso as entidades responsáveis terão um suporte de linhas orientadoras que definirão elementos comuns a todas as apresentações como por exemplo, o histórico do compromisso, os objetivos traçados no âmbito das metas do PNRCAD, a caracterização do grupo alvo, o contexto de intervenção, a abrangência do mesmo, o grupo de trabalho e as ações e metodologias subjacentes, produções em curso ou já efetuadas, processos avaliativos adotados: aceitação pela comunidade alargada, satisfação dos técnicos e do grupo alvo, etc.

Comissão de Validação de Materiais

O Fórum tem a possibilidade de recolher, junto de uma bolsa de validadores, a apreciação das diversas peças de comunicação sobre a temática do álcool – produtos dos compromissos - para serem disseminadas junto dos membros do Fórum. Segundo o regulamento desta comissão, nela estão representados os principais organismos com assento no Fórum do Álcool, bem como outras instituições consideradas relevantes e, ainda, uma “Lista de Peritos” que, pelos seus conhecimentos na matéria, se considere constituírem uma mais-valia para a avaliação de materiais. A apreciação incidirá na avaliação dos materiais do ponto de vista da qualidade

da informação, da terminologia, da clareza da mensagem, da qualidade física do material e da conformidade da mensagem com a legislação existente, utilizando para esse fim um formulário próprio.

Grupos de Encontro

O Fórum poderá proporcionar aos seus membros espaços de encontro extraordinários que visem a partilha de experiências e a criação de sinergias entre entidades que atuem no mesmo campo de ação e tenham em comum um mesmo objetivo. Estes grupos de encontro deverão ser organizados pelo secretariado permanente após aprovação pela comissão executiva, em função de diferentes áreas de interesse como tipos de intervenção, contextos, grupos-alvo entre outros, convidando os interessados a concertar intenções, motivações, estratégias e práticas reforçando um verdadeiro espírito de rede. De cada grupo de encontro deverá ser lavrada uma ata a partilhar com todos os restantes membros do Fórum. Maioritariamente estes Grupos são desencadeados no início de cada ciclo do FNAS no sentido de promover o desenvolvimento de novos compromissos de ação.

Grupos de trabalho (*Task Forces*)

O Fórum poderá criar grupos de trabalho – preferencialmente não mais do que dois em funcionamento simultâneo - com objetivos consensuais definidos e mandatos determinados, que responderão perante o Fórum. Os elementos destes grupos de trabalho – no máximo 20 elementos, com apenas um elemento de cada organização membro do Fórum para garantir uma representação equilibrada - serão nomeados pelo Presidente depois de ouvidas as expressões de interesse por parte dos membros do Fórum e após consulta da Comissão Executiva. Os elementos de cada grupo de trabalho poderão propor ao Presidente a participação de especialistas externos ao Fórum nos trabalhos do grupo.

Na primeira reunião de cada grupo de trabalho, deverão ser consensualizados e definidos os aspetos organizacionais e métodos de trabalho do grupo – nomeação do presidente do grupo, frequência de reuniões, formato e agenda das reuniões, áreas prioritárias, participações externas, comunicação entre os membros, etc. -, que poderão evoluir posteriormente de acordo com o desenvolvimento dos trabalhos.

O presidente do grupo de trabalho é responsável pela apresentação de relatórios sobre as conclusões dos desenvolvimentos do trabalho do grupo nas reuniões do Fórum.

A agenda, os documentos discutidos e os resultados das reuniões dos grupos de trabalho deverão ser disponibilizados ao Presidente do Fórum e posteriormente, de forma reservada e apenas acessíveis aos participantes do Fórum, até serem objeto de aprovação em sede de Fórum.

A participação dos elementos nestes grupos de trabalho não é remunerada.

2.4. DISSEMINAÇÃO

Os Membros do Fórum Nacional Álcool e Saúde, deverão incluir nos seus sites oficiais uma referência à sua integração nesta estrutura, incluindo um *link* para a página do FNAS.

O Secretariado Permanente assumirá a função de manter esta página atualizada com informação referente aos documentos orientadores, compromissos aprovados pelo Fórum, materiais produzidos no seu âmbito, uma vez validados e divulgação de eventos concretizados no âmbito do FNAS. Sempre que possível a página do Fórum Nacional Álcool e Saúde proporcionará hiperligações para as páginas dos parceiros no sentido da obtenção de informação adicional sobre os eventos, promovendo deste modo um melhor conhecimento das atividades de cada um dos seus membros.

Caberá a cada membro fornecer ao Secretariado Permanente a informação necessária à disseminação dos produtos resultantes das dinâmicas desencadeadas pelas suas instituições.

Por fim, deverá ser regular e sistemática a utilização do logótipo FNAS, nos produtos, eventos e comunicações que os membros desenvolvam no âmbito dos compromissos aprovados, nas condições de utilização que serão acordadas na primeira reunião que marca o início de cada novo ciclo.

3. COMPROMISSOS

Os membros do Fórum subscrevem os seguintes pontos:

- Os membros aceitam os princípios e o objetivo definidos nesta Carta.
 - Os membros apresentarão os compromissos de ação que pretendem assumir com vista à redução dos efeitos nocivos provocados pelo álcool, sob a forma de um plano de ação que deverá ser submetido a aprovação no Formulário produzido para o efeito e de acordo com as orientações do Guia de Apoio.
 - Os compromissos de ação poderão ser submetidos em qualquer altura do ano, devendo ser aprovados no decurso de um Encontro de Monitorização e Partilha de Boas Práticas.
 - Os referidos planos de ação deverão seguir uma lógica de construção facilitadora da sua avaliação, com a definição de indicadores mensuráveis, capazes de refletir com maior rigor a atividade e os resultados alcançados. Os planos de ação deverão indicar quem são os titulares dos compromissos, de que forma a ação proposta contribuirá para a redução dos efeitos nocivos provocados pelo álcool (relevância), objetivos mensuráveis, o calendário de execução, os recursos afetos a cada compromisso, bem como os indicadores de processo e resultado que permitirão monitorizar e avaliar as intervenções. Assim, todos os membros do Fórum aceitam apresentar um plano de ação articulado com um plano de monitorização e avaliação de cada compromisso, de acordo com o Compromisso de Monitorização que se anexa a esta Carta.
 - Em relação a cada compromisso, deverão os futuros membros do Fórum concordar em intensificar esforços, para além destas bases de referência, na implementação destes compromissos. Subentende-se que os compromissos de cada membro, embora refletindo os seus valores específicos e essenciais, contribuam para a promoção da saúde pública.
 - Os compromissos de ação assumidos no âmbito do processo do Fórum, poderão requerer aplicação em cooperação com as partes interessadas, seja a nível nacional, regional ou local.
 - Os compromissos de ação são submetidos à Comissão Executiva, através do Secretariado Permanente e serão validados após apresentação pública nos Encontros de Monitorização e Partilha de Boas Práticas. A sua monitorização será feita igualmente através destes Encontros.
 - Nenhum Membro deverá manter-se mais do que um ano sem um compromisso de ação aprovado
 - No caso de as entidades não cumprirem os compromissos pelos quais se responsabilizaram, poderá o Fórum deliberar pela perda do seu estatuto de membro.
-

4. Projeção no Futuro

Ao longo dos dois ciclos do Fórum Nacional Álcool e Saúde evoluiu-se de 56 para 74 membros e 47 para 85 compromissos submetidos dos quais 25% foram desenvolvidos em parceria. É objetivo para o III ciclo a consolidação desta rede e sobretudo do trabalho em corresponsabilidade.

É igualmente um forte objetivo para o novo ciclo o reforço da intervenção suportada na evidência científica, incrementando um maior rigor avaliativo e uma melhor distribuição da intervenção pelos diferentes vetores, grupos alvo e contextos.

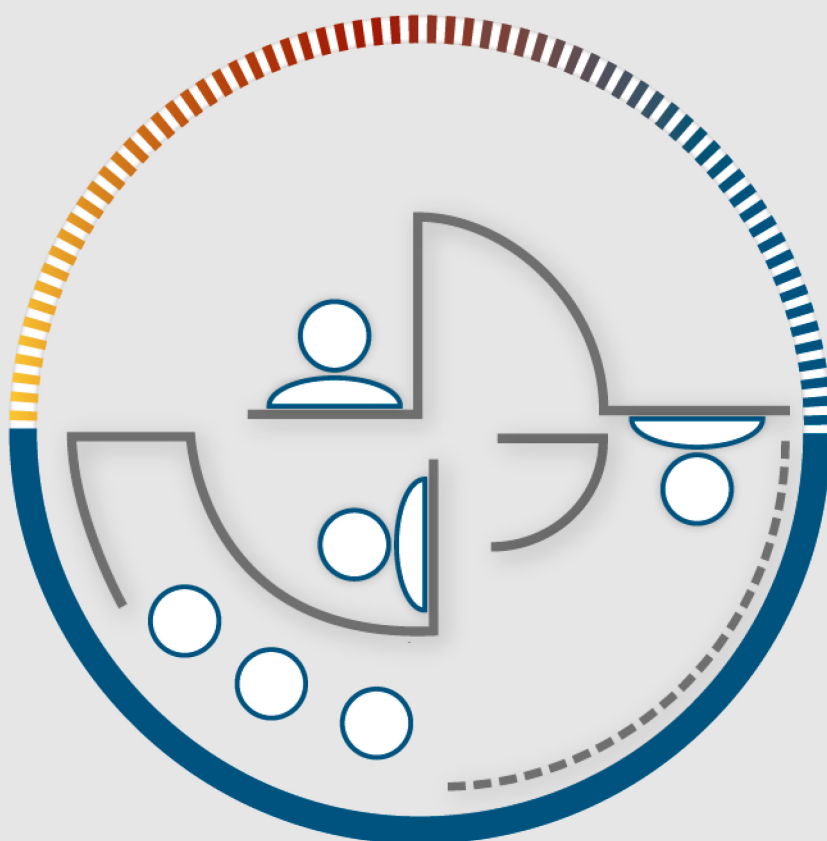
É ainda objetivo deste ciclo, promover a capacitação dos diferentes membros interessados, para a implementação das estratégias e metodologias que providenciem as melhorias técnicas idealizadas e anteriormente referidas.

Por fim, é um desejo para este ciclo proporcionar uma maior visibilidade da dinâmica do Fórum e dos seus membros, mediante uma divulgação de iniciativas e partilha dos produtos dos diferentes compromissos de ação.

5. Referências

- CAMH (2012) Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: Potential gains from effective interventions for alcohol dependence, Centre for Addiction and Mental Health, Canada.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. & Rossow, I. (2003) Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy. Oxford and London: Oxford University Press.
- DGS (2013) Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Perfil de Saúde em Portugal, DGS, Lisboa, Portugal.
- European Union, (2012) European Alcohol and Health Forum: Highlights, European Commission, Brussels.
- European Union (2015) Monitoring the activities of the European Alcohol and Health Forum Annual Report 2015, European Commission, Brussels.
- Hibell et al. (2016) The 2015 ESPAD Report substance use among students in 36 European Countries. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.
- OMS (2012a) Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OMS (2012b) European action plan to reduce the harmful use of alcohol for 2012–2020, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OMS (2013a) The European health report 2012: charting the way to well-being, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OMS (2013b) Status Report On Alcohol And Health in 35 European Countries 2013, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OMS (2013c) Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OMS (2014) Global status report on alcohol and health – 2014 ed. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- OCDE (2015) Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy – 2015 OECD Publishing.
- OECD/EU (2016), Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: An overview. *Addiction*. 2010a;105:817–843.
- RARHA (2016) Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. European Commission: CHAFFEA. Brussels.
- SICAD (2013) Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, Lisboa, Portugal.
- SICAD (2016) Relatório Anual 2015: A Situação do País em Matéria de Álcool. SICAD: Lisboa.

DOCUMENTOS DE ADEÇÃO AO FNAS



ANEXOS À CARTA DE COMPROMISSO DO FNAS



ANEXO A. LISTA DE MEMBROS DO FÓRUM

- Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo);
- Administração Regional de Saúde do Algarve (ARS Algarve);
- Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro);
- Administração Regional de Saúde do Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT);
- Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte);
- Agência PIAGET para o Desenvolvimento (APDES);
- Alto Comissariado para as Migrações (ACM);
- Associação das Empresas de Vinho do Porto (AEVP);
- Associação de Hotelaria, Restauração e Similares de Portugal (AHRESP);
- Associação Industrial Portuguesa - Confederação Empresarial (AIP-CE);
- Associação Nacional de Empresas de Bebidas Espirituosas (ANEBE);
- Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM);
- Associação Nacional de Freguesias (ANAFRE);
- Associação Nacional de Municípios (ANMP);
- Associação Nacional de Professores (ANP);
- Associação Portuguesa de Aditologia (APEDD);
- Associação Portuguesa de Anunciantes (APAN);
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV);
- Associação Portuguesa de Empresas de Distribuição (APED);
- Associação Portuguesa do Ensino Superior Privado (APESP);
- Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF);
- Associação Portuguesa das Empresas de Publicidade e Comunicação (APAP);
- Associação Portuguesa de Festivais de Música (APORFEST);
- Associação Portuguesa de Hotelaria, Restauração e Turismo (APHORT);
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF);
- Associação Portuguesa dos Produtores de Cerveja (APCV);
- Associação de Serviços Gerais de Alcoólicos Anónimos de Portugal (AA);
- Associação de Vinhos e Espirituosas de Portugal (ACIBEV);
- Autoridade para as Condições de Trabalho (ACT);
- Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR);
- Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE);
- Câmara Municipal de Loures (CML);
- Centro e Apoio, Tratamento e Recuperação, IPSS (CATR);
- Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais (CICSNOVA);
- Comité Olímpico de Portugal (COP);
- Comissão para a Igualdade de Género (CIG);
- Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens (CNPDPJ);
- Conselho Nacional da Juventude (CNJ);
- Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP);
- Conselho Coordenado dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP);
- Confederação Nacional das Associações de Pais (CONFAP);

- Confederação Nacional das Associações de Famílias (CNAF);
 - Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade (CNIS);
 - Confederação Portuguesa das Coletividades Culturais Recreativas e Desportivas (CPCCRD);
 - Conferência Episcopal Portuguesa (CEP);
 - Corpo Nacional de Escutas (CNE);
 - Cruz Vermelha Portuguesa (CVP);
 - Direção Geral do Consumidor (DGC);
 - Direção Geral da Educação (DGE);
 - Direção Geral de Saúde (DGS);
 - Federação Nacional das Associações Juvenis (FNAJ);
 - Federação Portuguesa das Instituições Privadas Atuantes nas Toxicodependências (FETO);
 - Federação Portuguesa de Rugby (FPR);
 - Fundação Benfica;
 - Fundação Portuguesa Comunidade Contra a SIDA (FPCCSIDA);
 - Guarda Nacional Republicana (GNR);
 - Instituto da Auto Regulação Publicitária (ICAP) - **(Estatuto de Observador)**;
 - Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP);
 - Instituto Português do Desporto e da Juventude (IPDJ);
 - Instituto de S. João de Deus (ISJD);
 - Instituto da Segurança Social (ISS);
 - Instituto da Vinha e do Vinho (IVV);
 - Ministério da Defesa Nacional (MDN);
 - Ordem dos Enfermeiros (OE);
 - Ordem dos Farmacêuticos (OF);
 - Ordem dos Médicos (OM);
 - Ordem dos Nutricionistas (ON);
 - Ordem dos Psicólogos de Portugal (OPP);
 - Polícia de Segurança Pública (PSP);
 - Prevenção Rodoviária Portuguesa (PRP);
 - Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis (RPCS);
 - Rede de Serviços de Apoio Psicológico ao Ensino Superior (RESAPES-AP);
 - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD);
 - Secretaria Regional Saúde da Região Autónoma dos Açores - **(Estatuto de Observador)**;
 - Secretaria Regional Saúde da Região Autónoma da Madeira - **(Estatuto de Observador)**;
 - Sociedade Anti-Alcoólica Portuguesa (SAAP);
 - Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho (SPMT);
 - Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP);
 - Sogrape Vinhos, SA (SV);
 - Turismo de Portugal (TP, I.P.);
 - Universidade Lusófona;
 - União Geral de Trabalhadores (UGT);
 - União das Misericórdias de Portugal (UMP).
-

ANEXO B. MONITORIZAÇÃO

O Compromisso de Monitorização dos projetos pretende sistematizar orientações aos membros do Fórum, no sentido de monitorizar e avaliar o desempenho dos seus compromissos de um modo transparente, participativo e responsável, para que se verifique um grau suficiente de objetividade na análise do progresso e dos resultados.

A monitorização deverá ser adequada ao tipo de compromisso e deverá ajudar os membros a:

- Obter uma melhor compreensão (o que deve ser feito e como) dos compromissos e da relevância para os objetivos gerais do Fórum;
- Articular melhor o compromisso assumido com outros compromissos existentes no Fórum;
- Reforçar o empenho das partes envolvidas pelos compromissos assumidos;
- Avaliar a evolução e o resultado das atividades em curso e identificar eventuais limitações de modo a serem adotadas as medidas corretivas adequadas e atempadas;
- Replicar eventualmente as boas práticas.

A monitorização dos compromissos deverá ser realizada de modo transparente de forma a gerar confiança nos dados apresentados e poderá incluir informações sobre quaisquer situações inesperadas que impeçam ou dificultem o cumprimento do compromisso. Desde o II ciclo do Fórum que os Encontros de Monitorização e de Partilha de Boas Práticas têm substituído o formato convencional de relatórios, para passarem a ser momentos de encontro nos quais a informação relativa ao compromisso é objeto de uma apresentação oral, partilhados com outras entidades que tenham em curso compromissos de índole semelhante. O Fórum analisará os dados comunicados através da publicação das atas dos referidos encontros, que permitirão otimizar o desenvolvimento dos planos de ação dos membros e do processo do Fórum.

Os requisitos mínimos consensuais para monitorizar um compromisso são:

- 1) A relevância do compromisso para os objetivos gerais do Fórum é claramente descrita **(a. Relevância)**
- 2) A definição de um conjunto claro de objetivos “facilitadores da monitorização” para cada compromisso **(b. Objetivos)**
- 3) A identificação dos recursos adequados a cada compromisso **(c. Recursos afetos)**
- 4) A avaliação e divulgação dos resultados obtidos **(d. Resultados)**

O impacto final do compromisso embora podendo ultrapassar os requisitos mínimos do cumprimento deverá ser contemplado sempre que viável.

a. Relevância

Deverá ser descrita de forma simples e clara a relevância do compromisso para a realização do objetivo geral do Fórum, neste caso, como é que o compromisso contribui para o reforço das ações necessárias à redução dos problemas ligados ao álcool, nomeadamente nas áreas referidas no PNRCAD.

b. Objetivos

Os objetivos ajudam a clarificar aquilo que o compromisso procura alcançar. Devem estar associados a ações e a um horizonte temporal definido e devem ser concretos e precisos. Em determinadas situações, poderá ser vantajoso dividir os objetivos em objetivos a curto, médio ou longo prazo.

Para descrever os objetivos pode ser útil aplicar o procedimento ‘S.M.A.R.T.’², ou seja, os objetivos deverão ser:

- Específicos (ligados à(s) ação(ões)) – transparentes no que concerne a quê, onde, porquê e quando a situação será alterada;
- Mensuráveis – capazes de quantificar ou qualificar os resultados, mudanças ou benefícios;
- Atingíveis/alcançáveis – capazes de atingir (com os recursos disponíveis);
- Realistas – capazes de operar o nível de mudança pretendido no objetivo;
- Temporais – indicando o período de tempo em que os objetivos serão cumpridos.

O progresso no cumprimento dos objetivos deve ser monitorizado em termos do seu calendário de execução, recursos afetos e resultados, nomeadamente através de indicadores de processo e de resultados.

c. Recursos afetos

Devem ser definidos de forma mensurável os recursos necessários a afetar a cada ação/atividade (a título de exemplo recursos humanos, materiais, financiamento), de forma a permitir a identificação de boas práticas e, se necessário, a realização de análises custo-benefício.

A confidencialidade, a concorrência empresarial e os dados comercialmente sensíveis deverão ser considerados na divulgação destes dados, ficando apenas explícito o que for tido como apropriado.

d. Resultados

A avaliação dos resultados implica a definição de indicadores que permitam medir, de um ponto de vista quantitativo, os resultados gerados através da utilização dos recursos afetos.

² Sigla inglesa: *Specific, Measurable, Attainable/Achievable, Realistic, Time bound*.

Com vista a uma maior eficiência e eficácia desta avaliação de resultados é importante realizar uma monitorização do processo de implementação ou execução das ações, sendo por isso indispensável dispor de indicadores do processo que possam ser monitorizados ao longo da ação.

Esta monitorização do processo de implementação das ações permitirá identificar eventuais constrangimentos e adotar medidas corretivas e atempadas, de modo a obter os resultados pretendidos.

É essencial que a definição dos indicadores de processo e de resultados, associados aos objetivos, seja feita de forma bastante explícita.

Como já atrás referido, **a avaliação de impacto do compromisso**, embora exceda os requisitos mínimos de avaliação do compromisso, deverá ser contemplada sempre que viável.

Consoante a natureza dos objetivos dos compromissos, são possíveis e deverão ser efetuadas algumas avaliações básicas. Os indicadores a usar poderão incluir:

- Determinantes comportamentais;
- Mudança de atitude;
- Mudança do próprio comportamento;
- Parâmetros biológicos;
- Incidência das doenças/acidentes/violência.

Poderá haver resultados a curto prazo (por exemplo, aumento de conhecimentos), resultados a médio prazo (por exemplo, mudanças comportamentais no sentido de reduzir os efeitos nocivos do consumo de álcool) ou resultados a longo prazo (por exemplo, redução da sinistralidade rodoviária ou da incidência da cirrose hepática, em função de uma diminuição do consumo de álcool).

Os efeitos sobre a redução dos danos ligados ao álcool – sendo a meta final de todos os compromissos – deverão ser avaliados de preferência a longo prazo.

Nas situações em que os recursos dos membros do Fórum sejam insuficientes para realizar esta avaliação de acordo com os “padrões científicos”, poder-se-á recorrer aos sistemas de dados epidemiológicos a nível regional ou nacional.

ANEXO C. MODELO DE DOCUMENTO DE ADESÃO INDIVIDUAL AO FÓRUM NACIONAL ÁLCOOL E SAÚDE



Fórum Nacional Álcool e Saúde

Documento de Adesão ao Fórum Nacional Álcool e Saúde mediante a assinatura da Carta de Compromisso

[Nome oficial da entidade] assume integrar o Fórum Nacional Álcool e Saúde e aceita todos os direitos e obrigações que estão definidas na Carta de Compromisso, com início a 01.01.2017. Confirma ter recebido uma cópia digital da Carta de Compromisso, enviada pelo Secretariado Permanente do Fórum Nacional Álcool e Saúde a qual subscreve mediante a assinatura por um representante autorizado abaixo-assinado.

O presente documento, uma vez validado mediante assinatura pelo Presidente do Fórum Nacional Álcool e Saúde certifica a integração da [nome da entidade] e integrará em adenda a Carta de Compromisso.

Nome do representante autorizado:

Título (s):

Assinatura e Carimbo:

[Data e Local]

O presente documento foi enviado e submetido à aprovação dos diferentes membros que o subscreveram mediante o envio de um Documento de Adesão assinado e validado pelos órgãos diretivos de cada entidade ou seus legítimos representantes. As presentes assinaturas cumprem a função simbólica de validar coletivamente o documento da Carta de Compromisso do Fórum Nacional Álcool e Saúde 2017 – 2020.

O Coordenador Nacional para os Problemas da
Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do
Álcool e Presidente do Fórum Nacional Álcool e
Saúde,

João Castel-Branco Goulão

O Presidente da Câmara
Municipal de Loures,

Bernardino Soares

