

## **Contributo da ACIBEV para a Discussão Pública do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017**

### **A. Contributo**

A existência de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) é uma mais-valia social e cultural. É fundamental haver uma estratégia clara, adequada e eficaz para combater este flagelo que tem vindo a atingir números preocupantes em Portugal. Estima-se que a taxa de suicídios fosse em 2011 de 9,6 pessoas por 100.000 habitantes<sup>1</sup>, o que em termos percentuais equivale a 0,01% da população (cerca de 10 milhões de habitantes).

No entanto, não podemos concordar com as medidas propostas no que diz respeito à restrição de bebidas alcoólicas, especialmente quando o álcool é apenas um de 26 potenciais factores de risco a contribuir para comportamentos suicidários.<sup>2</sup>

Da mesma forma que a grande maioria da população não tem tendências suicidas, a grande maioria dos consumidores bebe de forma moderada, sem abusar regularmente. É este o grupo que será atingido por medidas mais restritivas, enquanto as pessoas que precisam de acompanhamento especializado ou outro tipo de ajuda, hão-de, de uma forma ou de outra, ter acesso a algum tipo de meio que poderá, ou não, levar a um acto suicidário.

Especificamente, questionamos a eficácia das propostas relacionadas com o preço - aumento do preço e a definição de um preço mínimo - e restrições acrescidas para a publicidade de bebidas alcoólicas. Ambas as medidas carecem de consenso científico e eficácia política comprovada, quando considerado o impacto que as medidas têm ao penalizar a população em geral.

Também levantamos uma dúvida sobre a relevância e o alcance para o PNPS de uma menção à segurança rodoviária que se encontra na p.52.

---

<sup>1</sup> Sociedade Portuguesa de Suicidologia - [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=151%3Aestatistica&Itemid=3](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=151%3Aestatistica&Itemid=3)

<sup>2</sup> Sociedade Portuguesa de Suicidologia [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=25:entao-que-tipo-de-factores-pode-contribuir-para-alguem-ter-pensamentos-suicidarios-&catid=31:geral&Itemid=28)

É reconhecido que a questão do suicídio não tem soluções fáceis. No entanto, as medidas tomadas devem ser eficazes, direccionadas e específicas, evitando medidas generalistas, ou populistas, como são as propostas que restringem o comércio legítimo de bebidas alcoólicas, um sector que contribui largamente para os impostos, o emprego, a fixação de populações em zonas rurais no interior, (eno)turismo e faz parte de uma cultura milenar.

As evidências apresentadas não são cientificamente comprovadas ou inquestionáveis:

<p><b>Preço Mínimo por Unidade de Álcool (preço mínimo unitário)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Teoria baseada num modelo que produz previsões altamente especulativas;</li> <li>▪ Penaliza a população em geral, quando o alvo é um grupo específico;</li> <li>▪ Conflito com o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFEU), art.º. nº 34;</li> </ul>
<p><b>Aumento Geral dos Preços de Bebidas Alcoólicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não atinge o grupo alvo em específico enquanto penaliza a população em geral;</li> <li>▪ Não existe uma relação cientificamente comprovada entre preço, consumo e dano;</li> <li>▪ Aumenta a possibilidade da procura de alternativas ao álcool legal (destilação caseira, contrabando, álcool informal)</li> </ul>
<p><b>Restrições à Publicidade de Bebidas Alcoólicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A publicidade convencional afecta principalmente as quotas de mercado de marcas em competição entre si numa determinada categoria de produtos, e não o consumo total da categoria de produto (neste caso bebidas alcoólicas);</li> <li>▪ Publicidade a bebidas alcoólicas está regulamentada por lei e respeita horários perfeitamente definidos, requerendo uma fiscalização eficaz pela parte das autoridades competentes;</li> <li>▪ Não é estabelecido uma relação definitiva entre a proibição da publicidade e variação do consumo de bebidas alcoólicas, não existindo provas suficientes de que a publicidade influencia o aumento de consumo;</li> <li>▪ Para além da legislação existem códigos auto-reguladores;</li> </ul>
<p><b>Inclusão de exemplos desadequados vs equilibrados</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A inclusão de exemplos deve ser sempre equilibrada, ilustrativa e abrangente;</li> <li>▪ Não é construtivo dar como exemplo uma situação desenquadrada da realidade económica, social, cultural, temporal e política como a da ex-URSS;</li> <li>▪ Isto não é um exemplo que encaixe na realidade portuguesa e, como tal, não pode nunca ser considerado um “caso de sucesso” e “exemplo a seguir”;</li> <li>▪ Existem exemplos do contrário: um aumento no consumo <i>per capita</i> na Suécia e Hungria não resultou num aumento das taxas de suicídios.</li> </ul>

### Recomendações:

- O PNPS deverá identificar formas eficazes de reconhecer os casos potenciais de suicídios;
- Acompanhar devidamente os casos identificados envolvendo os vários agentes comunitários;
- Educar/Sensibilizar a população em geral tornando o suicídio um problema de todos;
- Quebrar o estigma sobre o suicídio – o suicídio não é um problema exclusivamente individual, é um problema colectivo.

### B. Propostas de alterações específicas ao texto do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

#### Legenda:

====: **Texto Cortado**

■: **Texto Acrescentado**

P.5 “e) ~~Maior restrição~~ **Combate** ao consumo **abusivo** de bebidas alcoólicas;”

P.6 “~~c) Maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas;~~”

**“c) Maior restrição ao consumo de substâncias psicoativas e combate ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas**”

P.7 “d) *Controlo regular do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas;*”

P.8 “b) *Facilitar o acesso aos cuidados de saúde quando identificadas vulnerabilidades endógenas, no campo da saúde mental (p. ex. depressão, perturbação da personalidade ou perturbação de impulsos) ou outra (p. ex. doença oncológica, dor crónica ou doença crónica incapacitante), ou externas (p. ex. desemprego, endividamento, consumo **abusivo** de álcool, problemas familiares, perda de habitação);*”

P.14 “*Perturbações associadas ao consumo **abusivo de** bebidas alcoólicas e a outras substâncias psicoativas*”

**P.19** “As perturbações mentais, particularmente a depressão e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, constituem um fator de risco significativo para o suicídio na Europa e América do Norte, enquanto em países asiáticos a impulsividade desempenha um papel considerável.”

**P.21/22** “Pela relevância internacional atribuída ~~às~~ **ao consumo abusivo de** bebidas alcoólicas, sobretudo como recurso frequente nos países de religião não maometana em períodos de crise económica e social, há que considerar o que a este propósito se verifica em Portugal:

- Desde 2005 que a gestão das estruturas de intervenção neste domínio deixou de estar sob alçada da saúde mental, transitando para o ex-IDT, atual SICAD;
- Neste modelo a intervenção é da responsabilidade das estruturas específicas migradas para o SICAD mas integrada em cada ARS, num processo de articulação em desenvolvimento que, para situações de duplo diagnóstico, também integra as estruturas da saúde mental (anexo VIII).”

**P.26** “Na UE o aumento do desemprego está associado, no curto-prazo, a aumento de mortes prematuras por violência intencional, incluindo suicídio, e aumento do consumo **abusivo** de álcool, consequências estas menos relevantes nos países com redes de segurança social eficazes e onde sejam tomadas medidas políticas adequadas”

**P.27** “c) **Consumo abusivo de Bebidas alcoólicas e crise:** quanto ~~às~~ **ao consumo abusivo de** bebidas alcoólicas e ao **eventual, não comprovado,** aumento ~~exponencial~~ de consumo nas situações de crise económica e de desemprego (~~muito grave nas crises Russas de 91 e 98 e com aumento direto de mortalidade na UE~~) é recomendado:

- ~~aumento do preço;~~
- ~~definição de preço mínimo;~~
- reconhecimento precoce de consumos **abusivos**, bem como de depressão e risco de suicídio;
- desenvolvimento de competências que protejam da depressão, comportamentos autolesivos e atos suicidas.

*Em termos genéricos, as medidas recomendadas enfatizam a importância da existência de serviços comunitários de saúde mental e da sua articulação com os CSP”*

**P.29** *“É de referir ainda as medidas a desenvolver após a implementação de iniciativa legislativa, que aguarda promulgação, sobre novas substâncias psicoativas (NSP), que com as bebidas alcoólicas e as substâncias ilícitas têm importante interface também na problemática do suicídio.”*

**P.33** *“Os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental. Falso – Os comportamentos suicidas têm sido associados à depressão, abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, esquizofrenia e outras perturbações mentais. A proporção relativa destas perturbações varia de lugar para lugar, havendo, todavia, casos em que nenhuma perturbação foi detetada;”*

**P.41 e 42** *“Para além destes dados elementares, é importante obter, sempre que possível, junto de familiares, vizinhos ou outros próximos, informação que ajude a reconstruir as circunstâncias que precederam a morte, nomeadamente: alterações recentes de comportamento ou de hábitos de vida; doença mental; doença física, sobretudo se acompanhada de dor crónica; consumo abusivo de álcool e/ou consumo de drogas ou outras substâncias psicoativas; tentativas de suicídio; verbalização de ideias de morte ou suicídio; acontecimentos de vida relevantes adversos, como perdas afetivas ou outras recentes, perda de trabalho, situação de crise económica grave, perda de habitação e orientação sexual.”*

**P.46** *“A existência de perturbação mental é o fator de risco mais importante para o suicídio. As perturbações com o risco associado mais elevado incluem: as perturbações do humor, perturbações psicóticas, perturbações de ansiedade, abuso e dependência de substâncias (~~em particular o álcool no nosso país~~), e algumas perturbações da personalidade (perturbações estado-limite e antissocial). Segundo diversos estudos cerca de 90% das pessoas que morrem por suicídio sofrem de perturbação mental.”*

**P.48** *O isolamento social está entre os principais fatores de risco. Pode estar relacionado com fatores geográficos como a desertificação, mas também ser o resultado de depressão, alcoolismo e vergonha.*

## P.52

### “Prevenção do consumo **abusivo** de bebidas alcoólicas

*Envolve diversos aspetos como: respostas dos serviços de saúde (nomeadamente de diagnóstico ativo de problemas ligados ao álcool (PLA), incluindo intervenção da saúde pública, venda, consumo **abusivo em** público e ~~publicidade de bebidas alcoólicas~~, redução das consequências negativas das intoxicações alcoólicas, maior fiscalização e ~~nível de coimas e outras penalizações para infratores~~ ao **cumprimento do Código da Estrada, bem como mais e melhores campanhas de segurança rodoviária, em especial no que diz respeito à condução sob efeito do álcool***

**(Parágrafo merece clarificação. Não se percebe a relevância e o alcance das coimas e penalizações para infratores do Código da Estrada.)**

*A ação pedagógica na comunidade é relevante também para esclarecer os mitos acerca do alcoolismo, tirando partido, por exemplo, do depoimento de figuras representativas da sociedade.*

**(VERSÃO\_PNPS)** *A OMS refere como caso de maior sucesso na implementação deste tipo de medidas no séc. XX, a redução de suicídios nos homens na então URSS durante a perestroika, através da diminuição do consumo de álcool. A proximidade e acessibilidade a estes meios podem, eventualmente, levar a que eventuais pessoas com comportamentos autolesivos se transformem em suicidas “involuntários”.*

**(VERSÃO\_ALTERNATIVA)** *A OMS refere como caso de maior sucesso na implementação deste tipo de medidas no séc. XX, a redução de suicídios na Suécia. Apesar de, e na sequência da adesão à EU, o mercado de bebidas alcoólicas se ter tornado mais liberal, levando a um aumento no consumo per capita de cerca de 2l, o número expectável de suicídios não se verificou. Na verdade, entre 1995 e 2002 as previsões mostraram estar completamente erradas. O aumento de consumo de bebidas alcoólicas pode não estar directamente relacionado com o aumento do número de suicídios. Neste caso específico, o aumento do consumo não teve qualquer influência no número de suicídios verificado.*

**P.53** *“Também a revisão da literatura mostra que as benzodiazepinas são mais prescritas para as mulheres e idosos, constituindo, além disso, em muitos países, o grupo de fármacos mais frequentemente utilizado em tentativas de suicídio, isoladamente ou em associação com o álcool ou outros medicamentos. Portugal apresenta um dos mais elevados índices de consumo de benzodiazepinas ao nível europeu tendo-se verificado, num estudo retrospectivo envolvendo 13 países europeus, um aumento do consumo no nosso país, não apenas de benzodiazepinas, mas também de antidepressivos.”*

**P.69** *“As perturbações psiquiátricas mais prevalentes associadas ao suicídio e comportamentos suicidas não fatais, incluem a depressão, sendo a comorbilidade, particularmente com abuso de substâncias e/ou álcool, um fator de risco acrescido. Alguns estudos apontam que 50% dos jovens com tentativas de suicídio apresentavam um quadro de depressão<sup>17</sup>. A perturbação bipolar tem sido associada com taxas de suicídio entre 20-44%”*

**P.73** *“Políticas governamentais relativas ao consumo abusivo de álcool e outras substâncias;”*

**P.76/77** *“O suicídio está frequentemente relacionado com perturbações depressivas e estas constituem precisamente as patologias psiquiátricas tratáveis mais comuns entre os idosos. Algumas mortes por suicídio são, por isso, potencialmente evitáveis. A redução das taxas de suicídio é um objetivo importante na agenda de qualquer plano nacional de saúde e particularmente relevante quando orientado para a população idosa. O risco de suicídio é mais elevado, nos homens com idade superior a 75 anos, viúvos, deprimidos, com problemas ligados ao consumo abusivo de álcool ou doenças crónicas incapacitantes e dolorosas.”*

**P.77/78** *“Na literatura internacional são referidos seis fatores de risco relacionados com o suicídio no idoso:*

- *Sexo masculino;*
- *Perdas cumulativas;*
- *Alcoolismo (cerca de 30% dos suicídios estão relacionados com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas);*
- *Solidão (cerca de 60% das pessoas idosas em Portugal vivem sós ou com outra pessoa idosa, segundo o Censo de 2011);*
- *Desespero e angústia;*
- *Acesso a meios letais;*

- *Dificuldade em aceitar o envelhecimento e seus limites;*
- *Maior vulnerabilidade em situações de crises económicas.”*

**P. 88** *“e) Avaliação periódica e aleatória do abuso de álcool e outras substâncias*

*A avaliação médica e psicológica, periódica e aleatória, do abuso e dependência de substâncias psicoactivas, sobretudo como o álcool (entre muitas outras tão ou mais perigosas para a saúde), é essencial num programa correto de prevenção do suicídio.*

*O consumo abusivo de bebidas alcoólicas aumenta consideravelmente o risco de suicídio, designadamente quando associado a depressões e a algumas características de personalidade, como a impulsividade e a agressividade, razão pela qual se impõe uma atenção muito especial neste domínio.”*

**P.95** *Na população de pessoas com deficiência intelectual o risco de suicídio está aumentado, principalmente devido:*

- *Aos fatores de risco de psicopatologia que são, na sua maioria, também fatores de risco para comportamentos suicidários, sobretudo os traços borderline, a desesperança, a depressão, o maior risco de abuso, a psicopatologia familiar;*
- *Ao aumento da prevalência de perturbações mentais, sobretudo a depressão, a esquizofrenia e as perturbações relacionadas com o consumo abusivo de álcool e substâncias psicoativas;*
- *Às dificuldades no diagnóstico correto das perturbações mentais e de outras condições médicas associadas.*

*Ao enorme impacto da deficiência intelectual, sobretudo quando mais severa na família e na sociedade com as inerentes necessidades aumentadas de continuidade de cuidados para garantir o tratamento eficaz das perturbações mentais associadas.*

**C. Desenvolvimento/Argumentação**

É reconhecido que a questão do suicídio não tem soluções fáceis. No entanto, as medidas tomadas devem ser eficazes, direccionadas e específicas, evitando medidas generalistas.



As medidas de restrição às bebidas alcoólicas dificilmente vão resolver a questão, até porque já existe uma estratégia de combate ao consumo nocivo e abusivo de bebidas alcoólicas em permanente discussão, com uma nova lei sobre o “regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos e em locais abertos ao público”, o Decreto-Lei nº50/2013 de 16 de Abril que entrará em vigor dia 1 de Maio de 2013.

Não se trata de menosprezar nem o alcoolismo nem o suicídio. Trata-se sim de encontrar um equilíbrio nas respostas da sociedade em geral e rejeitar que um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio sirva outros propósitos que não a prevenção em si mesma. Não se vê qualquer utilidade em enfatizar o álcool como problema primeiro, sem ser integrado num quadro mais complexo associado a outros factores, e muito menos são aceitáveis as propostas colocadas neste plano.

A literatura científica indicia uma forte correlação entre o abuso de álcool e suicídio. O alcoolismo é uma dependência que tem como pano de fundo um quadro patológico e social complexo, o que faz com que muitos suicídios apareçam relacionados com este problema. A esta questão acresce todo um conjunto de outras situações tão ou mais complicadas: desemprego, divórcio, perturbações mentais (entre as quais o alcoolismo é colocado).

Embora o suicídio seja um problema social grave, em Portugal, e apesar do aumento global desde a década de 90 do séc. XX, este continua a ser relativamente baixo se comparado com outros países. No entanto são admitidas, pela comunidade científica portuguesa, dificuldades em estabelecer com rigor científico os verdadeiros números do suicídio<sup>3</sup>. Estima-se que Portugal poderá chegar a uma taxa de suicídio provável próximo no máximo de 15 por 100.000 habitantes, sendo suicídio provável entendido como “todo o óbito com causa básica codificada como morte por suicídio ou como morte *resultante de evento com intenção indeterminada*.”<sup>4</sup>

Embora os últimos dados oficiais (ver quadro abaixo) apontem para uma taxa de 9,6 suicídios por 100.000 habitantes, segundo o psiquiatra Ricardo Gusmão esta deverá rondar actualmente os 7,5, o que corresponde a uma ligeira descida<sup>5</sup>. No entanto os números são turvos, e é

---

<sup>3</sup> Gusmão, Ricardo e Sónia Quintão (2013), *Registo de suicídio e de mortes resultantes de eventos com intenção indeterminada. Uma revisitação de “A verdade sobre o suicídio em Portugal”, 20 anos depois*. Revista Portugal Saúde em Números, Revista científica da Direcção-Geral de Saúde, nº1, p.19

<sup>4</sup> *Ibidem*, p.21

<sup>5</sup> *Ibidem*, p.19

necessário que a comunidade científica se alinhe de forma a determinar com maior rigor as mortes por suicídio.

Quando comparado com outros países Portugal mantém-se longe dos “líderes” dos suicídios. Estes são essencialmente países nórdicos ou do leste europeu, caracterizados por um padrão de consumo de bebidas alcoólicas extremamente nocivo, o que contrasta com o padrão de consumo de baixo risco que caracteriza Portugal.

Taxas de suicídio por 100.000 habitantes – PORTUGAL				Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Europa + outros países, ano mais recente disponível.			
Ano	Global	Masculino	Feminino	País	Global	Masculino	Feminino
1996	5	8.4	2.3	Lituânia	42.1	74.3	13.9
1997	4.9	8.3	2.1	Rússia	38.7	69.3	11.9
1998	4.2	7.1	1.8	Eslovénia	28.1	45.0	12.0
1999	5.3	8.1	2.6	Hungria	27.7	44.9	12.0
2000	5.1	8.3	2	Estónia	27.3	47.7	9.8
2001	7.3	11.7	3.3	Ucrânia	26.1	46.7	8.4
2002	11.7	18.9	4.9	Letónia	26.0	45.0	9.7
2003	10.5	16.6	4.8	Bélgica	21.1	31.2	11.4
2004	11.5	18	5.5	Finlândia	20.6	31.9	9.8
2005	8.8	13.8	4.1	França	17.6	26.6	9.1
2006	8.4	13.6	3.6	República Checa	16.9	27.5	6.8
2007	9.6	14.5	4.9	Polónia	15.5	26.6	5.0
2008	9.8	15.4	4.5	Roménia	14.1	23.9	4.7
2009	9.6	15.6	4	Dinamarca	13.6	20.2	7.2
2010	10.4	16.4	4.8	Alemanha	13.5	20.4	7.0
2011	9.6	15.5	4.1	Suécia	13.4	18.9	8.1
" A fiabilidade das estatísticas em Portugal melhorou em 2002 e 2003 por via da validação dos certificados de óbito pela DGS." Ricardo Gusmão				Eslováquia	13.3	23.6	3.6
				Irlanda	12.7	21.4	4.1
				Austrália	12.7	20.1	5.3
				Noruega	10.9	16.1	5.8
				EUA	10.7	17.6	4.1
				Portugal	9.6	15.5	4.1
				Espanha	8.2	12.6	3.9
				Itália	7.1	11.1	3.3
				Reino Unido	6.9	10.8	3.1
				Brasil	4.1	6.6	1.8
				Grécia	2.9	4.7	1.2

Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia - [http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com\\_content&view=article&id=151%3Aestatistica&Itemid=3](http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=151%3Aestatistica&Itemid=3)

- **Suicídio e o Álcool**

O alcoolismo pode ser um entre muitos factores. É desproporcional a relevância que lhe é dada na definição de um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio quando comparado com outros factores.

Suicídio é um problema complexo. Não deve ser utilizado como pretexto, sobretudo num contexto socioeconómico tão delicado como o que Portugal atravessa. Todos os sectores são necessários na recuperação do país. Mas se há um que tem sido particularmente dinâmico, criador de oportunidades, socialmente responsável, produtivo tem sido o do vinho.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia os factores de risco que podem contribuir para o comportamento suicidário podem ser:

<p><b><u>Psicopatológicos</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Depressão endógena, esquizofrenia, <b>alcooolismo</b>, toxicoddependência e distúrbios de personalidade;</li> <li>2. Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pelos média;</li> <li>3. Comportamentos suicidários prévios;</li> <li>4. Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado;</li> <li>5. Distúrbios alimentares (bulimia).</li> </ol>	<p><b><u>Psicológicos</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausência de projectos de vida;</li> <li>2. Desesperança contínua e acentuada;</li> <li>3. Culpabilidade elevada por actos praticados ou experiências passadas;</li> <li>4. Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos);</li> <li>5. Ausência de crenças religiosas.</li> </ol>
<p><b><u>Pessoais</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45;</li> <li>2. Pertencer ao sexo masculino e raça branca;</li> <li>3. Morte do cônjuge ou de amigos íntimos;</li> <li>4. Escolaridade elevada;</li> <li>5. Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro etc.);</li> <li>6. Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não;</li> <li>7. Família actual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.</li> </ol>	<p><b><u>Sociais</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Habitar em meio urbano;</li> <li>2. Ser rural ao sul do Tejo;</li> <li>3. Desemprego;</li> <li>4. Mudança de residência;</li> <li>5. Emigração;</li> <li>6. Falta de apoio familiar e/ou social;</li> <li>7. Reforma;</li> <li>8. Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;</li> <li>9. Estar preso.</li> </ol>

- **O Álcool e a Sociedade Portuguesa**

Este foco em bebidas alcoólicas faz ainda menos sentido se tivermos em conta os resultados provisórios adiantados na última sessão do Fórum Nacional de Álcool e Saúde.

6000 Inquéritos realizados em 2012 mostraram que as metas do relatório da avaliação do Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (PNRPLA) foram mesmo ultrapassadas pela positiva:

- A redução de 30% estabelecida para os jovens e de 18% para a população geral foi ultrapassada.
- Queda dos níveis de embriaguez foi de 6,1% pontos percentuais para 14,6% em 2012, Em 2007, 20,7% dos portugueses (um quinto) bebeu em excesso pelo menos uma vez no ano.
- Prevalência de embriaguez em jovens dos 15 aos 19 anos desceu para 17,9% em 2012 desde 34,6% em 2007.

A certo ponto há uma menção à segurança rodoviária (p.52) sem se perceber qual a relevância e o alcance para o PNPS.

- **Preço Mínimo por Unidade de Álcool (preço mínimo unitário) e Aumento Geral dos Preços de Bebidas Alcoólicas**

Com a pretensão de reduzir o consumo nocivo de bebidas alcoólicas, opta-se por escolher caminhos mais fáceis, nem sempre os mais eficazes e equilibrados. Esquece-se o foco, distorce-se a realidade, planeiam-se estratégias que não levam em consideração a população como um todo, a dinâmica social de todos os actores ou tão simplesmente a liberdade individual. Esquece-se que a grande maioria da população é um consumidor responsável, informado e moderado.

Existe um problema que tem de ser combatido: o consumo nocivo de bebidas alcoólicas. A necessidade de contribuir para uma estratégia eficaz na redução do consumo abusivo é importante para que a saúde possa também ela ser um factor de crescimento e prosperidade em Portugal.

Ao falar-se nos custos económicos do consumo abusivo de álcool não se pode esquecer os benefícios fiscais que o Estado também retira. E numa altura de desemprego, e sendo este potenciador quer do consumo abusivo, quer do suicídio, não se pode negligenciar este aspecto. Há, segundo o Dr. Eric Crampton, um economista neozelandês, uma manipulação de

dados relativos aos custos que o estado realmente tem, exagerando-os de forma a justificar políticas mais restritivas relativamente às bebidas alcoólicas.<sup>6</sup>

A questão dos problemas ligados ao consumo nocivo de bebidas alcoólicas é uma questão que ultrapassa as fronteiras de um país. A introdução de um preço mínimo por unidade de álcool é um atentado à livre circulação de pessoas e bens (pilar fundamental da União Europeia), que em última análise pode ser entendida como uma medida proteccionista que vai contra os princípios defendidos no Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFEU), art. nº 34<sup>7</sup>.

A justificação para um aumento generalizado de preços como medida de redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas, parte do pressuposto de que a uma determinada subida no preço de uma bebida, corresponderá uma determinada diminuição no consumo da mesma. E isto é verdade. No entanto aplica-se a uma bebida, e apenas a uma, não levando em conta, por exemplo, bebidas de substituição (ex. a subida de 10% do preço da cerveja reduziria os consumidores de cerveja em 16%, sendo que a redução no consumo geral seria muito reduzida ou insignificante). Estudos económicos<sup>8</sup> feitos muito recentemente na Universidade de Canterbury, põe em causa esta teoria que serve de base aos defensores do preço mínimo por unidade. Não há portanto forma de associar um aumento nos preços com uma redução significativa no consumo de indivíduos com problemas ligados ao álcool. Não convém esquecer que são estes o alvo e não os consumidores moderados.

O aumento de preço e definição de preços mínimos são medidas que não têm prova científica irrefutável ou alternativas tão ou mais eficazes. Qualquer uma destas medidas não se enquadra em Portugal, ou teria eficácia muito reduzida ou nula. A teoria do preço mínimo é baseada num modelo bastante criticado e que produz previsões altamente especulativas. Não existe uma relação simples entre preço, consumo e dano. O consumo é mais provável que

---

<sup>6</sup> (2011) Crampton, Eric, Matt Burgess and Brad Taylor, *The Cost of Cost Studies*, Department of Economics and Finance College of Business and Economics University of Canterbury, Christchurch, New Zealand

<sup>7</sup> Artigo 34º (ex-artigo 28.o TCE) “São proibidas, entre os Estados-Membros, as restrições quantitativas à importação, bem como todas as medidas de efeito equivalente”.

<sup>8</sup> - (2012) Crampton, Eric, *Price Elasticity of Alcohol Demand*, disponível em:

<http://offsettingbehaviour.blogspot.co.nz/2012/07/price-elasticity-of-alcohol-demand.html>

- (2012) Crampton, Eric, *About that Canadian Study*, disponível em:

<http://offsettingbehaviour.blogspot.co.nz/2012/07/about-that-canadian-study.html>

- (2012) Crampton, Eric, *Minimum Pricing*, disponível em:

<http://offsettingbehaviour.blogspot.co.nz/2012/07/minimum-pricing.html>

esteja ligado a factores culturais e por isso aumentos de preços não têm nestes um impacto verdadeiramente significativo.

Há ainda a acrescentar a questão da contrafacção e produção caseira de bebidas alcoólicas. Com toda a certeza que um aumento nos preços acarretará também um aumento de bebidas no mercado negro/paralelo e uma redução na qualidade das próprias bebidas. E o cenário não é de todo descabido. Portugal tem efectivamente quer matéria-prima para o fazer, quer tradições e conhecimento para a produção de bebidas caseiras altamente tóxicas. Basta olhar para a Republica Checa, em que é impossível não relacionar um aumento dos altos impostos (não são naturalmente os únicos responsáveis) por mortes derivadas de bebidas altamente tóxicas, de fraca qualidade. A contrafacção representa efectivamente um perigo para a saúde pública. No entanto há uma tendência a ignorar este problema transversal a produtores honestos e empenhados em satisfazer um consumidor moderado e responsável e as autoridades e grupos de cidadãos, também eles empenhados, em garantir óptimos padrões de saúde pública e bem-estar.

- **Inclusão de exemplos desadequados vs equilibrados**

É impossível considerar a ex-URSS um exemplo válido. Pode ter havido uma relação directa entre diminuição de consumo e diminuição do número de suicídios, mas não é possível ignorar também o aligeirar da tensão social. No entanto, se para a Rússia (URSS + Federação Russa) a oscilação entre consumos e suicídios é válida, já na Suécia assistimos a uma situação diferente: o aumento de consumo *per capita* não teve influência no número de suicídios. Na verdade, estes mantiveram ou até baixaram, contrariamente às previsões. Está portanto longe de ser uma verdade absoluta que o aumento do consumo leva a um aumento do número de suicídios e vice-versa. Inclusive, Portugal é um exemplo de um país com uma taxa de suicídios relativamente baixa quando comparado com outros países e um consumo de álcool *per capita* dos mais altos da Europa. Quando comparado com a Federação Russa, Portugal tem praticamente o mesmo consumo total *per capita* 13,43l (2009) que a Rússia 15,7l (2005). No entanto, as taxas de suicídio eram radicalmente diferentes. Em 2011 era de 9,6 por 100.000 habitantes; Rússia, 38,7 por 100.000 habitantes. Assim, é possível inferir que para taxas de

consumo aproximadas não há taxas de suicídio equiparadas, logo é necessário integrar outros factores como os padrões de consumo.

Quando a referência ao caso da ex-URSS é feita, podíamos ao mesmo tempo considerar um parágrafo idêntico:

“A OMS refere como caso de maior sucesso na implementação deste tipo de medidas no séc. XX, a redução de suicídios na Suécia. Apesar de, e na sequência da adesão à EU, o mercado de bebidas alcoólicas se ter tornado mais liberal, levando a um aumento no consumo *per capita* de cerca de 2l, o número expectável de suicídios não se verificou. Na verdade, entre 1995 e 2002 as previsões mostraram estar completamente erradas. O aumento de consumo de bebidas alcoólicas pode não estar directamente relacionado com o aumento do número de suicídios. Neste caso específico, o aumento do consumo não teve qualquer influência no número de suicídios verificado.”

A própria OMS coloca reservas sobre o efeito das restrições ao álcool na redução do número de suicídios, apesar de ser uma medida fortemente recomendada.

*“Rather limited empirical attention has been paid on changes in alcohol policy and its impact on suicides. The main methodological limitation is that most of the studies are ecological in their nature. The main problem of ecological studies is ecological fallacy: being based on aggregated statistics, no comments can be made about changes at the individual level. Three case series exist: one divides suicide victims by their drinking habits (abusers or not) as per coroners’ reports (Denmark 1911-24), and two others by blood alcohol concentration at the time of suicide from medical autopsies (Russia and Estonia in relation to Perestroika). Most of the studies were not able to adjust for possible confounding factors. An important limitation is also that the different countries are hardly comparable due to the differences in the level of restrictions in alcohol policies. There is absence of systematic reviews on this specific issue.*

*A limited number of studies exist on the reduction of alcohol and its effects on suicide. There are no studies which measure the effect of the reduction of alcohol on other suicidal behaviours. However, the interventions vary in different countries.*

*There is evidence in the literature that alcohol restrictions (reducing access to alcohol) are effective in decreasing suicide numbers/rates on an aggregated level, especially for males.*



Associação  
dos Comerciantes e Industriais  
de Bebidas Espirituosas  
e Vinhos

*However, a recent study from Sweden showed that a more liberal alcohol policy and an increase in alcohol consumption did not correspond to an increase the number of suicides. There is evidence that the impact of alcohol on suicidal behaviours differs depending on the country. However, different countries also have different alcohol policies and restrictions, which does not allow for valid comparison. Future research is needed in different cultural contexts.”<sup>9</sup>*

Um outro faz também uma distinção do caso português comparado com outros como Rússia, Finlândia ou Hungria:

*“Suicide rates have been associated with levels of alcohol consumption and heavy drinking in populations in the former USSR and Finland. However, the suicide rate in Hungary has shown a steady decline from 46 per 100 000 in 1984, to 32 per 100 000 in 1998, a fall of more than 30%. This has happened in spite of the fact that between 1989 and 1996 there was a 25% rise in official estimates of alcohol dependence rates and a six-fold increase in unemployment. Portugal has a fairly low suicide rate, and at the same time the Portuguese per capita alcohol consumption is among the highest in Europe.”<sup>10</sup>*

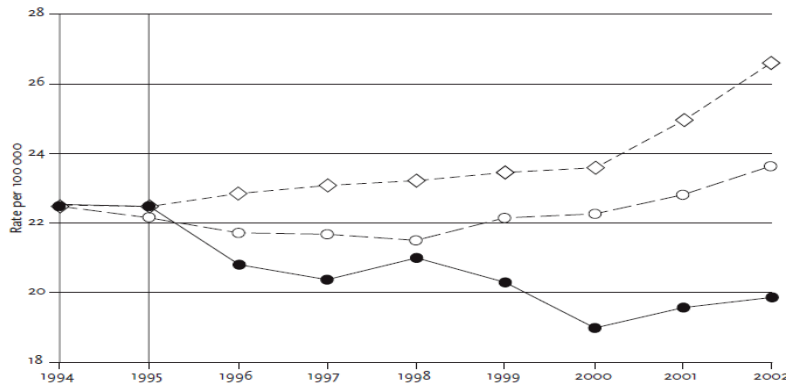
---

<sup>9</sup> WHO, [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/suicide/q8/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/suicide/q8/en/index.html)

<sup>10</sup> Sher L.(2006), *Alcohol consumption and suicide*, Journal: QJM, Vol 99, No 1, 2006, pp57-61, disponível em: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/99/1/57.full.pdf+html>



Figure 2.9. Suicides per 100,000. Observed (filled circles), predicted from alcohol sales (open circles), predicted from estimated total alcohol consumption, including unrecorded consumption (squares). Rates based upon total male population

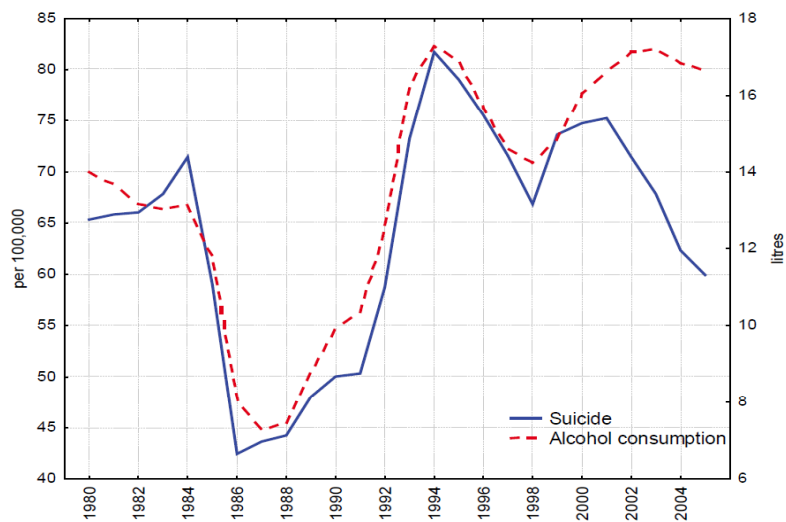


Suicides per 100,00. Men

	Observed	Predicted from alcohol sales	Predicted from estimated total alcohol consumption
1994	22.5	22.5	22.5
1995	22.5	22.2	22.5
1996	20.8	21.7	22.9
1997	20.4	21.7	23.1
1998	21.0	21.5	23.2
1999	20.3	22.2	23.5
2000	19.0	22.3	23.6
2001	19.6	22.8	25.0
2002	19.9	23.6	26.6

Suécia/Homens<sup>11</sup>

Figure 1. Trends in per capita alcohol consumption and suicide rates for men in Russia 1980



Rússia/Homens<sup>12</sup>

<sup>11</sup> Holder, Harold e Sven Andreasson, Thor Norström, Esa Österberg, Ingeborg Rossow (2005), *Estimates of Harm Associated with Changes in Swedish Alcohol Policy*, National Institute of Public Health ([www.fhi.se](http://www.fhi.se)); disponível em: [http://people.su.se/~totto/downloadable\\_publications/E9.Holder%20et%20al.%20%20Estimates%20of%20harm%20O...%20changes%20in%20Swedish%20alcohol%20policy,%202005.pdf](http://people.su.se/~totto/downloadable_publications/E9.Holder%20et%20al.%20%20Estimates%20of%20harm%20O...%20changes%20in%20Swedish%20alcohol%20policy,%202005.pdf)

<sup>12</sup> Razvodovsky, Yuri E. (2011), *Alcohol consumption and suicide rates in Russia*, Grodno State Medical University, Belarus, disponível em: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-67-74.pdf>

- **Restrições à publicidade de bebidas alcoólicas.**

Um estudo independente, subordinado ao tema *“Effect of advertising on Alcohol consumption: A Critical Meta Analysis,<sup>13</sup>*, lança dúvidas sobre o rigor dos estudos citados em diversas fontes oficiais, sobre a eficácia de restrições à publicidade de bebidas alcoólicas.

Numa altura em que se reconsideram as regulamentações aplicadas à publicidade a bebidas alcoólicas, há um conjunto de estudos que são regularmente citados. São estudos realizados por investigadores da área do álcool e dependência que estabelecem uma relação positiva (de aumento) entre a publicidade de bebidas alcoólicas e o aumento do volume de consumo.

Assim, o estudo acima citado, tem como objectivo examinar cuidadosamente as evidências relatadas nas pesquisas feitas por investigadores das áreas do álcool e dependência, contrapondo-as às exigências padrão adoptadas por investigadores da área do marketing e consumidor.

Estes estudos incidem sobre os efeitos da publicidade na quantidade de bebidas alcoólicas consumidas, sobretudo por jovens. As críticas ao rigor assentam sobretudo em problemas metodológicos que incluem o uso exclusivo do inquérito, dependência de dados auto-relatados, falta de estudos centrados exclusivamente em adolescentes e publicidade, entre outras questões relacionadas com a validação de dados.

A análise feita demonstra que os responsáveis políticos não devem apressar-se a endurecer as leis e proibições à publicidade de bebidas alcoólicas. Tais proibições podem, em alguns casos, levar a um aumento, em vez de uma diminuição, do volume de consumo de bebidas alcoólicas.

A principal conclusão a retirar da análise feita neste documento é de que não é possível, nos estudos feitos por especialistas e investigadores de assuntos relacionados com o álcool e dependência, estabelecer rigorosamente uma relação positiva entre proibições à publicidade e aumento do consumo de bebidas alcoólicas. Quer isto dizer que as provas apresentadas ou

---

<sup>13</sup> Aspara, Jaakko e Henriikki Tikkanen (2013), *“Addiction Researchers' Studies on the Effect of Advertising on Alcohol Consumption: A Critical Meta-Analysis”* Aalto University, Helsinki, Finland. Disponível em: <http://ssrn.com/abstract=2205112>

carecem de maior consistência, ou são de natureza contraditória, de forma poderem constituir um suporte político viável.

De facto, é muito pouco provável que qualquer um destes artigos tivesse espaço num jornal científico dedicado ao marketing e consumidor. Não pela natureza do estudo ou pelos resultados obtidos mas pelas inconsistências metodológicas que apresentam. Na verdade, a grande maioria de investigadores ligados ao marketing e consumidores não têm qualquer ligação pessoal “contra” ou “a favor” da indústria, pelo que as questões levantados são puramente técnicas.

As evidências apresentadas pelos estudos não são suficientemente consistentes para provar qualquer efeito (positivo ou negativo) da publicidade a bebidas alcoólicas no volume de consumo de álcool. Estas são sabotadas por diversas fragilidades metodológicas, de validação e fiabilidade de resultados, relativamente aos padrões defendidos por investigadores das áreas académicas do marketing. Entre essas fragilidades incluem-se o uso do inquérito com potenciais ameaças significativas ao uso do método comum e selecção; dependência de dados auto-relatados nas variáveis dependentes e independentes; falta de estudos focados em adolescentes e publicidade (comparados com consumo médio geral e outras faixas etárias); outras questões de validação como a negligência de algumas variáveis de controlo, possível multicolinearidade e enviesamentos da significância estatística.

Não haver provas suficientes de que a publicidade influencia o aumento de consumo é consistente com a generalidade dos estudos em marketing e consumidor. Estes referem que a publicidade convencional afecta principalmente as quotas de mercado de marcas em competição entre si numa determinada categoria de produtos, e não o consumo total da categoria de produto. Ou seja, a publicidade convencional tem implicações na escolha de uma determinada marca e não no aumento do consumo.

Por outro lado, outras variantes publicitárias, como promoções centradas no preço, poderiam levar a um aumento do consumo devido a um aumento da procura dessa categoria de produtos, em contraposição com a publicidade convencional, não centrada no preço, que tendencialmente leva os consumidores a demonstrarem menos interesse.

Em conclusão, os responsáveis políticos devem considerar estudos mais aprofundados sobre a publicidade. Devem ser realizados mais estudos sobre se a interação da publicidade com outras variáveis fundamentais como o preço, disponibilidade ou design do produto tem, ou não, um efeito positivo, ou negativo, no consumo total de bebidas alcoólicas, em especial nos jovens.

Em larga medida, esta permanece uma questão em discussão. Para bem do rigor científico, devem ser levados a cabo mais estudos científicos multidisciplinares envolvendo investigadores da área do álcool e dependência e investigadores de marketing e consumidores.

Uma das maiores provas do empenho da indústria de bebidas alcoólicas na responsabilidade social é a auto-regulação na comunicação comercial. Esta permite maior eficiência com menores custos para todos (produtores e consumidores).

A auto-regulação é uma alternativa à legislação tradicional, detalhada, obrigatória e pouco ou nada flexível. No entanto, não a substitui. É hoje de aceitação comum, que este tipo de alternativa é mais do que tudo um complemento à própria legislação. Para além dos princípios gerais que a própria lei estipula, a auto-regulação constitui mais uma medida de protecção do consumidor. Ultrapassando por vezes a própria lei, os princípios da regulação própria reflectem as especificidades da comunicação comercial, demonstrando com isso respeito e responsabilidade social, para além da criação de laços de confiança com o consumidor.

A auto-regulação é pois um sistema através do qual a indústria publicitária cria proactivamente as suas próprias políticas e mecanismos de controlo sobre os conteúdos da sua mensagem comercial. Normalmente, este sistema tripartido – os anunciantes, que pagam a comunicação comercial; as agências publicitárias, responsáveis pela forma e conteúdo da mensagem; e os meios de comunicação social, responsáveis pela divulgação da mensagem comercial – visa estabelecer em conjunto padrões de comunicação comercial que assegurem que os anúncios que não respeitem o código de auto-regulação possam ser retirados ou alterados.

- **Recomendações**

O PNPS deverá identificar formas eficazes de reconhecer os casos potenciais de suicídios, envolvendo os vários agentes comunitários. De facto parte da solução passa por um maior envolvimento comunitário. Temos um bom exemplo em Portugal. Inserido no projecto europeu, “Optimizing Suicide Prevention Programs and their Implementation in Europe” (OSPI Europe) o concelho da Amadora, em que segundo dados divulgados, a prevenção reduziu em 23,3% o número de suicídios<sup>14</sup>, sem aumentar o preço de bebidas alcoólicas, o que segundo o psiquiatra Ricardo Gusmão não traz qualquer benefício na redução da taxa de suicídios<sup>15</sup>. Na entrevista concedida ao Jornal “Público”, este psiquiatra explica que não existe uma associação directa entre o desemprego, o álcool e o suicídio, pelo menos no caso português.

Acompanhar devidamente os casos identificados, educar e sensibilizar a população em geral tornando o suicídio um problema de todos, e quebrar o estigma sobre o suicídio – o suicídio não é um problema exclusivamente individual, é um problema colectivo – são passos importantes a dar na redução da taxa de suicídios em Portugal. É necessário haver um maior envolvimento comunitário.

Lisboa, 23 de Abril de 2013.

---

<sup>14</sup><http://www.publico.pt/portugal/jornal/prevencao-reduziu-taxa-de-tentativas-de-suicidio-na-amadora-em-23-26215798>

<sup>15</sup> <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/nao-e-com-restricoes-ao-alcool-que-se-combate-o-suicidio-em-portugal-1583036>