

# 6

## Aspectos econômicos do consumo de álcool no Brasil

---

O consumo nocivo de álcool é um problema crescente de saúde pública no Brasil. Existem sinais preocupantes de que o consumo tenha aumentado em todos os grupos populacionais nos últimos anos, especialmente o consumo esporádico excessivo de álcool entre adultos. Embora o Brasil tenha adotado políticas importantes e eficazes de controle do álcool, incluindo políticas para conter a direção sob o consumo de álcool ou campanhas na mídia de massa, ainda há espaço para melhorias. A implementação de um pacote de políticas sobre álcool mais abrangente, incluindo políticas de preços, limitação de publicidade e introdução de regulamentação do patrocínio de bebidas alcoólicas em eventos esportivos, pode ajudar a combater o consumo prejudicial de álcool no país. Incorporar o rastreamento de forma mais sistemática, intervenções breves na atenção primária à saúde e implementar programas de educação e conscientização são outras estratégias importantes para combater o consumo de álcool e reduzir as suas consequências prejudiciais no Brasil.

---

## 6.1. Introdução

O consumo de álcool é uma das principais causas de morte e invalidez em todo o mundo, principalmente em pessoas em idade produtiva. O alto consumo de álcool é um importante fator de risco para doenças cardíacas e derrame, cirrose hepática e determinados tipos de câncer, mas mesmo o consumo baixo e moderado aumenta o risco dessas doenças no longo prazo. A exposição do feto ao álcool aumenta o risco de defeitos congênitos e deficiência intelectual. O seu consumo indevido também está associado a uma série de problemas de saúde mental, incluindo depressão e transtornos de ansiedade, obesidade e lesões não intencionais, ao mesmo tempo que contribui para mais acidentes, lesões, violência e homicídio, especialmente entre os jovens. A definição usada neste capítulo é apresentada no Quadro 6.1.

### Quadro 6.1. Definições de consumo prejudicial de álcool

#### As definições e limites do consumo prejudicial de álcool variam de acordo com o país e o estudo

Com base em estudo da OCDE recente, este capítulo usa as seguintes definições (OECD, 2021<sup>[1]</sup>):

- **Consumo de bebida em quantidade alta ou que apresente riscos** = mais de 20 gramas (mulheres) ou 40 gramas (homens) de álcool puro por dia. Esta é uma definição frequentemente usada na pesquisa do álcool (Rehm et al., 2006<sup>[2]</sup>) e corresponde aproximadamente às várias diretrizes nacionais estabelecidas pelos países.
- **Consumo de bebida nocivo** = mais de 40 gramas (mulheres) ou 60 gramas (homens) de álcool puro por dia. Esta é uma definição frequentemente usada na pesquisa do álcool (Rehm et al., 2006<sup>[2]</sup>).
- **Consumo esporádico excessivo de bebida (“binge drinking”)** = 60 gramas ou mais de álcool puro em uma única ocasião. Isso está de acordo com a definição usada pela OMS (2021<sup>[3]</sup>).

Nesta pesquisa (OECD, 2021<sup>[1]</sup>), a quantidade de álcool é quantificada em gramas de álcool puro por uma questão de simplicidade e harmonização entre os vários tipos de bebida. A densidade do álcool é de 0,8 grama por mililitro. No entanto, o uso comum é quantificar o álcool em volume. APV significa álcool por volume e mede a quantidade de álcool como % do volume da bebida (em mililitros). Por exemplo, vários tipos de bebida contêm diferentes teores de álcool:

- Uma lata de 500 ml de cerveja com 5% de APV contém 25 ml (ou 20 gramas) de álcool puro.

Um copo de 100 ml de vinho com 12,5% de APV contém 12,5 ml (ou 10 gramas) de álcool puro.

#### Há algumas diferenças entre a base de dados da OMS GISAH e a Pesquisa Nacional de Saúde 2019

A fim de que possamos realizar comparações entre países, este capítulo se utiliza do Sistema Global de Informações sobre Álcool e Saúde (GISAH, na sigla em inglês), da OMS, como banco de dados em detrimento da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. A base de dados GISAH, a qual cobre 52 países, avalia o consumo de álcool per capita, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde calcula a proporção da população que afirma consumir álcool uma ou mais vezes por semana. Logo, os dados obtidos através da pesquisa a nível nacional se diferem dos dados obtidos pela OMS em razão de distinções metodológicas.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 mostram um aumento no consumo de álcool entre 2013 e 2019 na população brasileira. Em 2019, 26,4% da população adulta afirmava ter bebido uma ou mais vezes por semana, comparado com 23,9% em 2013. Tal aumento é predominantemente causado pelo consumo de mulheres, com um acréscimo de 4,1 pontos percentuais na proporção de

mulheres que afirmaram beber bebidas alcoólicas uma ou mais vezes por semana (de 12,9% das mulheres em 2013 para 17% em 2019). A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 também aponta que 17% dos motoristas afirmaram terem bebido enquanto dirigiam, variando de 23% nas regiões Norte e Nordeste a 14,8% nas regiões Sul e Sudeste.

Neste capítulo, exploramos o panorama epidemiológico atual do consumo de álcool no Brasil em comparação aos países da OCDE, juntamente com o seu impacto sobre o sistema de saúde e a economia. Em seguida, revisamos as principais políticas que o Brasil implementou, desde iniciativas no nível populacional até intervenções individuais no sistema de saúde e em outros setores. Posteriormente, o capítulo descreve uma estrutura de políticas públicas para o controle do consumo de álcool e faz uma série de recomendações a serem consideradas em futuras reformas no Brasil. Ele finaliza fornecendo evidências sobre o impacto da implementação dessas políticas na saúde da população, no sistema de saúde e na economia, enquanto discute algumas considerações de implementação.

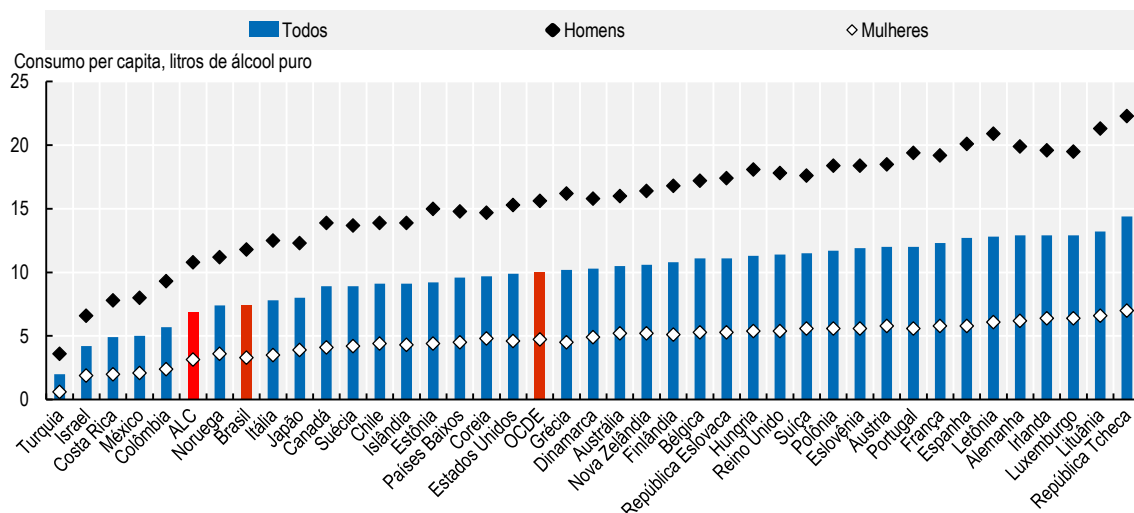
## 6.2. Consumo de álcool e suas consequências no Brasil

### 6.2.1. Os brasileiros possuem um consumo de álcool inferior às médias da OCDE

Em termos de consumo de álcool, o Brasil, com 7,4 litros per capita entre adultos em 2018, está acima da média da América Latina e do Caribe (ALC) de 6,9, mas abaixo da média da OCDE de 10. Os homens brasileiros bebem 11,8 litros, cerca de 4 litros a menos que a média da OCDE, enquanto as mulheres brasileiras bebem 3,3 litros, um pouco menos de 2 litros que a média da OCDE (Figura 6.1).

#### Figura 6.1. Consumo de álcool por gênero no Brasil, média da OCDE e ALC (2018)

Consumo total de álcool (litros de álcool puro) per capita (maiores de 15 anos) em 2018

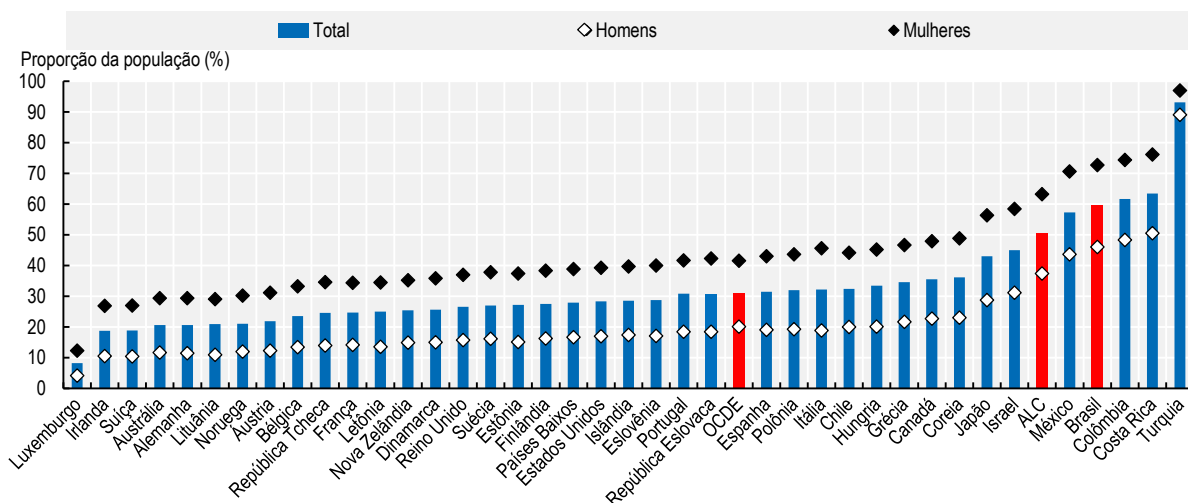


Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

## Figura 6.2. Prevalência de abstêmios por sexo, Brasil e OCDE

Proporção da população (com mais de 15 anos) que se absteve de beber álcool nos últimos 12 meses (%) em 2016



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Os últimos dados de fontes nacionais sobre abstinência no Brasil se referem ao ano de 2012. Para mais detalhes sobre diferenças metodológicas, ver Quadro 6.1.

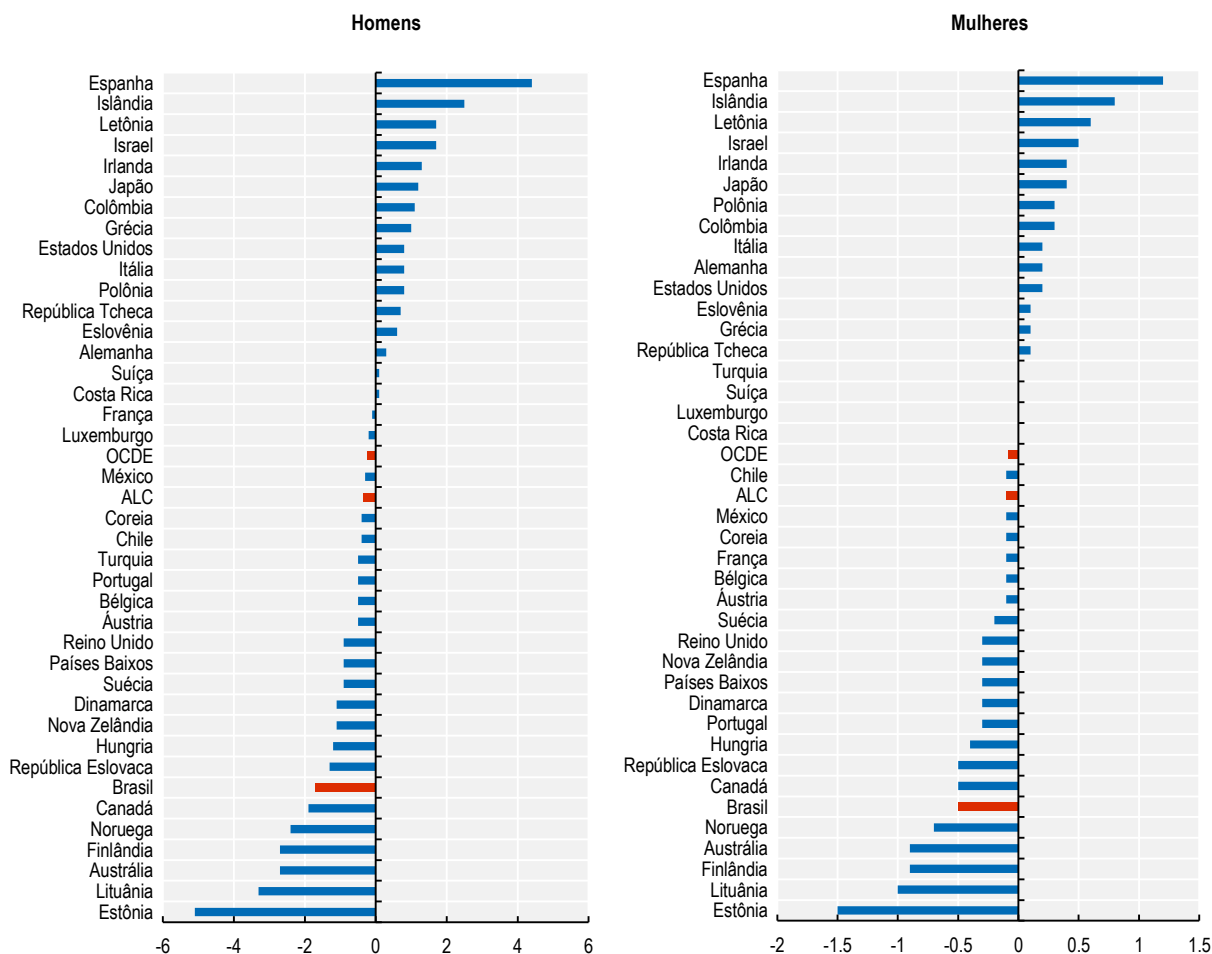
Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

O Brasil tem uma taxa de abstinência, definida como pessoas que não consumiram álcool nos últimos 12 meses, de 59,7%, superior à média da OCDE de 31,1% e mais próxima dos 51% da ALC em 2016. Quase 73% das mulheres no Brasil são abstêmias, mais que 42% nos países da OCDE, enquanto 46% e 20,1% dos homens no Brasil e na OCDE são abstêmios, respectivamente (Figura 6.2).

Entre 2010 e 2018, o consumo médio total per capita de álcool mudou pouco para os países da OCDE. Entre as mulheres, diminuiu 0,1 litro per capita e 0,3 entre os homens. A redução foi maior no Brasil: -0,5 litro para as mulheres e -1,7 litro para os homens (Figura 6.3). No entanto, em parte devido a diferentes metodologias, fontes de dados e diferentes momentos, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostra que o consumo de álcool entre pessoas com 18 anos ou mais cresceu de 24%, em 2013, para 26,4%, em 2019, ou seja, um aumento de 10%. Entre os homens, passou de 36,3% em 2013 para 39,5% em 2019 (aumento de 8,8%), enquanto para as mulheres passou de 13% para 20,7% (aumento de 59,2%).

### Figura 6.3. Mudança por gênero no consumo de álcool ao longo do tempo no Brasil e nos países da OCDE

Mudança no consumo total de álcool per capita (maiores de 15 anos) entre 2010 e 2018 (litros de álcool puro).



Observação: Números positivos indicam aumento no consumo de álcool entre 2010 e 2018, enquanto números negativos refletem uma redução no consumo per capita. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

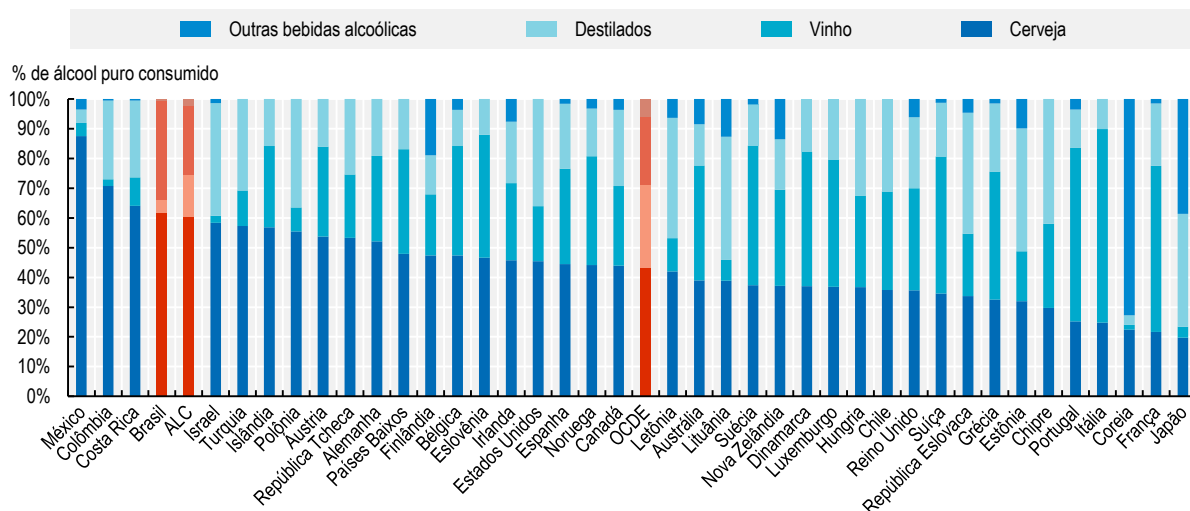
Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

#### 6.2.2. O padrão de consumo de álcool no Brasil é diferente dos países da OCDE, com um aumento substancial no consumo excessivo nos últimos anos

Em média, nos países da OCDE, 43% do álcool é consumido na forma de cerveja, 28% na forma de vinho e 23% na forma de destilados. O Brasil consome um percentual maior tanto de cerveja quanto de destilados, com 62% e 33%, respectivamente, enquanto o vinho chega a apenas 4% (Figura 6.4).

## Figura 6.4. Consumo de álcool por tipo de bebida no Brasil e nos países da OCDE

Consumo registrado de álcool puro por tipo de bebida (%) em 2018



Observação: A parcela do consumo de álcool por tipo de bebida é calculada pela OMS usando uma abordagem padrão em todos os países. Cada país pode usar abordagens diferentes, o que pode resultar em estimativas ligeiramente diferentes, por exemplo, na Estônia. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[11]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

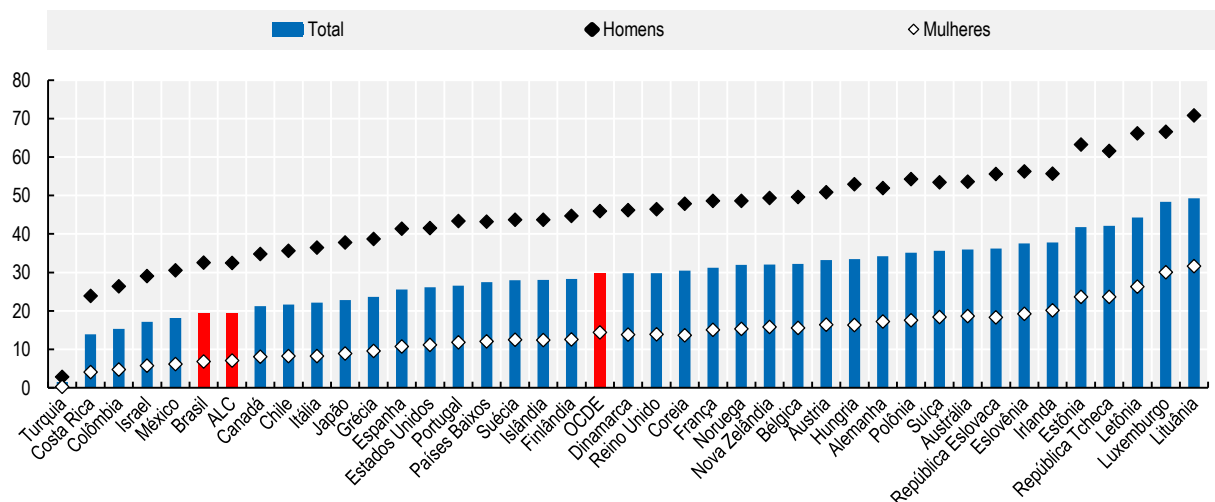
Embora o consumo de grandes quantidades de álcool acarrete riscos significativos para a saúde pública, o consumo excessivo de álcool, ou seja, beber uma grande quantidade de uma só vez, apresenta ameaças à saúde que vão além do impacto no consumo geral. Com base nos dados da OMS, em média, 30% dos adultos nos países da OCDE consomem uma quantidade alta e esporádica de álcool pelo menos uma vez em 30 dias, enquanto esse percentual fica próximo a 20% no Brasil. O consumo esporádico excessivo de álcool é maior entre os homens em todos os países.

Da mesma forma, a Pesquisa Nacional de Saúde mostra que o consumo esporádico excessivo de álcool entre brasileiros com 18 anos ou mais quase triplicou, de 5,9%, em 2013, para 17,1%, em 2019. O aumento foi grande entre as mulheres, passando de 2,4% para 9,2%, mas é maior entre os homens (9,9% a 26%). É preocupante que o consumo esporádico excessivo de álcool cresceu em todas as faixas etárias, com o maior aumento entre as pessoas de 18 a 24 anos passando de 7,1%, em 2013, para 22,9%, em 2019, seguido por pessoas de 25 a 39 anos, que aumentou de 7,8% para 23,7%. Além disso, o consumo esporádico excessivo de álcool também aumentou em todos os grupos educacionais, com as pessoas com ensino superior apresentando o maior aumento, passando de 5,2%, em 2013, para 18,7%, em 2019. Pessoas sem escolaridade ou escolaridade incompleta passaram de 5,4% para 12,7%.

O consumo repetido ou contínuo de álcool pode resultar em sua dependência. Nos países da OCDE, 3,7% da população é dependente do álcool, já no Brasil, esse número é de 1,4%. Em todos os países, a dependência do álcool é maior entre os homens do que entre as mulheres. Na OCDE, 5,9% dos homens e 1,6% das mulheres são dependentes do álcool, enquanto chega a 2,3 e 0,5, respectivamente, no Brasil (Figura 6.6).

### Figura 6.5. Prevalência do consumo esporádico de álcool em quantidade alta no Brasil e nos países da OCDE

Percentual da população adulta (com 15 anos ou mais) com pelo menos uma ocasião de consumo esporádico excessivo de álcool nos últimos 30 dias de 2016

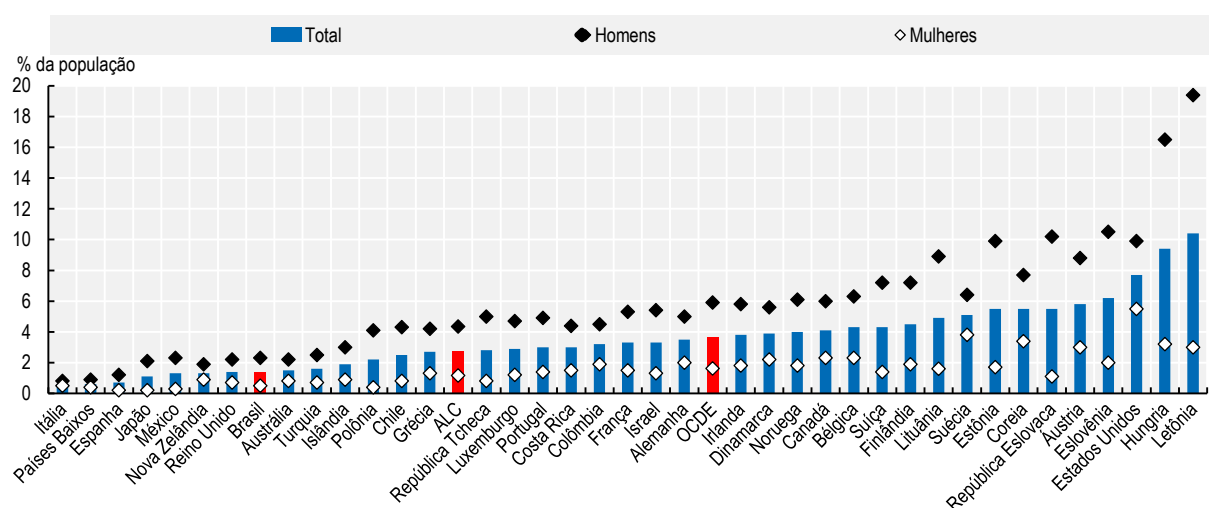


Observação: o consumo esporádico de bebida em quantidade alta é definido como o consumo de pelo menos 60 gramas ou mais de álcool puro. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

### Figura 6.6. Prevalência da dependência do álcool no Brasil e nos países da OCDE

Dependência do álcool (população com 15 anos ou mais) por sexo, prevalência de 12 meses (%) em 2016



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

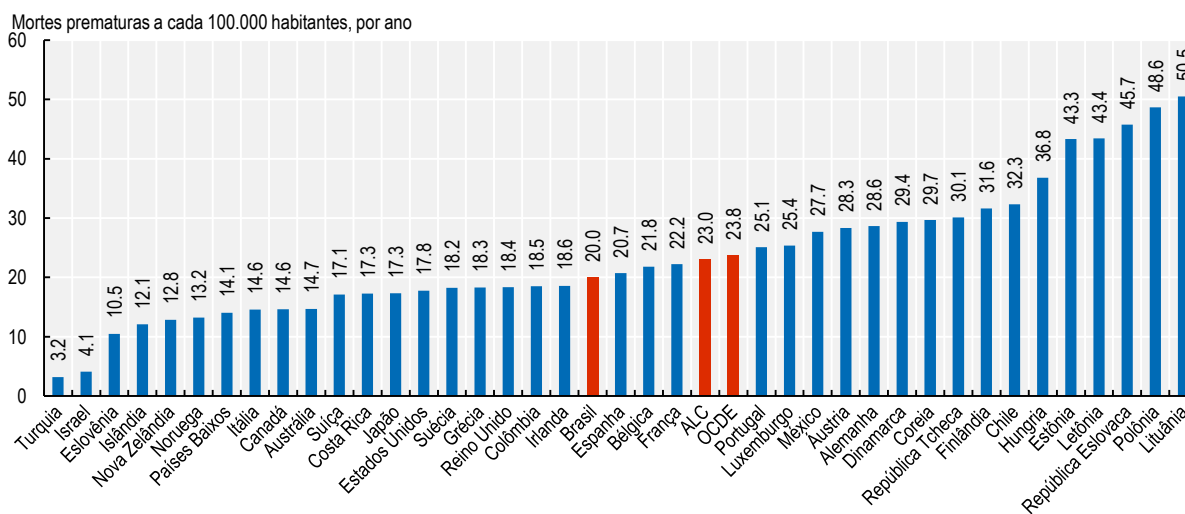
### 6.2.3. O impacto projetado do consumo de álcool na saúde da população brasileira se aproxima das médias da OCDE

O consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens também pode levar à morte prematura de pessoas entre 30 e 70 anos, de acordo com a definição da OMS (WHO, 2018<sup>[4]</sup>). Especificamente, o modelo da OCDE de 2021 prevê que, em média, nos seus países, 24 pessoas por 100 mil habitantes morrerão prematuramente a cada ano devido ao consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia. No Brasil, essa taxa chega a 20 pessoas por 100 mil habitantes (Figura 6.7), sendo maior na Colômbia, nos Estados Unidos e no Canadá, na região das Américas.

O impacto do consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia na saúde da população também pode se manifestar na redução da expectativa de vida. Em média, em todos os países da OCDE, esse fator de risco diminui a expectativa de vida em cerca de 0,9 ano entre 2020 e 2050, enquanto a redução chega perto de 0,8 ano no Brasil. O efeito em anos de expectativa de vida saudável (HALE) - ou seja, após levar em consideração a qualidade de vida, anos vividos por pesos ajustados por deficiência para pessoas com doenças - é ainda maior. Em todos os países da OCDE, 1,13 HALE é perdido ao longo de 2020-2050 devido a esse nível de consumo de álcool, com previsão de que o Brasil perderá 0,85 HALE no mesmo período (Figura 6.8).

#### Figura 6.7. O impacto do consumo de álcool na mortalidade prematura

Número anual de mortes prematuras por 100 mil habitantes devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)



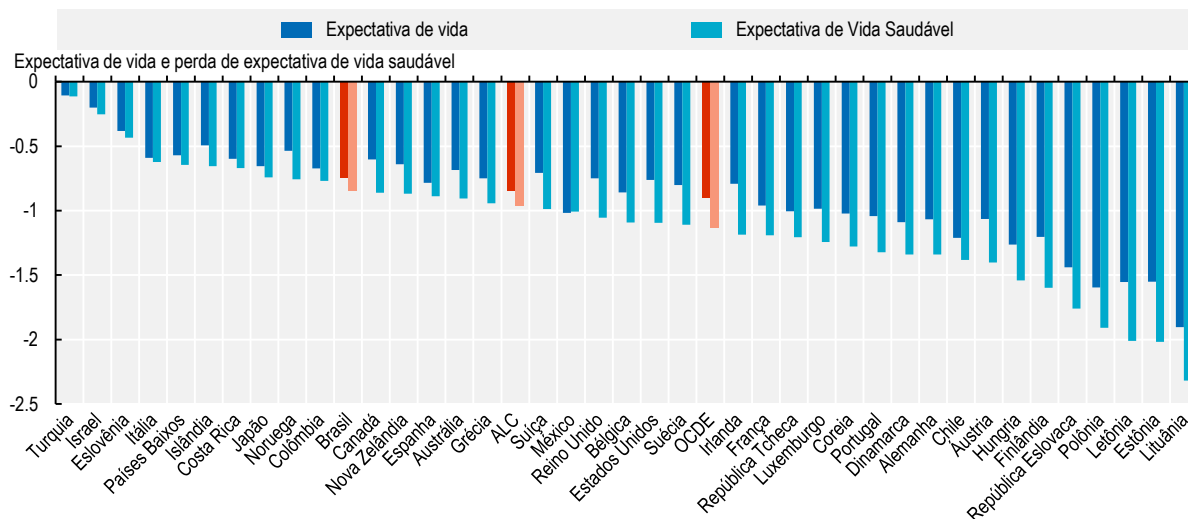
Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.



### Figura 6.8. O impacto do consumo de álcool na expectativa de vida

Expectativa de vida e Expectativa de Vida Saudável perdidas devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

É importante ressaltar que os cálculos gerais dos impactos negativos de qualquer nível de consumo de álcool são desenvolvidos no Quadro 6.2.

#### Quadro 6.2. Qualquer nível de consumo de álcool causa danos à saúde da população

O risco de algumas doenças e desfechos, como dependência, câncer, cirrose e lesões, aumenta mesmo com baixos níveis de consumo de álcool. Isso significa que a carga do consumo total de álcool (ou seja, qualquer bebida, em oposição a beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia) é maior. Mais especificamente, o modelo da OCDE calculou que qualquer consumo de álcool cumulativamente nos próximos 30 anos, em 52 países, causa:

- aproximadamente 14% mais casos de dependência do que beber acima do limite (1.263 milhões de casos, 100% do total, em comparação a 1.111 milhão de casos, 88% do total);
- 48 milhões de casos adicionais de lesões (128% mais casos que o fardo causado por beber acima do limite máximo) e 10 milhões adicionais de câncer (97% mais casos);
- um adicional de 4,2 pessoas por 100 mil habitantes que morrerão prematuramente (18% a mais que as mortes prematuras causadas por beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia). No total, cerca de 1,1 milhão de pessoas morrerá prematuramente a cada ano devido ao consumo de álcool acima do limite e cerca de 1,3 milhão devido a qualquer nível de consumo de álcool;
- uma redução extra na expectativa de vida de dois meses em média no nível da população, além da redução em nove meses de expectativa de vida para o consumo acima dos limites (redução de 17% maior, em comparação a beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia).

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

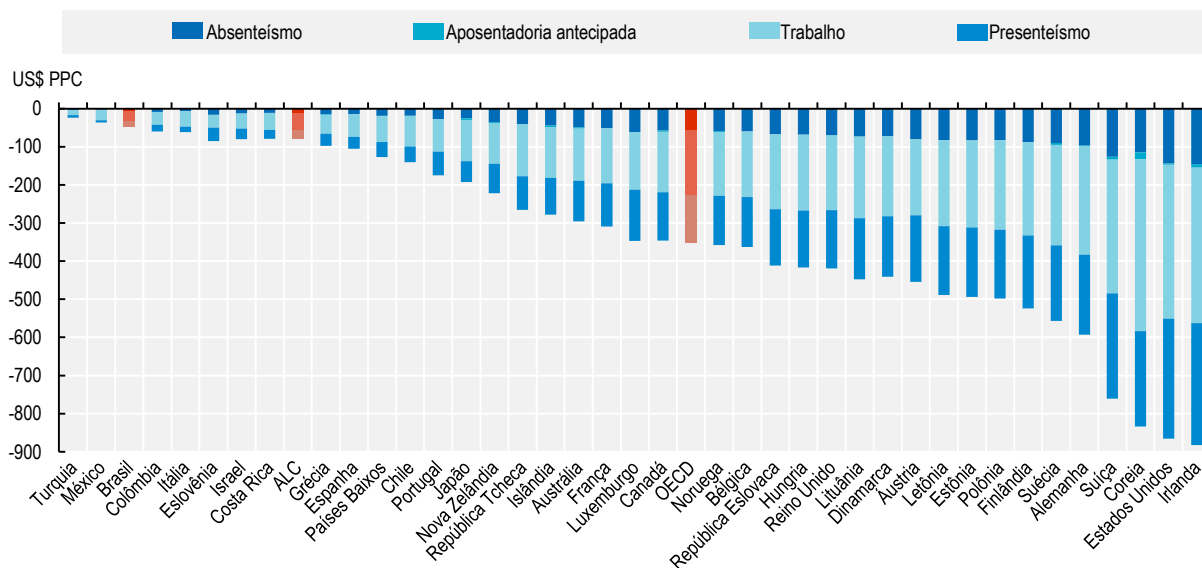
### 6.2.4. As tendências atuais de consumo de álcool afetarão negativamente a economia do Brasil

Quando o impacto do consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia é traduzido em perda de emprego e produtividade mensurada pelos salários de mercado ajustados por PPC, os países da OCDE perdem, em média, US\$ 351 de PPC per capita por ano (ver Figura 9). Isso equivale a uma perda econômica relacionada ao trabalho de US\$ 595 bilhões de PPC por ano nos países da OCDE. Isso corresponde aproximadamente ao PIB anual da Bélgica ou da Suécia. Projeta-se que o Brasil perderá, em média, US\$ 47 de PPC per capita por ano. Em geral, a maioria dos custos se deve a reduções no emprego, sendo pequeno o efeito na antecipação de aposentadorias (Figura 6.9).

A economia geral também é afetada pelo consumo de álcool. Em média, no Brasil, o PIB será cerca de 1,3% menor nos próximos 30 anos devido ao impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia, um pouco abaixo da média de 1,6% dos países da OCDE (Figura 6.10).

#### Figura 6.9. Impacto econômico de doenças causadas pelo consumo de álcool no emprego e na produtividade

Perdas de emprego e produtividade per capita com base nos salários médios devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens, por ano, em US\$ de PPC (média para 2020 a 2050)

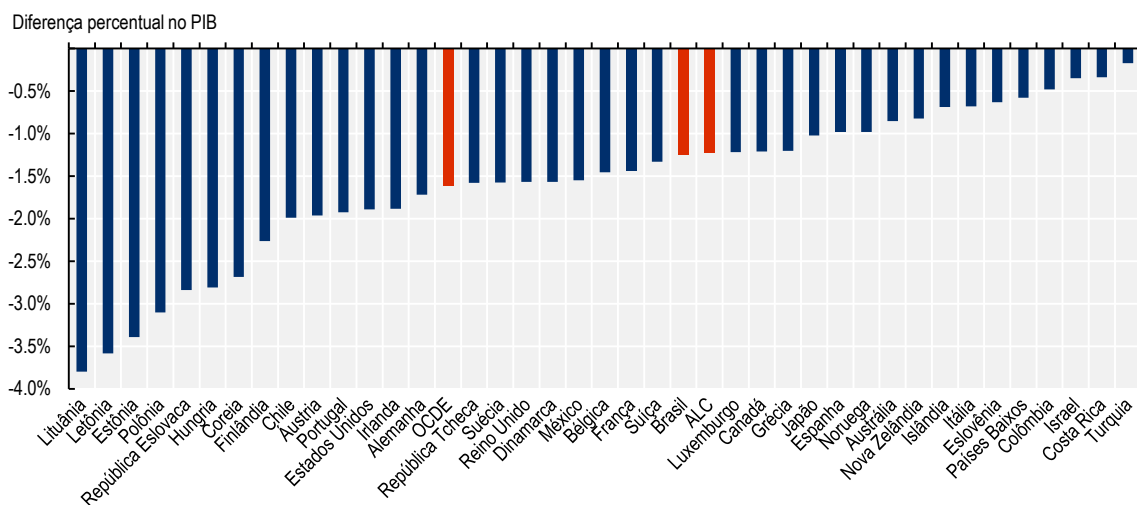


Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

### Figura 6.10. O impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool no PIB

Diferença percentual no PIB devido a doenças causadas pelo consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)



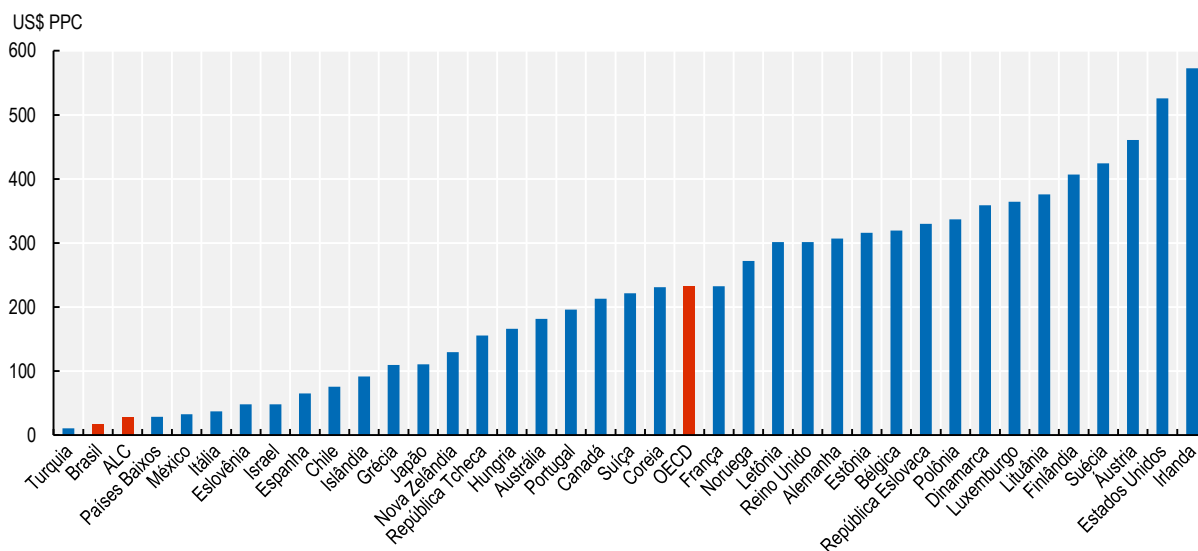
Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[11]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

A pressão fiscal é outra medida na análise da carga macroeconômica de longo prazo das doenças causadas pelo consumo de álcool. A pressão fiscal é mensurada como principal receita do governo necessária para estabilizar a proporção da dívida pública e é equivalente a uma taxa de imposto geral (presumindo que os governos respondem à pressão fiscal crescente com o aumento da receita). O impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool na taxa geral de impostos pode ser traduzido em um impacto equivalente nos impostos per capita para o público. No Brasil, cada pessoa estará sujeita a US\$ 16 de PPC por ano em impostos adicionais devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens em 2020 a 2050. No entanto, isso é inferior aos US\$ 232 de PPC, em média, nos países da OCDE (Figura 6.11).

### Figura 6.11. Aumento do imposto per capita equivalente devido a doenças causadas pelo consumo de álcool

Imposto anual per capita necessário para cobrir o aumento da pressão fiscal devido a doenças causadas pelo consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens, em US\$ de PPC (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

### 6.3. O Brasil tem adotado políticas importantes e eficazes de controle do álcool

Ao reconhecerem o consumo prejudicial de álcool como uma importante questão da saúde pública, em 2010, os Estados Membros da OMS concordaram com a Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool (WHO, 2010<sup>[5]</sup>). Posteriormente, essa estratégia mundial desempenhou um papel importante na formulação do Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e o Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020, que incluiu o objetivo de alcançar uma redução relativa do consumo nocivo de álcool em 10% (Meta 2) (WHO, 2013<sup>[6]</sup>). Em 2017, a OMS lançou o *Tackling NCDs: “Best Buys” and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, que resumiu 11 intervenções consideradas o melhor uso de recursos com base em uma avaliação de seu custo-eficácia e viabilidade de implementação. Dessas, tributação, restrições à disponibilidade e proibições à publicidade de álcool foram identificadas como as melhores estratégias para políticas públicas relacionadas ao álcool (WHO, 2017<sup>[7]</sup>). Essas intervenções estão refletidas na iniciativa SAFER da OMS, que, além das melhores estratégias, promove a importância de contramedidas para dirigir alcoolizado, triagens e breves tratamentos de intervenção (WHO, 2018<sup>[8]</sup>).

O relatório da OCDE sobre o álcool de 2021 apresentou novas análises e políticas públicas sobre o álcool, que são posteriormente analisadas e aplicadas ao contexto brasileiro nesta seção.

### **6.3.1. O Brasil adota uma política nacional sobre o álcool, mas a sua implementação ainda é um desafio**

A Constituição Federal de 1988 serviu como base para as futuras políticas sobre o álcool no Brasil, principalmente pelo reconhecimento da saúde como uma das condições essenciais para uma vida digna e, portanto, um direito fundamental dos cidadãos. O Grupo de Trabalho Interministerial do Ministério da Saúde, em 2003, e a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool, em 2005, representaram importantes passos institucionais em termos de desenvolvimento das políticas sobre o álcool. Em 2007, foi criada a primeira política nacional sobre o álcool. O Quadro 6.3 descreve os desenvolvimentos mais relevantes de tal política pública no Brasil até os dias atuais.

#### **Quadro 6.3. O desenvolvimento da política sobre o álcool no Brasil ao longo do tempo**

##### **Política Nacional sobre o Álcool, 2007**

A primeira estratégia nacional do gênero no Brasil, a Política Nacional sobre o Álcool de 2007 estabelece estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, com uma abordagem integral e intersetorial para a redução dos agravos à saúde, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao consumo nocivo dessa substância.

##### **Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas de 2009**

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção do Álcool e Outras Drogas, de 2009, tem como objetivo ampliar o acesso de pessoas carentes à saúde por meio do SUS. Também busca diversificar as ações voltadas à prevenção, promoção da saúde, tratamento, redução de riscos e danos, e construir respostas intersetoriais eficazes, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às particularidades do álcool e outras drogas dos usuários.

##### **Política Nacional Sobre Drogas de 2019**

A nova política coloca o Ministério da Cidadania como responsável pelo tratamento do usuário de drogas, com foco na abstinência de drogas. Entre as alterações, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, fortalece as Comunidades Terapêuticas como medida de tratamento. As unidades oferecem abrigo, assistência e tratamento para dependentes químicos por meio da estruturação dos serviços no nível comunitário para oferecer um tratamento de maior qualidade aos pacientes.

Fonte: CISA (2020<sup>[9]</sup>), "Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020", <https://cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/207-panorama2020>.

Em outubro de 2019, o CONASS organizou um evento com o objetivo de mobilizar os principais participantes na divulgação e implementação da iniciativa SAFER da OMS, marcando o apoio do Conselho em vista da discussão pública e mobilização em relação ao engajamento político com a iniciativa da OMS (OPAS/OMS Brasil, 2019<sup>[10]</sup>).

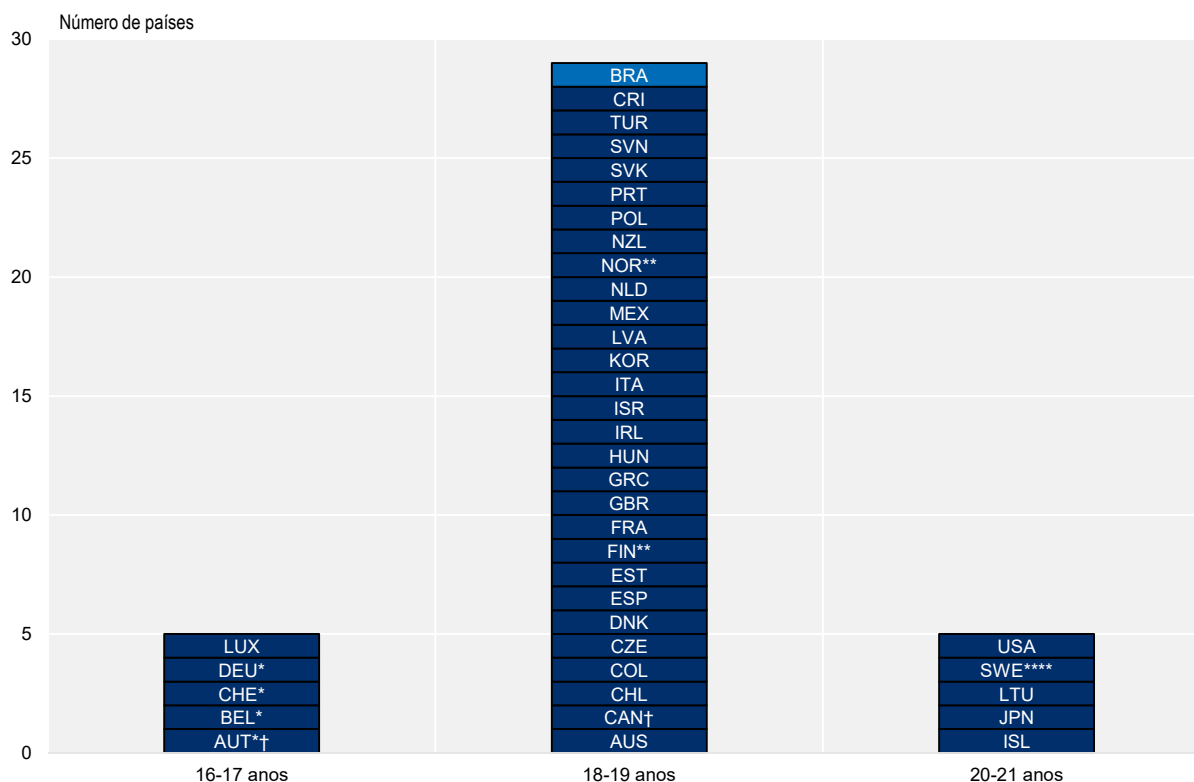
Em 2016, 32 dos 37 países da OCDE adotaram uma política nacional escrita sobre o álcool, que também é o caso do Brasil. No entanto, apenas 17 países da OCDE possuem um plano de ação que descreve a implementação da política nacional, um instrumento atualmente ausente no Brasil (OECD, 2021<sup>[11]</sup>).

### 6.3.2. A lei sobre a idade mínima para ter acesso ao álcool tem sido muito importante no Brasil

Todos os países da OCDE implementaram uma restrição de idade mínima para a compra de álcool. Muitos riscos estão associados ao consumo precoce de álcool, como violência e lesões, bem como uma maior probabilidade de desenvolver dependência do álcool na idade adulta (Grant et al., 2006<sup>[11]</sup>). Dado que a disponibilidade de bebidas alcoólicas é um preditor significativo do comportamento de beber entre os jovens (Wagenaar, Salois and Komro, 2009<sup>[12]</sup>; Kypri et al., 2008<sup>[13]</sup>), a maioria dos países definiu uma idade mínima na qual as pessoas podem comprar ou consumir álcool legalmente.

A idade mínima legalmente obrigatória para a compra de álcool nos países da OCDE varia de 16 a 21 anos, com a maioria estabelecendo o limite de 18 anos (Figura 6.12). A grande maioria dos países da OCDE (83%) aplica o mesmo limite para todos os tipos de álcool. Aqueles que normalmente não aumentam a idade mínima em dois anos para destilados (por exemplo, na Noruega e na Finlândia (em locais externos), a idade mínima é de 18 anos para cerveja e vinho, mas 20 para destilados).

**Figura 6.12. Idade mínima legal para comprar álcool no Brasil e nos países da OCDE**



Observação: Azul escuro = países da OCDE. \*18 para destilados. \*\*20 para destilados (para a Finlândia, aplica-se apenas a locais externos). \*\*\*18 para cerveja (locais internos e externos) e 20 para vinhos e destilados (apenas locais externos). \*\*\*\*Na Suécia, a idade legal é de 20 anos para comprar cerveja, vinho e destilados em Systembolaget (lojas de bebidas do governo - locais externos), com exceção da cerveja light, que pode ser comprada aos 18 anos. Entretanto, a idade legal para comprar em restaurantes e bares é 18 anos. †Os limites de idade são definidos no nível subnacional.

Fonte: OECD (2021<sup>[11]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

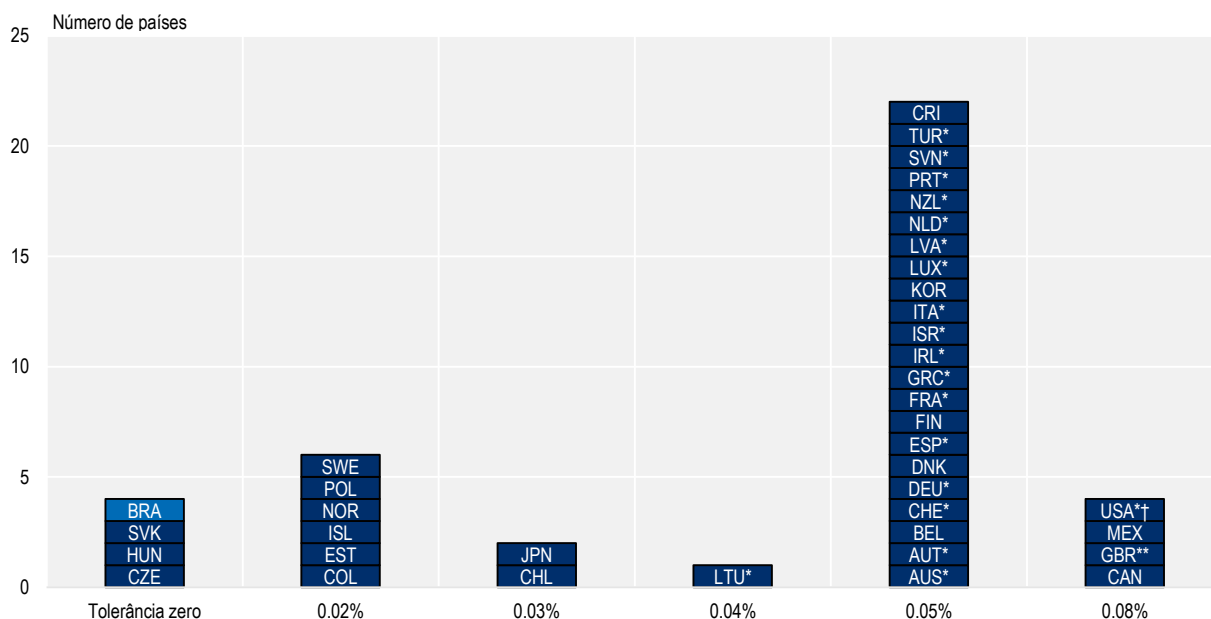
Em 2015, foi aprovada a Lei 13.106, que torna crime oferecer bebidas alcoólicas a menores (Planalto, 2015<sup>[14]</sup>). É proibido vender, fornecer, servir, administrar ou entregar a crianças e adolescentes bebidas alcoólicas ou outros produtos que possam causar dependência. Quem descumprir essa regra está sujeito

a pena de prisão de dois a quatro anos e multa de R\$ 3.000 a R\$ 10.000 (US\$ 545 a US\$ 1.800). Quanto ao estabelecimento onde a venda é realizada, é aplicada uma medida administrativa de interdição.

### 6.3.3. A política de tolerância zero para dirigir alcoolizado tem sido positiva no Brasil

Dado o maior risco de acidentes ao dirigir sob o efeito do álcool, é comum que os países apliquem limites de concentração de álcool no sangue (CAS), que podem variar de acordo com o tipo de motorista. A maioria dos países da OCDE (57%) definiu o limite de CAS em 0,05% para a população em geral. O limite máximo de CAS nos países da OCDE é de 0,08% e é aplicado em quatro países: Estados Unidos (com exceção de Utah), República Eslovaca, Canadá e Reino Unido (com exceção da Escócia, onde o limite é estabelecido em 0,05%) (Figura 6.13). Mais da metade dos países da OCDE (n = 21) impõem limites mais baixos de CAS para motoristas profissionais e novatos/jovens. Nesses países, os limites de CAS variam entre zero e 0,03% para motoristas profissionais e novatos/jovens e entre 0,04% e 0,05% para a população em geral. O Brasil está no último grupo, com uma política de tolerância zero ao álcool para dirigir alcoolizado.

Figura 6.13. Limites de CAS para a população em geral no Brasil e nos países da OCDE



Observação: Azul escuro = países da OCDE. \*Limite mais baixo definido para motoristas novatos e/ou profissionais. \*\*O limite é de 0,05% para a Escócia. †Nos Estados Unidos, o limite no estado de Utah é de 0,05%.

Fonte: OECD (2021<sub>[11]</sub>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

Em 2008, a Lei nº 11.705 (a chamada “Lei Seca”) do Brasil alterou o Código de Trânsito Brasileiro, estabelecendo penalidades mais severas para os motoristas que dirigirem sob o efeito do álcool. Qualquer concentração de álcool detectada era considerada infração (Planalto, 2008<sub>[15]</sub>). Torna-se crime quando a CAS atinge 0,6 g/l de sangue ou 0,34 mg/l em um teste de bafômetro. A multa chega a R\$ 957,69 (US\$ 175). A Lei Seca foi alterada em 2012 (Planalto, 2012<sub>[16]</sub>). A multa aumentou para R\$ 1.915,38 (US\$ 350) e as possibilidades de comprovação da direção sob o efeito de álcool ou de qualquer outra substância foram ampliadas. O crime se configura nos casos em que o motorista apresentar uma CAS igual ou superior a 0,6 g de álcool por litro de sangue, medida igual ou superior a 0,34 mg de álcool por litro de ar alveolar exalado, ou sinais de capacidade psicomotora alterada. Nesses casos, o motorista está sujeito à detenção de 6 meses a 3 anos, multa e suspensão ou proibição de obtenção da carta de habilitação. Mais

recentemente, a Lei nº 13.546 de 2017 (Planalto, 2017<sup>[17]</sup>) aumentou a multa para R\$ 2.934,70 (US\$ 530). Os níveis de CAS foram mantidos, mas a mudança legislativa determinou punições mais rígidas para os motoristas que, sob o efeito do álcool ou de outras substâncias psicoativas, cometerem crimes de homicídio culposo (sem intenção) ou lesões corporais de natureza grave ou muito grave. Nesses casos, a pena é de 5 a 8 anos e, nos casos de homicídio culposo, de 2 a 5 anos. Nenhuma dessas situações permite o pagamento de fiança.

Em termos de avaliações da lei, um estudo preliminar não encontrou evidências de redução da mortalidade relacionada ao trânsito em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo 5 anos e meio após a adoção da Lei Seca de 2008 (Volpe, Ladeira and Fantoni, 2017<sup>[18]</sup>). Um estudo posterior que avaliou a mesma lei no Rio de Janeiro não teve efeitos sobre as taxas gerais de mortalidade por acidentes de trânsito, mas está estatisticamente associada a reduções entre 0.1% e 1.5% ao ano na mortalidade de ciclistas e motociclistas com idade ≥60 anos e pedestres de ambos os sexos e com idade ≥20 anos (Jomar et al., 2019<sup>[19]</sup>). Um terceiro estudo avaliou o efeito, no Distrito Federal, da Lei nº 11.705 (a Lei Seca de 2008) e da Lei nº 12.760, de 2012, que foi chamada de nova Lei Seca e buscou corrigir problemas na legislação original. O estudo observou que, enquanto a lei de 2008 não teve impacto significativo, a lei de 2012 teve um impacto estatisticamente significativo na redução de acidentes fatais (Guimarães and da Silva, 2019<sup>[20]</sup>). Os últimos resultados destacam a importância da fiscalização, principalmente por meio da introdução de diferentes formas de comprovar que uma pessoa está dirigindo sob o efeito do álcool. O mais recente desenvolvimento está relacionado ao endurecimento da Lei Seca. A partir de abril de 2021, motoristas sob o efeito de álcool ou drogas que causarem acidentes com lesões corporais, mesmo aqueles considerados sem intenção, serão presos, o que significa que o infrator não terá mais o direito de substituir penas de prisão por outras mais leves, como serviço comunitário, que antes era permitido (DNIT, 2021<sup>[21]</sup>).

#### **6.3.4. Campanhas de mídia de massa sobre dirigir sob o efeito do álcool são realizadas regularmente no Brasil**

Campanhas de mídia de massa são uma ferramenta normalmente implementada na comunicação de mensagens sobre os efeitos nocivos do consumo de álcool. Elas podem ter uma influência direta ou indireta no comportamento do consumidor. Uma revisão sistemática da eficácia das campanhas de mídia de massa para reduzir o consumo de álcool e danos relacionados, cobrindo campanhas na Austrália, Dinamarca, Finlândia, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos, concluiu que, embora as campanhas possam aumentar o conhecimento sobre o impacto do consumo de álcool e a procura por tratamento, há poucas evidências que sugerem que reduzem o consumo de álcool (Young et al., 2018<sup>[22]</sup>).

As campanhas de mídia de massa são normalmente dedicadas a temas como dirigir alcoolizado e os danos do consumo de álcool no longo prazo. Uma revisão sistemática do impacto das campanhas de mídia de massa descobriu que elas reduzem os casos de dirigir alcoolizado em cerca de 15% (Yadav and Kobayashi, 2015<sup>[23]</sup>). Os autores não encontraram uma melhoria no número de acidentes e lesões relacionados ao álcool, mas a heterogeneidade no desenho do estudo significa que não foi possível tirar conclusões gerais. Um estudo que avaliou uma campanha dinamarquesa descobriu que a conscientização sobre o álcool como fator de risco para o câncer aumentou 5 pontos percentuais (de 45% para 50%, quando realizada, e de 22% para 27%, quando não realizada). A campanha também levou a um maior apoio a outras políticas sobre o álcool, como preço mínimo unitário (PMU) e rotulagem nutricional obrigatória (Christensen et al., 2019<sup>[24]</sup>). Isso é importante porque uma pequena proporção da população está ciente dos riscos do consumo de álcool. Por exemplo, no Reino Unido, apenas 13% dos entrevistados em uma pesquisa nacional identificaram o álcool como fator de risco para o câncer (Sinclair et al., 2019<sup>[25]</sup>).



No Brasil, o Governo Federal regularmente realiza campanhas na mídia sobre dirigir alcoolizado no contexto das celebrações do Carnaval (Quadro 6.4). No entanto, nenhuma avaliação de impacto foi realizada até agora, o que seria útil para reformular campanhas futuras.

#### **Quadro 6.4. Campanhas de Carnaval na mídia de massa sobre dirigir alcoolizado no Brasil**

Quase anualmente, o governo federal do Brasil realiza campanhas de mídia de massa sobre dirigir alcoolizado durante o período do Carnaval. Em 2019, a “Campanha de Prevenção de Acidentes - Carnaval” teve como objetivo promover o consumo zero de álcool antes de dirigir para reduzir os acidentes de trânsito e buscar causar uma reflexão na população sobre a gravidade e abrangência das consequências ocasionadas pelo consumo de bebidas alcoólicas (Ministério da Infraestrutura, 2019<sup>[26]</sup>).

A campanha foi veiculada entre os dias 25 de fevereiro e 10 de março de 2019 na internet e no rádio, o segundo e terceiro melhores meios de exposição na mídia, por transmitirem credibilidade e cobertura junto ao público-alvo definido no Brasil. A primeira, a televisão aberta, não foi utilizada devido à baixa disponibilidade de recursos para a campanha.

### **6.4. Um pacote de políticas públicas abrangente pode contribuir para reduzir ainda mais o consumo de álcool e suas consequências nocivas no Brasil**

A fim de analisar as principais políticas públicas descritas em documentos de políticas nacionais e planos de ação, o relatório da OCDE 2021 sobre o álcool agrupou nos seguintes domínios de política, que incluem aqueles dentro da estrutura SAFER da OMS (WHO, 2018<sup>[8]</sup>) e informações ao consumidor:

- preço do álcool
- dirigir alcoolizado
- marketing do álcool
- rastreamento e intervenções breves
- informações ao consumidor

De acordo com o relatório da OCDE, essas ações possuem um impacto positivo na economia e na saúde da população do Brasil. Em particular, uma “abordagem PPAF” abrangente, incluindo ações para proteger as crianças da promoção do álcool; policiamento para limitar ferimentos e a violência relacionados ao álcool; atenção primária para ajudar pacientes com padrões prejudiciais de consumo de álcool; e a fixação de preços para limitar o acesso a bebidas alcoólicas baratas, é eficaz e econômica para combater o consumo prejudicial de álcool.

As presentes seções analisam a posição atual do Brasil em cada domínio e fazem comparações com os países da OCDE. Ela também resume as melhores evidências científicas disponíveis por trás das principais intervenções.

#### **6.4.1. Políticas de preço mínimo de álcool poderiam ser introduzidas no Brasil**

Existem fortes evidências para apoiar a relação inversa entre os preços das bebidas alcoólicas e o consumo. Uma revisão sistemática de Elder et al. (2010<sup>[27]</sup>) descobriram que quase todos os estudos (95%) que calculam as elasticidades-preço foram negativos, com esse valor variando de -0,5 a -0,79 (ou seja, um aumento de 10% no preço do álcool corresponde a uma diminuição no consumo de -5% a -7,9%), dependendo do tipo de álcool. Essas constatações são corroboradas por uma meta-análise de

Wagenaar et al. (2009<sup>[12]</sup>), os quais concluíram que um aumento de 10% no preço do álcool diminui o consumo em aproximadamente 5%. Preços mais altos também reduzem a mortalidade e morbidade relacionadas ao álcool (por exemplo, cirrose, mortes no trânsito, agressão e suicídio) e são considerados altamente econômicos (Wagenaar, Tobler and Komro, 2010<sup>[28]</sup>; Elder et al., 2010<sup>[27]</sup>; Cobiac, Mizdrak and Wilson, 2019<sup>[29]</sup>).

O preço mínimo unitário (PMU) é uma ferramenta política que define um preço mínimo unitário obrigatório de álcool ou bebida padrão<sup>1</sup>, visando, assim, às bebidas alcoólicas baratas. Ao contrário dos impostos, tal instrumento evita que os varejistas absorvam o custo adicional de produção. Além disso, foi argumentado que o PMU é mais eficaz, uma vez que alcoólatras e/ou jovens são mais propensos a consumirem opções baratas de álcool (O'Donnell et al., 2019<sup>[30]</sup>).

Vários países implementaram o PMU, incluindo o Canadá (determinadas províncias), um território na Austrália, o Reino Unido (Escócia e País de Gales) e a Federação Russa. A pesquisa empírica que avaliou o PMU, até o momento, encontrou resultados promissores. No Reino Unido (Escócia), O'Donnell et al. (2019<sup>[30]</sup>) constataram que o PMU levou a uma redução de 7,6% nas compras de álcool, o que equivale a 41 unidades de álcool por pessoa, por domicílio a cada ano. O impacto sobre o preço foi maior nas famílias que consumiam mais álcool, o que indica que a política teve sucesso em atingir as pessoas que bebem em excesso. Os resultados dessa pesquisa são apoiados por análises mais recentes realizadas pela Public Health Scotland e pela Universidade de Glasgow, as quais constataram que as vendas de álcool em supermercados e pontos de venda sem licença caíram 4,5% um ano após a introdução do PMU (com o maior impacto em produtos baratos) (Christie, 2020<sup>[31]</sup>; Public Health Scotland, 2020<sup>[32]</sup>). Na Austrália, uma investigação sobre a introdução do PMU no Território do Norte (AUS 1,30 por bebida padrão) descobriu que a política levou a uma redução no fornecimento de álcool per capita no atacado (em 0,22 litros de álcool puro), nas agressões e na solicitação de ambulâncias e internações de emergência relacionadas ao consumo de álcool (Coomber et al., 2020<sup>[33]</sup>).

Além do PMU, outras ferramentas de política pública para minimizar o preço do álcool incluem:

- Proibições de vendas abaixo do custo: para restringir a venda de álcool com grandes descontos, vários países proibiram a venda de álcool abaixo do custo de produção. No Reino Unido, por exemplo, é ilegal vender álcool a um preço inferior ao valor do imposto mais IVA (UK Home Office, 2017<sup>[34]</sup>).
- Proibições de descontos por volume: de acordo com essa política, é ilegal oferecer descontos aos clientes com base no volume de álcool comprado, como duas bebidas pelo preço de uma. Essa política é usada, por exemplo, na Islândia em ambientes externos e na Suécia (WHO Regional Office for Europe, 2014<sup>[35]</sup>).
- *Markup* mínimos e margens de lucro: ao limitar as margens de lucro mínimas para atacadistas e varejistas de álcool, os formuladores de políticas públicas estão efetivamente estabelecendo um preço mínimo (Sassi, 2015<sup>[36]</sup>). Por exemplo, nos Estados Unidos, sete estados exigem que os atacadistas estabeleçam um markup/desconto máximo para cerveja, vinho e destilados (Alcohol Policy Information System, 2019<sup>[37]</sup>).

No Brasil, nenhuma política relacionada ao preço mínimo do álcool parece ter sido considerada. Portanto, as autoridades e as partes interessadas podem estudar essa área de reforma como uma alternativa para o futuro.

## 6.4.2. Políticas sobre dirigir alcoolizado

*As blitz de controle de sobriedade podem ser mais bem direcionadas por dados relacionados ao álcool*

As blitz podem ajudar na aplicação das políticas em vigor sobre dirigir alcoolizado. Há dois tipos de blitz de controle de sobriedade: testes de bafômetro seletivos, que são blitz pré-determinadas onde os policiais devem ter motivos para acreditar que o motorista está sob o efeito de álcool para testar o nível de álcool no sangue; e testes de respiração aleatórios, para os quais os motoristas são selecionados aleatoriamente para que o seu nível de álcool no sangue seja testado (Bergen et al., 2014<sup>[38]</sup>).

As evidências sobre a eficácia das blitz de controle de sobriedade vêm, em grande parte, dos Estados Unidos. Ecola et al. (2018<sup>[39]</sup>) resumiram os resultados de cinco meta-análises, que indicam que os testes de bafômetro seletivos e aleatórios desempenham um papel significativo na redução de acidentes de trânsito. Como exemplo, Bergen et al. (2014<sup>[38]</sup>) estimaram que as blitz de controle de sobriedade levaram, em média, a uma redução de 8,9% nas mortes relacionadas ao fato de dirigir alcoolizado. Da mesma forma, Erke et al. (2009<sup>[40]</sup>) descobriram que as blitz de controle de sobriedade resultaram em uma redução nos ferimentos por acidente em 16% e, nas fatalidades, em 6%. Com relação ao custo-benefício, uma avaliação sistemática de 2014 concluiu que os benefícios associados às blitz de controle de sobriedade ultrapassam os custos associados, com relações de custo-benefício variando de 2:1 a 57:1 (Bergen et al., 2014<sup>[38]</sup>). Para maximizar o potencial das blitz de controle de sobriedade, é importante que elas sejam amplamente divulgadas, altamente visíveis e realizadas com frequência (US Department of Transportation, 2017<sup>[41]</sup>).

Com exceção do México, todos os países da OCDE implementam um ou ambos os tipos de blitz de controle de sobriedade (WHO, 2020<sup>[42]</sup>). O Brasil realiza os dois tipos de blitz controle de sobriedade, o que está vinculado à aplicação da Lei Seca, a qual permite que órgãos públicos fiscalizem, multem e previnam acidentes de trânsito relacionados ao álcool por meio de bafômetros. No entanto, a sua aplicação não parece ser homogênea entre os estados e estão mais presentes nas capitais, onde os bafômetros são mais utilizados (Fiocruz, 2017<sup>[43]</sup>). Portanto, esta é uma área onde os participantes públicos poderiam planejar melhor a realização generalizada das blitz de controle de sobriedade, fazendo um melhor uso dos dados relacionados ao álcool. Por exemplo, informações sobre acidentes de trânsito, concentração de pontos de venda de álcool e eventos conhecidos pelo consumo de álcool podem ajudar a orientar o planejamento de blitz de controle de sobriedade no Brasil.

*Programas de bloqueio de ignição por alcoolemia podem ser uma boa adição para uma atualização futura da “Lei Seca” brasileira*

Os programas de bloqueio de ignição por alcoolemia oferecem aos infratores que normalmente perderiam a carteira de habilitação a possibilidade de continuarem dirigindo, desde que estejam sóbrios. Os bloqueios de ignição exigem que os motoristas façam um teste de bafômetro para avaliar seu índice de álcool no sangue para que possam dar partida no veículo. Eles também podem ser instalados voluntariamente, por exemplo, em veículos comerciais que transportam mercadorias (Vanlaar, Mainegra Hing and Robertson, 2017<sup>[44]</sup>; European Transport Safety Council, 2018<sup>[45]</sup>).

Uma avaliação de um programa de bloqueio de ignição no Canadá (Nova Escócia) concluiu que o regime foi bem-sucedido na redução das taxas de reincidência (Vanlaar, Mainegra Hing and Robertson, 2017<sup>[44]</sup>). Especificamente, o estudo comparou as taxas de reincidência entre três grupos de infratores: 1) aqueles que voluntariamente concordaram em usar o bloqueio de ignição; 2) aqueles que foram obrigados a usar o bloqueio de ignição; e 3) aqueles que compunham o grupo de controle, que não estavam inscritos no programa de bloqueio de ignição. Os infratores que concordaram em usar o bloqueio de ignição tiveram uma taxa de reincidência menor durante a instalação do dispositivo (0,9% para participantes voluntários e 0,3% para participantes obrigatórios) em comparação aos não inscritos (8,9%). Embora as taxas de

reincidência tenham aumentado depois que o dispositivo foi removido (1,9% para participantes voluntários e 3,7% para participantes obrigatórios), as taxas ainda estavam significativamente abaixo daquelas que não se inscreveram, sugerindo que o regime teve um impacto contínuo. Um estudo que comparou 18 estados que tornaram os bloqueios obrigatórios em comparação a 32 que não os exigiram constatou que o requisito de bloqueios de ignição para todas as condenações por dirigir embriagado estava associado a uma redução de 15% nas mortes por acidente envolvendo álcool (Kaufman and Wiebe, 2016<sup>[46]</sup>). Da mesma forma, um estudo que avaliou acidentes fatais envolvendo álcool nos Estados Unidos entre 1982 e 2013 constatou que as leis estaduais que exigem bloqueios de todos os infratores que dirigem embriagados estavam associadas a uma redução de 7% na taxa de acidentes fatais em CAS > 0,08 e uma redução de 8% na taxa de acidentes fatais em CAS ≥ 0,15. Isso se traduziu em uma estimativa de 1.250 acidentes fatais evitados em CAS > 0,08.

Leis que exigem bloqueios para segmentos de infratores de alto risco que dirigem embriagados, como infratores reincidentes, podem reduzir acidentes fatais envolvendo álcool após dois anos de implementação (McGinty et al., 2017<sup>[47]</sup>). Na Holanda, outro estudo mostrou que o percentual de reincidentes no grupo do programa de bloqueio de ignição foi menor que no grupo de controle. Quando o programa de bloqueio de ignição foi imposto junto com um acordo de transação penal, a reincidência reduziu de 8% para 4% (Blom and Blokdijk, 2021<sup>[48]</sup>). Essas constatações ecoam pesquisas anteriores de Elder et al. (2011<sup>[49]</sup>), que se concentraram amplamente nos Estados Unidos e na revisão de Burton et al. (2017<sup>[50]</sup>), que constataram que os bloqueios de ignição reduzem tanto a incidência quanto a reincidência e podem ter boa relação custo-benefício.

### **Quadro 6.5. Bloqueio de ignição por alcoolemia sueco após programa de conscientização sobre dirigir alcoolizado**

A Agência de Transporte Sueca iniciou um teste de um programa de bloqueio de ignição em 1999, que entrou em vigor em 2012. O programa voluntário dá aos motoristas condenados por dirigir com níveis de CAS entre 0,2 e 0,9 g/l a possibilidade de ingressar em um programa com duração de um ano e de dois anos a reincidentes (dentro de um período de cinco anos) e infratores com um nível de CAS de pelo menos 1 g/l.

O programa não foi projetado para incluir um aspecto de reabilitação, mas, em muitos casos, mostrou esses tipos de efeitos para os participantes. Principalmente porque existe uma demanda para a realização de exames médicos, incluindo a coleta de amostras de sangue antes, durante e, às vezes, após a participação no programa.

Os custos estimados para o programa de um ano variaram entre EUR 2.000 e EUR 2.700, enquanto o programa de dois anos oscilou entre EUR 2.800 e EUR 4.000.

Na prática, 30% dos infratores entraram no programa, enquanto 83% dos participantes o concluíram. Em março de 2018, uma nova legislação não permite que infratores com dependência ou vício entrem no programa de bloqueio por alcoolemia, a menos que possam provar que atendem a todas as exigências médicas com antecedência, por exemplo, provar a sua sobriedade seis meses antes de entrar no programa. Em 2018, cerca de 3.000 pessoas dirigiam com bloqueio por alcoolemia.

Fonte: ETSC (2020<sup>[51]</sup>), "Alcohol interlocks in Europe: an overview of current and forthcoming", [www.etsc.eu/safe-and-sober/](http://www.etsc.eu/safe-and-sober/).

Nove países da OCDE atualmente penalizam motoristas alcoolizados que foram pegos pela primeira vez com bloqueios de ignição (Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Polônia, Suécia e alguns estados dos Estados Unidos) e outro grupo de países impõe essa penalidade para reincidentes

(Bélgica, França, Nova Zelândia, Suécia e alguns estados dos Estados Unidos) (WHO, 2020<sup>[52]</sup>; National Conference of State Legislatures, 2018<sup>[53]</sup>; ETSC, 2020<sup>[54]</sup>).

No Brasil, não existe um programa de bloqueio de ignição por alcoolemia. Essa política seria uma boa alternativa para o país ampliar as suas medidas para infratores e reincidentes com o objetivo de reduzir os acidentes de trânsito relacionados ao álcool com ferimentos e mortes. Uma futura atualização da “Lei Seca” brasileira poderia legalmente introduzir programas de ignição por alcoolemia. Os pilotos podem ser realizados em estados e municípios com maiores taxas de acidentes de trânsito relacionados ao álcool para melhor compreender as implicações para o contexto brasileiro.

### **6.4.3. Marketing do álcool**

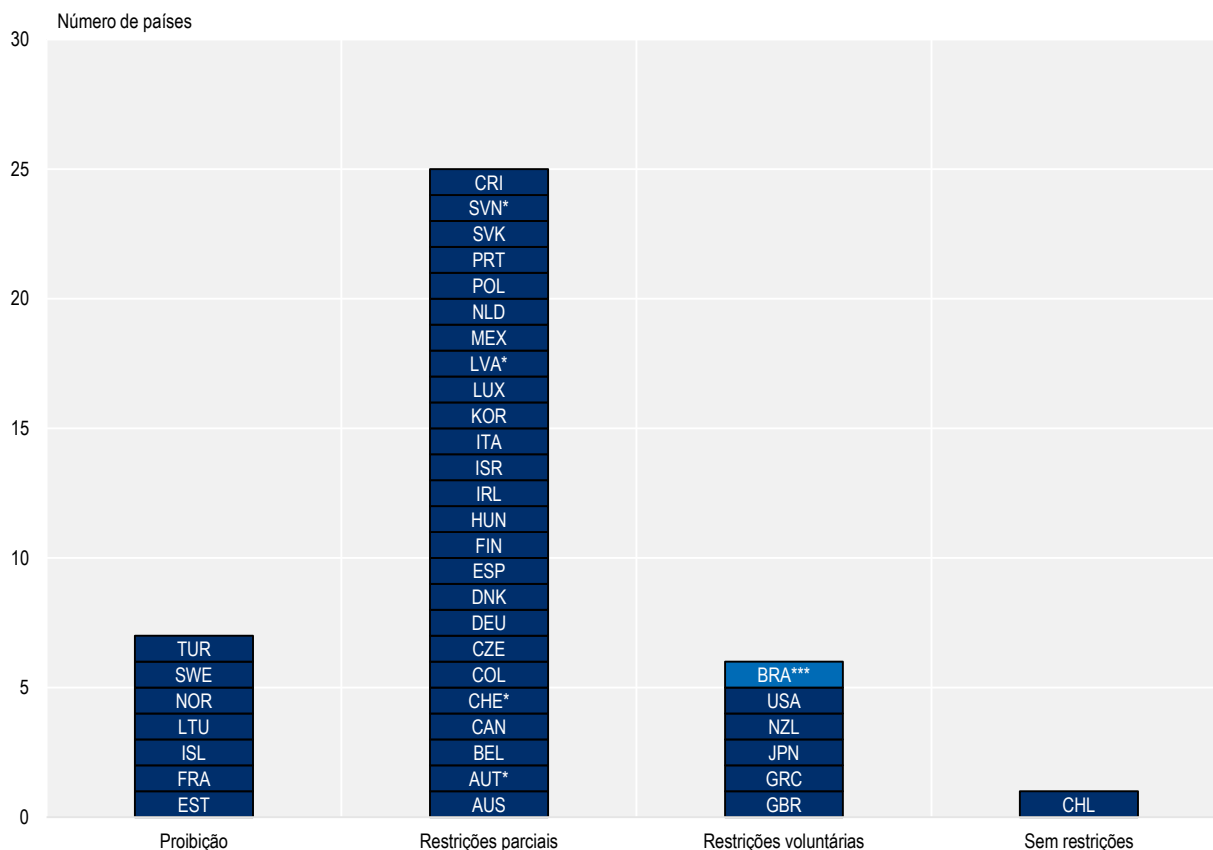
*O marketing de álcool em plataformas de mídia novas e tradicionais poderia ser mais regulamentado, tendo crianças e adolescentes como prioridade inicial*

Os países podem limitar a publicidade nas plataformas tradicionais (por exemplo, televisão, rádio e mídia impressa) e nas novas plataformas de mídia digital (por exemplo, mídia social). A pesquisa sugere que existe uma associação entre a publicidade de álcool através dos canais de mídia tradicionais e o consumo de álcool, sendo os jovens particularmente vulneráveis (Smith and Foxcroft, 2009<sup>[55]</sup>). Mais recentemente, Jernigan et al. (2017<sup>[56]</sup>) concluíram, a partir de sua revisão sistemática, que há uma associação positiva entre a exposição ao marketing do álcool e o início do seu consumo, além do consumo excessivo e perigoso.

Nos países da OCDE, 31 deles empregam alguma forma de restrição legal aos anúncios de álcool, proibindo legalmente qualquer forma de publicidade. Por exemplo, em relação à cerveja e ao vinho, 24 países aplicam restrições parciais à propaganda na televisão nacional (por exemplo, restrição durante determinada hora do dia ou local), enquanto 7 países aplicam uma proibição legal total (Figura 6.14). Apenas dois países estendem a proibição total de publicidade em todos os canais de mídia: Noruega e Turquia.

Regimes de vigilância ativa para monitorar o cumprimento dos regulamentos de publicidade de álcool também existem e são implementados por 35 dos 37 países da OCDE. Na Austrália, o marketing do álcool é caracterizado como um sistema regulatório tácito, com diretrizes (Regime do Código de Publicidade de Bebidas de Álcool - CPBA) estabelecidas por representantes do setor, dos meios de publicidade e do governo (ABAC Scheme, 2019<sup>[57]</sup>). Existem regimes semelhantes no Reino Unido, na Nova Zelândia e no Japão (Noel, Babor and Robaina, 2016<sup>[58]</sup>). Em relação ao Japão, uma revisão que explorou a autorregulação da indústria de marketing concluiu que os anúncios de álcool violam continuamente os códigos de autorregulação, o que significa que os jovens são frequentemente expostos a materiais publicitários de álcool (Noel, Babor and Robaina, 2016<sup>[58]</sup>). Da mesma forma, uma revisão da autorregulação publicitária no Brasil constatou que existem evidências suficientes sobre a necessidade de regulamentação governamental da publicidade dirigida a crianças e adolescentes de forma complementar à autorregulação institucional. Por exemplo, grande parte das transgressões éticas informadas ao CONAR nas propagandas de alimentos e bebidas está relacionada a bebidas alcoólicas e alimentos processados, principalmente no que diz respeito à confiabilidade, responsabilidade social e crianças/adolescentes (Kassahara and Sarti, 2017<sup>[59]</sup>).

**Figura 6.14. Restrições à publicidade na televisão de cerveja e vinho no Brasil e nos países da OCDE**



Observação: Azul escuro = países da OCDE. \*Proibição de destilados. \*\*O Brasil aplica restrições mais rígidas a bebidas destiladas, ou seja, restrições parciais em oposição a voluntárias.

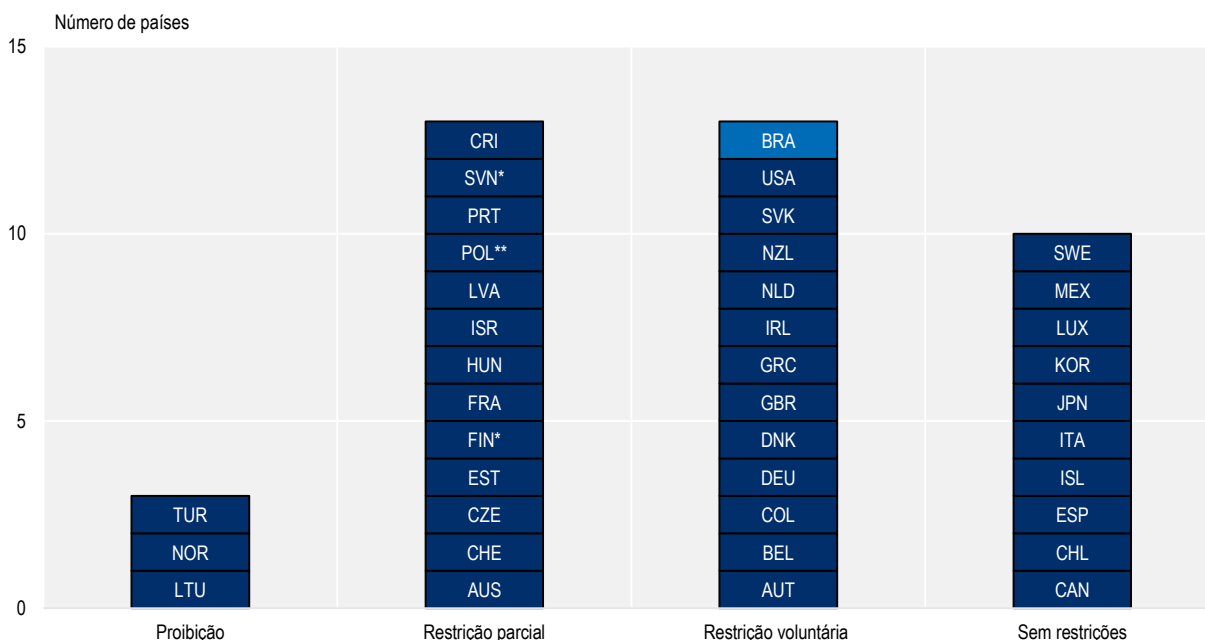
Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

À medida que adultos e crianças passam uma quantidade cada vez maior de tempo em seus dispositivos móveis (mais que o tempo gasto assistindo TV), as marcas mudaram o seu foco de formas tradicionais de mídia para plataformas de mídia digital, incluindo a mídia social. A publicidade através de canais de mídia digital pode levar a maiores aumentos no consumo de álcool, especialmente quando o público participa (por exemplo, cria em conjunto, compartilha ou se envolve no conteúdo) (Critchlow et al., 2017<sup>[60]</sup>). Por exemplo, um estudo realizado por Critchlow e colegas (2019<sup>[61]</sup>) descobriu que os jovens (com idades entre 11 e 19 anos) que atualmente bebem têm duas vezes mais chances de serem consumidores de álcool de alto risco se participarem de duas ou mais formas de marketing de álcool por meio da mídia social. Esse número aumentou para mais de três vezes para aqueles que participaram de promoções criadas pelo usuário. Uma meta-análise de Curtis et al. (2018<sup>[62]</sup>) concluiu que há uma correlação significativamente positiva entre o envolvimento nas mídias sociais relacionadas ao álcool e o consumo entre jovens adultos. Por fim, um estudo que fez uso de uma metodologia de revisão narrativa da literatura de 2017 estabeleceu que o marketing digital estava associado a níveis mais elevados de intenção de compra de álcool, bem como ao consumo (Lobstein et al., 2017<sup>[63]</sup>). Ligado a isso, vários estudos examinaram as práticas de publicidade de álcool em plataformas de mídia social, como Twitter, Instagram e Facebook. A constatação sugere que as publicações e interações têm uma baixa utilização de moderação de álcool ou conteúdo relacionado a risco, havendo também conteúdos apelativos para os

jovens e que violam os códigos de marketing desenvolvidos pela indústria do álcool (Niland et al., 2017<sup>[64]</sup>; Barry et al., 2018<sup>[65]</sup>; Barry et al., 2018<sup>[66]</sup>).

Em relação às formas tradicionais de mídia, menos países da OCDE têm regimes regulatórios em vigor para limitar a publicidade de álcool nas redes sociais (Figura 6.15). Além disso, onde há acordos regulatórios, eles são restrições parciais em 13 países e proibição total em apenas 3. Por exemplo, na Estônia, os regulamentos proíbem a publicidade de bebidas alcoólicas nas redes sociais, exceto no site da marca dessas bebidas. Como parte dessa proibição, as marcas de bebidas alcoólicas não podem compartilhar conteúdo gerado pelo usuário ou que se destina a ser compartilhado (por exemplo, competições e prêmios, produção de vídeos destinados a se tornarem virais) (WHO, 2018<sup>[67]</sup>; EUCAM, 2018<sup>[68]</sup>).

**Figura 6.15. Restrições de publicidade em mídia social no Brasil e nos países da OCDE**



Observação: Azul escuro = países da OCDE. \*Proibição de destilados. \*\*Nenhuma restrição apenas para cerveja (proibição total para vinho). Restrições parciais podem se referir a tempo e/ou local e/ou conteúdo. \*\*\*O Brasil aplica restrições mais rígidas para bebidas destiladas, ou seja, restrições parciais em oposição a voluntárias.

Fonte: OECD (2021<sup>[11]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

No Brasil, a Lei 9.294 de 1996 limita a publicidade de bebidas alcoólicas com teor alcoólico acima de 13° Gay Lussac. Além disso, o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, CONAR, inclui em suas recomendações todas as bebidas alcoólicas, independentemente do seu teor alcoólico.

O Brasil pode se juntar à maioria dos países da OCDE ao aprovar outras restrições à propaganda de álcool na mídia tradicional, especialmente na TV, e priorizando crianças e adolescentes (por exemplo, proibição legal de propaganda de álcool para crianças). As plataformas de mídia social também podem ser consideradas conforme as pessoas, em particular os jovens, passam mais tempo nessas novas plataformas de mídia. Isso também pode estar ligado à regulamentação de patrocínios esportivos com álcool, bem como a uma reforma mais ampla do marketing do álcool (veja a próxima subseção). Existem alternativas colaborativas para criar esquemas em que participantes públicos, da sociedade civil e privados (por exemplo, o CONAR) possam convergir para definir regras obrigatórias e sistemas de conformidade no Brasil.

*As restrições ao patrocínio esportivo com álcool podem ser estendidas a todos os tipos de álcool*

O patrocínio esportivo permite que os produtores de álcool “promovam o seu produto e criem uma relação positiva e emocional entre a marca e os consumidores” (Babor, Robaina and Noel, 2018<sup>[69]</sup>). Por essa razão, a indústria do álcool é um patrocinador importante de eventos esportivos, times e atletas em todo o mundo (Jones, 2010<sup>[70]</sup>).

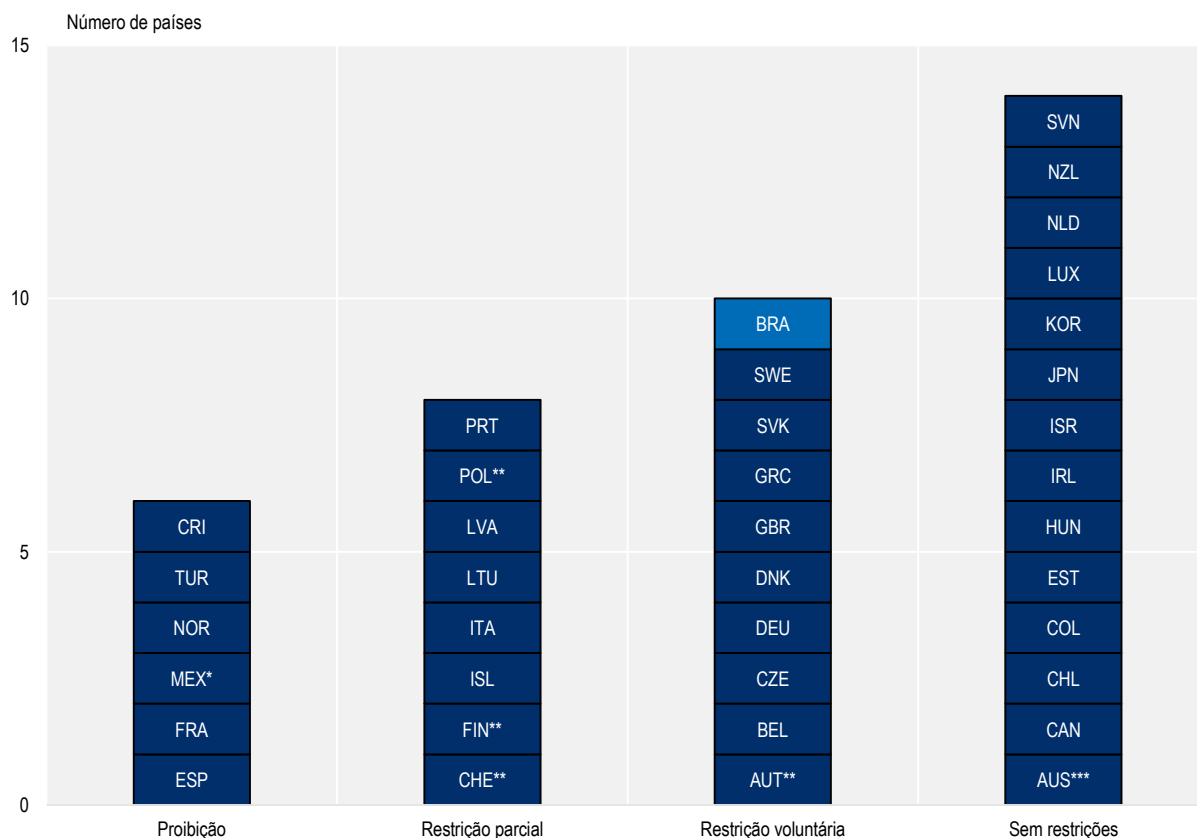
Existem preocupações de saúde pública em relação ao patrocínio esportivo pela indústria do álcool, uma vez que a sua publicidade está associada ao início do seu consumo por pessoas que nunca consumiram antes e a níveis mais elevados do que entre aqueles que já consomem (Smith and Foxcroft, 2009<sup>[55]</sup>; Houghton et al., 2014<sup>[71]</sup>). Estudos também examinaram o impacto que o patrocínio possui sobre atletas e membros de clubes esportivos, especificamente o seu impacto sobre o consumo (Brown, 2016<sup>[72]</sup>). Por exemplo, O’Brien et al. (2014<sup>[73]</sup>) descobriram que estudantes universitários no Reino Unido cujo time e clube são patrocinados pela indústria do álcool têm aproximadamente duas vezes mais chance de relatar níveis perigosos de consumo de álcool que aqueles sem patrocínio.

Em resposta às preocupações de saúde pública, a maioria dos países da OCDE implementou alguma forma de proibição para restringir a influência da indústria do álcool no esporte (Figura 6.16). Entre os países da OCDE, a Espanha, a França, a Noruega, a Turquia e a Costa Rica implementaram proibições judicialmente vinculativas ao patrocínio esportivo para todas as bebidas (WHO, 2018<sup>[74]</sup>). Outros 17 países aplicam restrições parciais ou voluntárias (por exemplo, restrições ao patrocínio de times e/ou eventos esportivos), enquanto 14 países não aplicam restrições.

No Brasil, a lei 9.294 de 1996, reconhece como bebida alcoólica aquelas com teor alcoólico acima de 13 graus Gay Lussac, deixando de fora a cerveja, categoria predominante nos patrocínios esportivos. O CONAR, por sua vez, inclui em suas recomendações todas as bebidas alcoólicas, independentemente do teor alcoólico, e estabelece recomendações para os casos de transmissão de eventos patrocinados. A estratégia publicitária deve se limitar à identificação da marca e/ou fabricante, slogan ou frase promocional, sem a presença de recomendação de consumo do produto, sem restrição de tempo de veiculação. Na prática, um estudo identificou que marcas de cerveja patrocinaram 16 dos 20 clubes de futebol da Liga Brasileira estudados em 2018 (Matos, Araújo and Horta, 2021<sup>[75]</sup>). Um estudo qualitativo investigou a natureza das relações entre a indústria do álcool e os clubes esportivos universitários de São Paulo e descobriu que a maioria dos clubes (n = 53; 88%) relatou ter firmado um contrato com marcas de cerveja para o patrocínio de eventos esportivos e festas. Em troca, os clubes concordaram em vender exclusivamente a marca de cerveja dos patrocinadores e/ou encomendar e vender uma cota de cerveja em seus eventos. Quarenta e nove entrevistados (81%) relataram contratos com empresas produtoras de bebidas alcoólicas por meio dos quais o sistema open bar (eventos gratuitos de bebidas alcólicas) também seria oferecido (Pinsky et al., 2017<sup>[76]</sup>).



**Figura 6.16. Restrições ao patrocínio esportivo para marcas de álcool no Brasil e nos países da OCDE**



Observação: \*Nenhuma para cerveja. Nenhum dado dos Estados Unidos. \*\*Requisitos mais rígidos para destilados. \*\*\*Os contratos de patrocínio relacionados ao álcool são administrados por jurisdições subnacionais, códigos referentes a esportes e times individuais.

Fonte: OECD (2021<sup>[1]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

Nesse cenário, o Brasil pode revisar a sua regulamentação atual, que não abrange bebidas alcoólicas abaixo de 13 graus Gay Lussac, em termos de sua participação no patrocínio esportivo. Com uma perspectiva mais ampla, uma reforma geral poderia incluir a ampliação da regulamentação para todos os tipos de álcool nas mídias tradicionais, novas mídias sociais e patrocínio esportivo, tendo crianças e adolescentes como principal público-alvo.

#### **6.4.4. Triagem, intervenções breves e tratamento**

*A orientação e o monitoramento de triagens e intervenções breves para usuários de álcool podem ser aprimorados na atenção primária em conexão com Centros de Atenção Psicossocial*

Triagens e intervenções breves (TIBs) são projetadas para identificar, em um estágio inicial, os indivíduos com um problema “real ou em potencial” com álcool e motivá-los a tratar do problema (Babor and Higgins-Biddle, 2001<sup>[77]</sup>). O processo começa com a triagem das pessoas, que envolve uma série de perguntas relacionadas ao seu nível de consumo de álcool. Consumidores de quantidades excessivas de álcool podem ser identificados por meio de várias ferramentas de triagem. Após a triagem, esses consumidores recebem intervenções breves, que geralmente duram entre 5 e 30 minutos em 1 a 5 sessões; e

dependentes podem ser encaminhados para o tratamento psicossocial e farmacoterapêutico especializado.

As evidências sobre a eficácia das TIBs estão amplamente relacionadas às intervenções de atenção primária e são positivas. Kaner et al. (2018<sup>[78]</sup>), em sua revisão sistemática, estimaram que, após um ano, as intervenções breves reduziram o consumo de álcool pelas pessoas em 20 g por semana em comparação àquelas que não receberam ou receberam intervenções mínimas. As TIBs também são consideradas vantajosas em termos de custos. Por exemplo, Angus et al. (2016<sup>[79]</sup>) modelaram o impacto de um programa de TIBs nacional em toda a Europa e descobriram que seria rentável em 24 dos 28 países da UE e predominante em 14 países (“predominante” indica que intervenções breves são mais eficazes e baratas que nenhuma intervenção ou intervenção mínima).

Entre os países da OCDE, 78% com dados disponíveis desenvolveram e implementaram diretrizes e padrões nacionais de atendimento para TIBs na atenção primária relacionados ao consumo perigoso e prejudicial de álcool. Por exemplo, no Reino Unido (Inglaterra), uma TIB é realizada como parte de um check-up normal (Quadro 6.6).

### Quadro 6.6. TIBs no Reino Unido (Inglaterra)

Em 2008/09, os empregadores do Serviço Nacional de Saúde (NHS) e os clínicos gerais concordaram com cinco novas áreas médicas onde os serviços deveriam ser aprimorados (ou seja, serviços dirigidos por clínicos aprimorados). Uma dessas áreas era o álcool, que encorajava os clínicos gerais a realizar intervenções breves e simples para identificar adultos que bebem em níveis nocivos e perigosos (NHS Employers, 2008<sup>[80]</sup>).

Como parte dos serviços aprimorados, as clínicas foram obrigadas a se envolver nas seguintes etapas:

- selecionar pessoas recém-registradas com 16 anos ou mais, usando ferramentas como o AUDIT-C ou o teste FAST;
- no caso de resultado positivo, as perguntas restantes do AUDIT devem ser feitas para determinar o nível de consumo perigoso, prejudicial ou dependente;
- fornecer uma breve intervenção para consumidores de bebidas alcoólicas em níveis perigosos e nocivos usando a ferramenta de cinco minutos desenvolvida pela OMS, que foi adaptada para o Reino Unido;
- encaminhar os dependentes de bebidas alcoólicas a um serviço especializado.

Os dados em cada etapa foram coletados a fim de reembolsar financeiramente as clínicas. Especificamente, as clínicas receberam GBP 2,33 por paciente recém-registrado que foi selecionado.

Os serviços aprimorados terminaram em 2015; no entanto, desde então, os protocolos de TIBs foram integrados ao contrato principal de clínicos gerais. Hoje, as TIBs fazem parte do NHS Health Check (NHS, 2019<sup>[81]</sup>).

No Brasil, as TIBs na atenção primária não possuem uma orientação clara nem incentivos. As diretrizes nacionais para a triagem na atenção primária incluem uma recomendação para a triagem e aconselhamento sobre o consumo de álcool, sugerindo o uso de instrumentos como AUDIT ou CAGE (Ministério da Saúde, 2010<sup>[82]</sup>). No entanto, a implementação no nível de médicos, enfermeiras ou outros profissionais da saúde não é apoiada e não há monitoramento. Uma iniciativa importante foi a “Caminhos do Cuidado”, uma estratégia implementada em 2013 pelo governo federal para capacitar pessoas sobre transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas, que treinou mais de 290 mil agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (Spector et al., 2015<sup>[83]</sup>). É importante ressaltar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos estratégicos de atendimento da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS). Os CAPS são serviços de saúde de base comunitária, compostos por uma equipe multiprofissional que atende pessoas com problemas de saúde mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. A modalidade de CAPS para álcool e drogas atende a todas as faixas etárias em municípios e/ou regiões com, no mínimo, 70 mil habitantes. A modalidade do CAPS nível III para álcool e drogas possui de 8 a 12 locais de internação e observação noturna, abertos 24 horas, atendendo municípios ou regiões com, no mínimo, 150 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2017<sup>[84]</sup>). As TIBs são realizadas principalmente nesses CAPS e os pacientes recebem os cuidados adequados.

Aproveitando o amplo e sólido sistema de atenção primária, o Brasil poderia desenvolver uma política nacional para aumentar as TIBs para consumidores de bebidas alcoólicas em quantidades perigosas e nocivas nesse nível de atendimento. As TIBs poderiam ser incluídas como parte dos serviços essenciais das Equipes de Saúde da Família, em particular como parte dos check-ups. Poderia ser implantado um sistema de cadastro e monitoramento, o que seria muito importante na articulação com o CAPS para melhor integrar os serviços, tornando o atendimento mais centrado nas pessoas.

*Diretrizes clínicas nacionais podem ser desenvolvidas para o tratamento especializado de dependentes do álcool*

Pessoas com transtornos por consumo de álcool, principalmente nas formas mais graves, podem ter problemas para controlar o consumo, negligenciar outros interesses para beber e persistir nesse hábito, apesar das evidências claras de seus efeitos nocivos. Em comparação a outros consumidores de bebidas alcoólicas em quantidades excessivas, os dependentes requerem um tratamento especializado mais intenso. O objetivo do tratamento para dependentes do álcool pode ser a abstinência total ou uma redução significativa no consumo. A primeira opção é necessária para pacientes com comorbidades psiquiátricas ou físicas (por exemplo, depressão, cirrose relacionada ao álcool), enquanto a última é adequada apenas para consumidores com dependência leve a moderada (NIAAA, 2005<sup>[85]</sup>; Moyer and Finney, 2015<sup>[86]</sup>).

O tratamento para dependentes pode ser dividido em dois componentes complementares: tratamento psicossocial e farmacoterapia. Pessoas com diagnóstico de dependência do álcool geralmente recebem tratamento psicossocial, incluindo o tratamento cognitivo-comportamental, intermediação de 12 etapas (grupos de autoajuda que promovem a abstinência por meio da aceitação, rendição e envolvimento ativo), terapia de aumento da motivação (projetada para que os pacientes motivem internamente a mudança), treinamento de habilidades de enfrentamento e grupos de apoio (por exemplo, Alcoólicos Anônimos). O tratamento psicossocial tem se mostrado eficaz para a dependência do álcool, mas, para alguns pacientes, pode ser necessário combiná-lo com tratamentos farmacológicos como naltrexona, acamprosato, dissulfiram, topiramato ou gabapentina (APA, 2018<sup>[87]</sup>).

No Brasil, o CAPS atende pacientes com diagnóstico de transtornos relacionados ao consumo de álcool. Esses pacientes também podem receber tratamentos quando internados em alas especializadas do sistema público de hospitais ou clínicas psiquiátricas. Apesar das melhorias geradas pela criação da RAPS, o sistema é relatado como altamente fragmentado, sem estrutura organizada para alcançar e reter pacientes (Pinsky et al., 2018<sup>[88]</sup>). Além disso, há lacunas relatadas quanto à disponibilidade e o uso clínico do tratamento farmacológico nos CAPS, pois, embora os medicamentos possam estar oficialmente listados, eles não garantem a sua obtenção nas unidades de saúde (Dalago, 2018<sup>[89]</sup>) nem a sua prescrição clinicamente correta quando necessário, visto que não existe nenhuma diretriz de prática clínica atualizada no Brasil. Portanto, o Brasil poderia ter um progresso significativo desenvolvendo uma diretriz oficial de prática clínica nacional para o tratamento de dependentes do álcool, o que poderia ser feito em colaboração com médicos especialistas brasileiros ou associações profissionais. Esse seria um passo fundamental para o desenvolvimento de novas iniciativas para melhorar o atendimento, como sistemas de navegação ou gestão de atendimento (Pinsky et al., 2018<sup>[88]</sup>).

### 6.4.5. Informações do consumidor

*O programa “Saúde na Escola” pode se beneficiar com a ampliação do seu componente de prevenção ao consumo de álcool entre os alunos*

Apesar de ser ilegal, é comum que crianças/jovens em idade escolar consumam álcool. Os programas de educação escolar podem influenciar a iniciação e os comportamentos de consumo de álcool entre crianças em idade escolar. Várias avaliações de programas escolares de prevenção do consumo de álcool foram realizadas. Recentemente, MacArthur et al. (2018<sup>[90]</sup>) descobriram que intervenções baseadas na escola que visam a múltiplos comportamentos de risco em comparação à “prática habitual” reduziram o consumo de álcool de 163 por cada 1.000 alunos para 123 por cada 1.000 alunos 12 meses após a implementação (equivalente a uma redução de 28% no consumo de álcool). No entanto, as evidências não sugerem efeitos de longo prazo após o final do período de exposição. Esses resultados apoiam estudos anteriores, por exemplo, uma revisão sistemática da eficácia dos programas universais baseados na escola (ou seja, fornecidos a todos os alunos, não apenas aqueles em risco) concluiu que eles podem ser eficazes na redução da embriaguez e do consumo excessivo de álcool (Foxcroft and Tsertsvadze, 2011<sup>[91]</sup>).

Em todos os países da OCDE, 19 possuem diretrizes nacionais relativas à prevenção e redução dos danos relacionados ao álcool nas escolas em vigor (Figura 6.17). Um país sem diretrizes escolares nacionais não significa necessariamente que os alunos não tenham acesso a programas de prevenção do consumo de álcool. Por exemplo, na Austrália, onde não há diretrizes nacionais, os alunos podem acessar o programa Climate (Lee et al., 2016<sup>[92]</sup>).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial dos setores de saúde e educação, foi instituído em 2007 com o objetivo de prestar assistência integral (promoção, prevenção e atendimento) à saúde de crianças, adolescentes e jovens em escolas públicas. O PSE é realizado em parceria com unidades de atenção primária, reunindo as Equipes de Saúde da Família e profissionais da educação. As ações do PSE incluem a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas (Ministério da Saúde, 2021<sup>[93]</sup>). No entanto, o programa não tem diretrizes especificamente dedicadas aos danos relacionados ao álcool nas escolas. Na prática, isso significa que são realizadas atividades de promoção e prevenção nas escolas. Em 2019, havia 22.480 atividades no PSE relacionadas à prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Isso situa a área do álcool em 10º lugar entre 12 áreas monitoradas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020<sup>[94]</sup>). Sete das nove principais áreas possuem suas diretrizes específicas (cadernos e guias temáticos) disponíveis on-line (Ministério da Saúde, 2021<sup>[93]</sup>).

Além do PSE, o programa #Tamojunto foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2013 para prevenir o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes da 8ª série do ensino fundamental. O formato atual do #Tamojunto é o resultado de uma adaptação do Programa Unplugged, criado por pesquisadores europeus e recomendado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. No segundo semestre de 2013, o #Tamojunto foi implantado nas cidades de Florianópolis, São Paulo e São Bernardo do Campo, e, no primeiro semestre de 2014, atingiu um total de nove cidades em seis estados (Ministério da Saúde, 2017<sup>[95]</sup>). O programa foi avaliado com um estudo clínico randomizado. Uma primeira análise descobriu que os alunos do grupo experimental tinham um risco 30% maior de iniciar o consumo de álcool durante o acompanhamento de 9 meses (Sanchez et al., 2017<sup>[96]</sup>). Uma segunda análise mostrou que os adolescentes no grupo do programa tinham 30% mais probabilidade de relatar o consumo de álcool no ano anterior que os alunos do grupo de controle em 21 meses de acompanhamento (Sanchez et al., 2018<sup>[97]</sup>). Essa avaliação rigorosa é muito importante, pois revela que a versão brasileira do programa europeu Unplugged pode ser mal interpretada por alunos de escolas públicas, talvez despertando a sua curiosidade em relação ao consumo de álcool, o que poderia levar a uma revisão completa desse componente do programa.

**Figura 6.17. Diretrizes nacionais para prevenção e redução de problemas relacionados ao álcool em escolas**



Observação: Azul escuro = países da OCDE.

Fonte: OECD (2021<sup>[11]</sup>), *Preventing Harmful Alcohol Use*, <https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, poderia desenvolver diretrizes nacionais do PSE voltadas para os danos relacionados ao consumo de álcool para crianças e adolescentes em idade escolar, juntamente com o desenvolvimento de iniciativas para apoiar ainda mais professores e profissionais da saúde na implementação dessas diretrizes. Da mesma forma, um sistema de avaliação poderia ser implementado para avaliar o impacto da implementação de tais diretrizes. Será fundamental aprender com a experiência do programa #Tamojunto para aprimorar uma forma revisada na área de consumo de álcool ou desenvolver um novo programa para alunos do PSE.

## 6.5. Conclusão

O consumo de álcool no Brasil está abaixo das médias da OCDE, mas há sinais de que, nos últimos anos, tal consumo aumentou em todos os grupos populacionais. Esses aumentos são particularmente preocupantes para mulheres e adultos jovens, por exemplo, no que diz respeito ao consumo excessivo de álcool episódico. Esse cenário prejudicará cada vez mais a saúde, aumentando a mortalidade prematura e diminuindo a expectativa de vida a taxas ligeiramente mais baixas que nos países da OCDE. Também terá um impacto significativo sobre os gastos com saúde e a economia em geral em termos de redução do PIB, embora de magnitude menor que as médias da OCDE.

O Brasil tem adotado políticas importantes e eficazes de controle do consumo de álcool, por ter estratégias nacionais a ele dedicadas com enfoque intersetorial. O país tem uma notável lei de tolerância zero para

dirigir alcoolizado, que foi alterada diversas vezes para restringir os limites de CAS e as respectivas penalidades. Isso foi acompanhado por campanhas regulares na mídia de massa para alertar e conscientizar as pessoas sobre os perigos e danos associados a dirigir alcoolizado. O Brasil também aprovou uma lei sobre a idade mínima para ter acesso ao álcool, que tem sido importante para a proteção de crianças e adolescentes. Tendo isso como base, o Brasil poderia ter como objetivo um pacote de políticas sobre o álcool mais abrangente para reduzir ainda mais o seu consumo e as suas consequências prejudiciais. Pode incluir iniciativas em torno de políticas de preços, como a introdução de um preço mínimo unitário direcionado a bebidas alcoólicas baratas. Ele também pode expandir as políticas existentes sobre dirigir alcoolizado usando mais dados para planejar melhor as blitz de controle de sobriedade e introduzir programas de bloqueio de ignição em uma atualização futura da Lei Seca. No sistema de saúde, a orientação e o monitoramento de triagens e intervenções breves para consumidores de álcool podem ser aprimorados na atenção primária em conexão com os CAPS, enquanto as diretrizes clínicas nacionais podem ser desenvolvidas para o tratamento especializado para dependentes. Por fim, o Programa Saúde na Escola poderia se beneficiar com a ampliação de seu componente de prevenção do consumo de álcool entre os alunos.

A análise da OCDE mostra que todas essas políticas públicas devem ter um impacto positivo na saúde da população e na economia do Brasil. A OCDE (2021<sup>[1]</sup>) mostra que o preço mínimo unitário pode representar as maiores reduções nas despesas com a saúde e nos custos relacionados ao mercado de trabalho (por exemplo, emprego), ao mesmo tempo em que gera os maiores ganhos na saúde da população (por exemplo, expectativa de vida) e na economia em geral (por exemplo, o PIB).

A combinação adequada de políticas no Brasil pode efetivamente reduzir o consumo prejudicial de álcool. Com isso, a saúde dos brasileiros vai melhorar e a economia vai se beneficiar substancialmente, com retornos importantes sobre o investimento realizado. Adotando uma abordagem participativa no desenho de políticas e incluindo sistemas robustos de monitoramento e avaliação, a busca por um pacote abrangente de políticas para o álcool seria benéfico para toda a sociedade brasileira.

## Referências

- ABAC Scheme (2019), *About the ABAC Scheme*, ABAC Scheme, Stirling, [57]  
<https://www.abac.org.au/about/> (accessed on 21 October 2019).
- Alcohol Policy Information System (2019), *Wholesale Pricing Practices and Restrictions*, [37]  
 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD,  
<https://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/apis-policy-topics/wholesale-pricing-practices-and-restrictions/3/maps-and-charts> (accessed on 7 April 2020).
- Angus, C. et al. (2016), “Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe”, *European Journal of Public Health*, Vol. 27/2, [79]  
 p. ckw122, <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw122>.
- APA (2018), *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder*, American Psychiatric Association [87]  
 Publishing, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9781615371969>.
- Babor, T. and J. Higgins-Biddle (2001), *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A manual for use in primary care*, World Health Organization, Geneva, [77]  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

- Babor, T., K. Robaina and J. Noel (2018), “The role of the alcohol industry in policy interventions for alcohol-impaired driving”, in *Getting to Zero Alcohol-Impaired Driving Fatalities: A Comprehensive Approach to a Persistent Problem*, National Academies Press, Washington DC, <http://dx.doi.org/10.17226/24951>. [69]
- Barry, A. et al. (2018), “Alcohol Advertising on Social Media: Examining the Content of Popular Alcohol Brands on Instagram”, *Substance Use and Misuse*, Vol. 53/14, pp. 2413-2420, <http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2018.1482345>. [65]
- Barry, A. et al. (2018), “Alcohol Advertising on Twitter—A Topic Model”, *American Journal of Health Education*, Vol. 49/4, pp. 256-263, <http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2018.1473180>. [66]
- Bergen, G. et al. (2014), “Publicized Sobriety Checkpoint Programs”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 46/5, pp. 529-539, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.018>. [38]
- Blom, M. and D. Blokdijk (2021), “Long-term effectiveness of the alcohol ignition interlock programme: A retrospective cohort study in the Netherlands”, *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 151, p. 105888, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2020.105888>. [48]
- Brown, K. (2016), “Association between alcohol sports sponsorship and consumption: A systematic review”, *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 51/6, pp. 747-755, <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agw006>. [72]
- Burton, R. et al. (2017), *A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective*, Lancet Publishing Group, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32420-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5). [50]
- Christensen, A. et al. (2019), “Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies?”, *Preventive Medicine*, Vol. 126, p. 105722, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.010>. [24]
- Christie, B. (2020), “Minimum pricing in Scotland leads to fall in alcohol sales”, *BMJ*, Vol. 369, p. m2324, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2324>. [31]
- CISA (2020), *Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020*, Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, São Paulo, <https://cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/207-panorama2020> (accessed on 23 March 2021). [9]
- Cobiac, L., A. Mizdrak and N. Wilson (2019), “Cost-effectiveness of raising alcohol excise taxes to reduce the injury burden of road traffic crashes”, *Injury Prevention*, Vol. 25/5, pp. 421-427, <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042914>. [29]
- Coomber, K. et al. (2020), *Investigating the Introduction of the Alcohol Minimum Unit Price in the Northern Territory*, Deakin University, Geelong, [https://alcoholreform.nt.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/818278/investigating-introduction-of-alcohol-minimum-unit-price-nt-final-report.pdf](https://alcoholreform.nt.gov.au/_data/assets/pdf_file/0007/818278/investigating-introduction-of-alcohol-minimum-unit-price-nt-final-report.pdf). [33]
- Critchlow, N. et al. (2019), “Participation with alcohol marketing and user-created promotion on social media, and the association with higher-risk alcohol consumption and brand identification among adolescents in the UK”, *Addiction Research and Theory*, Vol. 27/6, pp. 515-526, <http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2019.1567715>. [61]

- Critchlow, N. et al. (2017), “Awareness of, and participation with, user-created alcohol promotion, and the association with higher-risk drinking in young adults”, *Cyberpsychology*, Vol. 11/2, <http://dx.doi.org/10.5817/CP2017-2-4>. [60]
- Curtis, B. et al. (2018), “Meta-analysis of the association of alcohol-related social media use with alcohol consumption and alcohol-related problems in adolescents and young adults”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 42/6, pp. 978-986, <http://dx.doi.org/10.1111/acer.13642>. [62]
- Dalago, I. (2018), *Tratamento farmacológico da dependência química : a disponibilidade dos medicamentos na RENAME e na REMUME/Florianópolis*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/191608> (accessed on 26 March 2021). [89]
- DNIT (2021), *Tenha responsabilidade no trânsito: Álcool e direção não combinam — Português (Brasil)*, Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes, <https://www.gov.br/dnit/pt-br/assuntos/noticias/tenha-responsabilidade-no-transito-alcool-e-direcao-nao-combinam> (accessed on 26 March 2021). [21]
- Ecola, L. et al. (2018), *Costs and Effectiveness of Interventions to Reduce Motor Vehicle-related Injuries and Deaths: Supplement to Tool Documentation*, RAND Corporation, Santa Monica, CA, <http://dx.doi.org/10.7249/TL144.2>. [39]
- Elder, R. et al. (2010), “The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 38/2, pp. 217-229, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005>. [27]
- Elder, R. et al. (2011), “Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: A community guide systematic review”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 40/3, pp. 362-376, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.012>. [49]
- Erke, A., C. Goldenbeld and T. Vaa (2009), “The effects of drink-driving checkpoints on crashes: A meta-analysis”, *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 41/5, pp. 914-923, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.05.005>. [40]
- ETSC (2020), *Alcohol interlocks in Europe: a an overview of current and forthcoming*, European Transport Safety Council, <http://www.etsc.eu/safe-and-sober/> (accessed on 25 March 2021). [54]
- ETSC (2020), *Alcohol Interlocks in Europe: An Overview of Current and Forthcoming Programmes*, European Transport Safety Council, <http://www.etsc.eu/safe-and-sober/> (accessed on 25 March 2021). [51]
- EUCAM (2018), *Estonia*, European Centre for Monitoring Alcohol Marketing, Utrecht, <https://eucam.info/regulations-on-alcohol-marketing/estonia/>. [68]
- European Transport Safety Council (2018), *Progress in Reducing Drink Driving in Europe*, European Transport Safety Council, Brussels, [https://etsc.eu/wp-content/uploads/report\\_reducing\\_drink\\_driving\\_final.pdf](https://etsc.eu/wp-content/uploads/report_reducing_drink_driving_final.pdf). [45]
- Fiocruz (2017), *Estudo avalia prevenção do uso de álcool na direção*, <https://agencia.fiocruz.br/estudo-avalia-prevencao-do-uso-de-alcool-na-direcao> (accessed on 25 March 2021). [43]



- Foxcroft, D. and A. Tsertsvadze (2011), "Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5, p. CD009113, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009113>. [91]
- Grant, J. et al. (2006), "Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: Evidence from a twin design", *Psychological Medicine*, Vol. 36/1, pp. 109-118, <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006045>. [11]
- Guimarães, A. and A. da Silva (2019), "Impact of regulations to control alcohol consumption by drivers: An assessment of reduction in fatal traffic accident numbers in the Federal District, Brazil", *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 127, pp. 110-117, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2019.01.017>. [20]
- Houghton, F. et al. (2014), "Children's awareness of alcohol sponsorship of sport in Ireland: Munster Rugby and the 2008 European Rugby Cup", *International Journal of Public Health*, Vol. 59/5, pp. 829-832, <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-014-0568-4>. [71]
- Jernigan, D. et al. (2017), "Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008", *Addiction*, Vol. 112, pp. 7-20, <http://dx.doi.org/10.1111/add.13591>. [56]
- Jomar, R. et al. (2019), "Effect of the zero-tolerance drinking and driving law on mortality due to road traffic accidents according to the type of victim, sex, and age in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series study", *Traffic Injury Prevention*, Vol. 20/3, pp. 227-232, <http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2019.1576035>. [19]
- Jones, S. (2010), "When does alcohol sponsorship of sport become sports sponsorship of alcohol? A case study of developments in sport in Australia", *International Journal of Sports Marketing and Sponsorship*, Vol. 11/3, pp. 250-261, <http://dx.doi.org/10.1108/IJSMS-11-03-2010-B007>. [70]
- Kaner, E. et al. (2018), "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2/2, p. CD004148, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>. [78]
- Kassahara, A. and F. Sarti (2017), "Marketing of food and beverage in Brazil: scientific literature review on regulation and self-regulation of advertisements", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 22/65, <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0630>. [59]
- Kaufman, E. and D. Wiebe (2016), "Impact of state ignition interlock laws on alcohol-involved crash deaths in the United States", *American Journal of Public Health*, Vol. 106/5, pp. 865-871, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303058>. [46]
- Kypri, K. et al. (2008), "Alcohol outlet density and university student drinking: A national study", *Addiction*, Vol. 103/7, pp. 1131-1138, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02239.x>. [13]
- Lee, N. et al. (2016), "What works in school-based alcohol education: A systematic review", *Health Education Journal*, Vol. 75/7, pp. 780-798, <http://dx.doi.org/10.1177/0017896915612227>. [92]
- Lobstein, T. et al. (2017), "The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review", *Addiction*, Vol. 112, pp. 21-27, <http://dx.doi.org/10.1111/add.13493>. [63]

- MacArthur, G. et al. (2018), "Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2018/10, p. CD009927, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2>. [90]
- Matos, J., L. Araújo and P. Horta (2021), "O patrocínio de empresas do setor de alimentação e bebidas no futebol brasileiro: um obstáculo para a promoção da alimentação saudável", *Cadernos de saúde pública*, Vol. 36/12, p. e00219719, <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00219719>. [75]
- McGinty, E. et al. (2017), "Ignition Interlock Laws: Effects on Fatal Motor Vehicle Crashes, 1982–2013", *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 52/4, pp. 417-423, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043>. [47]
- Ministério da Infraestrutura (2019), *Prevenção de Acidentes - Carnaval*, <https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/sala-imprensa/publicidade-2019/prevencao-de-acidentes-carnaval> (accessed on 26 March 2021). [26]
- Ministério da Saúde (2021), *Programa Saúde na Escola (PSE)*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária a Saúde, <https://aps.saude.gov.br/ape/pse> (accessed on 13 March 2021). [93]
- Ministério da Saúde (2020), *Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020*, NOTA TÉCNICA Nº 17/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS, [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17\\_Monitoramento\\_PSE\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf) (accessed on 26 March 2021). [94]
- Ministério da Saúde (2017), *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps> (accessed on 25 March 2021). [84]
- Ministério da Saúde (2017), *Programa #tamojunto : prevenção na escola : guia do professor*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa\\_tamojunto\\_prevencao\\_escola\\_gui\\_a\\_professor.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_prevencao_escola_gui_a_professor.pdf) (accessed on 26 March 2021). [95]
- Ministério da Saúde (2010), *Rastreamento*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, <http://www.saude.gov.br/dab> (accessed on 27 January 2021). [82]
- Moyer, A. and J. Finney (2015), "Brief interventions for alcohol misuse", *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 187/7, pp. 502-506, <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140254>. [86]
- National Conference of State Legislatures (2018), *State Ignition Interlock Laws*, National Conference of State Legislatures, Denver, CO, <https://www.ncsl.org/research/transportation/state-ignition-interlock-laws.aspx> (accessed on 26 October 2020). [53]
- NHS (2019), *What happens at an NHS Health Check?*, <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-health-check/what-happens-at-an-nhs-health-check-new/> (accessed on 25 March 2021). [81]
- NHS Employers (2008), *Clinical directed enhanced services (DES) guidance for GMS contract 2008/09*. [80]

- NIAAA (2005), *Alcohol Alert: Brief Interventions*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD, <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa66/aa66.htm>. [85]
- Niland, P. et al. (2017), "Alcohol marketing on social media: young adults engage with alcohol marketing on facebook", *Addiction Research and Theory*, Vol. 25/4, pp. 273-284, <http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2016.1245293>. [64]
- Noel, J., T. Babor and K. Robaina (2016), "Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research", *Addiction*, Vol. 112, pp. 28-50, <http://dx.doi.org/10.1111/add.13410>. [58]
- O'Donnell, A. et al. (2019), "Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: Controlled interrupted time series analysis for 2015-18", *BMJ*, Vol. 366, p. 15274, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l5274>. [30]
- O'Brien, K. et al. (2014), "Alcohol industry sponsorship and hazardous drinking in UK university students who play sport", *Addiction*, Vol. 109/10, pp. 1647-1654, <http://dx.doi.org/10.1111/add.12604>. [73]
- OECD (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en>. [1]
- OPAS/OMS Brasil (2019), *Para reduzir uso nocivo do álcool e suas consequências, OPAS/OMS lança iniciativa SAFER no Brasil*, [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6043:para-reduzir-uso-nocivo-do-alcool-e-suas-consequencias-opas-oms-lanca-iniciativa-safer-no-brasil&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6043:para-reduzir-uso-nocivo-do-alcool-e-suas-consequencias-opas-oms-lanca-iniciativa-safer-no-brasil&Itemid=839) (accessed on 24 March 2021). [10]
- Pinsky, I. et al. (2018), "Introducing care management to Brazil's alcohol and substance use disorder population", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 40/3, pp. 320-324, <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2235>. [88]
- Pinsky, I. et al. (2017), "Alcohol industry sponsorship of university student sports clubs in Brazil", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 78/2, pp. 306-312, <http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2017.78.306>. [76]
- Planalto (2017), *Lei 13.546 para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores.*, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2017/lei/L13546.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/L13546.htm) (accessed on 24 March 2021). [17]
- Planalto (2015), *Lei 13.106. Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente*, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/l13106.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/l13106.htm) (accessed on 24 March 2021). [14]
- Planalto (2012), *Lei 12.760 que altera o Código de Trânsito Brasileiro*, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2012/lei/l12760.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/l12760.htm) (accessed on 24 March 2021). [16]

- Planalto (2008), *Lei 11.705 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências*, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm) (accessed on 24 March 2021). [15]
- Public Health Scotland (2020), *Statistical analysis of off-trade alcohol sales in the year following MUP published*, Public Health Scotland, Edinburgh, <https://www.publichealthscotland.scot/news/2020/june/statistical-analysis-of-off-trade-alcohol-sales-in-the-year-following-mup-published/> (accessed on 26 June 2020). [32]
- Rehm, J. et al. (2006), "Alcohol", in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250302/> (accessed on 22 March 2021). [2]
- Sanchez, Z. et al. (2018), "Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojuntó in Brazil: 21-month follow-up of a randomized controlled trial", *International Journal of Drug Policy*, Vol. 60, pp. 10-17, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.07.006>. [97]
- Sanchez, Z. et al. (2017), "The #Tamojuntó Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial", *Prevention Science*, Vol. 18/7, pp. 772-782, <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-017-0770-8>. [96]
- Sassi, F. (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD, Paris, <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113021e.pdf?expires=1501487870&id=id&accname=ocid84004878&checksum=5F1850A0940BBA80AE2AF16341FB4658>. [36]
- Sinclair, J. et al. (2019), "The acceptability of addressing alcohol consumption as a modifiable risk factor for breast cancer: A mixed method study within breast screening services and symptomatic breast clinics.", *BMJ Open*, Vol. 9/6, p. e027371, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027371>. [25]
- Smith, L. and D. Foxcroft (2009), "The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies", *BMC Public Health*, Vol. 9, p. 51, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>. [55]
- Spector, A. et al. (2015), "Implementation of Brazil's "family health strategy": Factors associated with community health workers', nurses', and physicians' delivery of drug use services", *International Journal of Drug Policy*, Vol. 26/5, pp. 509-515, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.12.005>. [83]
- UK Home Office (2017), *Guidance on Banning the Sale of Alcohol Below the Cost of Duty Plus VAT: For suppliers of alcohol and enforcement authorities in England and Wales*, UK Home Office, London, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/619234/2017-03-13\\_HO\\_Guidance\\_on\\_BBCS\\_1\\_.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/619234/2017-03-13_HO_Guidance_on_BBCS_1_.pdf). [34]
- US Department of Transportation (2017), *Countermeasures that work: a highway safety countermeasure guide for state highway safety offices*, [https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/documents/812478\\_countermeasures-that-work-a-highway-safety-countermeasures-guide-.pdf](https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/documents/812478_countermeasures-that-work-a-highway-safety-countermeasures-guide-.pdf). [41]

- Vanlaar, W., M. Mainegra Hing and R. Robertson (2017), "An evaluation of Nova Scotia's alcohol ignition interlock program", *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 100, pp. 44-52, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.017>. [44]
- Volpe, F., R. Ladeira and R. Fantoni (2017), "Evaluating the Brazilian zero tolerance drinking and driving law: Time series analyses of traffic-related mortality in three major cities", *Traffic Injury Prevention*, Vol. 18/4, pp. 337-343, <http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2016.1214869>. [18]
- Wagenaar, A., M. Salois and K. Komro (2009), "Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies", *Addiction*, Vol. 104/2, pp. 179-90, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>. [12]
- Wagenaar, A., A. Tobler and K. Komro (2010), "Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review", *American Journal of Public Health*, Vol. 100/11, pp. 2270-8, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007>. [28]
- WHO (2021), *Alcohol, heavy episodic drinking (drinkers only) past 30 days*, <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458> (accessed on 22 March 2021). [3]
- WHO (2020), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, World Health Organization, Geneva, <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health> (accessed on 28 October 2020). [42]
- WHO (2020), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.GISAHhome?showonly=GISAH> (accessed on 24 June 2020). [52]
- WHO (2018), *European Health Information Gateway: Premature mortality*, World Health Organization, Geneva, [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020\\_1-premature-mortality/](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/) (accessed on 16 July 2020). [4]
- WHO (2018), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH): Sporting events by country*, World Health Organization, Geneva, <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1168?lang=en&showonly=GISAH>. [74]
- WHO (2018), *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*, World Health Organization, Geneva, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> (accessed on 10 September 2019). [67]
- WHO (2018), *SAFER: A World Free from Alcohol Related Harms*, World Health Organization, Geneva, [https://www.who.int/substance\\_abuse/safer/msb\\_safer\\_brochure.pdf](https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf). [8]
- WHO (2017), *Tackling NCDs: "Best Buys" and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, World Health Organization, Geneva, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf;jsessionid=3E76AC01272E9377F8382B8BC19545AF?sequence=1> (accessed on 10 September 2019). [7]
- WHO (2013), *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*, World Health Organization, Geneva, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1) [6]

- WHO (2010), *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, World Health Organization, Geneva, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>. [5]
- WHO Regional Office for Europe (2014), *European Status Report on Alcohol and Health: Pricing Policies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/244902/Pricing-policies.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/244902/Pricing-policies.pdf). [35]
- Yadav, R. and M. Kobayashi (2015), “A systematic review: Effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes.”, *BMC Public Health*, Vol. 15/1, p. 857, <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2088-4>. [23]
- Young, B. et al. (2018), “Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review”, *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 53/3, pp. 302-316, <http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx094>. [22]

## Observações

<sup>1</sup> Uma bebida padrão é uma medida do consumo de álcool em uma bebida e difere entre os tipos de bebida e países. Na Austrália, por exemplo, uma bebida padrão inclui 10 g de álcool; portanto, uma garrafa de vinho de 750 ml (13,5% APV) contém oito bebidas padrão.



**From:**  
**OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021**

**Access the complete publication at:**  
<https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>

**Please cite this chapter as:**

OECD (2022), “Aspectos econômicos do consumo de álcool no Brasil”, in *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/09bdf2c-pt>

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of OECD member countries.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.