
O ÁLCOOL NA EUROPA

Peter Anderson e Ben Baumberg

**INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES,
INGLATERRA**

Tradução do Sumário do Relatório para a Comissão Europeia

Feita por Nuno Ferreira e Diogo Santos

Revista por Aires Gameiro

**SOCIEDADE ANTI-ALCOÓLICA PORTUGUESA
e
INSTITUTO S.JOÃO DE DEUS**

Lisboa, Maio de 2006

Sumário

Antecedentes do Relatório

Na altura em que a Comissão Europeia tem vindo a preparar a sua própria estratégia relativa ao álcool de modo a cobrir a totalidade das actividades que tomam lugar ao nível Europeu, foi necessária uma análise dos impactos sobre a saúde, sociedade e economia na Europa. Este é o relatório actual, que é uma síntese especializada de revisões publicadas, revisões sistemáticas, meta-análises e artigos individuais, bem como a análise de dados disponibilizados pela Comissão Europeia e pela Organização Mundial de Saúde. O relatório vê as políticas do álcool como *"servindo os interesses da saúde pública e bem-estar social através do seu impacto nos determinantes de saúde e sociais"*. Isto enquadra-se num quadro de saúde pública, um processo para "mobilizar os recursos locais, do estado, nacionais e internacionais, de modo a garantir as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis". Foi proposta ao longo do relatório uma terminologia estandardizada com base na da Organização Mundial de Saúde, a agência das Nações Unidas especializadas nos assuntos relacionados com saúde.

Álcool e a Europa

O Álcool tem sido produzido e bebido na Europa desde há milhares de anos, geralmente feito com quaisquer materiais disponíveis localmente. As bebidas alcoólicas eram frequentemente usadas como remédio, uma prática que foi continuada até ao princípio do século vinte com o advento da medicina moderna. Existiam de facto leis sobre o álcool, mas normalmente por razões de ordem pública ou para regular o mercado e não visando a saúde pública. Contudo, este quadro mudou com uma série de desenvolvimentos na Europa medieval e moderna, incluindo a industrialização, melhoramento das linhas de comunicação, e a descoberta de bebidas mais fortes, destiladas. Grandes Movimentos de "temperança" espalharam-se por grande parte da Europa durante o século XIX e início do século XX, conduzidos por preocupações relativas a bebidas espirituosas, movendo-se frequentemente depois para uma oposição a todas as bebidas alcoólicas. Na maioria, mas não em todos os países, o movimento de temperança foi-se desvanecendo desde então até uma posição de pouca importância no fim do século vinte.

O conceito de "alcooolismo" como doença também cresceu durante o século XIX, levando muitos países Europeus a desenvolver casas ou asilos para o tratamento de "alcoólicos". Em anos recentes, o "novo movimento de saúde pública" tornou-se no paradigma dominante para a discussão problemas ligados o álcool, permitindo um debate mais alargado do que a focalização num pequeno subgrupo dos "alcoólicos". A Europa de hoje abrange uma larga variedade de usos e significados do álcool, desde o acompanhamento das refeições familiares até à maior parte dos ritos de passagem. O comportamento de beber é frequentemente usado para comunicar a formalidade de um evento ou a divisão entre trabalho e lazer. A embriaguez é igualmente simbólica e variada na Europa, juntamente com o "comportamento alcoolizado", isto é, o modo como as pessoas agem sob a influência do álcool.

O Álcool e a economia da Europa

A Europa desempenha um papel central no mercado global do álcool, produzindo um quarto do álcool mundial e mais de metade da produção mundial de vinho. O comércio é ainda mais centralizado na Europa, com 70% de exportações de álcool e pouco menos de metade das importações mundiais a envolver a União Europeia

(UE). Apesar da maioria deste comércio ser feito entre países da UE, o comércio de álcool contribui com cerca de 9 biliões de euros para a balança comercial da UE como um todo.

É difícil calcular o **contrabando** na UE, apesar de o European High Level Group on Fraud ter apresentado uma estimativa de 1.5 biliões € perdidos com a fraude do álcool em 1996. As diferenças de preços desempenham mais que um papel no nível de **compras legítimas através das fronteiras**, em que indivíduos trazem consigo legalmente álcool de países com mais baixo custo de vida. Em vários países, pelo menos 1 em cada 6 turistas regressa de viagens ao estrangeiro com bebidas alcoólicas, trazendo consigo uma média de mais de 2 litros de álcool puro por pessoa.

O **papel económico da indústria de bebidas alcoólicas** é considerável em muitos países Europeus. Os impostos directos sobre produtos alcoólicos nos países da UE15¹ totalizaram a quantia de 25 biliões € em 2001, excluindo impostos sobre a venda e outros impostos pagos na rede de distribuição – embora 1.5 biliões € sejam devolvidos à rede de distribuição através da Política Agrícola Comum. Devido à relativa inflexibilidade na procura do álcool, a média das taxas é melhor indicador do rendimento fiscal de um governo relativamente ao nível de consumo de determinado país.

O álcool encontra-se também associado a um **número de postos de trabalho**, incluindo mais de três quartos de um milhão de bebidas produzidas (principalmente vinho). Outros empregos estão também relacionados com o álcool em outros pontos da rede de distribuição, por exemplo em bares e lojas. No entanto, o tamanho da indústria não é necessariamente um bom guia para o impacto económico das políticas do álcool – por exemplo, as tendências no consumo de álcool não mostram correlação significativa com as tendências no número de empregos em áreas associadas tais como hotéis, restaurantes e bares, sugerindo que o efeito de mudanças no consumo possa ser relativamente fraco. Uma redução dos gastos com o álcool também seria de esperar que libertasse os fundos do consumidor para serem gastos noutras áreas, fazendo depender o impacto económico do valor exacto dos novos gastos. Enquanto mais investigações têm de ser conduzidas neste campo, evidência actual relativas ao álcool e a outros sectores sugere que o declínio no consumo não levará necessariamente a uma perda de empregos na economia como um todo.

Baseado na revisão de estudos existentes, o **custo total tangível o álcool** para a sociedade da UE em 2003 foi estimado em 125 biliões € (€79biliões-€220biliões), o equivalente a 1.3% do PIB, e que é aproximadamente o mesmo valor encontrado recentemente para o tabaco. Os **custos intangíveis** mostram o valor que as pessoas atribuem à dor, sofrimento e perda de vidas que ocorre devido aos danos de origem criminosos, sociais e de saúde causados pelo álcool. Em 2003 estes valores foram estimados em 270 biliões €. Recorrendo a outras maneiras de valorizar os mesmos danos, chega-se a estimativas entre 150 biliões € e 760 biliões €. Embora estas estimativas considerem um número de outras várias áreas da vida humana onde se regista o impacto do álcool, há várias outras áreas em que nenhuma estimativa foi feita, dado que foi impossível a obtenção de dados. De modo semelhante, enquanto as estimativas têm em conta os benefícios do álcool para os sistemas de saúde e perdas de vida (avaliadas intangivelmente), não há investigação que permita que outros benefícios sociais possam ser avaliados.

¹ Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Finlândia, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.

O consumo de álcool na Europa

A UE é a região com **maior consumo de álcool** do mundo, embora os 11 litros de álcool puro bebidos por cada adulto em cada ano são ainda assim um decréscimo significativo do recente pico de 15 litros em meados dos anos 70. Os últimos 40 anos também viram uma harmonização nos níveis de consumo na UE15, com aumentos na Europa Central e do Norte entre a década de 60 e 80, e acompanhados por uma consistente descida na Europa do Sul. O consumo médio na UE10² nunca esteve tão próximo da UE15, embora permaneça uma variação substancial dentro da UE10. A maior parte dos Europeus bebem álcool, mas 55 milhões de adultos (15%) abstêm-se; tendo isto e o consumo não registado em conta, o consumo por bebedor chega aos 15 litros por ano.

Quase metade deste álcool é consumido sob a forma de **cerveja**, com o resto dividido entre **vinho** (34%) **bebidas espirituosas** (23%). Dentro da EU15, as áreas do Norte e do Centro bebem principalmente cerveja, enquanto as do Sul da Europa bebem principalmente vinho (embora a Espanha possa ser uma exceção). Este é um fenómeno relativamente novo, tendo havido uma harmonização visível ao longo dos últimos 40 anos na EU15. Cerca de 40% das **ocasiões de consumo** na maior parte da UE15 têm lugar na refeição da tarde/noite, embora na Europa do Sul seja mais provável que se beba ao almoço do que em qualquer outra ocasião. Enquanto o **nível diário de consumo** mostra um gradiente do Norte para o Sul da Europa, o consumo frequente não-diário (isto é, o beber várias vezes ao longo da semana, mas não todos os dias) parece ser mais comum na Europa Central, e existe evidência que aponta para uma harmonização recente dentro da UE15.

O beber até à embriaguez varia pela Europa, com menos europeus do Sul do que outros que declaram que se embebedam todos os meses. Este padrão é atenuado quando o “binge-drinking” (padrão de consumo para além de um certo número de bebidas numa ocasião) é, por sua vez, investigado, sugerindo a existência de diferenças sistemáticas na vontade das pessoas de declararem que estão intoxicadas, ou declarar a extensão de um “única ocasião”. Os estudos do “binge-drinking” mostram também exceções ocasionais ao padrão norte-sul, sugerindo em particular que a Suécia tem uma das mais baixas taxas de “binge-drinking” na UE15. Resumindo a situação da UE15, os adultos declaram ficar bêbados em média 5 vezes por ano, mas fazendo “binge-drinking” (5 ou mais bebidas numa única ocasião) 17 vezes por ano. Isto é equivalente a 40 milhões dos cidadãos da UE15 que “bebem demasiado” por mês e 100 milhões (1 em cada 3) que fazem “binge-drinking” pelo menos uma vez por mês. Muito menos dados se encontram disponíveis para a UE10, mas os que existem sugerem que algum do consumo de vinho foi substituído por bebidas espirituosas, que a frequência de consumo é menor, e que a frequência de “binge-drinking” é maior do que na UE15.

Enquanto 266 milhões de adultos bebem álcool até 20g (mulheres) ou 40g (homens) de álcool por dia, mais de 58 milhões de adultos (15%) consomem acima deste nível, com 20 milhões destes (6%) bebendo acima de 40g (mulheres) ou 60g (homens). Olhando para a adição em vez dos níveis de consumo, podemos igualmente estimar que 23 milhões de Europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são **dependentes do álcool** em qualquer ano.

Em todas as culturas já estudadas, **é mais provável que os homens bebam do que as mulheres** e que bebam mais quando o fazem, com um intervalo maior para comportamentos de maior risco. Embora muitas mulheres parem de beber

² Chipre, República Checa, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, Eslováquia e Eslovénia.

quando grávidas, um número significativo (25%-50%) continua a beber, e algumas continuam a beber a níveis danosos. Padrões de comportamento de consumo podem também ser vistos à luz do **estatuto socio-económico** (ESE), em que aqueles com menor ESE terão certamente menos probabilidades de beber. Apesar do panorama complexo para alguns aspectos do consumo (com alguns parâmetros a mostrar tendências opostas para homens e mulheres), o embriagar-se e o tornar-se dependente do álcool, são ambas as coisas mais prováveis entre os bebedores de mais baixo ESE.

Quase todos os **estudantes de 15-16 anos** (>90%) beberam álcool em algum momento da sua vida, começando em média aos 12 ½ anos de idade, e embriagando-se pela primeira vez aos 14 anos. A quantidade média bebida numa única ocasião por jovens de 15-16 anos é acima de 60g de álcool, e chega a quase 40g no Sul da Europa. Mais de 1 em 8 (13%) dos jovens entre 15-16 anos embriagaram-se mais de 20 vezes na sua vida, e mais de 1 em 6 (18%) fizeram “binge” (5 ou mais bebidas numa única ocasião) três ou mais vezes no último mês. Embora 2 países tenham verificado mais embriaguez nalgumas pesquisas em raparigas do que em rapazes pela primeira vez em 2003, os rapazes continuam a beber mais e a embriagar-se mais frequentemente do que as raparigas, com uma redução pequena na diferença absoluta entre eles. A maior parte dos países mostram uma subida no “binge-drinking” para os rapazes desde 1995/9 a 2003, e quase todos os países mostram isto para as raparigas (resultados semelhantes são encontrados para países sem pesquisa ESPAD e usando outros dados). Por detrás desta tendência global, podemos ver uma subida no “binge-drinking” e na embriaguez na maioria da UE de 1995 a 1999, seguidos por uma tendência muito mais ambivalente desde então (1999-2003).

O impacto do álcool nos indivíduos

Embora o uso de álcool traga consigo um número de prazeres, o álcool aumenta o risco de uma vasta gama de **danos sociais**, em geral dependendo da dose consumida, i.e., quanto maior o consumo de álcool, maior o risco. Danos provocados pelo **consumo de terceiros** variam de perturbações sociais tais como ficar acordado durante a noite, até consequências mais sérias tais como dano conjugal, abuso de crianças, crime, violência e homicídio. Geralmente quanto maior o nível de consumo de álcool, mais grave é o crime ou o dano. O volume de consumo de álcool, a frequência das bebidas e a frequência e volume de consumo episódico pesado todos independentemente aumentam o risco de violência, sendo mais frequente, mas nem sempre, o consumo pesado episódico a mediar o impacto do consumo nos danos.

Além de ser uma droga de dependência, o álcool é **causa de 60 tipos diferentes de doenças e problemas**, incluindo ferimentos, perturbações mentais e comportamentais, problemas gastrointestinais, cancro, doenças cardiovasculares, perturbações imunológicas, doenças pulmonares, doenças ósseas e musculares, perturbações reprodutivas e danos pré-natais, incluindo um aumento do risco de prematuridade e baixo peso à nascença. Para a maioria destas condições o álcool aumenta o risco dependendo da dose consumida, quanto maior o consumo de álcool, maior o risco. Para algumas condições, tais como cardiopatia, síndrome de tensão respiratória aguda e dano muscular, os níveis de alto prejuízo, o dano parece apenas resultar de um nível sustentado de elevado consumo de álcool, mas mesmo a níveis elevados, o álcool, aumenta o risco e gravidade destas condições, dependendo da dose consumida. A frequência e o volume de consumos pesados episódicos são de particular importância pelo aumento do risco de danos e de certas doenças cardiovasculares (doença coronária e acidente vascular cerebral).

Uma pequena dose de consumo de álcool reduz o risco de **doença coronária**, embora a exacta dimensão da redução do risco e o nível de consumo de álcool no qual ocorre a maior redução ainda estejam em debate. Estudos de melhor qualidade que têm em conta outras influências verificam um risco menor do que estudos de menos qualidade e verificam que um risco reduzido ocorre a um nível menor de consumo de álcool. A maior parte da redução do risco pode ser atingida por uma média de 10g de álcool (uma bebida) consumida dia sim, dia não. Além de 20g de álcool (duas bebidas) por dia – o nível de consumo de álcool com o risco mais baixo – o risco de doença coronária aumenta. Em idades mais avançadas, a redução do risco diminui. É principalmente o álcool que reduz o risco de doença coronária e não qualquer outro tipo específico de bebida. Há evidências de que o álcool em doses baixas pode reduzir o risco de demências provocadas por problemas vasculares, pedras na vesícula e diabetes, embora estas descobertas não sejam consistentes ao longo dos estudos.

O **risco de morte** por álcool resulta de um equilíbrio entre o risco de doenças e danos que o álcool aumenta e o risco de doenças do coração (que ocorrem mais frequentemente em idades avançadas) que, em pequenas quantidades, o álcool reduz. Este equilíbrio mostra que, pelo menos no Reino Unido, o nível de consumo de álcool com menor risco de morte é zero ou perto de zero para mulheres com menos de 65 anos de idade, e menos de 5g de álcool por dia para mulheres com 65 anos ou mais. Para os homens, o nível de consumo de álcool com menor risco de morte é zero abaixo dos 35 anos de idade, cerca de 5g por dia na meia-idade, e menos de 10g por dia com 65 anos ou mais, (e provavelmente voltando ao zero em idade muito avançada).

Há para O bebedor excessivo obtém benefícios na sua saúde se reduzir ou parar o consumo de álcool. Mesmo para doenças crónicas, tais como cirrose hepática e depressão, ou reduzir ou parar o consumo de álcool estão associados com rápidas melhorias na saúde.

O impacto do álcool na Europa

O álcool coloca um grande peso em vários aspectos da vida humana na Europa, que podem ser vastamente descritos como “danos para a saúde” e “danos sociais”. Sete milhões de adultos afirmam ter estado envolvidos em **brigas enquanto bebiam** no último ano (baseados numa revisão de um pequeno número de estudos de custos suportados pelos próprios países) e o custo económico do crime atribuído ao álcool foi estimado em €33 biliões na UE relativo a 2003. Este custo é dividido entre polícia, tribunais e prisões (€15 biliões), despesas com prevenção do crime e seguros administrativos (€12 biliões) e danos de propriedade (€6 biliões). Danos de propriedade devido à condução com álcool foram também estimados em €10 biliões, enquanto que o custo intangível dos efeitos físicos e psicológicos do crime foi avaliado entre €9 biliões-€37 biliões (€52 biliões para o custo do crime relacionado com o álcool).

Uma estimativa de 23 milhões de europeus são dependentes do álcool relativamente a qualquer ano, sendo por isso que a dor e o sofrimento causados aos membros da família levam a um impacto intangível calculado em € 68 biliões. Calcular a escala de dano no local de trabalho é muito mais difícil, ainda que aproximadamente 5% dos homens bebedores e 2% das mulheres bebedoras declara um impacto negativo do álcool no seu trabalho ou estudos. Com base numa revisão dos estudos dos custos nacionais, a produtividade perdida devida ao absentismo atribuível ao álcool e ao desemprego foi calculada em custos de €9 biliões-€19 biliões e €6 biliões-€23 biliões, respectivamente.

Olhando a partir de uma **perspectiva de saúde**, o álcool é responsável por cerca de 195,000 mortes por ano na UE, embora também se tenha calculado a

proteção de 160,000 mortes em pessoas mais idosas, principalmente através do efeito cardioprotector para mulheres que morrem depois dos 70 anos (embora devido a problemas metodológicos, esta é provavelmente uma sobreestimação do número de mortes proteladas). Uma estimativa mais precisa é provável que sejam exactamente as 115,000 mortes causadas em pessoas até aos 70 anos, o que evita a maioria da provável sobreestimação do efeito preventivo do álcool. Estes números são também relativos a uma situação de não-uso de álcool, e o efeito exacto seria muito maior tendo em conta o nível de risco mais baixo de consumo. Medir o impacto do álcool através dos Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALYs) reduz este problema, e demonstra que o álcool é responsável pela morte ou incapacidade prematura de 12% de homens e 2% de mulheres, depois de tidos em conta os benefícios para a saúde. Isto faz do álcool o terceiro de vinte e seis factores de risco de doença na UE, à frente da obesidade/excesso de peso e só atrás do tabaco e da pressão arterial elevada.

Este impacto na saúde é visto num largo leque de condições, incluindo 17,000 mortes por ano devido a acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), 27,000 mortes por acidente, 2,000 homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas) 10,000 suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), 45,000 mortes de cirrose hepática, 50,000 mortes por cancro, das quais 11,000 são mortes por cancro da mama nas mulheres, e 17,000 mortes devido a problemas neuropsiquiátricos, bem como 200,000 episódios de depressão (que também contabilizam 2.5 milhões de DALYs – Anos de Vida ajustados à Incapacidade). O custo de tratamento destas doenças é estimado em €17 biliões, juntamente com €5 biliões gastos no tratamento e na prevenção do consumo nocivo de álcool e da dependência do álcool. A perda de vidas pode ser avaliada como perda de potencial produtivo (€36 biliões excluindo benefícios de saúde), ou em termos de valor intangível da vida em si (€150 biliões - €710 biliões) depois de contabilizados os benefícios de saúde).

Os jovens carregam uma quantidade desproporcionada deste peso, com mais de 10% da mortalidade jovem feminina e cerca de 25% da mortalidade jovem masculina a ser devida ao álcool. Pouca informação existe acerca da extensão dos danos sociais nos jovens, embora 6% dos jovens entre 15-16 anos na UE declarem envolvimento em brigas e 4% declarem sexo desprotegido devido ao seu consumo de álcool.

Entre os países da UE, o álcool desempenha um papel considerável na baixa esperança de vida na UE10 comparada com a UE15, com o intervalo nas taxas de morte em bruto atribuídas ao álcool estimado em 90 (homens) e 60 (mulheres) por 100,000 habitantes. **Dentro dos países**, a maior parte das condições por detrás das desigualdades na saúde estão associadas ao álcool, embora a condição exacta possa variar (ex: a cirrose em França, mortes violentas na Finlândia). Pior saúde em áreas carenciadas também parece estar ligada ao álcool, com estudos que sugerem que a mortalidade directamente atribuída ao álcool é mais alta em áreas carenciadas, para além daquela que pode ser explicada pelas desigualdades a nível individual.

Muitos dos danos causados pelo álcool são suportados **por terceiros**. Isto inclui 60,000 nascimentos com pouco peso, bem como 16% de abuso e negligência de crianças, e 5-9 milhões de crianças em famílias negativamente afectadas pelo álcool. O álcool afecta também outros adultos, incluindo uma estimativa de 10,000 mortes em acidentes de viação com álcool para pessoas que não o condutor alcoolizado, com uma substancial parte de crimes atribuídos ao álcool também possível de ocorrer a terceiros. Parte do custo económico é também pago por outras pessoas e instituições, incluindo muito dos estimados €33 biliões devidos ao crime, €17 biliões para os sistemas de saúde, e €9 biliões - €19 biliões de absentismo.

Experiências naturais e análises longitudinais mostram ambas que o peso do álcool na saúde está relacionado com **mudanças no consumo**. Estas mudanças mostram o comportamento dos bebedores excessivos mais do que bebedores leves (dado que, por exemplo, 10% dos maiores bebedores são responsáveis por um terço a metade do consumo total na maior parte dos países), mas também toca na tendência mais alargada para as populações mudarem os seus níveis de consumo colectivamente. Em toda a população, o impacto da mudança de um litro no consumo nos níveis de dano é mais alto nos países menos consumidores da UE15 (Europa do Norte), mas ainda assim significativa para a cirrose, homicídio (só homens), acidentes, e mortalidade em geral (só homens) na Europa do Sul. Enquanto alguns argumentam que maior mudança na Europa do Norte reflecte a sua cultura “explosiva” de beber, isto pode também reflectir o maior tamanho proporcional de uma mudança de um litro nos países menos consumidores da Europa do Norte. No total, foi estimado que o decréscimo de um litro no consumo iria diminuir a mortalidade total nos homens em 1% na Europa Central e do Sul, e 3% na Europa do Norte.

Avaliando as opções das políticas do álcool

As **políticas de condução com álcool** que são altamente eficazes incluem a não restrição (aleatória) do teste do balão, menores níveis de concentração de álcool no sangue (TAS), suspensão da carta de condução, e menores níveis de TAS para os jovens condutores. As evidências limitadas não encontram um impacto da parte do condutor designado para não beber e de programas de condução segura. As restrições ao álcool podem ser uma medida eficaz enquanto medida preventiva, mas enquanto medida para os infractores de condução com álcool só resulta se for adaptada ao próprio veículo. A Organização Mundial de Saúde fez a simulação de um modelo do impacto do custo de testes do balão sem restrições comparado com a ausência de teste; aplicando essa simulação à União, encontra-se uma estimativa de 111,000 anos de incapacidade e mortes prematuras evitadas a um custo estimado de €233 milhões por ano.

O impacto das políticas por detrás da **educação, comunicação, treino e sensibilização pública** é baixo. Embora o alcance dos programas educacionais baseados nas escolas possa ser elevado devido à disponibilidade de público interessado nas mesmas, o impacto na população destes programas é pequeno devido à sua actual limitação ou falta de eficácia. Existem recomendações em como a eficácia dos programas baseados nas escolas pode ser melhorada. Por outro lado, programas dos grandes meios de comunicação desempenham um papel particular no reforço da consciencialização da comunidade dos problemas criados pelo uso do álcool e na preparação de terreno para intervenções específicas.

Há evidências muito fortes para a eficácia de políticas que **regulam o mercado do álcool** na redução dos danos provocados pelo mesmo. Impostos sobre o álcool são particularmente importantes quando têm por alvo os jovens e os danos provocados pelo álcool em todos os países. Se os impostos sobre o álcool fossem usados para aumentar o preço do mesmo na UE15 em 10%, mais de 9,000 mortes seriam prevenidas ao longo do ano seguinte e uma estimativa sugere que aproximadamente €13 biliões de receitas de imposto de selo adicional poderiam também ser ganhos. As evidências mostram que se as horas de abertura para a venda de álcool fossem mais alargadas, tal resultaria em danos violentos. A Organização Mundial de Saúde fez a simulação do impacto do álcool ser menos disponível nos retalhistas por um período de 24 horas por semana; aplicando isto à União, encontram-se uns estimados 123,000 anos de incapacidade e mortes prematuras evitadas com uma estimativa de custo de implementação de €98 milhões por ano.

Restringir o volume e conteúdo das **comunicações comerciais** dos produtos alcoólicos é provável que reduza os danos. A publicidade tem um impacto particular na promoção de uma atitude mais positiva relativamente ao consumo do álcool junto dos jovens. A auto-regulação das comunicações comerciais pela indústria das bebidas alcoólicas não tem um bom registo em termos de eficácia. A Organização Mundial de Saúde simulou um modelo do impacto de uma proibição da publicidade; aplicando isto à União, encontram-se uns estimados 202,000 anos de incapacidade e morte prematura evitados, com um custo de implementação estimado em €95 milhões por ano.

Há um crescendo de evidências do impacto das estratégias que alteram o **contexto de consumo** na redução dos danos provocados pelo álcool. No entanto, estas estratégias são primariamente aplicadas em bares e restaurantes, e a sua eficácia depende de uma fiscalização adequada. Aprovar uma lei de limite mínimo de idade para beber, por exemplo, terá um pequeno efeito se aquela não for apoiada por uma ameaça credível de remoção das licenças dos estabelecimentos que repetidamente vendem a menores. Tais estratégias são também mais eficazes quando apoiadas por programas de prevenção comunitários.

Existe uma vastidão de evidências para o impacto de **intervenções breves**, particularmente em meios de cuidados primários de saúde, na redução de consumos danosos de álcool. A Organização Mundial de Saúde simulou um modelo dos impactos e custos da aplicação de intervenções breves em cuidados primários para 25% da população em risco; aplicando isto à União, encontram-se uns estimados 408,000 anos de incapacidade e mortes prematuras evitadas com um custo estimado de €740 milhões por ano.

Usando os modelos da Organização Mundial de Saúde, e comparando-os com a ausência de políticas, **um conjunto alargado, para toda a União Europeia**, de políticas e programas eficazes que incluam testes aleatórios, taxaço, restrição de acesso, uma proibição da publicidade e aconselhamento médico breve, calcula-se que custe aos governos europeus €1.3 biliões para implementar (isto constitui cerca de 1% dos custos totais tangíveis do álcool para a sociedade e apenas cerca de 10% da receita estimada ganha com um aumento de 10% no preço do álcool proveniente dos impostos nos países UE15), e é estimado que evite 1.4 milhões de anos de incapacidade e mortes prematuras por ano, aproximadamente 2% de incapacidade e morte prematura na União Europeia.

Política europeia e global do álcool

As mais proeminentes **obrigações legais internacionais** que afectam a política do álcool são o Acordo Geral de Tarifas e Comércio (GATT) relacionado com produtos, e o Acordo Geral de Comércio de Serviços (GATS). Casos passados mostram que a Organização Mundial de Comércio (WTO) dá prioridade à saúde sobre o comércio em algumas circunstâncias (por exemplo, a proibição das importações de amianto), embora as políticas tenham de passar por uma série de testes exigentes de modo a serem mantidas.

Todavia, de longe o maior efeito na política do álcool em prática veio da **lei de comércio da União Europeia** (EU). A maior parte dos casos relacionados com o álcool provêm da regra de “tratamento nacional” da taxaço, o que significa que os estados estão proibidos de discriminar – quer directa ou indirectamente – a favor de produtos nacionais contra aqueles de outros pontos da EU. Não se podem fazer excepções a isto por razões de saúde, com o resultado de os países enfrentarem certas restrições no planeamento da sua política fiscal. Em contraste, a influência crescente do **Tribunal Europeu de Justiça** (ECJ) apoiou

sem ambiguidade a proibição da publicidade na Catalunha e em França, aceitando que “é de facto inegável que a publicidade age como um encorajamento ao consumo”.

As taxas estandardizadas são um antigo objectivo da UE de modo a reduzir as distorções do mercado, onde grandes diferenças em impostos entre países próximos levam a grandes quantidades de compras no estrangeiro. Isto leva a perdas de receita para os governos com taxas altas, assim como pressiona à redução das taxas, como ocorreu em alguns dos países nórdicos. A produção de bebidas alcoólicas sob a forma de vinho recebe €1.5 biliões de apoios todos os anos através da **Política Agrícola Comum** (PAC). A importância económica e política destes subsídios, e em particular os problemas dos produtores de vinho, tornam difícil a progressão de um ponto de vista de saúde pública.

O órgão internacional mais activo no álcool tem sido a **Organização Mundial de Saúde** (OMS), cujo gabinete Europeu levou a cabo várias iniciativas no sentido de reduzir os danos relacionados com o álcool nos seus 52 estados membros. Estes incluem a Framework for Alcohol Policy in the European Region, o European Charter on Alcohol e duas conferências ministeriais, que confirmaram a necessidade de uma política do álcool (e de saúde pública mais abrangente) a ser desenvolvida sem qualquer interferência de interesses comerciais ou económicos.

Embora a EU não possa passar leis simplesmente para proteger a saúde humana (os Estados Membros não conferiram este poder às Instituições Europeias), algumas políticas relacionadas com o mercado interno podem incorporar preocupações substanciais com a saúde, como a cláusula da publicidade de álcool dentro da **Directiva da Televisão Sem Fronteiras**. De outro modo, a acção da EU sobre o álcool aparece como uma lei branda, na forma de resoluções não comprometedoras e recomendações que pressionando os Estados Membros a agirem de uma certa forma.

Política do álcool de cada Estado Membro

Todos os países na União Europeia (EU) têm um número de leis e de outras políticas que separam o álcool de outros produtos comercializados no seu território, frequentemente por razões de saúde pública. Apesar da ubiquidade das políticas do álcool, menos de metade dos países da UE continuam a não ter um **plano de acção ou entidade coordenadora para o álcool**. Mesmo assim, a maior parte dos países têm programas para um aspecto da política do álcool, dos quais os programas de **educação baseados nas escolas** são os mais comuns em toda a Europa. Todos os países têm também alguma forma de **restrição à condução com álcool**, com excepção do Reino Unido, Irlanda e Luxemburgo, a terem um limite máximo de álcool no sangue para condutores ao nível recomendado pela Comissão Europeia (0.5 g/L). Contudo, muitos condutores europeus acreditam que há apenas uma pequena hipótese de serem detectados - um terço da totalidade acredita que nunca fará o teste, embora isto seja mais baixo nos países com testes do balão aleatórios.

As vendas de álcool são geralmente sujeitas a restrições na maior parte dos países da EU, sendo que os sítios onde o álcool possa ser vendido sofrem também frequentemente restrições. Mais de um terço dos países (e algumas regiões) também limitam as **horas de venda**, enquanto que restrições nos dias de venda ou a densidade de retalhistas fora dos locais de venda autorizada existem num pequeno número de países. Todos os países proíbem a **venda de álcool a jovens** abaixo de uma determinada idade em bares e pubs, embora quatro países não tenham política quanto à venda de álcool a crianças nas lojas. O ponto a partir do qual é permitida a venda a jovens também varia pela Europa, com tendência a ser 18 anos no Norte da Europa e 16 anos no Sul da Europa.

O **marketing do álcool** é controlado em diferentes graus dependendo do tipo de actividades de marketing. Anúncios de cerveja na televisão são sujeitos a restrições legais (para além de restrições de conteúdo) em mais de metade da Europa, incluindo uma proibição completa em cinco países; isto aumenta para 14 os países no respeitante à proibição de anúncios de bebidas espirituosas. Cartazes e imprensa escrita são sujeitos a menor regulação, com um em cada três países (principalmente na UE10) não tendo controlos. **Patrocínios de desportos** são sujeitos às mais fracas restrições, com apenas sete países com qualquer tipo de restrições legais.

A **taxação** de bebidas alcoólicas é outra característica consistente dos países europeus, embora as taxas em si variem consideravelmente entre países. Isto pode ser visto claramente para o vinho, onde quase metade dos países não têm taxas, mas um em cada cinco tem uma taxa acima de €1,000 ajustados ao poder de compra. Em geral, a taxa média efectiva é mais alta na Europa do Norte, e mais fraca na Europa do Sul e partes da Europa de Leste. Quatro países também introduziram uma **taxa dirigida aos alcopops** desde 2004, o que parece ter reduzido o consumo de alcopops desde então.

Quando as diferentes áreas políticas são integradas numa **única escala**, a rigidez geral das políticas do álcool varia de 5.5 (Grécia) a 17.7 (Noruega) num possível máximo de 20, com uma média de 10.8. As políticas menos rígidas são na Europa do Sul e partes da Europa Central e do Leste, e as mais altas na Europa do Norte – mas as pontuações não decrescem de todo do Norte para o Sul, como acontece na alta pontuação em França. Este quadro das políticas do álcool é muito diferente daquele de há cinquenta anos atrás, com níveis de políticas agora muito mais próximos, em grande parte devido ao aumento do nível de políticas em muitos países, em particular na área da condução sob o efeito de álcool, em que todos os países têm um limite legal. Controlo do marketing, idades mínimas para comprar álcool, e estruturas de políticas públicas criadas para transmitir políticas do álcool são também muito mais comuns em 2005 do que o eram em 1950.

CONCLUSÕES

O álcool e a economia da Europa

Conclusão 1

O comércio do álcool contribui, com cerca de €9 biliões, para a **balança comercial** da União Europeia no seu conjunto, sem que este comércio seja necessariamente afectado pelas políticas europeia e nacionais para a redução do dano do álcool.

Conclusão 2

As **receitas fiscais do álcool**, uma fonte importante das receitas governamentais, (€25 biliões relativos ao ano de 2001 nos países da antiga UE15), encontram-se relacionadas mais *de perto* com as *taxas de impostos* do que com o nível geral do consumo de álcool.

Conclusão 3

Um decréscimo no consumo não irá necessariamente conduzir a **perdas de postos de trabalho** no conjunto da economia, e pode nem sequer levar a grandes mudanças ao nível do emprego de alguns sectores ligados ao álcool, tais como a restauração e os bares.

Os custos sociais do álcool

Conclusão 4

Os **custos** tangíveis **do álcool** para a União Europeia foram estimados em €125 biliões no ano de 2003, incluindo o equivalente a €60 biliões por **perda de produtividade** pelo absentismo, pelo desemprego e pela perda de anos de vida laboral devida a morte prematura.

Conclusão 5

Os **custos** intangíveis do **álcool** (que traduzem o valor que as pessoas atribuem ao sofrimento e à perda de vidas) para a União Europeia foram estimados em €270 biliões para o ano de 2003.

O consumo de álcool na Europa

Conclusão 6

Ainda que continuem a manifestar-se evidentes **diferenças** entre países relativamente a níveis de padrão de consumo, estas são inferiores às de 40 anos atrás, existindo muito mais semelhanças na Europa no seu conjunto do que se pensava. O **“binge-drinking” por parte dos adolescentes** aumentou na maioria dos países na década de 90, a que se seguiu uma tendência variável nos mais recentes anos.

Conclusão 7

A embriaguez constitui uma causa importante de **lesões** – incluindo ferimentos violentos – em toda a Europa, incluindo o Sul da Europa.

Conclusão 8

O **lugar onde se vive**, na Europa, continua a ser um grande determinante do dano causado pelo álcool.

Álcool e saúde

Conclusão 9

O **álcool é um determinante de saúde**, responsável por 7.4% de todas as incapacidades e mortes prematuras na União Europeia.

Conclusão 10

O álcool é causa de danos a **terceiros**, incluindo cerca de 60,000 nascimentos abaixo do peso normal, 5-9 milhões de crianças a viverem em famílias negativamente afectadas pelo álcool e 10,000 mortes por acidentes rodoviários relativas a terceiros que não o condutor intoxicado.

Conclusão 11

O álcool é causa de **desigualdades na saúde**, quer entre os Estados membros, quer dentro destes, causando uma estimativa de 90 mortes adicionais por 100,000 homens e 60 mortes adicionais por 100,000 mulheres nos novos países da UE10, quando comparados com a antiga UE15.

Álcool e políticas governamentais

Conclusão 12

Os Governos têm a **responsabilidade** de intervir no mercado, e **beneficiam** desta accção. Por exemplo, estima-se que um aumento de 10% no preço da álcool na antiga UE15 resultaria em aproximadamente €13 biliões em impostos adicionais sobre o álcool no primeiro ano.

Conclusão 13

As **intervenções educativas**, que se revelam pouco eficazes na redução dos danos causados pelo álcool, não constituem alternativa a **medidas de regulação do mercado do álcool**, as quais têm o maior impacto na redução do danos, que afectam os maiores consumidores e os mais jovens.

O Álcool e a política europeia

Conclusão 14

As **diferenças continuadas** na política do álcool pela Europa, tais como as cargas fiscais, diminuem a capacidade dos países para a implementação de políticas efectivas.

Conclusão 15

Políticas diferentes entre Estados Membros são por vezes declaradas legítimas para a **protecção da saúde pública**, como aconteceu quando, em 2004, o Tribunal Europeu decidiu a favor da lei francesa da publicidade.

Recomendações

I. A definição de bebida alcoólica

A Definição de uma bebida alcoólica	Actor relevante
I.1. As políticas públicas precisam de definir as bebidas alcoólicas de maneira uniforme na União Europeia. Um ponto de partida poderia ser a mais baixa definição para fins de impostos (0.55) de álcool por volume.	(I) Eur. Inst. ³

II. Criar um fundamento evidente

Recomendações para investigação	Actor relevante
II.1. Deviam estabelecer-se infra-estruturas Europeias e ser financiadas para empreenderem investigação de colaboração sobre o álcool entre países..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region ⁴
II.2. Deviam criar-se e financiar-se infra-estruturas Europeias para fazer a revisão e disseminar todos os resultados mais importantes nas políticas do álcool mediante , por exemplo, registos e bases de dados; a base de evidência devia ser traduzida para políticas e práticas facilmente compreendidas mediante kits práticos e linhas de acção.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
II.3. Deviam ser estabelecidos e financiados programas de investigação sobre o álcool, de longa duração, com fundos públicos.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
II.4. A capacidade de investigação em políticas do álcool deve ser desenvolvidas mediante programas de desenvolvimento profissional.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
Recomendações para a informação	Actor relevante
II.5. Haveria que estabelecer e financiar um Centro Europeu de Monitorização do Álcool (CEMA), que tenha secções sedeadas em cada país.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
II.6. Importa acentuar junto do Grupo de Trabalho da EU para os Indicadores de Saúde, a importância de incluir listas breves de indicadores da Saúde da Comunidade Europeia relativos ao álcool que abranjam o consumo, os danos, políticas e respostas ao programas..	(I) Eur. Inst.
II.7. Deviam ser estabelecidos os programas de vigilância da saúde de modo a poder comparar e analisar os dados em toda a Europa.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
II.8. Devia ser estabelecida e mantida Uma Base de Dados	(I) Eur. Inst.

³ European Institutions.

⁴ Member States and regions within Member States.

Europeia de leis, regulamentos, políticas eficazes e programas ao nível municipal e nível de cada Estado Membro Europeu.

(II) MS/region
(III) Municipal⁵

III. Preparação e implementação de planos e estratégias com recursos

Recomendações para estratégias e planos de acção	Actor relevante
III.1. Devia ser revigorado um mecanismo e ponto focal Europeu para as políticas do álcool na Comissão Europeia com pessoal adequado e recursos financeiros para supervisionar o desenvolvimento das políticas Europeias do álcool e a implementação das estratégias para o álcool da Comissão.	(I) Eur. Inst.
III.2. Devia ser estabelecido ou reforçado a todos os níveis de acção e financiado adequadamente um mecanismo Coordenador e um ponto focal para as políticas do álcool	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal
III.3. Deviam ser formulados e implementados planos de Acção sobre o álcool com objectivos, estratégias e alvos claros.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal
III.4. Devia ser criado um sistema previsível de fundos para as organizações, os programas e recursos humanos envolvidos na redução dos danos causados pelo álcool.. Torna-se necessário analisar a praticabilidade e a conveniência de destinar uma parte das taxas do álcool (taxas hipotecadas) para os financiar.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal
III.5. Devia ser promovido apoio para medidas políticas do álcool na sociedade civil e política mediante campanhas e iniciativas para elevar a sensibilização.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal
III.6. Deviam ser preparados e tornados acessíveis ao grande público relatórios regulares.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal

IV. Outras políticas, acções e apoio inter-fronteiras

Recomendações a avaliação do impacto e para acção colectiva	Actor relevante
IV.1. Os legisladores das políticas da Saúde e os consultores deviam monitorizar os riscos inerentes no processo de liberalização do comércio e devem assegurar que as preocupações relativas à Saúde são tidas em conta nas negociações comerciais tanto	(I) Eur. Inst. (II) MS/region

⁵ Municipalities.

ao nível global como ao nível Europeu.	
IV.2. Deviam ser empreendidos estudos de análise e de viabilidade para determinar quando a acção colectiva sobre as políticas do álcool é mais apropriada a nível Europeu e a nível global e como a comunidade de países em relação às políticas do álcool podem ser fortalecidas.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
IV.3. Recursos acrescidos deviam ser disponibilizados para empreender mais ampla avaliação do impacto das políticas e actividades(incluindo as políticas agrícolas da Comunidade Europeia nos danos e custos associados ao álcool	(I) Eur. Inst.
V. Redução do consumo de álcool na condução	
Recomendações relativas ao consumo de álcool na condução	Actor Relevante
V.1.Devia ser introduzido o limite da taxa máxima de concentração de álcool no sangue de 0.5g/l em toda a Europa; os países com níveis mais baixos não os devem subir	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
V.2.Um limite mais baixo de 0.2g/l devia ser introduzido para os condutores jovens e condutores de serviços públicos e de veículos pesados de mercadoria; os países com níveis mais baixos não os devem subir..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
V.3.Deviam ser implementados poderes sem restrições para testes de sopro com o uso de alcoolímetros de sopro de standard equivalente e acordado em toda a Europa..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
V.4.Deviam ser implementadas em toda a Europa penas comuns claras e com rapidez na aplicação das punições, com penalidades graduadas que dependam ao menos do nível de TAS	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
V.5.Esquemas de educação, reabilitação e tratamento do condutor, ligados às penalidades, com base em orientações assentes em provas acordadas e protocolos deviam ser implementadas em toda a Europa.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
V.6.As acções para a redução da condução sobre o efeito do álcool deviam ser apoiadas por uma vasta campanha Europeia.	(I) Eur. Inst.
V.7.As campanhas existentes de condutor designado deviam ser avaliadas em relação ao seu impacto na redução de acidentes e fatalidades as de ser financiada e implementada qualquer outra campanha..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region

V.8. Devia ser implementada treino efectivo e apropriado para os para a indústria e empr4gados de restauração de álcool para reduzir o risco de conduzir após o consumo de álcool ..	(III) Municipal
V.9. Deviam ser implementados programas abrangentes de educação e mobilização de base comunitária incluindo planeamento e iniciativas de transporte público para reduzir a condução após consumo de álcool.	(III) Municipal

VI. Apoiar a educação, a comunicação, o treino e a sensibilização pública

Recomendações relativas à educação e à sensibilização	Actor relevante
Programas educativos não deviam ser implementados isolados como medidas de políticas do álcool, ou apenas com o objective de reduzir os danos causados pelo álcool, mas antes como medida para reforçar a sensibilização aos problemas criados pelo consumo do álcool e para preparar o terreno para intervenções específicas e mudanças de políticas.	(II) MS/region (III) Municipal
VI.1. Deviam ser disponibilizados fundos para avaliar o plano e o impacto de programas de iniciativa individual que se possam mostrar promissores..	(II) MS/region (III) Municipal
VI.2. Deviam ser implementados amplos programas educativos, a começar cedo na infância para informar os jovens das consequências do consumo do álcool para a saúde, a família e a sociedade e das medidas efectivas que podem ser tomadas para prevenir ou minimizar os danos..	(II) MS/region (III) Municipal
VI.3. Os programas tipo de educação importados de outros países ou culturas devem primeiro ser avaliados no novo ambiente antes de serem largamente.	(II) MS/region (III) Municipal
VI.4. As campanhas do media deviam ser usados para informar e elevar o alerta nos cidadãos para implementação de iniciativas políticas.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region (III) Municipal

VII. Etiquetagem para uso do consumidor

Recomendações sobre a etiquetagem	Actor relevante
VII.1. O vasilhame dos produtos de álcool deviam levar avisos determinados por entidades da saúde, que descrevam os efeitos danosos do álcool quando se conduz ou operam máquinas e durante a gravidez ou outras mensagens sempre que apropriadas..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
VII.2. A embalagem e a etiquetagem dos produtos	(I) Eur. Inst.

alcoólicos não deviam promover o produto alcoólico por meios que vão provavelmente criar impressão errónea acerca das suas características ou efeitos saudáveis, ou que apelam directa ou indirectamente a menores..

(II) MS/region

VIII. Políticas que regulam o mercado do álcool

Recomendações relativas a taxas, compras através das fronteiras e contrabando

VIII.1. Uma taxa mínima para todas as bebidas alcoólicas devia ser aumentada em linha com a inflação e devia, ao menos, ser proporcionada ao conteúdo de álcool de todas as bebidas que contem álcool e deviam cobrir, ao menos, os custos externos do álcool de acordo com uma metodologia determinada, concordada e estandardizada. .

(I) Eur. Inst.
(II) MS/region

VIII.2. Os Estados Membros deviam reter a flexibilidade para usar taxas para fazer face a problemas que podem surgir com bebidas alcoólicas tais como aquelas que se prove que atraem os jovens. .

(II) MS/region

VIII.3. Os produtos alcoólicos deviam ser marcados de modo a determinar a sua origem e movimento na comercialização para permitir calcular o valor das quantidades de álcool que entra de contrabando e o que é de dentro da EU.

(I) Eur. Inst.
(II) MS/region

VIII.4. Os Estados Membros deviam ter a flexibilidade para limitar as compras individuais entre fronteiras de modo a não diminuir o impacto das suas políticas actuais de taxas.

(I) Eur. Inst.
(II) MS/region

Recomendações relativas à idade mínima de compra e acesso

VIII.5. Devia ser implementado um sistema mínimo de licenciamento para venda de produtos alcoólicos em toda a Europa, respeitando os sistemas de licenciamento que já existem onde eles são mais exigentes..

(I) Eur. Inst.
(II) MS/region
(III) Municipal

VIII.6. A venda de bebidas alcoólicas a pessoas abaixo da idade estabelecida pela lei interna, pela lei nacional ou dezoito anos a qualquer que seja a mais alta deve ser proibida e fiscalizada.

(II) MS/region

VIII.7. As jurisdições que superintendem nos locais de venda mediante normas sobre o número, densidade, locação, e horas e dias de venda deviam considerar manter os seus regulamentos; as jurisdições sem tais regulamentos ou com regulamentos muito limitados deviam analisar o

(II) MS/region
(III) Municipal

impacto da introdução ou implementação delas.	
VIII.8. Um conjunto de penalizações com aumento progressivo contra os vendedores e distribuidores, tais como retirada da licença ou encerramento temporário ou permanente devia ser implementado com o objectivo de assegurar o cumprimento com medidas relevantes.	(III) Municipal

Recomendações às comunicações comerciais	Actor Relevante
VIII.9. Um campo de actuação adequado para as comunicações comerciais devia ser implementado em toda a Europa, a partir dos regulamentos existentes nos Estados, e que incluísse o desenvolvimento progressivo a longo prazo de nenhuma publicidade na TV e no cinema, nenhuns patrocínios, e de limitações de mensagens e imagens apenas àquelas que se referem à qualidade do produto..	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
VIII.10. O Artigo 15 da Directiva de Televisão Sem Fronteiras devia ser reforçado quer em termos de conteúdo quer de volume, e devia ser comissionada uma análise da sua aderência nos Estados Membros.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region
VIII.11. Onde existam abordagens de auto-regulação adoptadas pela indústria do álcool ou da indústria do marketing elas deviam ser monitorizadas e adjudicadas por uma organização que seja independente das indústrias do álcool e do marketing.	(I) Eur. Inst. (II) MS/region

IX Redução dos danos nos ambientes de consumo e circundantes

Recomendações relativos aos ambientes de consume e circundantes	Actor relevante
IX.1. O planeamento urbano, as estratégias de comunidade, os regulamentos de licenciamento e restrições, as políticas de transporte e gestão de ambientes de consume e circundantes deviam ser trabalhadas para minimizar os efeitos negativos que resultam da intoxicação do álcool, particularmente para os residentes locais..	(III) Municipal
IX.2. Deviam ser implementado o treino efectivo e apropriado para a indústria de restauração e empregados que servem álcool para reduzir as consequências danosas da intoxicação e padrões de consumo igualmente danosos	(IV) Alcohol industry
IX.3. Deviam ser implementadas políticas e fiscalização	(III) Municipal

adequadas das vendas de álcool e das leis de licenciamento dirigidas aos estabelecimentos associados com mais altos níveis de dano.	
IX.4. Deviam ser implementados projectos de mobilização e intervenção comunitária com bons recursos que envolvam diferentes sectores e parceiros para criar ambientes mais seguros e reduzir o dano causado pelo álcool.	(III) Municipal

X. Aconselhamento relativo ao consumo de álcool de risco e danoso e da dependência do álcool

Recomendações relativas a aconselhamento	Actor relevante
X.1. Deviam ser desenvolvidas e implementadas linhas de orientação baseadas em evidência integrada para o aconselhamento breve no consumo de risco e danoso em diferentes ambientes, no sentido de harmonizar progressivamente a qualidade e a acessibilidade dos cuidados.	(II) MS/region (III) Municipal
X.2. Deviam ser desenvolvidos e implementados programas de treino e apoio para prestar aconselhamento breve para consumos de risco e danosos em diferentes ambientes de forma progressiva para harmonizar as competências dos prestadores de cuidados primários.	(II) MS/region (III) Municipal
X.3. Deviam ser providenciados recursos para assegurar a acessibilidade alargada a programas de identificação e aconselhamento para consumos alcoólicos de risco e danoso.	(II) MS/region (III) Municipal

- Para ver o texto em inglês consultar:

http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm