



ARTIGO ORIGINAL

Dificuldades políticas, éticas e jurídicas na criação e aplicação da legislação sobre álcool e tabaco: contributo para o desenvolvimento da investigação em Direito da Saúde Pública

Hilson Cunha Filho^{a,b}, Rita Fonseca Marques^b e Paula Lobato de Faria^{b,*}

^aCentro de Estudos de Sociologia (CESNOVA) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (FCSH) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal

^bCentro de Investigação e Estudos em Saúde Pública (CIESP) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido em 19 de Junho de 2010

Aceite em 3 de Dezembro de 2010

Palavras-chave:

Direito da saúde pública

Investigação em saúde pública

Legislação de saúde pública

Álcool

Tabaco

Políticas de saúde

Modelo lógico

Saúde Pública

R E S U M O

Introdução: A aplicação de leis de Saúde Pública na área das determinantes da saúde relacionadas com os estilos de vida e comportamentos, onde se incluem as lutas contra o consumo nocivo de álcool e contra o tabagismo, necessita de ser analisada e discutida tendo em consideração a complexidade muito própria desta realidade, de onde nunca se podem dissociar as medidas a tomar dos vários actores sociais envolvidos. De facto, nestas áreas, as actividades de lobby da indústria bem como dos agentes de distribuição e de venda, denotando a existência de interesses concorrentes com os das políticas de Saúde Pública, interferindo nos resultados destas e impedindo a sua efectividade.

Material e métodos: Tendo por fundo esta premissa, o presente artigo elabora uma breve reflexão sobre os pontos fortes e fracos do uso dos instrumentos legais em Saúde Pública, tomando como exemplo as leis do álcool e do tabaco portuguesas, em relação às quais, situações de ambiguidade, indefinição prática, faltas de controlo e de sancionamento efectivo do seu incumprimento, impedem uma efectividade das mesmas, ilustrando com exemplos recentes as armadilhas à Saúde Pública que podem surgir mesmo em leis cujo objecto é o de reduzir o consumo de substâncias com risco para a saúde e os seus potenciais danos. Tal é o caso da lei norte-americana n.º 111-31 de 22 de Junho de 2009 que deu à FDA (*Food and Drug Administration*) o poder de controlar os produtos do tabaco e que tem sofrido duras críticas por parte das autoridades em Saúde Pública.

Afirmamos o poder incontestável do instrumento legislativo para mudar comportamentos e atitudes, manifestando, contudo, a preocupação de que a lei é ainda um instrumento de Saúde Pública mal explorado e pouco avaliado. Identificar as forças e fraquezas nas leis de Saúde Pública é uma tarefa tão complexa quanto a multidisciplinaridade das ciências e a diversidade social dos actores envolvidos. Uma das premissas do processo de elaboração

*Autora para correspondência.

Correio electrónico: pa.lobfaria@ensp.unl.pt (P. Lobato de Faria).

e implementação das leis de saúde pública, é, pois, a necessidade de um conhecimento aprofundado do contexto a que estas mesmas leis se vão aplicar, incluindo o ambiente e os actores sociais que delas são alvo. Os efeitos potenciais da lei são difíceis de prever à partida ou de padronizar, contudo, de acordo com alguns autores que recentemente se têm debruçado sobre o tema, podemos tentar analisar e avaliar o processo legislativo em Saúde Pública e os resultados obtidos com o recurso a um modelo lógico.

Sabemos que apesar do consumo de álcool e danos a ele associados bem como do consumo de tabaco e da exposição ao fumo deste estarem plenamente documentados no que diz respeito ao risco para a saúde individual e colectiva, as políticas públicas preconizadas estão ainda longe de serem efectivas para debelar estas práticas, pelo que todas as discussões em torno do problema de uma ideal concepção da lei nos parecem essenciais para se poder começar a atingir os resultados pretendidos em Saúde Pública e não apenas os resultados possíveis face aos interesses em jogo.

Conclusão: Com a reflexão apresentada neste artigo, gostaríamos de munir os actores e organismos que actuam em prol da Saúde Pública em Portugal de alguns instrumentos e argumentos de discussão que permitam promover a acção da lei nas áreas acima mencionadas, de uma forma mais esclarecida e pró-activa, bem como de contribuir para o desenvolvimento da investigação em Direito da Saúde Pública, nomeadamente através da construção e utilização de métodos eficazes de avaliação do impacto das leis e das políticas relativas às epidemias comportamentais relacionadas com o estilo de vida, no sentido de melhorar os seus resultados e assim potenciar uma sociedade mais saudável.

© 2010 Publicado por Elsevier España, S. L. em nome da Escola Nacional de Saúde Pública.

Todos os direitos reservados.

Political ethical and legal difficulties in the creation and enforcement of legislation on alcohol and tobacco: a contribution to the development of research in Public Health Law

A B S T R A C T

Keywords:

Public Health Law
Public health research
Public health legislation
Alcohol
Tobacco
Health policy
Logical model
Public Health

Introduction: The application of laws of Public Health in the area of health determinants related to lifestyles and behaviors, which include the fight against harmful use of alcohol and tobacco control, needs to be analyzed and discussed taking into account the very particular complexity of this reality, where it is not possible to decouple the action to be taken from the various social stakeholders involved. Indeed, in these areas, the lobbying activities of industry and distribution and sales sectors, show the existence of competing interests with the policies of Public Health, interfering in the results of these and preventing their effectiveness.

Material and methods: Taking as a background the above mentioned assumption, this article presents a brief reflection on the strengths and weaknesses of the use of legal instruments in Public Health, taking as example the Portuguese laws on alcohol and tobacco, for which situations of ambiguity and imprecision in its enforcement and a lack of effective monitoring and sanctioning of its non-compliance have put a stop to a effectiveness of the same legislation in practice. The article also shows recent foreign examples which illustrate the pitfalls that can arise even in Public Health laws with clear objectives to reduce the consumption of health hazardous substances and their potential harm. Such is the case with U.S. Law No. 111-31 of 22 June 2009 which gave the FDA (Food and Drug Administration) the power to control tobacco products and has been the aim of harsh criticism from Public Health authorities and academics.

In this article, although affirming the undeniable power of the legislative instrument to change attitudes and behaviors we, express, however, some concerns respecting the fact that the law is still an unexplored and poorly evaluated instrument in the Public Health domain. To identify the strengths and weaknesses in the laws concerning public health is indeed as complex as the multidisciplinary sciences and the social diversity of the actors there involved. Therefore, one of the premises of the drafting and implementation of future good public health laws is the need of a thorough understanding of the context to which these same laws will apply, including the environment and stakeholders who are their main target. The potential effects of the law are difficult to predict or to standardize,

however, in the line of some authors who have focused recently on the subject, this article supports the use of a logical model to analyze and evaluate the legislative process in Public Health and its obtained results.

Knowing that although alcohol consumption and the harm associated with it as well as the dangers of tobacco use and environment tobacco smoking are fully documented with regard to individual and collective health risks, public policies advocated are still far from being effective to curb these life style behaviors, it appears to be essential to deepen the discussion on the question of an ideal conception of Public Health Law in order to start to achieve more desired results in public health and not just the possible outcomes from the clash with the interests at stake.

Conclusion: With the reflections in this article, we wish to equip the actors and bodies acting on behalf of Public Health in Portugal with some tools and arguments that will benefit the discussion to promote a better action of the law in the areas mentioned above. This also includes a more enlightened and pro-active legislation procedure, and a contribution to the development of research in Public Health Law, plus the construction and use of effective methods of evaluating the impact of laws and policies concerning behavioral outbreaks related to lifestyle in order to improve their results and thereby to promote a healthier society.

©2010 Published by Elsevier España, S. L. on behalf of Escola Nacional de Saúde Pública.
All rights reserved.

Introdução

"Public health law research is a young field but holds great promise for supporting evidence based policymaking that will improve population health."

Burris, et al., 2010, p. 169¹

Direito da Saúde Pública: definição, poderes, limitações e requisitos de sucesso

É importante começar por clarificar alguns conceitos como o de direito da saúde pública, o qual, na definição clássica de Lawrence Gostin, é "o estudo dos poderes e deveres legais do Estado para assegurar as condições para que as pessoas sejam saudáveis, e os limites em que este poder pode restringir a autonomia individual, a liberdade e os interesses de propriedade"² (1). Este sub-ramo do direito da saúde tem como característica essencial, ao contrário do seu congénere, o direito médico ou biomédico, a acção e a organização do Estado, das comunidades e dos serviços na área da saúde e não as relações jurídicas que se estabelecem entre profissionais e doentes na prestação de cuidados de saúde³. Se o princípio ético basilar do direito médico é o primado da autonomia do doente, no direito da saúde pública este princípio ganha relatividade em todas as situações em que a autonomia individual poderá ter

que ser sacrificada em prol da comunidade (comunitarismo) ou quando se justifica por resultar num maior bem de um maior número de pessoas (utilitarismo)³. No entanto, qualquer sacrifício da autonomia individual deverá identificar-se com a alternativa menos restritiva daquela, com base nos requisitos da proporcionalidade e da evidência dos benefícios de saúde pública daí resultantes^{3,4}.

A lei, vista aqui como a principal fonte de direito, é um instrumento único de intervenção na sociedade devido aos poderes que lhe são característicos, o que lhe confere uma enorme relevância no âmbito da saúde pública⁵. Estes poderes podem ser aqui identificados de forma sucinta, sendo fundamentalmente os seguintes³:

- Definir regras, procedimentos e requisitos;
- Definir competências;
- Estabelecer direitos e deveres;
- Impor sanções.

Como corolário destes, a lei tem uma boa aptidão para as seguintes acções:

- Impor deveres sob pena de sanções, quer aos órgãos públicos, quer aos indivíduos;
- Conceder poderes de autoridade que permitem impor acções sem contestação;
- Traçar limites aos poderes de autoridade e protecções contra o abuso de poder;
- Influenciar a forma como as pessoas pensam e agem - mudar comportamentos e atitudes;
- Definir objectivos e valores - prioridades na utilização dos recursos;
- Atribuir responsabilidades claras na protecção da saúde pública e respectivas hierarquias.

(1) Tradução livre dos autores. No original: "the study of the legal powers and duties of the state to ensure the conditions for people to be healthy (e.g., to identify, prevent, and ameliorate risks to health and safety in the population), and the limitations on the power of the state to constrain the autonomy, privacy, liberty, proprietary, or other legally protected interests of individuals for protection or promotion of community health".²

Pelo contrário, a lei não oferece bons resultados nas seguintes áreas³:

- Determinar obrigações de tipo “aberto” para os Estados, tais como a protecção da saúde, as quais ficam muito dependentes da existência ou não de recursos;
- Impor “obrigações de acção” a certos indivíduos para proteger interesses de outros;
- Estabelecer medidas que forcem autoridades públicas a utilizar os seus poderes;
- Controlar ameaças além fronteiras;
- Negociar compromissos, dado que é demasiado antagonista.

Outros autores afirmam com razão que as leis de protecção da saúde pública para serem eficazes têm que ser claras, inequívocas, exequíveis, socialmente compreensíveis, passíveis de aceitação e responsabilizadoras, devendo ainda prever os meios adequados e os recursos necessários para a sua aplicação⁶. Sobretudo, há alguns padrões processuais e de conteúdo a respeitar para se conseguirem leis de Saúde Pública eficazes tais como a fundamentação em evidência científica fidedigna; a clareza e precisão normativas; a exequibilidade prática de todos os seus comandos; a determinação exacta das competências das entidades responsáveis pela sua fiscalização; a celeridade dos mecanismos sancionatórios, bem como a previsão dos recursos e meios financeiros, humanos e materiais necessários à sua implementação, condições que não se têm observado na legislação portuguesa sobre álcool e tabaco⁶.

Direitos e deveres na protecção e defesa da saúde pública

A nível do enquadramento legal internacional, europeu e nacional existem normativos inequívocos na consagração de direitos e deveres para o Estado e para os cidadãos, no sentido de protegerem e defenderem a sua própria saúde e a saúde pública. Citaremos em seguida aqueles que se consideram essenciais no âmbito deste artigo.

Desde logo, na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia⁷, o seu artigo 35º determina que *“Todas as pessoas têm o direito de aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar de cuidados médicos, de acordo com as legislações e práticas nacionais. Na definição e execução de todas as políticas da União, será assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana”*. Ainda recentemente, também, com a aprovação das alterações provenientes do

Tratado de Lisboa⁸, o Título XIV do tratado da União, referente à Saúde Pública, refere de forma clara no seu artigo 168º a acção de protecção da saúde que deve vir a ser desenvolvida, citando textualmente as problemáticas relacionadas com o uso de droga (n.º1) (2), de álcool e de tabaco (n.º5) (3).

Na Constituição da República Portuguesa⁹, o direito à vida (artigo 24º); o direito à integridade física e mental (artigo 25º); o direito à protecção da saúde (artigo 64º) e o direito ao ambiente e qualidade de vida (artigo 66º) são, também, alguns exemplos de direitos fundamentais consagrados na lei portuguesa que têm aqui directa na saúde pública.

A própria Lei de Bases da Saúde (lei n.º48/90, de 24 de Agosto)¹⁰ reforça estes direitos e especifica acções e responsabilidades dos vários actores envolvidos na sua Base I, onde podemos ler que “1. a protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado” e que “3. a promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade”. Na Base II da mesma lei, podemos ler que “1.a) a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado” e na Base IV que “3. os cidadãos e as entidades públicas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis”.

No entanto, a produção e implementação das leis de Saúde Pública em Portugal nem sempre parecem reflectir o espírito das disposições citadas anteriormente, e raramente são eficazes na definição de medidas claras e baseadas em evidências científicas para defenderem estes direitos e deveres, não obtendo tão pouco os efeitos desejados nas suas implementação efectiva e avaliação atempada dos resultados atingidos, como veremos em seguida a propósito dos dois casos estudo deste artigo, isto é, as situações específicas do álcool e do tabaco.

Implementação e eficácia das políticas e leis de Saúde Pública: os casos do álcool e do tabaco

Para se assegurar o cumprimento das leis de protecção da saúde pública são necessárias acções de fiscalização e controlo continuadas e não apenas intermitentes ou em estilo “rusga”; sanções e penalizações de aplicação fácil e eficaz e não

(2) “1. Na definição e execução de todas as políticas e acções da União será assegurado um elevado nível de protecção da saúde. A acção da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções humanas e sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas. A acção da União será complementar da acção empreendida pelos Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção”.

(3) “5. O Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário, e após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, também podem adoptar medidas de incentivo destinadas a proteger e melhorar a saúde humana, e nomeadamente a lutar contra os grandes flagelos transfronteiriços, medidas relativas à vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, ao alerta em caso de tais ameaças e ao combate contra as mesmas, bem como medidas que tenham por objectivo directo a protecção da saúde pública relativamente ao tabagismo e ao alcoolismo, com exclusão da harmonização das disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros.”

dependentes em paralelo de diferentes entidades implicando procedimentos morosos; visibilidade pública contínua; acções de informação ao público e campanhas de promoção da saúde com base científica sólida; formação suficiente de profissionais idóneos com acompanhamento superior e supervisão por parte dos organismos responsáveis pelo cumprimento da lei. Diante deste quadro de condições, a situação das leis de saúde pública em geral, e as dos casos específicos do álcool e do tabaco aqui analisados em particular, não se coadunam com o mesmo, pois se é necessário assegurar estas premissas para atingir a eficácia e efectividade desejada, pode-se argumentar que tais medidas não têm sido previstas naquela legislação, carecendo esta, por regra, de regulamentação prática e executiva superveniente que assegure uma aplicação mais adequada à realidade social visada.

Uma leitura das políticas e diplomas legais elaborados e em vigor nas áreas do álcool e do tabaco nos últimos anos em Portugal pode ser clarificadora destas afirmações.

O caso do álcool

Durante a última década em Portugal, vigorou o primeiro plano estruturado no contexto dos Problemas Ligados ao Alcool

(PLA) - o PACA (Plano de Acção Contra o Alcoolismo) - através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro¹¹. O PACA, seguia a perspectiva dos planos de acção contra o álcool da OMS-Europa (EAAP) e punha a tónica na Promoção e Educação para a Saúde, baseando-se numa pedagogia activa em que o sector público deveria “dar o exemplo”. Todavia o PACA foi apenas parcialmente regulamentado, por vezes de forma divergente da preconizada no plano original, mais consentânea com os interesses industriais e comerciais do sector, do que com os da saúde pública, o que não permitiu um impacto em termos de ganhos de saúde¹². As principais medidas políticas de saúde decorrentes deste plano a serem adoptadas referem-se à seguinte legislação, que apesar de estar em vigor, carece de fiscalização efectiva para seu cumprimento efectivo. Referimo-nos ao Decreto-Lei n.º 332/2001, de 24 de Dezembro¹³, que altera o Código da Publicidade (aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro) (4); ao Decreto-Lei n.º 9/2002, de 24 de Janeiro¹⁴, que estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas (alterando os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro) (5); bem como à Portaria n.º 390/2002, de 11 de Abril¹⁵ a qual regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública (6).

(4) Esta legislação, em termos gerais, introduz no Artigo 17.º do referido código as seguintes proibições em relação ao álcool:

1-

2- É proibida a publicidade a bebidas alcoólicas, na televisão e na rádio, entre as 7 horas e as 22 horas e 30 minutos.

3-

4- Sem prejuízo do disposto na alínea a) do n.º 2 do artigo 7.º, é proibido associar a publicidade de bebidas alcoólicas aos símbolos nacionais, consagrados no artigo 11.º da Constituição da República Portuguesa.

5- As comunicações comerciais e a publicidade de quaisquer eventos em que participem menores, designadamente actividades desportivas, culturais, recreativas ou outras, não devem exibir ou fazer qualquer menção, implícita ou explícita, a marca ou marcas de bebidas alcoólicas.

6- Nos locais onde decorram os eventos referidos no número anterior não podem ser exibidas ou de alguma forma publicitadas marcas de bebidas alcoólicas.

(5) Esta legislação, em termos gerais, estabelece no seu artigo 2.º que: É proibido quer vender ou, com fins comerciais, colocar à disposição, quer consumir bebidas alcoólicas, em locais públicos e em locais abertos ao público: a menores de 16 anos; a quem se apresente notoriamente embriagado; a quem aparente possuir anomalia psíquica.

É também proibida a venda e consumo: em locais acessíveis ao público dentro dos estabelecimentos de saúde e em máquinas automáticas.

— Impõe a afixação de avisos com estas limitações (artigo 3.º), em todos os estabelecimentos de venda ou disponibilização de bebidas alcoólicas;

— Restringe-se a venda nos serviços e organismos da administração central e local e nas áreas adjacentes a estabelecimentos escolares (artigos 4.º, 9.º a 14.º).

(6) Esta legislação define em termos gerais no seu Artigo 4.º os seguintes Princípios:

1 — Os problemas ligados ao álcool nos locais de trabalho da Administração Pública devem ser objecto de uma política global de prevenção e reabilitação, participada e periodicamente avaliada, a definir pelos dirigentes máximos dos respectivos serviços ou organismos, tendo em vista prevenir acidentes e preservar a saúde dos trabalhadores, qualquer que seja o seu título de vinculação.

2 — O consumo, a disponibilização e a venda de bebidas alcoólicas, bem como qualquer forma de publicidade, directa ou indirecta, ao álcool, são interditos nos locais de trabalho da Administração Pública, salvo o disposto no artigo seguinte.

3 — O disposto nos números anteriores deve, ainda, ser assegurado pela forma mais adequada:

a) Na contratação pública de fornecimento de refeições;

b) Nos espaços de utilização comum dos trabalhadores e dos utentes dos serviços públicos, em especial nas escolas, nos estabelecimentos de saúde e nas instalações destinadas ao atendimento;

c) Na coordenação e na cooperação com outras empresas e entidades que desenvolvam, simultaneamente, actividades com os respectivos trabalhadores no mesmo local de trabalho.

E no seu Artigo 5.º as seguintes Excepções:

1 — O consumo, a disponibilização e a venda de bebidas alcoólicas fermentadas podem ser permitidos nos locais e nos períodos de tempo habitualmente destinados ao almoço e jantar, em quantidades limitadas a um máximo de 25 cl de vinho ou de 33 cl de cerveja por refeição e por pessoa maior de 16 anos.

2 — O pessoal dirigente pode definir critérios gerais e autorizar, a título excepcional, o consumo das bebidas alcoólicas referidas no número anterior a maiores de 16 anos, ou de outras bebidas alcoólicas a maiores de 18 anos, em ocasiões especialmente festivas, comemorativas ou associadas a acontecimentos particularmente relevantes.

Todavia, ao longo dos anos assistiu-se a fenómenos fáceis de constatar como a continuidade de mensagens publicitárias abusivas por estarem junto de locais de lazer e educação infantil e juvenil, ou que utilizam indivíduos que parecem possuir idade inferior a da permitida para beber, fazerem referências sexistas em relação a mulheres ou as utilizarem nos anúncios neste sentido, situações que foram inclusive alvo de processos da entidade auto-reguladora (7), bem como acções promocionais de eventos culturais, de lazer e diversão, festivais de música, e desportivos (associadas a símbolos nacionais, como o caso a selecção nacional de futebol), muitas vezes com ampla participação de jovens e de menores de idade, sendo que estas imagens publicitárias, inseridas nestes contextos, são exibidas amplamente nos meios de comunicação televisivos em horário livre. Da mesma forma, noticiaram-se diversas vezes na imprensa e televisão e em estudos recentes (8) a venda indiscriminada de bebidas alcoólicas a menores nos estabelecimentos de venda ao público, de restauração e de diversão nocturna, sem fiscalização efectiva que o impeça; bem como detecção de um número elevado de casos de condução sob o efeito do álcool e de acidentes associados ao consumo de álcool e casos frequentes de violência em zonas de intenso consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente nas zonas de diversão nocturna dos centros urbanos. Acresce a este contexto social desregulado, a acção ineficaz sobre a corrupção associada ao contrabando de bebidas alcoólicas, considerado extremamente danoso e lesivo do bem público pelas autoridades judiciais, sendo as tentativas políticas inconsistentes no sentido de reduzir as taxas de alcoolemia na condução automóvel, sem que sequer exista uma fiscalização de dimensão adequada para a sua eficácia, com reacções públicas da indústria do álcool e a colaboração entre organismos governamentais e esta última no âmbito da regulamentação do PACA. Todas essas situações, publicamente presenciadas como “factos consumados”, ao longo de muitos anos têm contribuído indubitavelmente para a descredibilização das iniciativas políticas e legislativas nesta área¹².

Em 2006, a Convenção-Quadro da OMS-Europa para a política de álcool na Região¹⁶ substituiu o Plano de Acção europeu sobre o álcool, criando um quadro global de referência para os instrumentos internacionais existentes e outros documentos afins, orientado pelos dados científicos mais recentes, por novos desafios e pela necessidade de se desenvolver mais investigação. Esta convenção, adoptada por Portugal e pelos restantes Estados-membros procura a colaboração no desenvolvimento de uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool e propõe uma série de intervenções e opções políticas que podem ser implementadas com as devidas adaptações às circunstâncias nacionais e respectivos contextos. De facto, têm sido produzidas crescentes evidências científicas sobre as melhores políticas contra o consumo nocivo de álcool, incluindo a redução dos seus efeitos danosos e a maior ou menor eficácia das intervenções que têm sido ou poderão vir a ser desenvolvidas. Como exemplos destas, existem hoje indicações claras de que o consumo abusivo de álcool pode ser reduzido através: do aumento de impostos sobre este produto; de restrições sobre o comércio e de condições sobre os dias e horas em que é permitida a venda; da criação de monopólios estatais para a venda a retalho; aumento da idade mínima autorizada para a compra; maiores restrições à publicidade; maior investimento no tratamento de danos provocados pelo consumo de álcool; redução drástica dos níveis legais de concentração de álcool no sangue para a condução; realização de maior número de testes aleatórios^{17,18}.

Neste contexto emergente de intervenção em Saúde Pública para os problemas ligados ao álcool (PLA) e com base na elaboração e divulgação de um relatório pedido pela Comissão Europeia a especialistas sobre a situação na Europa¹⁹, a Comissão Europeia adoptou em 2006 a “Estratégia da UE para apoiar os Estados-Membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool” (*An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*)²⁰, coordenada pelo Comité para as Políticas e a Acção Nacional sobre Álcool, (*Committee for national alcohol policy and action*) a qual aborda os efeitos adversos para a saúde dos consumos de risco e abusivos de

- (7) ICAP – Instituto Civil da Autodisciplina da Comunicação Comercial: Deliberações de 2008 («22M-G/2-12J/2008 - Monitorização | UNICER | ‘Super Bock Festa’») e «20M-G/1J/2008 - Monitorização | UNICER | ‘Super Bock Praia’») e de 2009 (27J/2009 - Strat – Comunicação e Tecnologia vs. SCC-Soc. Central Cervejas e Bebidas) (Ver em http://www.icap.pt/icapv2/icap_site/deliberacoes.php?AG4JPQ51=ADotela9Xr1&AHAIJg5i=).
- (8) Um estudo da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), realizado em 2010 e divulgado em Maio, apurou que, apesar de proibido, jovens dos 12 aos 15 compraram bebidas alcoólicas em 54 das 97 visitas feitas no âmbito do estudo anónimo. Em 26 casos, mesmo com o aviso da proibição afixado ou depois de confirmarem que os jovens tinham menos de 16 anos, os funcionários venderam álcool. Entre os 78 cafés e pastelarias, restaurantes de *fast food* e super e hipermercados visitados, foi mais fácil obter a bebida nos últimos estabelecimentos.

A Deco ainda alertou que os resultados reforçam a necessidade de fiscalizar, a cargo da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE), desde 2002 até hoje, a ASAE registou 21 infracções por venda ou consumo de álcool por menores de 16 anos, em locais públicos. Pela falta de aviso de proibição, contabilizou 1058 violações à lei.

Cerca de 40% dos jovens que morrem em acidentes na estrada apresentam álcool no sangue. A redução da taxa de alcoolemia para recém-encartados é outra medida prevista para travar os excessos.

Fonte: Revista teste saúde n.º85 Junho/Julho 2010. (Ver <http://www.deco.proteste.pt/bebidas/alcool-venda-a-menores-de-16-sem-controlo-s600631.htm>).

...

A ASAE contestou as cifras do estudo, alegando que só existe desde 2006. O organismo nota que foram instaurados 61 processos por consumo de álcool por menores de 16 anos em locais públicos e 101 processos por venda. Os processos por falta de aviso de proibição ascendem a 478. A ASAE nota ainda que a fiscalização da venda de álcool a menores cabe ainda à PSP e à GNR.

Fonte: RTP. Facilidade na venda de álcool a menores de 16 anos. Lisboa: RTP, 25 de Maio de 2010 (ver <http://tv1.rtp.pt/noticias/index.php?t=Facilidade-na-venda-de-alcool-a-menores-de-16-anos.rtp&article=347389&visual=3&layout=10&tm=8>).

álcool, bem como os que têm consequências danosas a nível social e económico, estabelece a criação do Fórum Europeu Álcool e Saúde (*European Alcohol and Health Forum*). Nesta entidade participam ONGs e representantes dos operadores económicos a nível europeu, com capacidade de estabelecer um papel activo na redução dos efeitos nocivos do álcool na EU e ainda, como observadores: os representantes das instituições públicas, a nível global, europeu e nacional, comprometidos em dar apoio ao trabalho do Fórum (os Estados-membros, o Parlamento Europeu, Comité Económico e Social, Comité das Regiões, a OMS - através do escritório regional para a Europa - e a Organização Internacional da Vinha e do Vinho).

A estratégia identifica cinco temas prioritários²⁰: (1) a protecção de jovens, crianças e nascituros; (2) a redução dos números de sinistralidade rodoviária provocada pelo álcool; (3) a prevenção dos efeitos nocivos do álcool nos adultos e a redução das repercussões negativas no local de trabalho; (4) a informação, educação e sensibilização para os perigos e consequências dos padrões nocivos de consumo de álcool, bem como a elucidação quanto aos padrões de consumo aceitáveis; (5) criação e desenvolvimento de uma base de dados comum e actualizada ao nível da UE.

Tal como já se esperava pelos alertas recebidos, inclusivamente no âmbito do relatório que deu origem a estratégia²⁰, o lançamento desta foi recebido com muita resistência pelos actores sociais pertencentes à indústria e comércio do sector das bebidas alcoólicas, os quais, por interesses óbvios, se opõem sistematicamente a quaisquer políticas restritivas na área do consumo de álcool. Acresce o facto de na União Europeia o álcool ser visto principalmente como uma mercadoria normal e, consequentemente, como um assunto económico *stricto sensu*, o que pode vir a comprometer o futuro impacto de tratados de comércio internacional sobre políticas nacionais sobre o álcool.

O resultado final da adopção da referida estratégia, na medida em que procura ser consensual (o que em saúde pública não se identifica à partida como algo benéfico), poderá logicamente redundar num escamotear das evidências científicas apresentadas nos últimos anos e da necessidade de uma implementação prática mais respeitada e fiscalizada das políticas de saúde pública adoptadas pelos governos, não se considerando mais uma vez como prioritárias medidas tão eficazes como as já referidas acima (*e.g.* maiores imposições fiscais e de preços, restrições mais rigorosas no âmbito da acessibilidade e da publicidade a bebidas alcoólicas, medidas estas com provas de efectividade na luta contra o consumo nocivo de álcool, com baixos custos de efectivação das mesmas para o erário público), pondo em causa, também, a eficácia de outras medidas preconizadas de enorme importância, tais como as que se referem à educação e prevenção.

Em Portugal, um novo plano estratégico para os PLA, o *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool*,

elaborado pelo Instituto da Droga e à Toxicodependência (IDT) e apresentado em 2008 para aprovação governamental sofreu à partida diversas vicissitudes, pois estando previsto para vigorar no período de 2009-2012, foi aprovado apenas em 2010 pelo que sofreu, desde logo, o corte de um ano na sua vigência (PNRPLA 2010-2012) (9). A aprovação deu-se sem alterações, na sessão do Conselho Interministerial para os Problemas da Droga, da Toxicodependência e do Uso Nocivo do Álcool a 26 de Maio de 2010 (2010), e não a nível governamental como se pretendia a partida. Uma apreciação inicial das medidas propostas neste documento demonstra que não foram consideradas todas as recomendações internacionais, nomeadamente quando estas afectavam directamente aos interesses da indústria, como as políticas em relação a preços, taxas, publicidade, promoção, patrocínio e disponibilidade da venda, entre outros. Não se verifica igualmente a iniciativa de criação de medidas legislativas do sector de produção, comércio e publicidade do álcool. Todavia, outras medidas consensuais nas áreas tradicionais de intervenção de saúde, como a organização dos serviços e sistemas de informação, a prevenção, tratamento e reinserção, bem como ajustes nas medidas relacionadas com a sinistralidade rodoviária estão desenvolvidas. Tal situação pode ser compreendida em parte pelo facto deste plano ter baseado a definição das suas áreas prioritárias na estratégia europeia (*An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*²⁰), enfermando assim do mesmo desvio encontrados na primeira, o que demonstra a amplitude da influência que os actores sociais com interesses nesta área podem ter.

Mais recentemente, a OMS desenvolveu esforços na concretização de uma Convenção Quadro Mundial. Durante a 63.^a Sessão da Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra em Maio de 2010, os 193 Estados-Membros da OMS chegaram a um consenso histórico sobre o lançamento de uma estratégia global para reduzir o uso nocivo de álcool (*WHO global strategy to reduce harmful use of alcohol*) através da resolução WHA63.13²¹. A elaboração desta estratégia havia sido, por sua vez, mandatada na Assembleia Mundial da Saúde de 2008 através da resolução WHA61.4²². O processo que decorreu entre 2008 e 2010 que levou à aprovação da estratégia citada, foi bastante complexo e amplo, tendo envolvido a participação de organismos internos e externos à OMS, de diversos peritos de renome internacional, bem como a consulta aos actores-chave da temática em causa. As dez áreas recomendadas na estratégia da OMS²² como prioritárias nas opções políticas incluem (10): a) liderança, sensibilização e compromisso; b) capacidade de resposta dos serviços de saúde; c) a acção da comunidade, (d) políticas de condução sob o efeito de álcool e medidas de sanção; (e) disponibilidade de bebidas alcoólicas, (f) comercialização de bebidas alcoólicas; (g) políticas de fixação de preços, (h) redução das consequências negativas do beber e da intoxicação alcoólica, (i) redução do impacto na saúde

(9) Instituto da Droga e da Toxicodependência. Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012 (PNRPLA 2010-2012). Lisboa: IDT; 2010. [cited 2010 December 20]. Available from: <http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Paginas/EstrategicosNacionais.aspx>.

(10) Tradução livre dos autores no original: The 10 WHO global strategy to reduce harmful use of alcohol priority areas: (a) leadership, awareness and commitment; (b) health services' response; (c) community action; (d) drink-driving policies and countermeasures; (e) availability of alcohol; (f) marketing of alcoholic beverages; (g) pricing policies; (h) reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication; (i) reducing the public health impact of illicit alcohol and informally produced alcohol; (j) monitoring and surveillance.

pública de bebidas alcoólicas ilícitas e de álcool produzido informalmente; (j) acompanhamento e vigilância.

A OMS foi, também, solicitada para apoiar os países na implementação das medidas previstas no documento de estratégia e para monitorizar o progresso da mesma aos níveis global, regional e nacional. Espera-se que o impacto desta estratégia nas políticas dos países seja significativa, nomeadamente em relação às questões mais sensíveis que envolvem interesses contraditórios entre o sector das bebidas alcoólicas, das autoridades de Saúde Pública e dos Governos, havendo, contudo, que ficar atento e efectuar uma avaliação daquele impacto em tempo útil.

O caso do tabaco

A Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco²³, que se encontrava ratificada por 172 países no final de 2010 (11), foi transposta e aprovada em Portugal pelo Decreto n.º 25-A/2005 de 08-11-2005²⁴, tendo servido desde então como documento de orientação para as acções políticas e legislativas desenvolvidas no nosso país naquela área. No mesmo documento reconhece-se, à partida, que “a evidência científica é inequívoca em estabelecer que a exposição ao fumo do tabaco causa morte, doença e incapacidade”, encarregando os Estados-membros de reforçar as suas políticas e medidas de protecção contra os efeitos nocivos nos âmbitos da saúde, sociais, ambientais e económicos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo do tabaco, nomeadamente nos locais de trabalho, transportes públicos e espaços públicos fechados.

Entre outras medidas legislativas, a Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto de 2007²⁵, designada como a “Lei de protecção contra a exposição ao fumo do tabaco”, foi um dos diplomas normativos no campo da Saúde pública que teve maior impacto mediático e social nas últimas décadas. Inicialmente desenvolvida, ainda em meados de 2004, pela Direcção Geral de Saúde e apresentada posteriormente ao Governo e à Assembleia da República, o seu percurso foi longo, com retrocessos para reformulações do seu conteúdo, e muita controvérsia a nível político e ideológico até à sua aprovação final. A actuação da indústria do tabaco, apesar de ter oficialmente ficado à margem do processo de tomada de decisão, foi notoriamente percebida neste período, através de acções de *lobbying*, tal como a apresentação de uma proposta de legislação alternativa, comunicando as medidas em que estariam ou não de acordo.

O texto final da Lei n.º 37/2007 e as soluções aí definidas, apresentaram, desde o seu início, deficiências denunciadas por certos autores, as quais permitiriam uma protecção eficaz dos cidadãos contra a exposição ao fumo ambiental do tabaco²⁶. Os estudos existentes também demonstram que decorridos

dois anos da sua vigência, inúmeros locais públicos, serviços e estabelecimentos (restaurantes, estabelecimentos nocturnos e alguns serviços de saúde hospitalares) permitem ainda hoje fumar livremente por “benesses” e lacunas da lei ou pelo simples facto do incumprimento desta ficar na maior parte das vezes impune, por falta de fiscalização²⁷. Citando algumas entidades não-governamentais que se dedicam à luta antitabágica, entre as quais a COPPT – Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (www.coppt.pt), a SPT - Sociedade Portuguesa de Tabacologia (www.sptabacologia.org) e a iniciativa Portugal Sem Fumo (www.portugalsemfumo.org), encontramos diversos factores que estarão na base do incumprimento da Lei n.º 37/2007, entre os quais se incluem: as ambiguidades do texto da lei (e.g. locais onde é proibido e permitido fumar, simultaneamente ou em alternância); indefinições práticas sobre requisitos técnicos exigidos (e.g. a previsão de sistemas de exaustão como condição para se permitir o consumo de tabaco, sabendo-se por dados científicos que estes são sempre ineficazes); exemplos de entidades públicas em incumprimento flagrante da lei, sem que tal tenha dado lugar a quaisquer sanções; a ausência ou atraso na aplicação efectiva das sanções preconizadas na lei para as violações à mesma; a falta de uma actuação continuada no terreno por parte da Direcção-Geral da Saúde, a qual é responsável pela promoção do cumprimento do disposto na lei (artigo 23.º). A acrescentar a estas deficiências, outras medidas e acções específicas previstas na lei, como é o caso da informação e educação para a saúde e da prevenção (artigo 20.º), não foram sequer desenvolvidas.

Estando prevista a elaboração de um relatório pela Direcção-Geral da Saúde, de avaliação do impacto da Lei n.º 37/2007 para o ano de 2011, a entregar na Assembleia da República, poderá aí haver oportunidade para sugerir alterações à mesma, com o objectivo de dirimir algumas das falhas que citámos, entre outras, e de actualizar o seu conteúdo de forma a dar resposta às todas as orientações existentes na Convenção Quadro da OMS²³ (12).

Algumas reflexões para o futuro da legislação em Saúde Pública ou as duas faces de uma lei: o caso norte-americano “FDA e tabaco”

Em 2009, uma nova lei federal norte-americana (PUBLIC LAW 111-31 - JUNE 22, 2009) (13) referenciada como *Family Smoking Prevention and Tobacco Control Act*²⁸, deu à *Food and Drug Administration* (FDA) competências de regulação e fiscalização sobre o tabaco permitindo a esta entidade impor novos controlos potencialmente mais rigorosos sobre a produção e comercialização dos produtos de tabaco. Esta legislação permite nomeadamente ao FDA ser financiado através de taxas cobradas à indústria; estabelecer normas para reduzir o teor

(11) Para acompanhar o processo de actualização dos países que já ratificaram a Convenção Quadro ver: WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2005. [cited 2010 December 20]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/framework/en>.

(12) Existem diversas linhas de orientação para implementação da Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco (“Guidelines for implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control”) com referência a artigos específicos e incluindo temas como a exposição ao fumo ambiental do tabaco, publicidade, promoção e patrocínio (da indústria do tabaco), entre outros. Os documentos podem ser consultados em <http://www.who.int/fctc/guidelines/en/>.

(13) Ver o texto integral da lei federal norte-americana PUBLIC LAW 111-31 - JUNE 22, 2009 em http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/getdoc.cgi?dbname=111_cong_public_laws&docid=f:publ031.111.pdf.

de nicotina e regulamentar os produtos químicos presentes nos cigarros; aprovar ou banir novos produtos de tabaco e proibir a maioria dos diversos aromas deste, bem como as nomenclaturas “light” ou “low tar”. Permite ainda restringir a comercialização e publicidade dos produtos do tabaco, eliminando anúncios coloridos, *displays* de loja (substituídos por textos a preto e branco apenas), toda a publicidade ao ar livre do tabaco dentro de um perímetro de trezentos metros de escolas ou parques infantis e introduzir mensagens ainda mais explícitas de advertência dos perigos do tabaco nos maços, entre outros²⁹.

A ironia da criação deste sistema de regulação, liderado por um organismo governamental de protecção da saúde (FDA), é que este diz respeito a um produto que, como reafirma recentemente a OMS³⁰ mata estimadamente metade de seus consumidores regulares, com um número global de mortes anuais de mais de cinco milhões de indivíduos e em relação ao qual não há qualquer nível de “consumo seguro” para a saúde. Mesmo assim, o aumento da presença federal no controlo do tabaco foi considerado em geral um grande avanço devido ao facto desta lei ser uma das mais fortes acções já tomadas pelo governo dos EUA para promover o controlo do tabaco a nível federal. Entre as várias personalidades que se manifestaram publicamente durante o processo que levou à aprovação daquela legislação incluindo autoridades de Saúde Pública não houve consenso. Enquanto alguns se congratulavam com a lei e defendiam que esta era a única opção sensata a seguir, como é o exemplo de Cheryl Heaton - presidente e CEO da *American Legacy Foundation* (14) – que saudava a nova legislação apenas porque “há pouca probabilidade de considerar o tabaco ilegal e, como tal, regulamentá-lo é o mínimo que se pode fazer”³¹, outros, como Michael Siegel - professor de Ciências da Saúde da *School of Public Health da Boston University* - argumentavam que a legislação coloca a FDA na posição de “enganar os consumidores”, colocando o seu selo de aprovação sobre produtos que a agência possa considerar como “os cigarros mais seguros”, só porque reduzem em parte os níveis de agentes cancerígenos. Este docente afirmava textualmente que “isto coloca o FDA dentro do negócio de aprovar produtos mortais. Penso que realmente prejudica todo o sistema federal de regulação da saúde. Estão a aprovar produtos que matam as pessoas” (...) “Não há necessariamente relação entre os níveis de agentes cancerígenos e a segurança do produto”³².

Outro factor importante a ter em conta foi a vontade política da Altria Group - dona da Philip Morris - de aderir à regulamentação federal. Publicamente, a Altria apoiou a legislação argumentando que permite “uma maior previsibilidade e estabilidade (...) para a indústria do tabaco”,

tal como afirmou Brendan J. McCormick, porta-voz daquele grupo. Na verdade, a Philip Morris, após longos e penosos processos judiciais, decidiu refazer a sua imagem como uma empresa “socialmente responsável”. Parte dessa estratégia de *marketing* foi defender a legislação de 2009, na tentativa de tentar reduzir os produtos cancerígenos nos cigarros e evitar que o tabaco seja proibido a título definitivo. Além disso, a empresa criou uma operação extensa de investigação científica nesta área, sendo a mais bem preparada para lidar com o processo de aprovação, por parte do FDA, de novos produtos de tabaco a rotular de menos perigosos³³.

Todos os aspectos em jogo, neste exemplo aqui apresentado, podem alertar o legislador para o facto de ter que avaliar melhor o quanto certas boas intenções das leis de Saúde Pública, neste caso relacionadas com a luta contra o tabaco, podem ser falaciosas (no todo ou em parte) quanto ao resultado que se pretende atingir, dadas algumas subtilidades de interpretação a ter em conta. Apesar das evidências científicas incontestáveis e das recomendações globais aceites à partida por grande parte dos especialistas e entidades científicas, como manifestou o *Institute of Medicine*³⁴ (15), nem sempre os actores sociais desta área são consensuais no momento em que as medidas políticas concretas são tornadas realidade. Além disso, quando as mensagens oficiais transmitidas pelas decisões e acções derivadas da lei são contraditórias ou de difícil enquadramento e execução, permitem assim que mais facilmente sejam aproveitadas, distorcidas e enviesadas por entidades com interesses opostos aos objectivos pretendidos na saúde das populações.

Instrumentos para uma melhoria das leis de Saúde Pública

Políticas públicas e grupos de pressão: uma colaboração enviesada

A ampla intervenção na saúde comunitária que é normalmente preconizada nas políticas públicas e nas leis de Saúde Pública deverá envolver sempre a acção de actores públicos, sociais e de grupos de interesse, os quais deverão agir em estreita colaboração como condição para se atingir um objectivo proposto de “bem comum”. As políticas públicas são identificadas aqui como “decisões de autoridade que são feitas pelos governos através de leis, regras e regulamentos”³⁵, em que a palavra autoridade indica que as decisões provêm dos legítimos poderes de legisladores, governos e de outros grupos de interesse públicos ou oficialmente reconhecidos, e não de

(14) A *American Legacy Foundation* é uma organização sem fins lucrativos de âmbito nacional que desenvolve programas direccionados para os efeitos do uso de tabaco na saúde, como a campanha *The Truth*. Ajuda jovens a rejeitar o tabaco e fornecem a todos os interessados acesso a serviços de prevenção e cessação tabágica. Foi criada em 1999 e é financiada a partir dos fundos de compensação dos danos causados pelo tabaco, no âmbito do *Tobacco Master Settlement Agreement*, um acordo judicial que ocorreu entre as maiores empresas de tabaco dos EUA e os procuradores-gerais de 46 estados e cinco territórios dos EUA, em 1998. Ver mais informações sobre *American Legacy Foundation* em <http://www.legacyforhealth.org/> e sobre *Tobacco Master Settlement Agreement* em <http://ag.ca.gov/tobacco/msa.php>.

(15) Em 2007 o *Institute of Medicine* (IOM) recomendou duas estratégias globais para acabar com o problema do tabaco nos Estados Unidos. A primeira foi aumentar a implementação de estratégias baseadas em evidências para o controlo do tabaco, incluindo programas estatais compreensivos de controlo do tabaco, impostos especiais sobre o tabaco, restrições ao fumo, prevenção do tabagismo entre jovens, apoio a cessação e acção na comunidade. A segunda estratégia foi existir uma forte presença federal nas actividades de controlo do tabaco, incluindo regulamentação federal dos produtos do tabaco e das actividades da indústria^{29,34}.

grupos de pressão provenientes da indústria ou de organizações de indivíduos relacionados com a defesa de interesses privados ou sectoriais. Na realidade, temos assistido nos últimos anos a uma actividade intensa por parte das indústrias do álcool e do tabaco e de outros grupos ou indivíduos com interesses particulares, no sentido de influenciar a investigação científica, bem como os processos políticos, organismos e autoridades públicas responsáveis pelas políticas e pela elaboração e implementação da legislação de Saúde Pública³⁶.

As diferenças fundamentais entre os “grupos de interesse” e “grupos de pressão” no que concerne a sua participação nas decisões de políticas públicas residem na especificidade da motivação que possuem, nos objectivos que pretendem atingir com a sua acção e na forma como os tentam atingir³⁷. Trata-se de dois modos distintos de conceber as relações entre sociedade e poder, cidadãos e Estado³⁸. Sintetizando os principais conceitos referidos pelos autores que distinguem estes dois tipos de grupos, pode-se afirmar que os primeiros procuram realizar os seus fins de acordo com a lei vigente, numa lógica democrática de colaboração e participação desejada pelo poder, actuando apenas na esfera particular, agindo em relação ao poder público aquando adquire consciência da existência de um interesse comum de natureza colectiva, se posicionando com a intenção de influenciar positivamente o poder e os partidos políticos mantendo entretanto em respeito pelas suas posições ideológicas. Nesta acção os grupos de interesse revêm-se num processo de pedagogia institucional, dando ao processo político de tomada de decisão maior consistência e eficácia social. Já os segundos exercem uma pressão a todos os níveis considerados eficazes para obter o controlo sobre os poderes públicos, incluindo partidos e agentes políticos, governantes e agentes da administração, numa lógica anti-democrática de deter o poder e se apropriarem de partidos políticos de forma a utilizarem-nos, colocando-se em posição de ditarem o poder, para que as decisões públicas sejam favoráveis à realização dos seus interesses e aspirações privados, visando, assim, apenas o seu próprio benefício. Assim, os grupos de pressão revêm-se num processo de privilégio com o poder onde determinam o que deve ser o interesse colectivo de acordo com as suas interpretação e visão próprias do que é o interesse público^{37,38}.

Neste contexto, no sentido de potenciar o sucesso da aplicação das leis em Saúde Pública, é fundamental a necessidade do Estado de clarificar, por regra, a acção que os diferentes actores sociais e grupos podem ter na elaboração das políticas públicas de saúde, em estrito acordo com a sua legitimidade ou não para a prossecução e defesa dos interesses públicos. De acordo com a

OECD³⁹, a colaboração e a influência nos processos que ocorrem entre os cidadãos e seus representantes e o Estado pode variar com o grau de interacção desenvolvido. A acção que mediante um desejado processo democrático de colaboração em prol do bem comum, seria, à partida, a da participação activa (16) dos vários actores sociais, poderá, todavia, perante um prisma de maior ou menor legitimidade dos interesses representados, ter que ser limitada e.g. a uma simples consulta (17), ou mesmo ao mero direito à informação (18) sobre a questão em causa, cabendo esta delimitação do nível de participação correcto às instâncias que detêm a autoridade política. De facto, o nível de envolvimento que os mencionados actores poderão exercer nas políticas públicas de Saúde Pública pode interferir de forma decisiva não apenas na elaboração, como, também, na implementação, sensibilização e cumprimento da legislação ou regulamentação que daquelas emanem, pelo que este ponto se apresenta de crucial importância para a eficácia ou não da lei em Saúde Pública.

A utilização de um modelo lógico

Identificar as forças e fraquezas nas leis de Saúde Pública é uma tarefa tão complexa quanto a multidisciplinaridade das ciências e a diversidade social dos actores envolvidos. Uma das premissas do processo de elaboração e implementação das leis de saúde pública, é, pois, a necessidade de um conhecimento aprofundado do contexto a que estas mesmas leis se vão aplicar, incluindo o ambiente e os actores sociais que delas são alvo. Como já se viu anteriormente, sobretudo nas áreas do álcool e do tabaco, estes factores são determinantes na eficácia ou não das leis de Saúde Pública.

Partindo da constatação de que as leis e práticas jurídicas afectam a qualidade de vida e a saúde da população, mas que todos esses efeitos potenciais são difíceis de prever a partida ou de serem padronizados, defende-se, de acordo com alguns dos autores que recentemente se têm debruçado sobre o tema, que se pode tentar analisar e avaliar o processo legislativo e os resultados obtidos pela aplicação das leis de Saúde Pública com o recurso a um “modelo lógico”, ideia que se desenvolve em seguida.

Por “modelo lógico” entende-se uma imagem relativa à forma sistematizada de apresentar e partilhar a compreensão das relações existentes entre os recursos disponíveis, as acções e actividades preconizadas e à maneira como se pretendem atingir os objectivos estabelecidos de mudanças e resultados. Estes modelos permitem, assim, interligar os resultados

- (16) Deve providenciar-se tempo e flexibilidade para o aparecimento de propostas dos cidadãos e da comunidade, e criarem-se mecanismos de integração. Esta relação baseia-se numa parceria com os governos e demais instituições sociais, através da qual os cidadãos e a comunidade participam activamente na definição do processo e conteúdo das decisões e das acções que lhes dizem respeito. Podem ser da iniciativa dos governos e demais instituições sociais, ou da iniciativa do cidadão e da comunidade³⁹.
- (17) Deve ser conduzida com base em objectivos claros e de acordo com as regras que definem claramente os limites desse exercício. Esta relação é bilateral e baseia-se na definição à priori, por parte dos governos e demais instituições públicas, do assunto em relação ao qual os cidadãos e a comunidade irão pronunciar-se (feedback). Requer tanto a prestação, por parte dos governos e demais actores sociais, da informação necessária, como o convite para contribuir com o seu ponto de vista e opinião³⁹.
- (18) Deve ser completa, objectiva, acessível, de confiança, relevante e fácil de encontrar. Esta relação é unilateral. Os governos e demais instituições sociais produzem e prestam informação para o uso dos cidadãos e da comunidade. Este processo pode ser realizado de forma passiva, através da solicitação directa dos cidadãos, ou de forma activa, através de meios de comunicação escolhidos de modo a disseminarem a informação considerada importante³⁹.

(mudanças) com as saídas (produtos e serviços), os processos (actividades ou acções) e as entradas (recursos) relativas a um certo projecto^{40,41}. Um projecto é uma iniciativa ou conjunto de actividades bem delimitadas que decorrem num período de tempo definido, visando obter um objectivo específico e contribuir para a execução de um programa no âmbito de uma estratégia ou política⁴². Pode ser realizado através da criação e implementação de uma legislação e na prática, muitos projectos são criados empiricamente para responder a necessidades momentâneas ou para cumprirem uma determinada missão fora do contexto de um programa.

O maior valor de um modelo lógico está no processo de criação, validação e modificação do modelo. A clareza de pensamento que ocorre desde a construção do modelo é fundamental para o sucesso global do projecto. Basicamente, as vantagens que a sua utilização oferece são inúmeras, ajudando a:

- (a) Entender como todas as componentes existentes se encaixam;
- (b) Determinar onde serão utilizados os recursos de forma a atingir os resultados esperados;

- (c) Distinguir entre acções/actividades e resultados;
- (d) Perceber qual a contribuição dos intervenientes para o projecto;
- (e) Estabelecer de forma clara e objectiva o projecto de tal forma que a avaliação tem um sentido.
- (f) Servir como base para decisões ligadas ao planeamento, gestão, monitorização e avaliação;

Por fim, a estrutura do modelo lógico permite o desenvolvimento do processo de investigação que poderá fornecer evidências científicas no sentido de saber quais devem ser as novas políticas de saúde a desenvolver ou a corrigir e como fazê-lo.

A seguir apresenta-se uma adaptação do modelo lógico aplicado às leis de Saúde Pública⁴³, onde se podem identificar as etapas do processo, as acções e intervenções e as inter-influências do contexto (fig. 1):

Cabe aqui fazer a distinção entre os processos de investigação e de avaliação que podem decorrer a partir da estruturação de um modelo lógico a respeito da intervenção legislativa em Saúde Pública:

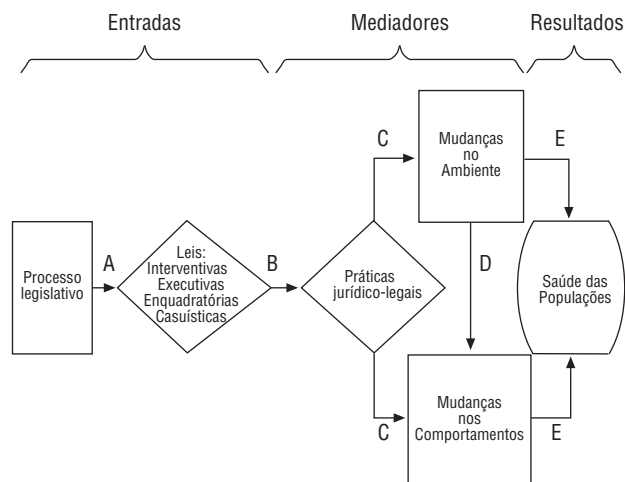


Figura 1 - Etapas e assuntos do Modelo Lógico (Logic Model of Public Health Law Research, adaptado de Burris et al., 2010⁴³)

A – Diz respeito aos processos políticos e aos factores que influenciam a elaboração das leis conforme são aprovadas e moldam as características específicas das normas e regulamentos adoptados.

B e C examinam os principais mediadores da cadeia que liga as leis e resultados de saúde.

B – O foco das práticas jurídicas recaem sobre a implementação ou reforço da lei, incluindo o modo como a lei afecta as estruturas ou o funcionamento de vários sistemas de regulação. As leis podem variar consideravelmente em como são implementadas. Podem ser alvo de litigação judicial, não financiamento, possuir disposições legais pouco claras, falta de identificação de um órgão administrativo responsável pela implementação e supervisão, a falta de compromisso político, e muitos outros factores que podem comprometer a execução. Da mesma forma, as leis podem induzir a diferentes níveis de cumprimento por parte das entidades regulamentadas ou da população, dependendo do grau de resistência social e do mercado e dos mecanismos disponíveis para o cumprimento a para a fiscalização, entre outros factores.

C – Congrega os efeitos da lei em ambientes (físicos, estruturas sociais e instituições) e em comportamentos de saúde (colectivos e individuais). As leis e sua implementação podem aumentar ou reduzir as oportunidades, os recursos disponíveis, os direitos e obrigações e os incentivos e sanções.

D – A lei pode afectar os comportamentos de saúde directamente através das mudanças nas condições ambientais que fazem as escolhas de comportamento mais ou menos atraentes. As leis podem, por exemplo, determinar o nível de acessibilidade, disponibilidade, e condições em que determinados produtos, estabelecimentos ou comportamentos numa determinada área geográfica ou contexto podem ocorrer ou ser limitados.

E – As mudanças nos ambientes e comportamentos pode levar a mudanças populacionais e estados de saúde.

- A investigação no campo do Direito da Saúde Pública pode ser definida como “o estudo científico da relação entre direito e práticas jurídicas para a saúde da população”. Isto inclui tanto as relações directas entre o direito e a saúde, como as relações mediadas através dos efeitos da lei sobre comportamentos de saúde, bem como outros processos e estruturas que afectam a saúde da população⁴³ (19). A investigação pode demonstrar quais as acções que funcionam e como se devem implementar para se conseguirem atingir os objectivos desejados, produzindo um tipo de evidência científica de qualidade avançada que pode servir de base às política e práticas de saúde pública⁴⁴.
- A avaliação na área da saúde é considerada tradicionalmente como um processo sistemático e científico para determinar a dimensão em que uma acção ou conjunto de acções são bem-sucedidas em atingir objectivos pré-determinados⁴². O Dicionário de Epidemiologia⁴⁵ define a avaliação como um “processo que tenta determinar da forma mais sistemática e objectiva possível a relevância, efectividade e impacto das actividades à luz dos seus objectivos”. Assim, “a avaliação de programas implica uma recolha, análise e apresentação sistemática da informação relativa a um programa, serviço ou intervenção, que pode ser utilizada na tomada de decisões”⁴⁶. A avaliação das leis de Saúde Pública seguem igualmente estes princípios, são um trabalho objectivo, rigoroso e importante no âmbito das Políticas de Saúde.

A avaliação e a investigação são muitas vezes confundidas entre si, devido a utilização de instrumentos e métodos semelhantes que fazem. Entretanto não são concorrentes, nem a existência de uma substitui a outra, podendo se desenvolverem em paralelo no âmbito de um projecto, colaborando entre si na partilha da informação obtida.

Considerações finais

Existem actualmente acções determinantes para o desenvolvimento de políticas e legislação de Saúde Pública que, no caso aqui relatados do álcool e do tabaco, se encontram presentes no contexto internacional, europeu e português, afectando de forma positiva ou negativa as tomadas de decisões e o desenvolvimento de políticas nesta área. De facto, as decisões políticas, a legislação produzida na área da Saúde Pública e a sua aplicação nem sempre resultam nos melhores benefícios possíveis a nível do bem público e da saúde das populações.

Ainda assim, e apesar de existirem, a nível internacional e nacional, actores sociais importantes interessados na defesa do bem público que lutam para introduzir políticas de saúde consistentes e identificar e alertar possíveis desvios dessas políticas, estes existem demonstrando que o poder de influência e a dimensão dos factores determinantes em causa são por vezes favoráveis aos interesses de uns em detrimento de outros, independentemente da legitimidade destes actores

em intervir e dos princípios de saúde e bem-estar social que as decisões políticas devem preconizar. Estas influências parecem continuar a ocorrer ao longo do tempo.

Daí, identificar e compreender os factores presentes neste processo político, legislativo e executivo, na sua dimensão complexa, é fundamental para se poder actuar em função de melhor influenciar legitimamente as políticas e as leis de Saúde Pública, sendo cada vez mais evidente a necessidade de se desenvolverem mecanismos de investigação e avaliação das leis de Saúde Pública, de forma a contribuir para a melhoria da evidência científica disponível nas tomadas de decisão e no aperfeiçoamento das políticas de saúde.

Desta forma, para se poder pensar na redução ou eliminação de barreiras e na construção de soluções que permitam atingir os objectivos legitimamente preconizados pela saúde pública para uma política e legislação efectivas do álcool e do tabaco, é preciso ir para além da simples identificação dos diversos actores envolvidos e dos interesses em causa, numa tentativa de perceber objectivamente o exercício do poder dos diversos actores e como alterações nestas políticas podem afectar o *status quo* actual de todos os actores na sociedade.

A investigação em Direito da Saúde Pública⁴³ pode: 1) mostrar o que foi feito e, assim, que tipo de acção os diferentes organismos do Governo podem desenvolver; 2) fornecer informações sobre a melhor forma de garantir que a letra da lei se torne efectiva na sua aplicação prática; 3) determinar quais as abordagens jurídicas mais eficazes para melhorar os ambientes de saúde, comportamentos e resultados; 4) identificar os efeitos legais nocivos que ocorrem e 5) identificar as razões pelas quais as leis provocam efeitos específicos decorrentes da sua aplicação e quais os mecanismos a utilizar para melhorar a efectividade das intervenções legislativas. Através duma investigação sistematizada sobre as leis de Saúde Pública será mais fácil identificar as forças que moldam as políticas de Saúde Pública e, consequentemente, as estratégias idóneas para efectuar as mudanças necessárias a uma efectiva acção dos instrumentos normativos na melhoria da saúde das populações e na promoção de estilos de vida saudáveis.

B I B L I O G R A F I A

1. Burris S, Wagenaar AC, Swanson J, Ibrahim JK, Wood J, Mello, MM. Making the case for laws that improve health: a framework for public health law research. *Milbank Q.* 2010;88:169-210.
2. Gostin LO. Public health law in a new century: part I: law as a tool to advance the community's health. *JAMA.* 2000;283:2837-41.
3. Martin R. The importance and limits of law in the protection of public health: opening lecture. In: *Proceedings of the Conference: The importance and limits of Law in the protection of Public Health*, Lisbon, 4th November 2009. Lisboa: Observatório Permanente da Justiça. Associação Sindical de Juizes Portugueses. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 2009. Inaugural Conference of the Advanced Training Course “Health Law, Biolaw and Bioethics”.
4. Faria PL. Fundamentos teóricos de um novo regime jurídico para a prevenção e controlo das doenças transmissíveis em Portugal. In: Almeida, CF, Amaral DF, Almeida MT, editores – Estudos comemorativos dos 10 anos da Faculdade de Direito

(19) Tradução livre dos autores. No original: “the scientific study of the relation of law and legal practices to population health.”⁴³.

- da Universidade Nova de Lisboa. Vol I. Coimbra: Almedina; 2008. p. 621-43.
5. Wing KR, Mariner, WK, Annas, GJ, Strouse DS. Public health law. Albany (NY): LexisNexis. Mathew Bender; 2007.
 6. Calheiros JM. Controlo do tabagismo: 1.º ano da Lei. In: Actas do 24.º Congresso de Pneumologia. Porto, 5-7 de Dezembro de 2008. Porto: Sociedade Portuguesa de Pneumologia; 2008.
 7. Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia. [Internet]. (2010/C 83/02) 30 de Março de 2010 [cited 2010 January 20]: C83 389-C83 403. É proclamada solenemente a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia pelo Parlamento Europeu, pelo Conselho e pela Comissão. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:pt:PDF>.
 8. Tratado de Lisboa. Jornal Oficial da União Europeia. [Internet]. (2007/C 306/01) 17 de Dezembro de 2007 [cited 2010 January 20]: C306/1-C306/10. Altera o tratado da União Europeia e o tratado que institui a Comunidade Europeia. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:306:0001:0010:PT:PDF>.
 9. Constituição da República Portuguesa. D.R. I.ª Série A. 155. (2005-08-12) 4642-4685. Constituição de 2 de Abril de 1976, na redacção que lhe foi dada pelas Leis Constitucionais n.ºs 1/82 de 30 de Setembro, 1/89 de 8 de Julho, 1/92 de 25 de Novembro, 1/07 de 20 de Setembro, 1/2001 de 12 de Dezembro, 1/2004 de 24 de Julho e 1/2005 de 12 de Agosto.
 10. Lei n.º48/90. D.R. I.ª Série. 195 (1990-08-24)3452-3459. Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
 11. Resolução n.º 166/2000. D.R. I.ª Série B. 276 (2000-11-29) 6837-6841. O Conselho de Ministros resolve: 1- Aprova o Plano de Acção contra o Alcoolismo.
 12. Carvalho A. Políticas públicas sobre o álcool. In: Ferreira-Borges C, Cunha Filho, H, orgs. Alcoolismo e toxic dependência: manual técnico. Lisboa: Climepsi; 2004.
 13. Decreto-Lei n.º 332/2001. D.R. I.ª Série A. 296 (2001-12-24) 8410-8411. Altera o Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90 de 23 de Outubro.
 14. Decreto-Lei n.º 9/2002. D.R. I.ª Série A. 20 (2002-01-24) 483-486. Estabelece restrições à venda e consumo de bebidas alcoólicas e altera os Decretos-Lei n.º 122/79, de 8 de Maio, n.º 25/86 de 25 de Agosto, n.º 168/97, de 4 de Julho e n.º 370/90, de 18 de Setembro.
 15. Portaria n.º 390/2002. D.R. I.ª Série B. 85 (202-04-11) 3551-3553. Regulamenta as prescrições mínimas em matéria de consumo, disponibilização e venda de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho da Administração Pública central e local.
 16. WHO-Europe. Framework for alcohol policy in the WHO European Region. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. [cited 2009 October 15]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/pre-2009/framework-for-alcohol-policy-in-the-who-european-region>.
 17. WHO-Europe. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. [cited 2010 January 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf.
 18. WHO-Europe. Handbook for action to reduce alcohol-related harm. [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009a. [cited 2010 January 15]. Available from: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf.
 19. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective: a report for the European Commission. [Internet]. London: Institute of Alcohol Studies; June 2006. [cited 2008 September 10]. Available from: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm.
 20. European Commission. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. Brussels: European Commission; 2006. (COM(2006) 625 – 2006 October 24). [cited 2009 January 15]. Available from: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/alcohol_com_en.htm.
 21. WHA. Sixty-Third World Health Assembly: Resolution WHA63.13: Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. [Internet]. Geneva: World Health Assembly; 2010. [cited 2010 November 15]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.
 22. WHA. Sixty-First World Health Assembly: Resolution WHA61.4: Strategies to reduce harm use alcohol. [Internet]. Geneva: World Health Assembly; 2008. [cited 2010 November 15]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.
 23. WHO. Framework Convention on Tobacco Control. [Internet]. Geneva: WHO; 2005. [cited 2010 November 20]. Available from: <http://www.who.int/tobacco/framework/en/>.
 24. Decreto n.º 25-A/2005. D.R. I.ª Série A. 214 (2005-11-08) 6456-(2)-6456-(35). Transcreve e aprova a Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, adoptada em Genebra, pela 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de Maio de 2003.
 25. Lei n.º 37/2007. D.R. I.ª Série. 156 (2007-08-14) 5277-5285. Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.
 26. Faria PL, Campos A, Cunha Filho H. Protecção à exposição do fumo e redução do consumo de tabaco: notas a propósito da entrada em vigor a 1 de Janeiro de 2008 da Lei n.º 37/2007 de 14-08. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Internet]. 2007 [cited 2009 December 10];25:81-8. Available from: https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/07_02_2007.pdf.
 27. Reis MF, Precioso J, Rebelo L, Carrola R, Aguiar P. First exploratory descriptive study on adherence to and compliance with the Portuguese smoke-free law in the leisure-hospitality sector. Tob Control. 2010;19:171-2.
 28. US Food and Drug Administration. News & events: public health focus: FDA & tobacco regulation. [Internet]. Rockville (MD): Food and Drug Administration; 2009. [cited 2009 September 30]. Available from: <http://www.fda.gov/NewsEvents/PublicHealthFocus/ucm168412.htm>.
 29. Cokkinides V, Bandi P, McMahon C, Jemal A, Glynn T, Ward E. Tobacco Control in the United States: recent progress and opportunities. CA Cancer J Clin. [Internet]. 2009 [cited 2010 January 30];59:352-65. Available from: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/59/6/352>.
 30. WHO. Tobacco. Geneva: WHO Media Centre; 2010. (Fact sheet; 339). [cited 2008 September 10]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>.
 31. Heaton C. Bicknell Conference: Is There Such a Thing as a Safe(r) Cigarette? Tobacco Regulation and the FDA. [Internet]. Boston: School of Public Health. Boston University; 2009. [cited 2010 May 20]. Available from: <http://sph.bu.edu/insider/Recent-News/bicknell-panelists-debate-pros-and-cons-of-federal-regulation-of-tobacco.html#slideshow>.
 32. Siegel M. Bicknell Conference: Is There Such a Thing as a Safe(r) Cigarette? Tobacco Regulation and the FDA. [Internet]. Boston: School of Public Health. Boston University; 2009. [cited 2010 May 20]. Available from: <http://sph.bu.edu/insider/>

- Recent-News/bicknell-panelists-debate-pros-and-cons-of-federal-regulation-of-tobacco.html#slideshow.
33. Wilson D. Senate approves tight regulation over cigarettes. New York Times. [Internet]. 2009 July 11. [cited 2010 May 20]. Available from: <http://www.nytimes.com/2009/06/12/business/12tobacco.html>.
34. Institute of Medicine. Ending the tobacco problem: a blueprint for the nation. Washington, DC: Institute of Medicine; 2007.
35. Longest, BB. Health policymaking in the United States. Chicago (IL): Health Administration Press; 1998.
36. Miller PG, Moore D, Strang J. The regulation of research by funding bodies: an emerging ethical issue for the alcohol and other drug sector. *Int J Drug Policy*. 2006;17:12-6.
37. Fernandes, AJ. Introdução à ciência política: teoria, métodos e temáticas. Porto: Porto Editora; 2008.
38. Carvalho, LN. Direito ao lobbying: teoria, meios e técnicas. Lisboa: Cosmos; 2000.
39. OECD. Citizens as partners: information, consultation and public participation in policy-making. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2001.
40. W.K. Kellogg Foundation. Logic model development guide. [Internet]. Battle Creek (MI): W.K. Kellogg Foundation; 2004. [cited 2010 October 20]. Available from: <http://www.wkkf.org/knowledge-center/resources/2010/Logic-Model-Development-Guide.aspx>.
41. Cunha Filho H, Ferreira-Borges C, coord. Gestão de problemas de saúde em meio escolar: organização de intervenções preventivas. Lisboa: Coisas de Ler; 2008.
42. Imperatori E. Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa: Edinova; 1999.
43. Burris S, Wagenaar AC, Swanson J, Ibrahim JK, Wood J, Mello MM. Making the case for laws that improve health: a framework for public health law research. *Milbank Q*. 2010;88:169-210.
44. Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58:538-45.
45. Last J. A dictionary of epidemiology. 4th edition. New York (NY): Oxford University Press; 2001.
46. Hudson J, Mayne J, Thomlison R, editors. Action-oriented evaluation in organizations: Canadian practices. Toronto (ON): Wall & Emerson; 1992.