

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000

O Governo, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99, de 8 de Maio, criou uma comissão interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspectos associados à luta contra o alcoolismo e propor um plano de acção que constituísse um reforço e aprofundamento do disposto na estratégia da saúde.

Portugal, como o evidenciam os dados recentes, figura como um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas. E não menos preocupante é o facto de esse consumo estar a aumentar nos jovens e no sexo feminino, que são dois grupos populacionais mais vulneráveis e de tradicional baixo consumo.

O alcoolismo é a maior toxicod dependência dos Portugueses.

Na estratégia de saúde, estes problemas ligados ao álcool foram inscritos como área de intervenção, com metas, objectivos e orientações de actuação definidos. Mas a amplitude e a gravidade dos problemas ligados ao álcool (PLA), em termos de saúde pública, impõem a tomada de medidas imediatas mais amplas e eficazes, quer de educação e promoção da saúde, quer de natureza legislativa e fiscalizadora, que concorram para a redução efectiva e rápida do alcoolismo.

A comissão entregou ao Governo, no início de Outubro passado, a proposta de um plano de acção, que denominou «Plano de Acção Alcoológico». Esta proposta constitui um documento bem e amplamente fundamentado e integra um conjunto de medidas adequadas e exequíveis, articuladas ou harmonizadas com o Plano de Acção Europeu sobre o Alcool (1992-1999 e 2000-2005) da OMS — Europa e que vão no sentido das conclusões do grupo de trabalho sobre o álcool da conferência de Évora sobre «Determinantes de Saúde na União Europeia», promovida pela presidência portuguesa, em Março passado. Esse documento é, assim, a base em que assenta o plano de acção adoptado pelo Governo através da presente resolução.

O plano denominar-se-á «Plano de Acção contra o Alcoolismo». Como noutras áreas, de que é exemplo a droga, o seu objectivo fundamental é a luta ou combate contra o consumo excessivo ou o abuso de bebidas alcoólicas, embora também envolva componentes de estudo ou investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo numa perspectiva epidemiológica e de promoção e educação para a saúde.

Para acompanhamento da aplicação e do desenvolvimento das medidas propostas, será constituída uma comissão, com composição adequada, incluindo um representante do Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência (IPDT), a formalizar por despacho conjunto dos ministros com competência nesta área.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar o Plano de Acção contra o Alcoolismo, anexo à presente resolução e que dela faz parte integrante.

2 — Incumbir os membros do Governo competentes em razão da matéria de propor os actos normativos necessários à execução das medidas previstas no Plano.

3 — As medidas necessárias à execução do presente diploma serão aprovadas no prazo de 180 dias.

Presidência do Conselho de Ministros, 2 de Novembro de 2000. — O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

Plano de Acção contra o Alcoolismo

CAPÍTULO I

Fundamentação

O principal motivo para a utilização das bebidas alcoólicas, fortemente entrosada na cultura e na economia de vários povos e países, em particular na Europa, onde se regista o maior consumo mundial *per capita*, parece ser o efeito psicotrópico da sua substância nuclear — o etanol ou álcool etílico.

Para além da interferência sobre o funcionamento mental e a capacidade adaptativa, o etanol induz, em determinadas circunstâncias e de modo variável, dependência e tolerância, a par da potencialidade lesional, directa e indirecta, imediata e mediata, para vários órgãos e sistemas do organismo humano. Pelo primeiro conjunto de acções, as bebidas alcoólicas integram o grupo das drogas, embora neste caso de utilização lícita.

No que se refere às repercussões negativas, decorrentes da sua utilização, destacam-se alguns índices internacionais:

De acordo com dados da Eurocare ⁽¹⁾, nos países comunitários o valor médio da produção do álcool representa 2% dos respectivos produtos nacionais brutos (PNB), enquanto o custo económico dos problemas relacionados com o consumo de álcool atinge 5% a 6% dos PNB; Num relatório, patrocinado pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre o peso global da doença ⁽²⁾, demonstra-se que as incapacidades desempenham um papel chave na determinação do estado geral da saúde da população e que as suas principais causas são substancialmente diferentes das de morte. Aí se dá nota que, para as idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos, os DALY (disability adjusted life years — anos de vida ajustados pelas incapacidades) relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas surgem no primeiro e sexto lugares, respectivamente, para o sexo masculino e feminino, enquanto o índice YLD (years lived with disability — anos vividos com incapacidade) apresenta, para o conjunto dos dois sexos, um valor correspondendo ao quarto lugar;

Num estudo da OMS sobre o impacte da psicopatologia nas incapacidades a nível dos cuidados de saúde primários ⁽³⁾, concluiu-se que a disfunção ocupacional moderada a grave relacionada com a dependência alcoólica se situa em 20%, enquanto a incapacidade física auto-relatada, com iguais níveis de gravidade, é aproximadamente de 18%.

Finalmente, num outro estudo, intitulado «Determinantes do peso da doença na União Europeia» ⁽⁴⁾, o consumo de álcool aparece como o segundo factor de risco de doença.

Com o intuito de alterar a situação, foi aprovada, em 1995, numa conferência ministerial europeia realizada em Paris, a Carta Europeia sobre o Alcool. Em Fevereiro próximo a Suécia realiza, no âmbito da presidência da União Europeia e com a colaboração da OMS — Europa, uma conferência ministerial sobre a juventude e o álcool, que tem a cooperação da Comissão Europeia e da presidência francesa da União Europeia, bem como do Conselho da Europa e da UNICEF.

Portugal, para além de figurar como um dos maiores consumidores mundiais de bebidas alcoólicas ⁽⁵⁾ (sendo a Europa no seu todo o maior consumidor mundial), vem apresentando alterações recentes dos respectivos padrões, não menos preocupantes por se configurarem em dois grupos populacionais de particular vulnerabilidade e de tradicional baixo consumo — os jovens e o sexo feminino.

Em qualquer dos casos estão em causa motivos incontornáveis de natureza biológica:

Nos jovens, a imaturidade orgânica para uma eficaz e completa metabolização persiste, pelo menos, até aos 18 anos, limiar que nalguns países, como os Estados Unidos da América e o Canadá, foi definido nos 21 anos, por cientificamente ter sido considerado mais realista;

No sexo feminino, para além de uma menor capacidade para a sua metabolização hepática, o organismo apresenta menor concentração de água (de 10% a 15%) e menor superfície corporal.

Assim, para ambos os grupos, por regra, a mesma quantidade de álcool produz uma acção mais significativa, quer psicotrópica, quer patogénica orgânica, quando comparada com a verificada nos homens adultos saudáveis, física e psicologicamente.

Acresce que as bebidas alcoólicas são particularmente prejudiciais quer para o feto quer para a criança em amamentação natural, o que leva a considerar a ingestão nessas circunstâncias totalmente contra-indicada, contrariamente ao ainda muito considerado entre nós.

Entretanto, estão comercializadas novas bebidas, intencionalmente desenhadas, também conhecidas por *alcopops*, em que o etanol aparece diluído em leite ou sumos fortemente adoçados de modo a neutralizar o sabor do álcool, que até aos 12/13 anos é, por via de regra, motivo de rejeição natural. Estas bebidas, com embalagens muito atractivas e habitualmente expostas nas superfícies comerciais em conjunto com as não alcoólicas, para além de eventual acção tóxica imediata inesperada (nomeadamente por o conteúdo alcoólico nem sempre estar explícito), são potenciais indutoras de dependência do álcool, pela imprevista acção psicotrópica exercida nos jovens consumidores. A par, surgiram produtos não alcoólicos, mas com uma apresentação sugestiva de vinho espumante, que, inevitavelmente, induz nas crianças uma apetência amplificada para o produto sugerido e cuja intenção é a de permitir que nas festas infantis, em particular as comemorativas, se mimetizem as saudações comuns nos festejos dos adultos.

Coincidentemente, vêm-se verificando, desde há alguns anos, intensas campanhas de *marketing*, em particular de marcas cervejeiras e de bebidas destiladas, dirigidas em especial aos grupos populacionais de maior risco e menor consumo tradicional, com o intuito de alterar os seus padrões para os, até há pouco, mais comuns nos países do Norte e do Centro da Europa. Por sua influência, alguns comerciantes vêm aderindo a campanhas de promoção direccionadas ao sexo feminino e a jovens adolescentes, inclusive em estabelecimentos de restauração e de bebidas localizados na vizinhança de estabelecimentos de ensino, ocasionando situações de embriaguês evidente durante os períodos de funcionamento escolar. Ao mesmo tempo, quer actividades académicas quer desportivas ou lúdico-culturais,

sobretudo quando dirigidas a públicos jovens, são profusamente participadas por empresas de bebidas alcoólicas, em particular por cervejeiras, verificando-se durante as mesmas uma alta incidência de comas etílicos e comportamentos violentos e outros com amplos riscos.

Saliente-se que qualquer estado de coma, sobretudo quando ocorre em jovens, pela redução ou suspensão da oxigenação cerebral, provoca facilmente lesões cerebrais irreversíveis, embora nem sempre evidenciáveis no imediato.

Como a legislação em vigor não permite uma intervenção inequívoca das autoridades, quer no funcionamento quer na frequência de estabelecimentos em que se consomem bebidas alcoólicas, bem como quanto à possibilidade de um cidadão menor, a qualquer pretexto, adquirir bebidas alcoólicas em qualquer estabelecimento comercial, tem vindo a ser comum a imprensa relatar ou comentar situações em que autarquias, direcções de estabelecimentos escolares ou associações de pais se consideraram impotentes para intervirem de forma a alterar as situações notoriamente de risco, em particular para crianças e adolescentes.

Os fortes interesses comerciais em causa parecem também estar na origem de evidentes e repetidas prevaricações à regulamentação publicitária, bem como de notícias imprecisas, tendenciosas ou francamente erróneas sobre eventuais benefícios para a saúde do consumo de bebidas alcoólicas, quase sempre apoiadas em fontes médicas e sem que se verifique uma prévia confirmação junto de entidade de saúde idónea. Não é, por exemplo, possível afirmar, no estado actual do conhecimento, que determinado tipo de bebida é vantajoso para o sistema cardiovascular. Todavia, é inequívoca a relação com vários tumores malignos, doença cérebro-vascular hemorrágica, hipertensão arterial e outras, para além das há muito conhecidas relações directas entre o consumo de bebidas alcoólicas e os acidentes rodoviários (estimada em mais de 40%) e de trabalho (estimada como rondando os 25%), condutas violentas, domésticas e públicas, comportamentos sexuais de risco e a mortalidade em geral (40% a 60% de todas as lesões, intencionais ou não), abrangendo sobretudo os grupos etários mais jovens e, directa e indirectamente, a instabilidade pessoal, familiar e social.

Revendo trabalhos recentes e idóneos sobre o álcool e a saúde pública ⁽⁶⁾, é possível concluir que:

A experimentação animal sugere que é factor de cocarcinogénese a nível do esófago e possivelmente do estômago, na região do cárdia, existindo evidência epidemiológica de aumento do risco com a dose consumida nas neoplasias da boca, faringe e laringe, sendo a associação com o tabaco um factor multiplicador recíproco, apontando-se o intervalo de 10 a 15 anos para que o risco regresse ao «normal» após parar de beber;

Quanto às repercussões sobre o fígado, são de há muito assumidas as relativas à ingestão excessiva aguda (hepatite) ou continuada — fígado gordo, fibrose e cirrose —, que, para além de ser causa de elevada mortalidade directa, também predis põe significativamente à evolução neoplásica; Em estudos sobre álcool e cancro da mama na mulher, há uma sugestão científica de risco acrescido, pelo menos para consumos acima dos definidos como moderados;

Trabalhos de vários autores demonstram que consumos de álcool ligeiros a moderados aparecem associados a redução de risco de doença coronária (entre 25% e 50%), para ambos os sexos, mas apenas a partir dos 50 anos. O tipo de bebida parece ser diferente, embora algumas investigações procurem demonstrar que o factor protector estaria ligado não ao álcool em geral mas a compostos fenólicos nele dissolvidos, o que limitaria o benefício ao sumo e ao vinho de uvas tintas. De qualquer modo, não há a noção de quanto tempo de ingestão, ligeira a moderada, é necessário para se alcançar o benefício, uma vez que as doenças vasculares têm um estabelecimento lento.

Importa, porém, entrosar estes elementos com os que apresentam evidência de:

Um significativo aumento da tensão arterial, em ambos os sexos, para consumos entre os 30 g/dia e os 60 g/dia (três a seis copos de vinho ou «imperiais») ou superiores;

Quanto aos acidentes vasculares cerebrais, verificar-se uma ligeira redução de risco para a forma isquémica (a mais frequente) para os consumidores habituais ligeiros a moderados, mas com acentuado risco autónomo para a forma hemorrágica na sequência de consumos elevados, quer ocasionais quer habituais. A intoxicação aguda aparece associada às duas formas de acidentes vasculares cerebrais;

De salientar que nos EUA e no Reino Unido se considera haver benefício com o consumo diário, em adultos saudáveis, de duas a três bebidas (7); A relação entre o consumo de álcool e a mortalidade total é linear nos grupos de pessoas mais jovens, com maior declive para o sexo feminino e uma forma de J ou de U para os grupos de indivíduos mais velhos;

Não é claro até que ponto controlar algumas variáveis psicossociais, como o bem-estar psicológico, classe social e isolamento social, afecta os parâmetros da relação entre o consumo de álcool e a mortalidade por todas as causas;

Consequências negativas em algumas áreas da vida relacionadas com o álcool (como nos capítulos das amizades e das relações sociais, saúde, felicidade e bem-estar, vida familiar, trabalho, estudo e oportunidades de emprego) aumentam à medida que aumenta o consumo de álcool;

O consumo de álcool e a frequência de situações de ingestão excessiva encontram-se associados com risco aumentado de acidentes, violência intencional contra o próprio ou contra outros, suicídio, conflitos familiares, crimes violentos e outros comportamentos criminais, incluindo roubo e violação. Para todos estes efeitos existe uma relação dose-resposta (quanto maior o consumo, maior o número e a gravidade dos problemas registados);

Aumentar os impostos sobre as bebidas alcoólicas parece ser uma medida eficaz para o controlo dos problemas do álcool, já que a revisão bibliográfica aponta para que um aumento de 10% no preço conduza a uma redução de 5% no consumo de cerveja, 7,5% no de vinho e 10% no de bebidas destiladas. Dadas as limitações exis-

tentes neste âmbito na União Europeia, sugere-se apenas a criação de taxas de pequeno valor, com o intuito de autofinanciar os vários níveis de intervenção propostos, tendo como referência o já praticado para o tabaco e que sugere de perto o definido em vários países da União Europeia — cerca de 1% do preço de venda. Como este valor é, genericamente, proporcional ao título alcoométrico das bebidas, seriam mais contributivos os produtos e os consumidores de maior risco.

A experiência internacional demonstra que o desenvolvimento de medidas concertadas de promoção e educação para a saúde e regulamentares pode dar um contributo muito significativo para a prevenção dos problemas ligados ao álcool, nomeadamente:

A educação para a saúde, objectiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais;

A disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos, dependentes e doentes alcoólicos;

A definição de uma idade mínima legal para a aquisição e o consumo no local de compra de bebidas alcoólicas;

As restrições à publicidade;

Restrições nos horários e dias de venda de bebidas alcoólicas.

Por exemplo, a evidência do efeito protector cardiovascular é conclusiva, como se referiu, em termos de associação e causalidade, mas não o é ao nível da saúde pública, pelo que não deve ser considerada, pelo menos no momento presente. Com efeito, em Portugal, os persistentes elevados índices de acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e acidentes de tráfego e laborais, relacionados de modo inequívoco com o consumo de bebidas alcoólicas, não permitem considerar como responsáveis nem desejáveis as comuns omissões que se verificam sobre as respectivas inter-relações.

Também o conceito de níveis de ingestão relacionados com risco para a saúde habitualmente não é definido, permitindo que o critério caia na subjectividade pessoal e cultural, em vez de se basear em padrões metabólicos, avaliados por pesquisas analíticas laboratoriais. Os valores actualmente consensuais apontam para que no adulto saudável não se exceda, por dia e repartidos pelas duas principais refeições:

No homem, 24 g de álcool, o que equivale a 25 cl de vinho a 12º ou três «imperiais»;

Na mulher, 16 g de álcool, o que equivale a 15 cl de vinho a 12º ou duas «imperiais».

Uma nova e altamente prometedora estratégia baseia-se em modalidades de tipo breve, não selectivas, no âmbito dos cuidados primários de saúde, que permitem reduzir o consumo e, consequentemente, os problemas ligados ao álcool nos bebedores excessivos.

Trata-se de uma estratégia de baixo custo e grande efectividade e impacte populacional, com poupança do acesso aos serviços mais diferenciados, a quem sobretudo deve competir dar apoio estruturado adequado a nível da formação e supervisão dos agentes de intervenção, bem como orientação ou resposta adequada nos casos mais complexos.

Como já se disse, a acção comunitária deve ser privilegiada através de programas globais em que a educação na escola, a começar na pré-primária, é um eixo decisivo e em que estratégias de *marketing* social são devidamente contempladas.

De facto, para que uma política de álcool alcance sucesso é fundamental que a comunidade a apoie e suporte, a sinta como sua, a deseje e claramente assuma a sua necessidade.

Por tudo isto, o Plano de Acção contra o Alcoolismo privilegia o «despertar de consciências», de modo planeado e prolongado, com a tónica colocada na promoção e na educação para a saúde, a par de algumas medidas de regulamentação e a garantia do cumprimento efectivo das existentes, bem como da estruturação da rede alcoológica nacional.

O Plano de Acção contra o Alcoolismo segue de perto quer as perspectivas do Conselho Técnico de Alcoologia quer as recomendações do Plano de Acção Europeu sobre o Alcool (1992-1999 e 2000-2005), de iniciativa da OMS — Europa, todos subscritos por Portugal, bem como as recomendações do grupo de trabalho sobre o álcool integrado na conferência sobre «Determinantes de Saúde na União Europeia», realizada em Évora no âmbito da recente presidência portuguesa.

CAPÍTULO II

Orientações de actuação e medidas a tomar

I — Promoção e educação para a saúde

1) Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e acções de sensibilização e de formação para grupos específicos que chamem a atenção para os riscos do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas, nomeadamente ao nível de:

- a) Consequências nefastas, por consumo materno durante a gravidez e a amamentação, na saúde dos fetos e dos lactentes;
- b) Indução de instabilidade e de perturbações emocionais e orgânicas em crianças e jovens, com interferências negativas na aprendizagem escolar e na capacidade intelectual em geral, bem como na capacidade adaptativa ao meio social, quer por integrarem famílias com consumidor(es) excessivo(s) ou alcooldependente(s) quer por consumirem bebidas alcoólicas;
- c) Acréscimo de perturbações nas relações familiares, com ênfase na violência doméstica, nos maus tratos a menores e na violência social;
- d) Facilitação de comportamentos de risco nos consumidores e de quem os rodeia relacionados sobretudo com intoxicações agudas, em particular nos jovens, como:

Atitudes agressivas e violentas;
 Condução perigosa de veículos;
 Relações sexuais não protegidas e ou não desejadas e com parceiros ocasionais;
 Maior susceptibilidade ao consumo de drogas e a perturbações do comportamento alimentar, tentativas de suicídio e suicídio;

- e) Elevado comprometimento na sinistralidade rodoviária e laboral;

- f) Interferência com a produtividade e a qualidade da actividade laboral;
- g) Outras repercussões, directas e indirectas, ao nível da mortalidade e da morbilidade, em particular:

Por acção lesional, em geral insidiosa, em vários órgãos e sistemas, nomeadamente do aparelho digestivo (em particular, fígado, estômago e pâncreas);

Relação com a indução de tumores malignos (em especial do aparelho digestivo, fígado e laringe e eventualmente da mama na mulher jovem) e de várias patologias do sistema nervoso central e do aparelho cardiovascular (em particular, hipertensão arterial e acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos).

2) Editar e divulgar a Carta Europeia sobre o Alcool, adoptada pela Conferência Europeia sobre o Alcool (Paris, 1995), bem como o Plano de Acção Europeu sobre o Alcool (2000-2005) elaborado pela OMS.

3) Promover e divulgar estudos epidemiológicos e de investigação sobre a evolução dos problemas ligados ao álcool.

4) Promover campanhas de informação e sensibilização e programas de treino junto dos profissionais de saúde, bem como dos agentes educativos e das entidades policiais, tendo em vista toda esta problemática e o considerar as situações de uso (e abuso) de bebidas alcoólicas por menores como susceptíveis de integrar o conceito de perigo, para os efeitos do artigo 3.º, n.º 2, da Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, devendo, em consequência, sinalizá-las às entidades competentes (comissões de protecção de crianças e jovens ou tribunais).

II — Vertente clínica e de investigação

Criar uma rede alcoológica nacional, tendo por base os centros regionais de alcoologia (com função coordenadora) e os serviços locais de saúde mental, com as respectivas articulações às unidades de cuidados de saúde primários e aos hospitais gerais, que assegure a colaboração em acções preventivas e metodologias de diagnóstico e tratamento acessíveis efectivas, bem como o apoio a estruturas de reabilitação psicossocial para dependentes e doentes alcoólicos, a par da investigação dos problemas ligados ao álcool.

III — Legislação e fiscalização

1) Definição de bebida alcoólica — no contexto deste plano de acção, considera-se como tal toda a bebida que, por adição ou fermentação, contenha um título alcoométrico superior a 0,5º.

2) No âmbito do Código da Publicidade:

- a) Alargar o período de proibição da publicidade na televisão e na rádio a quaisquer bebidas alcoólicas até as 22 horas e 30 minutos, mediante alteração ao Código da Publicidade;
- b) Incluir na rotulagem de todas as bebidas alcoólicas mensagens alertando para os danos causados pelo seu consumo, especialmente por menores, grávidas e mães que amamentam, e que o consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente prejudica gravemente a saúde;

- c) Proibir o patrocínio por marcas de bebidas alcoólicas de quaisquer actividades desportivas, assim como de actividades culturais e recreativas, dirigidas a menores;
- d) Garantir o cumprimento da proibição da associação de símbolos nacionais à publicidade de bebidas alcoólicas [artigo 7.º, n.º 2, alínea a), do Código da Publicidade];
- e) Proibir o patrocínio de selecções nacionais por marcas de bebidas alcoólicas.
- 3) Em matéria de venda/consumo de bebidas alcoólicas em estabelecimentos ou empresas:
- a) Proibir a venda e o consumo no local de venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos e a adultos notoriamente embriagados ou com perturbação mental em quaisquer estabelecimentos comerciais, com responsabilização dos vendedores, e criar ilícito de mera ordenação social, prevendo que a reincidência na violação destas normas deverá determinar coimas de valor crescente, podendo, acessoriamente, determinar a cassação do alvará ou da licença de utilização;
- b) Reforçar as medidas de fiscalização sobre a venda e consumo em estabelecimentos de restauração, de bebidas e outros mais frequentados por menores de 18 anos;
- c) Obrigar à afixação do normativo preconizado na alínea a), de modo bem visível, em todos os locais de venda de bebidas;
- d) Obrigar à diferenciação explícita nos estabelecimentos comerciais de auto-serviço, independentemente das suas dimensões, dos locais de exposição das bebidas alcoólicas e das bebidas não alcoólicas;
- e) Proibir a disponibilização de bebidas alcoólicas através de mecanismos de venda automática;
- f) Definir um perímetro em torno dos estabelecimentos escolares de qualquer grau de ensino e de quaisquer outros dirigidos a crianças e jovens dentro do qual será proibida a instalação de novos estabelecimentos de bebidas ou quaisquer estruturas ambulantes destinadas à venda de bebidas alcoólicas;
- g) Interditar a venda e o consumo de bebidas alcoólicas nas áreas de serviço das auto-estradas das 20 às 6 horas;
- h) Proibir a venda e a disponibilização nos locais de trabalho da Administração Pública de quaisquer bebidas alcoólicas, à excepção das fermentadas no horário definido para as refeições principais;
- i) Proibir a venda e a disponibilização de qualquer tipo de bebida alcoólica nos estabelecimentos de restauração e bebidas acessíveis ao público localizados nos estabelecimentos de saúde;
- j) Incluir nos currículos de formação dos profissionais de hotelaria de metodologias de relacionamento com clientes intoxicados, bem como os modos de intervenção na sua prevenção;
- l) Sensibilizar as associações de produtores e os industriais e comerciantes de bebidas alcoólicas para a elaboração de um código de conduta de auto-regulação, a exemplo do verificado em vários países da União Europeia.
- 4) Em matéria de sinistralidade rodoviária:
- a) Reduzir para 0 g/l o valor máximo de alcoolemia permitido para os condutores de veículos de socorro e emergência e de transportes escolares;
- b) Reduzir para 0,3 g/l o valor máximo de alcoolemia permitido nos seguintes grupos de condutores:
- De veículos ligeiros de transporte público de aluguer e pesados de passageiros ou de mercadorias;
- De titulares com menos de dois anos de habilitação legal para conduzir qualquer veículo motorizado.
- 5) Em matéria fiscal e financeira — para financiar campanhas de promoção e educação para a saúde e o desenvolvimento de medidas de investigação, prevenção, tratamento e reabilitação dos problemas ligados ao álcool:
- Introduzir taxas ao consumo aplicáveis às embalagens de bebidas alcoólicas, variáveis em função do tipo de bebida e da graduação alcoólica;
- Afectar as receitas das coimas aplicáveis as infracções à publicidade e à venda de bebidas alcoólicas;
- Alterar o Código de Custas Judiciais de forma que haja reversão de parte do valor dos processos relacionados com infracções por abuso de bebidas alcoólicas.

(1) *Counterbalancing the drinks industry. A summary of the Eurocare report to the European Union on Alcohol Policy*, 1995, Eurocare, Cambridge.

(2) *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Murray C. and Lopez A. (eds.), Boston, 1996: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank.

(3) *Disability by current ICD-10 diagnosis in Primary Care*, Ormel and Costa e Silva, WHO, Genebra, 1995.

(4) «Determinants of the burden of disease in the EU», National Institute of Public Health, Estocolmo, ed. European Union, D.G.-V, Luxemburgo, 1997, in *Health Determinants in the EU*, European Conference, Évora, 15 e 16 de Março de 2000 (p. 6).

(5) *Productschap Voor Gedistilleerde Darken*, World Drink Trends, NTC Publications, UK, 1999.

(6) Entre outros: *Determinantes da Saúde na União Europeia. Actas da Conferência de Évora*, Lisboa, Ministério da Saúde, 2000 (ed. bilingue); *European Alcohol Action Plan — 2000-2005*, WHO — Europe, Copenhaga, 2000; *Health issues related to alcohol consumption*, International Life Sciences Institute (ILSI) Europe, editor: I. Macdonald, 2.ª ed., 1999, Blackwell Science Ltd., Oxford.

(7) A quantidade de álcool é idêntica por copo padronizado de vinho (a 12º), cerveja (a 5º) e destiladas (a 40º).

Resolução do Conselho de Ministros n.º 167/2000

A Assembleia Municipal da Maia aprovou, em 5 de Julho de 2000, sob proposta da Câmara Municipal, o estabelecimento de medidas preventivas para a área compreendida entre a linha de caminho de ferro do Minho, a nascente, a Via Diagonal, a sul, a Auto-Estrada Porto-Braga, a poente, e o limite do concelho, a norte.

A grande procura de espaços industriais e de armazenagem que se tem vindo a sentir para a zona nascente do concelho da Maia determinou a necessidade de ampliação destes espaços no âmbito da revisão do Plano Director Municipal e da elaboração do Plano de Urba-