



Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente  
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças não Transmissíveis  
Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis

NOTA TÉCNICA Nº 25/2023-CGDANT/DAENT/SVSA/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de documento que formaliza a recomendação do Ministério da Saúde para adoção, no âmbito da discussão da nova política tributária nacional, de tributos específicos para produtos nocivos à saúde, como medida de correção das externalidades negativas geradas pelo tabaco e bebidas alcoólicas.

2. **SUMÁRIO EXECUTIVO**

2.1. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de morte da população, constituindo-se em uma epidemia no país. **As DCNT vitimam mais de 700.000 pessoas por ano no país e cerca de 50% da população possuía ao menos uma DCNT diagnosticada em 2019.** Trata-se de um grave cenário para a saúde pública e para o desenvolvimento econômico e social brasileiro. O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas e alimentação inadequada são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, sobretudo para o conjunto dos quatro principais grupos de DCNT (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes). Além das mortes prematuras (30 a 69 anos), o consumo desses produtos eleva os riscos de doenças e incapacidades, resultando em perdas de produtividade, despesas evitáveis de cuidado com saúde, empobrecimento das famílias, além de dor e sofrimento.

2.2. O tabaco é o segundo fator de risco para mortalidade no mundo e no Brasil. **Em 2019, mais de 160 mil pessoas morreram no Brasil devido ao tabagismo, o que corresponde a 13,5% do total de óbitos no país.** O tabagismo contribui para o desenvolvimento de diversos tipos de cânceres, doenças cardiovasculares, tuberculose, infecções respiratórias, entre outras. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 apontou a prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco na ordem de 13%, isso representa **mais de 20,4 milhões de adultos brasileiros fumantes.** Em 2019, o percentual de adolescentes que haviam fumado cigarro em algum momento da sua vida foi de 21,0%. **Em 2020, as doenças causadas pelo tabagismo custaram R\$ 50,2 bilhões ao ano, exclusivamente ao SUS, o que equivale a 7,8% de todos os gastos em saúde.** Estima-se que o custo indireto do tabagismo seja de R\$74,859 bilhões, totalizando o gasto anual de R\$125,148 bilhões para o Governo Federal. Este número corresponde a 1,8% do PIB. Segundo dados do Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária de 2020, **o aumento em 50% no preço dos cigarros resultaria em um benefício econômico total de R\$ 140,96 bilhões, em 10 anos.**

2.3. O álcool, apesar de legalizado, é uma substância psicoativa com efeitos tóxicos, de baixo preço, fácil acesso e elevada aceitação social. Seu uso está associado ao risco de desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, DCNT, violências e acidentes de trânsito. **No Brasil, cerca de 5,5% de todos os óbitos são considerados plenamente atribuíveis ao consumo de álcool.** Apesar disso, dados do Ministério da Saúde indicam **aumento do uso de álcool pela população, especialmente entre as mulheres e os mais jovens, inclusive entre os menores de idade.** Em 2021, quase metade da população adulta (44,6%) relatou consumir bebida alcoólica habitualmente e 18,3% relataram consumo abusivo nos 30 dias anteriores à pesquisa. Trata-se de um cenário preocupante, que se torna ainda mais grave quando considerado o aumento da experimentação precoce por adolescentes, que em 2019 foi de 55,9%, nos de 13 a 15 anos, e de 76,8%, nos de 16 e 17 anos. O impacto do uso do álcool na sociedade não se limita às consequências para a saúde, englobando também as perdas sociais e econômicas (custos no setor de justiça, segurança social, custos de perda de produtividade da força de trabalho e desemprego, além de custos relacionados à dor e ao sofrimento). Tal é a grandeza do impacto do consumo das bebidas alcoólicas na sociedade, que **o custo econômico do consumo do álcool é estimado em mais de 1% do PIB** para os países de renda média ou alta. Atualmente, há uma vasta e robusta evidência que indica relação inversamente proporcional entre aumento de preços e redução do consumo do álcool. **Estima-se, ainda, que dobrar o preço das bebidas alcoólicas em geral reduziria a mortalidade relacionada ao álcool em 35%, mortes por acidente de trânsito em 11%, doenças sexualmente transmissíveis em 6%, violência em 2% e crime em 1,4%.** No mundo, diversos países vêm adotando políticas de preços para enfrentar o consumo nocivo de álcool e suas consequências. No Canadá, em British Columbia, o aumento de 10% no preço mínimo do álcool esteve associado a uma redução de 32% nas mortes atribuíveis ao uso do

álcool. No Chile, o aumento nos impostos sobre o álcool reduziu o consumo total, incluindo entre adolescentes, ao mesmo tempo que aumentou a arrecadação do governo.

2.4. Tendo em vista o impacto do tabaco, das bebidas alcoólicas na morbimortalidade da população e considerando também a magnitude do seu consumo no país, os elevados custos sociais e econômicos que impõem à sociedade brasileira, as recomendações internacionais, as evidências disponíveis e experiências já realizadas, do ponto de vista da saúde pública, **recomenda-se a tributação específica que aumente o preço de produtos nocivos à saúde em valor suficiente para a diminuição do seu consumo.** A tributação de produtos nocivos é uma medida de fácil implementação, recomendada pela OMS como a estratégia de maior custo-benefício para a redução do consumo, das doenças e mortes relacionadas, especialmente para as populações de média e baixa renda, além de representar uma importante fonte de arrecadação de recursos públicos, considerando a necessidade de se encontrar fontes alternativas de financiamento para o SUS.

2.5. O Ministério da Saúde, a partir do Substitutivo apresentado à PEC 45/2019, pela Comissão Mista Temporária da Reforma Tributária em 2021, recomenda que na proposta de emenda apresenta ao “Art. 43, § 4º Sempre que possível, a concessão dos incentivos regionais a que se refere o § 2, III, considerará critérios de preservação do meio ambiente.” (NR), haja a referência à critérios de saúde e seja suprimido o termo “sempre que possível”, sendo a proposta de redação para o mencionado: **“Art. 43, § 4º A concessão dos incentivos regionais a que se refere o § 2º, III, considerará critérios de preservação do meio ambiente e de impacto sobre a saúde.”** (NR) – Para que, com isso, a produção, comercialização e importação de produtos nocivos à saúde e ao meio ambiente **tenham imposto seletivo.**

2.6. Na emenda do artigo 145, § 1º, o relator estabelece característica progressiva a todos os impostos, sem exceção ao apresentado pelo substitutivo no artigo 153, VIII acima que visa desestimular o consumo do tabaco, álcool e produtos nocivos à saúde e meio ambiente. Consideramos como necessário a menção do artigo 153, VIII como exceção, sendo precisa à desestimulação esperada uma aplicação de impostos regressiva. Dessa forma, propomos: **“Art. 145, § 1º Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão progressivos, com exceção dos impostos previstos no inciso VIII do artigo 153 (proposta nossa), graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultado à administração tributária, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte”.**

### 3. ANÁLISE

3.1. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de morte e adoecimento da população, constituindo-se em uma epidemia no país. **As DCNT vitimam mais de 700.000 pessoas por ano no país e cerca de 50% da população possuía ao menos uma DCNT diagnosticada em 2019.** Neste mesmo ano, houve 308 mil mortes prematuras por DCNT, isto é, de pessoas entre 30 e 69 anos de idade. Trata-se de um grave cenário para a saúde pública e para o desenvolvimento econômico e social brasileiro.

3.2. O tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e inatividade física são os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, sobretudo as doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas, diabetes e cânceres. Além das mortes prematuras, o consumo desses produtos eleva os riscos de doenças e incapacidades, resultando em perdas de produtividade, despesas evitáveis de cuidado com saúde, empobrecimento das famílias, além de dor e sofrimento. Durante a pandemia do COVID-19, as DCNT foram as principais comorbidades dos pacientes com COVID-19, sendo responsáveis pelo agravamento da condição clínica e pela ampliação do tempo de internação e das taxas de mortalidade(1). Além disso, novos hábitos foram formados durante a pandemia de COVID-19, fazendo com que ocorresse o aumento do consumo do tabaco e álcool, conforme demonstrado por estudos realizados no Brasil e em outros países, acendendo o sinal de alerta para a elevação da mortalidade, carga de doenças e custos relacionados às DCNTs (2).

3.3. Tendo em vista a crescente magnitude da morbimortalidade por DCNT, o Ministério da Saúde renovou seu compromisso com o enfrentamento das DCNT, estabelecendo metas a serem cumpridas até 2030, por intermédio do **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** (3). O Plano de DANNT atualiza as metas constantes no plano anterior, cuja vigência foi de 2011 a 2022, e tem como objetivo apresentar um conjunto de diretrizes e ações estratégicas para o atingimento de **23 metas nacionais, dentre as quais destacam-se:**

- Reduzir em 1/3 a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT;
- Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT;
- Reduzir em 2% a obesidade de crianças e adolescentes;
- Deter o crescimento da obesidade entre adultos;
- Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- Reduzir em 30% o consumo de regular de bebidas adoçadas;
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%;
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.

3.4. Cabe destacar que a epidemia de DCNT acentua as desigualdades sociais, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade - contexto esse agravado pelo cenário político,

econômico e sanitário que assolou o país nos últimos anos. Diante disso, é urgente a adoção tanto de medidas inovadoras como daquelas reconhecidamente custo-efetivas para o enfrentamento dos determinantes sociais e comerciais da epidemia de DCNT no país, a fim de contribuir para a promoção da equidade, do bem-estar da sociedade e da melhoria da saúde da população.

#### 4. TABACO

##### **Relação do tabagismo e as doenças e agravos em saúde.**

4.1. O tabaco é uma planta (*Nicotiana tabacum*) cujas folhas são utilizadas na produção de diferentes produtos que têm como princípio ativo a nicotina, que causa dependência (4). Há diversos produtos derivados de tabaco: cigarro, charuto, cachimbo, cigarro de palha, cigarrilha, bidi, tabaco para narguilé, rapé, fumo-de-roló, dispositivos eletrônicos para fumar e outros. No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada nº 46 de 2009, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar(5). A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que o tabaco mata mais de 8 milhões de pessoas por ano. Mais de 7 milhões dessas mortes resultam do uso direto deste produto, enquanto cerca de 1,2 milhão é o resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. A OMS afirma ainda que cerca de 80% dos mais de um bilhão de fumantes do mundo vivem em países de baixa e média renda, onde o peso das doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior(4).

4.2. No Brasil, foram registrados 161.853 óbitos devido ao tabagismo, em 2020, o que corresponde a 13% de todos os óbitos. O uso de tabaco é o segundo fator de risco mais importante para a mortalidade, no Brasil e no mundo, seguido pela pressão arterial alta(6). Em 2019, foi responsável por 7,91% dos DALY (anos de vida perdidos ajustados por incapacidade), segundo o estudo de Carga Global de Doenças(6). Ao avaliar os óbitos prematuros (<70 anos) por (DCNT) este percentual aumenta para 18,57%. Para as doenças respiratórias infecciosas e tuberculose, o tabaco é responsável por 23,78% dos óbitos.

4.3. O tabagismo é uma doença inserida na Classificação Internacional de Doenças (CID 10 e11) e que contribui para o desenvolvimento de diversos tipos de câncer, tais como: leucemia mieloide aguda; câncer de bexiga; câncer de pâncreas; câncer de fígado; câncer do colo do útero; câncer de esôfago; câncer de rim e ureter; câncer de laringe (cordas vocais); câncer na cavidade oral (boca); câncer de faringe (pescoço); câncer de estômago; câncer de cólon e reto; câncer de traquéia, brônquios e pulmão (7). Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis, o tabagismo também contribui para o desenvolvimento de outras enfermidades, tais como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras.

##### **Magnitude do consumo**

4.4. Somente no ano de 2020, o tabagismo foi responsável por 161.853 óbitos, causando 443 mortes por dia, das quais 37.686 corresponderam à doença pulmonar obstrutiva crônica; 33.179 às doenças cardiovasculares; 25.683 a outros cânceres; 24.443 ao câncer de pulmão; 18.620 ao tabagismo passivo e outras causas, 12.201 à pneumonia e 10.041 ao acidente vascular cerebral (AVC) (8).

4.5. Diversas pesquisas desenvolvidas no Brasil permitem acompanhar dados que apoiam muitas das medidas de controle do tabaco. Inquéritos populacionais trazem informações relativas ao percentual de experimentação, consumo e exposição aos produtos de tabaco. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), apontou a redução da frequência de fumantes no período entre 2006 e 2021, variando de 15,7%, em 2006, a 9,1%, em 2021 (redução média de -0,45 pontos percentuais/ano), entre adultos residentes no conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal. Observa-se redução entre homens e mulheres e em todas as faixas de idade, destacando maior intensidade de redução entre as faixas de idade com maior idade, sendo também aquelas com maior percentual no período (9). Deve-se ter em mente que essa redução precisa ser intensificada, considerando que o número absoluto representado pelos 9,1% em 2021, são de 3.310.310 adultos fumantes que residem nas capitais brasileiras e Distrito Federal.

4.6. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de abrangência nacional, apontam a prevalência de usuários atuais de produtos derivados de tabaco, fumado ou não fumado, de uso diário ou ocasional, de 12,8% em 2019. Isso representa mais de 20,4 milhões de adultos brasileiros fumantes. Segundo a situação do domicílio, a parcela de usuários foi maior na área rural (14,3%) que na urbana (12,6%) (10).

4.7. A experimentação ou início da exposição ao tabaco pelo cigarro entre adolescentes escolares do 9º ano do ensino fundamental das capitais brasileiras foi identificada pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). Em 2009, o percentual de adolescentes que haviam fumado cigarro, ao menos uma ou duas tragadas, em algum momento da sua vida foi de 22,9%, mantendo patamar semelhante em 2019, de 21,0%. Porém, os resultados para a experimentação do cigarro por dependência administrativa revelam uma queda para os alunos das escolas privadas de 17,3% em 2009, para 12,2% em 2019, sem que essa redução fosse observada para alunos de escolas da rede pública (11).

## Custos econômicos para a saúde e a sociedade

4.8. Atualmente, o Brasil tem 20 milhões de fumantes. Em 2020, as doenças causadas pelo tabagismo custaram R\$ 50,289 bilhões ao ano, exclusivamente ao Sistema Único de Saúde, o que equivale a 7,8% de todos os gastos em saúde. Esses custos são ainda maiores ao serem incluídas as pensões por invalidez e morte de fumantes, os gastos com insumos e ações educativas, políticas e campanhas de prevenção e de combate ao mercado ilegal de tabaco. Estima-se que o custo indireto do tabagismo é de R\$74,859 bilhões, totalizando o gasto anual de R\$125,148 bilhões para o Governo Federal. Este número corresponde a 1,8% do PIB. Por outro lado, o total de impostos arrecadados com os cigarros é de, aproximadamente, R\$ 13 bilhões ao ano, o que demonstra evidente prejuízo para o Governo. O custo com aquisição de medicamentos para tabagismo pelo Ministério da Saúde foi de R\$156.779 milhões, entre 2016 e 2022 (12).

4.9. Segundo dados do Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (8) de 2020, o aumento em 50% no preço dos cigarros resultaria em um benefício econômico total de R\$140,96 bilhões em 10 anos, considerando os custos diretos (saúde) e indiretos (produtividade no trabalho e cuidados familiares). Também, levaria a um aumento na arrecadação de mais de R\$ 26 bilhões. Para o SUS, a economia seria de, aproximadamente, R\$ 40 bilhões. O estudo do IECS aponta que se a carga tributária for elevada para 83%, a arrecadação poderia chegar a R\$ 5,4 bilhões por ano. Para além dos benefícios econômicos, este aumento resultaria em evitar a morte de 135.044 pessoas em 10 anos.

4.10. Já o Tobacco Atlas estima que a cada USD 6,36 (preço médio) gastos em uma embalagem com 20 cigarros, equivale a USD 35 gastos com doenças tabaco relacionadas. Além disso, estima que o consumo de produtos de tabaco custa, anualmente, aproximadamente 2% do Produto Interno Bruto em todo o mundo (13).

### Efeitos da tributação: Recomendações, evidências e experiências internacionais.

4.11. A Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT/OMS), primeiro tratado de saúde pública negociado no âmbito dos Estados-Membros da OMS, foi internalizado no Brasil por meio do Decreto nº 5.658, de 2 de janeiro de 2006(14). Este documento proporciona uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem adotadas pelos países, dentre as quais a tributação dos produtos (Artigo 6º)(14).

4.12. O tratado reconhece que medidas relacionadas a preços e impostos são meios eficazes e importantes para a redução do consumo de tabaco, especialmente entre os jovens e populações mais vulneráveis. Segundo o INCA, estudos do Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária (IECS) de 2020 indicam que o aumento de 10% sobre os preços é capaz de reduzir o consumo de produtos de tabaco em cerca de 8% no Brasil (8).

4.13. O Brasil é um caso de experiência bem-sucedida na implementação de impostos para a redução do consumo de tabaco no país, demonstrando que o aumento da taxa reduz o consumo sem prejudicar a economia. Os dados do país com a implementação das políticas entre 1989 e 2011, demonstram que o Brasil tem um dos melhores resultados em saúde pública na redução de mortes pelo tabagismo, e é referência para outros países (15). A política de preços e impostos dos cigarros vem sendo trabalhada pela Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ), especialmente com representantes da Receita Federal, alinhando-a aos objetivos da Convenção-Quadro, com o aumento sucessivo desses tributos. De acordo com o Relatório de Progresso Global de 2021 sobre a implementação da Convenção-Quadro da OMS, mesmo com sistemas e alíquotas diferentes, 108 países têm imposto seletivo para tabaco (16).

4.14. De 2006 a 2011 o Brasil aumentou suas taxas de impostos sobre cigarros, levando o preço real por pacote de cigarros a aumentar em 34%, fazendo com que a prevalência de fumantes caísse para 19% no período (17). O ano de 2011 foi um marco na política de taxa com a sanção da Lei 12.546, que instituiu uma política de preços mínimos para os cigarros. Já em 2016, foi definida, por meio do Decreto nº 8.656, a nova alíquota *ad valorem* para os pacotes com 20 cigarros a partir de 1º de maio de 2016 (63,3%) e após 1º de dezembro de 2016 (66,7%). O preço mínimo do pacote com 20 cigarros passou para R\$ 5,00 após 1º de maio de 2016 (18). Como resultado desta política, a prevalência de fumantes nas capitais brasileiras reduziu de 13,4% em 2011 para 9,1% em 2021. Segundo o modelo de simulação política SimSmoke, quase metade da redução de 46% da prevalência do tabagismo no Brasil ocorrida entre 1989 e 2010 foi decorrente do aumento dos preços dos cigarros (19).

4.15. No tocante às medidas de enfrentamento do tabagismo, o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a alcançar o mais alto nível das seis medidas MPOWER (pacote de melhores práticas da OMS) de controle do tabaco. Desta forma, o país foi reconhecido pela OMS, em 2019, como referência internacional no controle do tabagismo, sendo o segundo país no mundo, juntando-se à Turquia, a implementar as mais importantes medidas nessa área (20).

4.16. Ainda no cenário internacional, destaca-se, também, a experiência da Colômbia. Em 2016, a Colômbia aumentou o imposto específico sobre cigarros em 200% e estabeleceu um aumento anual de 4 pontos percentuais além da inflação. O consumo de cigarros diminuiu 23% em 2017 em relação a 2016, enquanto as arrecadações de impostos de tabaco aumentaram em 54%.

4.17. A indústria argumenta que o aumento dos impostos favorece o comércio ilícito e reduz a arrecadação ao governo. Entretanto, as evidências demonstram que o aumento de impostos não causa aumento significativo do

comércio ilícito. Além disso, este aumento resultou em 78.171 vidas salvas, 502.082 doenças evitadas e, aproximadamente, R\$ 93 bilhões em benefícios econômicos (8).

4.18. Ainda, segundo dados da Universidade Católica de Brasília (UCB), a cada aumento de 10%no preço, há um ganho de renda líquida de cerca de R\$ 39 mensais nas classes mais desfavorecidas. Segundo os pesquisadores, "esta política é altamente progressiva, pois seus efeitos econômicos são muito mais fortes para os mais pobres do que para os mais ricos, de acordo com os quartis de renda"(21).

4.19. Apesar dos esforços do país na política de preço e impostos do tabaco, estes não estão sendo suficientes para tornar o consumo do tabaco menos acessível e atrativo, de forma a desestimular o seu consumo e promover a saúde.

## 5. **ÁLCOOL**

### **Relação do consumo de álcool e doenças e agravos em saúde**

5.1. O álcool é uma substância psicoativa com efeitos tóxicos e, embora no Brasil seu uso seja lícito para maiores de 18 anos, tem sido associado ao risco de desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), violências e acidentes de trânsito, gerando custos econômicos e sociais, além de mortes, adoecimento e incapacidades em todo mundo (22).

5.2. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o uso do álcool é responsável pela morte de mais de 3 milhões de pessoas por ano, ou seja, 1 a cada 20 mortes no mundo, além de aproximadamente 5,1% da carga global de doenças (23), sendo por esta razão considerado um problema de saúde pública. O consumo de álcool é causa associada de 230 doenças e agravos e causa necessária para 40 códigos de três dígitos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), tais como síndrome de dependência do álcool e cirrose hepática alcoólica (24).

5.3. De acordo com estimativas do Global Burden Disease (GBD), em 2019 (6), o álcool era o décimo fator de risco mais importante para mortalidade no mundo e o nono para anos de vida ajustados por incapacidade (DALY), sendo responsável por 4% da mortalidade e 3% de DALYs, globalmente (6). Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes é atribuída ao álcool (23).

5.4. No Brasil, aproximadamente 5,5% dos óbitos para todas as idades estavam relacionados ao consumo de álcool e 8% dos óbitos na faixa etária de 50-59 anos, demonstrando seu efeito crônico. Nos últimos dez anos, 184.746 mortes plenamente atribuíveis ao consumo de álcool foram registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade brasileiro (SIM)(24).

5.5. Este cenário representa um grande prejuízo social e econômico para a sociedade brasileira, que se vê privada do potencial produtivo e intelectual de parte de sua população vitimada pelo uso dessa substância. Assim, é importante destacar que, da perspectiva da saúde pública e no âmbito populacional não há nenhum nível de consumo de bebidas alcólicas sem risco envolvido (25).

### **Magnitude do consumo**

5.6. O monitoramento dos indicadores relacionados ao consumo de álcool é realizado pela Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis, por meio dos principais inquéritos de saúde do país, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional deSaúde do Escolar (PeNSE). Apesar das diferenças metodológicas entre eles, os dados convergem no sentido de indicar o aumento do uso de álcool pela população, especialmente entre as mulheres e os mais jovens, inclusive entre os menores de idade.

5.7. Dados do Vigitel (26) indicam que, em 2021, 44,6% da população adulta relatou consumir bebida alcoólica habitualmente e 18,3% relataram consumo abusivo nos 30 dias anteriores à pesquisa, isto é, a ingestão em uma mesma ocasião de quatro ou mais doses, para mulheres, ou de cinco ou mais doses, para homens. Entre 2006 e 2021, a frequência de consumo abusivo de bebidas alcólicas aumentou, variando de 15,7%, em 2006, a 18,3%, em 2021 (aumento médio de 0,19 pp/ano). Em relação às faixas de idade, os maiores aumentos foram observados entre adultos de 25 a 34 anos, variando de21,7%, em 2006, a 25,5%, em 2021 (0,41 pp/ano) (9).

5.8. Também os dados da PNS (10) indicam aumento expressivo do consumo de álcool pela população adulta, especialmente entre as mulheres que consomem bebidas alcólicas uma vez ou mais por semana, passando de 12,9%, em 2013, para 17%, em 2019.

5.9. Em relação aos adolescentes, apesar da proibição da venda de álcool para menores de 18anos, dados da PeNSE (11) indicam que a experimentação, medida através da ingestão de uma dose de bebida alcólica alguma vez na vida, também aumentou, passando de 52,7% para 63,2%, em 2019, entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental das capitais brasileiras. Cabe observar que esse aumento da experimentação do álcool foi maior entre os escolares da rede pública, com 65,9%, enquanto a experimentação entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental das escolas privadas das capitais, em 2019, foi de 56,3%, uma diferença de quase 10 pontos percentuais (9,6%). A experimentação em 2019 foi de 55,9% nos escolares de 13 a 15 anos e de 76,8% nos escolares de 16 e 17 anos, e com uma maior

diferença entre meninas (67,4%), em relação aos meninos (58,8%). Ainda, a PeNSE 2019(11) apurou que 34,6% dos escolares de 13 a 17 anos haviam tomado a primeira dose de bebida alcoólica com menos de 14 anos.

### **Custos econômicos para a saúde e a sociedade**

5.10. O impacto do uso do álcool na sociedade não se limita às consequências para a saúde. Engloba também as perdas sociais e econômicas relacionadas a custos no setor de justiça, segurança social, custos de perda de produtividade da força de trabalho e desemprego, além de custos relacionados à dor e ao sofrimento. Devido à abrangência do impacto, a estimativa de custo do álcool para a sociedade é complexa, porque muitos dos custos são difíceis de estimar com precisão. No mundo, diferentes países adotam formas distintas de estimar o custo e no Brasil ainda não existem estudos de custos totais.

5.11. No Canadá, em 2020, o álcool teve um impacto econômico de 19,7 bilhões de dólares, considerando os custos para o sistema de saúde e de justiça, os custos relativos à perda de produtividade e outros custos diretos (27). Nos EUA, em 2010, o consumo do álcool custou 249 bilhões de dólares por ano em serviços de saúde e outros custos sociais (28, 29). Tal é a grandeza do impacto do uso do álcool na sociedade que o custo econômico do consumo do álcool é estimado em mais de 1% do PIB para os países de renda média ou alta (28, 30).

5.12. Estudo de custo atribuível ao consumo de álcool no Sri Lanka para um grupo selecionado de doenças e agravos relacionados ao consumo de álcool mostrou que o custo total estimado em 2015 foi de US\$ 885,86 milhões, o que corresponde a 1% do PIB do país. Neste valor, US\$ 497,50 milhões correspondem a custos com previdência social e US\$ 388,35 milhões com custos em saúde. O custo com pacientes de câncer foi de US\$ 72,15 milhões, sendo US\$ 61,14 milhões com câncer de lábio, cavidade oral, faringe e esôfago. US\$ 80,44 milhões foram gastos com vítimas de acidente de trânsito e US\$ 39,58 milhões com gastrite alcoólica e duodenite (31). Estudo semelhante desenvolvido em Portugal, apontou que o custo dos serviços de saúde com álcool foi de € 191 milhões, sendo € 95,1 milhões com internações hospitalares e € 95,9 milhões com atendimentos ambulatoriais, para o ano de 2005. O custo total representou 1,3% do custo total com saúde no país e 0,13% do PIB (32). Do total de custos hospitalares, € 56,7 milhões foram decorrentes de acidentes de trânsito e causas externas (32).

5.13. No Brasil, ainda não existem estudos de estimativa de **custos totais** relacionados ao impacto decorrente do consumo do álcool. Um estudo pioneiro e recém-publicado baseado em registros de sistemas oficiais da saúde e da previdência social indicou que os custos diretos e indiretos atribuíveis ao álcool entre 2010 e 2018 foram de 1,5 bilhão de dólares, sendo cerca de 737 milhões com gastos hospitalares no SUS, 416 milhões com atendimentos ambulatoriais no SUS e 333 milhões com absenteísmo no trabalho (33). Entretanto, nesta pesquisa, não foram incluídos os gastos com saúde no setor privado e tampouco os custos relativos à perda de produtividade, ao sistema de justiça e outros custos diretos, além daqueles relacionados à saúde mental decorrentes de perdas e adoecimentos decorrentes do uso do álcool. O estudo demonstrou que o grupo com menor padrão de consumo foi o que mais contribuiu no Risco Atribuível Populacional, mostrando que, do ponto de vista coletivo, pessoas com baixo padrão de consumo implicam em maior impacto populacional e custos para a saúde pois estão presentes em alto número na população (33).

5.14. Um estudo do INCA identificou que em 2018 o SUS gastou 1,7 bilhões de reais com os tratamentos dos cânceres que têm associação com o consumo de álcool, considerando apenas os procedimentos ambulatoriais e hospitalares custeados pelo governo federal. Para o ano de 2040, foi estimado que serão gastos mais de 4 bilhões de reais, correspondendo a um aumento de 140% quando comparado ao ano de 2018 (34).

### **Efeitos da tributação: Recomendações, evidências e experiências internacionais.**

5.15. Dentre as recomendações internacionais para a redução do consumo do álcool em nível populacional, as políticas de preço são as estratégias consideradas mais custo-efetivas. A OMS, no âmbito da implementação da Estratégia global para redução do uso nocivo do álcool (35), recomenda o aumento de preços de bebidas alcoólicas por meio de taxação específica e política de preços. Em 2019, a Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou a iniciativa SAFER no Brasil (23). O SAFER é um pacote de ações custo-efetivas para a redução do consumo do álcool. De todas as medidas propostas, o aumento de preços do álcool por meio de impostos e políticas de preços é a que possui evidências mais robustas de impacto, por retardar a iniciação, reduzir o consumo de pessoas mais jovens e o consumo abusivo, além de representar uma fonte de arrecadação para o governo (23). A principal política de preço é a tributação específica do álcool de acordo com o teor alcoólico, mas outras políticas também são bem avaliadas, tais como: extinção de promoções e descontos, estabelecimento de preços mínimos, incentivo de bebidas não alcoólicas, ajuste regular de preços em relação à inflação, além do corte de subsídios a operadores econômicos da área do álcool (35, 36).

5.16. Atualmente, há uma vasta e robusta evidência que indica relação inversamente proporcional e estatisticamente significativa entre aumento de preços e redução do consumo do álcool. Revisão sistemática e meta-análise realizada com mais de 1.000 estimativas já publicadas ao longo de quatro décadas encontraram que 10% de aumento no preço do álcool resulta na redução de aproximadamente 5% no consumo (elasticidade média de -0.51) (37, 38). Em relação à morbimortalidade, os resultados indicam que dobrar o preço do álcool reduziria a mortalidade relacionada ao álcool em 35%, mortes por acidente de trânsito, em 11%, doenças sexualmente transmissíveis em 6%, violência em 2% e crime em 1,4% (37, 38).

5.17. No mundo, diversos países vêm adotando políticas de preços para enfrentar o consumo nocivo de álcool e suas consequências. No Canadá, em British Columbia, o aumento de 10% no preço mínimo do álcool esteve associado a uma redução de 32% nas mortes atribuíveis ao uso do álcool (39). No Chile, o aumento nos impostos sobre o álcool reduziu o consumo total, incluindo entre adolescentes, ao mesmo tempo que aumentou a arrecadação do governo (40). Dentre outras experiências exitosas como política de taxação, destaca-se a Lituânia, que observou redução 20% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidades, a Escócia, que experimentou redução de 25% de vendas ao ano e de 10% da mortalidade e a Rússia, que reduziu em 43% no consumo de álcool per capita (41). Na América do Sul, a Colômbia aumentou os impostos sobre bebidas alcoólicas em 2016, adotando uma combinação de 25% de imposto *ad valorem* e um imposto específico com base no teor de álcool. A reforma aumentou a arrecadação desses impostos em 17% em 2017(17).

## 6. O IMPACTO DOS IMPOSTOS DE SAÚDE NA CARGA TRIBUTÁRIA SÃO PROGRESSIVOS

6.1. Ainda que a população em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica possa ser mais afetada pela tributação, este grupo tem uma maior chance de reduzir o consumo dos produtos tributados e, conseqüentemente, menor risco de desenvolver DCNT (42, 43).

6.2. A tributação de produtos nocivos à saúde pode ser considerada uma medida progressiva pelos seguintes motivos (42,43): 1) Tabaco e álcool apresentam associações com DCNT e problemas de saúde. A tributação desses produtos visa desencorajar o consumo, especialmente entre os grupos mais vulneráveis; 2) Os gastos com saúde são relativamente maiores para pessoas com menor nível socioeconômico. Isso significa que a carga econômica das doenças relacionadas ao uso de produtos não saudáveis recai de forma desproporcional sobre essas pessoas, cujo consumo também tende a ser mais elevado. A implementação de impostos saudáveis busca, então, equilibrar essa disparidade e reduzir as desigualdades na saúde; 3) A população com menor nível socioeconômico é mais sensível às variações de preço. Estudos mostram que os impostos saudáveis levam a uma redução maior no consumo de produtos nocivos à saúde entre essas pessoas. Tal sensibilidade ao preço cria uma oportunidade para promover comportamentos saudáveis e reduzir os danos à saúde, especialmente entre os mais vulneráveis; e 4) As receitas arrecadadas por meio desses impostos podem ser direcionadas para atender às necessidades da população com menor nível socioeconômico.

6.3. Em resumo, a tributação desses produtos consiste em uma ferramenta eficaz para promover a saúde pública, pois atua na redução do consumo de produtos nocivos à saúde, equilibra os gastos com saúde entre diferentes grupos socioeconômicos e pode contribuir para reduzir desigualdades e iniquidades em saúde. Ou seja, o impacto dos impostos de saúde na carga tributária pode parecer regressivo, se examinados apenas no curto prazo, mas isso é compensado pelos benefícios em termos de saúde e pela redução dos custos com saúde no longo prazo. Assim, o impacto líquido é progressivo (42,43).

## 7. RECOMENDAÇÕES

7.1. Diante do exposto, esses produtos, representam um risco para a sociedade e geram elevados custos econômicos, sociais e à saúde da população brasileira. Recomenda-se a adoção de política tributária específica, a partir do imposto seletivo com caráter regressivo, para produtos nocivos à saúde e que geram externalidades negativas, cujo ônus recai sobre a sociedade e o governo brasileiro.

7.2. A tributação de produtos nocivos à saúde é uma política baseada em evidência e comprovadamente considerada a estratégia de maior custo-efetividade em termos de redução do consumo e proteção à saúde da população, inclusive com impacto na redução das iniquidades em saúde, visto que seu maior impacto é justamente sobre a população mais vulnerável, dotando essa tributação de caráter progressivo.

7.3. Recomenda-se que a arrecadação advinda desta medida possam favorecer a implementação de políticas públicas prioritárias, especialmente a políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como de promoção da segurança alimentar e nutricional.

7.4. Dessa forma, **recomenda-se:**

**A adoção de tributos federais seletivos para produtos nocivos à saúde, com vistas a elevar o preço o suficiente para impactar no consumo destes produtos nocivos à saúde, a partir do critério da regressividade.**

## 8. CONCLUSÃO

8.1. A tributação de produtos nocivos é uma medida de fácil implementação, recomendada pela OMS e pelo Banco Mundial como a estratégia de maior custo-benefício para a redução do consumo, das doenças e mortes relacionadas, especialmente para as populações de média e baixa renda. Além disso, o aumento de arrecadação por meio desses tributos resulta em maior qualidade de vida para a população e mais recursos públicos, melhorando a economia dos países.

8.2. O estudo realizado pela força-tarefa internacional composta por especialistas e autoridades indica que a redução do consumo também pode evitar o empobrecimento de famílias expostas a altos custos com saúde associados às DCNT, e conclui que se todos os países aumentarem impostos para elevar os preços de tabaco e álcool e alimentos

não saudáveis em 50%, mais de 50 milhões de mortes prematuras podem ser evitadas em todo o mundo nos próximos 50 anos, arrecadando mais de US\$ 20 trilhões extras (44).

8.3. O aumento dos impostos de tabaco, álcool e outros produtos nocivos à saúde são essenciais para atingir as metas definidas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados a garantir vidas saudáveis, acabar com a pobreza e promover o emprego pleno e produtivo (45).

8.4. Considerando o impacto de produtos nocivos à saúde, nesta nota, foram analisados o tabaco e o álcool, e seus efeitos na morbimortalidade da população, na magnitude do seu consumo, nos elevados custos sociais e econômicos que impõem à sociedade brasileira, nas recomendações nacionais e internacionais, nas evidências disponíveis e experiências já realizadas, do ponto de vista da saúde pública, portanto, sugere-se a adoção de tributos federais específicos para produtos nocivos à saúde, com vistas a elevar o preço o suficiente para impactar o consumo destes produtos e que sejam eliminados subsídios concedidos aos setores relacionados à comercialização de produtos que causam malefícios à saúde.

ETHEL LEONOR NOIA MACIEL  
Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente

HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JÚNIOR  
Secretário de Atenção Especializada à Saúde

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR  
Secretário de Atenção Primária à Saúde

CARLOS AUGUSTO  
Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MESENBURG, M. A. et al.. Chronic non-communicable diseases and COVID-19: EPICOID-19 Brazil results. Revista de Saúde Pública, v. 55, p. 38, 2021.
2. Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRB de, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Machado ÍE, et al..Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Cad Saúde Pública [Internet]. 2021;37(3):e00252220. Available from:<https://doi.org/10.1590/0102-311X00252220>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Brasília :Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il. Disponível em World sWide Web:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_enfrentamento\\_doencas\\_cronicas\\_agrivos\\_2021\\_2030.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agrivos_2021_2030.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: fatores de proteção e risco de câncer. Brasília. Ministério da Saúde, 2016.
5. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância em Saúde. Resolução nº46 de 28 de agosto de 2009. Diário Oficial da União. Brasília. 2009 [Internet]. Disponível em:[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046\\_28\\_08\\_2009.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/res0046_28_08_2009.html). Acesso em 02.05.2023.
6. Global Burden Disease (GBD). Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#0>. Acesso em: 27/04/2023
7. Organização Mundial da Saúde. Relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco 2021.[Internet]. Acesso em 24.4.23. Disponível em: <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>
8. Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária. A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil. Palacios A, Pinto M, Barros L, Bardach A, Casarini A, Rodríguez Cairoli F, Espinola N, Balan D, Perelli L, Comolli M, Augustovski F, Alcaraz A, Pichon-Riviere A. Dez. 2020, Buenos Aires, Argentina. Disponível em: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco)
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças

- crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: tabagismo e consumo abusivo de álcool[recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 65 p.: il. Disponível em:[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_tabagismo\\_alcool\\_2006\\_2021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_tabagismo_alcool_2006_2021.pdf). Acesso em 24.04.2023
10. Ministério da Saúde & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2019. [Internet] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=29270>. Acesso em 24.04.2023
  11. Ministério da Saúde & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019. [Internet]. Disponível em:<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html>. Acesso em 24.04.2023
  12. Departamento de Assistência Farmacêutica, Secretaria de Assistência Especializada. Ministério da Saúde (2022).
  13. Drope J, Schluger N, editors. The tobacco atlas [Internet]. 6th ed. Atlanta: American Cancer Society;2018. Acesso em 24.4.23. Disponível em: [https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas\\_6thEdition\\_LoRes\\_Rev0318.pdf](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf) Organização Mundial da Saúde. Global Status Report on Alcohol and Health. 2018. Disponível em:<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em 18.04.2023.
  14. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.658 de 02 de janeiro de 2006. Brasília. Diário Oficial da União. [Internet]. Acesso em 24.04.23. Disponível em:[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5658.htm)
  15. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. Acesso em 27.04.23. Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>
  16. Organização Mundial da Saúde. WHO report on the global tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. Genebra. 2021. [Internet]. Acesso em 24.04.23. Disponível em:<https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>
  17. Força-Tarefa de Política Fiscal de Saúde. Impostos a favor da saúde para salvar vidas: adoção de eficazes impostos sobre o consumo de tabaco, álcool e bebidas açucaradas. Coordenadores: Michael R. Bloomberg e Lawrence H. Summers. Nova York: Bloomberg Philanthropies.. 2019.[Internet]. Acesso em 27.04.23. Disponível em:[https://actbr.org.br/uploads/arquivos/TaskForceOnFiscalPolicy\\_Booklet\\_Portuguese26May2020.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivos/TaskForceOnFiscalPolicy_Booklet_Portuguese26May2020.pdf)
  18. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. [Internet]. Acesso em 27.04.23. Disponível em:<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/politica-nacional/precos-e-impostos>
  19. Szklo A, Yuan Z, Levy D. Update and extension of the Brazil SimSmoke model to estimate the health impact of cigarette smoking by pregnant women in Brazil. Cad. Saúde Pública, vol.33 no.12. Rio de Janeiro, 2017. Dezembro, 2017. Disponível em: SciELO - Brasil - Update and extension of the Brazil SimSmoke model to estimate the health impact of cigarette smoking by pregnant women in Brazil Update and extension of the Brazil SimSmoke model to estimate the health impact of cigarette smoking by pregnant women in Brazil
  20. Fundação Oswaldo Cruz. Notícias. 2019. [Internet]. Acesso em 27.04.23. Disponível em:<https://portal.fiocruz.br/noticia/relatorio-da-oms-sobre-tabaco-destaca-brasil>
  21. Divino JA, Ehrl, P., Cancido O, Valadão, M. An extended cost-benefit analysis of tobacco taxation in Brazil. Universidade Católica de Brasília. 2019 [Internet]. Acesso em 27.04.23. Disponível em:<https://ucb.catolica.edu.br/portal/wp-content/uploads/2020/05/Research-Report-UCB-UIC-Cost-Benefit-Analysis-Tobacco.pdf>
  22. Organização Mundial da Saúde. Global Status Report on Alcohol and Health. 2018. Disponível em:<https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>. Acesso em 18.04.2023.
  23. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
  24. 24. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. [Internet]. Acesso em 24.4.23. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim-2020-2021>
  25. Monteiro MG. A iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde e os desafios no Brasil para a redução do consumo nocivo de bebidas alcoólicas. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020;29(1):e2020000. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100011>

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2021: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protexao-para-doencas-cronicas>
27. Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group. (2023). *Canadian substance use costs and harms 2007–2020*. (Prepared by the Canadian Institute for Substance Use Research and the Canadian Centre on Substance Use and Addiction.) Ottawa, Ont.: Canadian Centre on Substance Use and Addiction
28. Vital Strategies. *The Sobering Truth: Incentivizing Alcohol Death and Disability, An NCD Policy Report*. New York, NY; 2021. Available from: [www.vitalstrategies.org/TheSoberingTruth](http://www.vitalstrategies.org/TheSoberingTruth)
29. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavncharoen S, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009 Jun 27;373(9682):2223-33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7. PMID: 19560604.
30. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. *Am J Prev Med*. 2015 Nov;49(5):e73-e79. doi:10.1016/j.amepre.2015.05.031. Epub 2015 Oct 1. PMID: 26477807.
31. Cortez-Pinto, H. et al. The burden of disease and the cost of illness attributable to alcohol drinking -Results of a national study. *Alcohol. Clin. Exp. Res*. **34**, 1442–1449 (2010).
32. Ranaweera, S. et al. Economic costs of alcohol use in Sri Lanka. *PLoS One* **13**, 1–14 (2018).
33. Freitas MG, Silva EN (2022). Direct and indirect costs attributed to alcohol consumption in Brazil, 2010 to 2018. *PLOS ONE* 17(10): e0270115. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270115>.
34. Instituto Nacional de Câncer. *Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2022.*
35. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. 1. Alcohol drinking - adverse effects. 2. Social control - methods. 3. Alcoholism - prevention and control. 4. Public policy. I. World Health Organization. ISBN [978 92 4 159993 1](https://doi.org/10.1186/9789241599931)
36. *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. Segunda edición* Washington, D.C.: OPS, 2010 ISBN: 978-92-75-33144-6
37. Wagenaar, Tobler and Komro. Effects of Alcohol Tax and Price Policies on Morbidity and Mortality: A Systematic review. *American Journal of Public Health*, Nov, 2010, Vol 100, n.11.;
38. Wagenaar, Salois and Komro. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction* 2009, n 104
39. Perl R, Brotzman L. *Trouble Brewing: Making the Case for Alcohol Policy*. New York, NY; 2018.
40. Chisholm D, Moro D, Bertram M, Pretorius C, Gmel G, Shield K, Rehm J. Are the "Best Buys" for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018 Jul;79(4):514-522. PMID: 30079865.
41. ACT PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Dinâmica e diferenças dos preços dos alimentos no Brasil, 2021*. Disponível em: [https://evidencias.tributosaudavel.org.br/wp-content/themes/act-theme/LO\\_ACT\\_diferenca-e-dinamica\\_REV01.pdf](https://evidencias.tributosaudavel.org.br/wp-content/themes/act-theme/LO_ACT_diferenca-e-dinamica_REV01.pdf)
42. HASSAN, B.K. *Tributação de bebidas e alimentos não saudáveis no mundo: experiências internacionais e seus impactos*. São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2021. Disponível em: <https://evidencias.tributosaudavel.org.br/experiencias-internacionais/>. Acessado em: 09 de maio de 2023.
43. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Impostos de saúde: uma introdução*. OPAS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/impostos-saude-uma-introducao>. Acessado em: 09 de maio de 2023.
44. *Tributação das Bebidas Adoçadas no Brasil*. ACT Promoção da Saúde e Organização Pan Americana da Saúde: Junho de 2021. Disponível em: [https://actbr.org.br/uploads/arquivos/ACT\\_relatorio-OPAS\\_rev04.pdf](https://actbr.org.br/uploads/arquivos/ACT_relatorio-OPAS_rev04.pdf). Acesso em 27/04/2023.
45. *Por uma Reforma Tributária a favor da saúde: Nota Técnica*. ACT Promoção da Saúde: Março/2023. Disponível em: <https://actbr.org.br/contadocigarro/wp-content/uploads/2023/03/NOTA-TECNICA-03-VERSAO-DIGITAL.pdf>. Acesso em 27/04/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Aristides Vitorino de Oliveira Neto, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde substituto(a)**, em 01/06/2023, às 17:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carlos Augusto Grabois Gadelha, Secretário(a) de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde**, em 01/06/2023, às 18:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ethel Leonor Noia Maciel, Secretário(a) de Vigilância em Saúde e Ambiente**, em 01/06/2023, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Nésio Fernandes de Medeiros Junior, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 05/06/2023, às 15:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0033875586** e o código CRC **7898250E**.

Referência: Processo nº 25000.057846/2022-66

SEI nº 0033875586

Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis - CGDANT  
SRTV 702, Via W5 Norte - Bairro Asa Norte, Brasília/DF, CEP 70723-040  
Site - saude.gov.br