

Impostos seletivos no contexto da Reforma Tributária Brasileira

**Evidências e
perspectivas
para a prevenção
de doenças crônicas
não transmissíveis**



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância
de Doenças Não Transmissíveis

Impostos seletivos no contexto da Reforma Tributária Brasileira

**Evidências e
perspectivas
para a prevenção
de doenças crônicas
não transmissíveis**

Brasília DF 2025



2025 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsms.saude.gov.br.

1ª edição – 2025 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente

Departamento de Análise Epidemiológica

e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis

SRTVN 701, via W5 Norte, Edifício PO 700, 6º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Site: www.saude.gov.br/svsa

E-mail: svsa@saude.gov.br

Ministro de Estado da Saúde:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Secretária de Vigilância em Saúde e Ambiente:

Mariângela Batista Galvão Simão

Revisão textual:

Tatiane Souza – CGEVSA/Daevs/SVSA

Diagramação:

Sabrina Lopes – CGEVSA/Daevs/SVSA

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.

Impostos seletivos no contexto da reforma tributária brasileira : evidências e perspectivas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2025.

92 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impostos_seletivos_tributaria_doencas_cronicas.pdf

ISBN 978-65-5993-908-4

1. Doença crônica. 2. Fatores de risco. 3. Vigilância sanitária de serviços de saúde. I. Título.

CDU 616-039.33

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2025/0331

Título para indexação:

Selective taxes in the context of the Brazilian tax reform: Evidence and perspectives for the prevention of noncommunicable diseases

Apresentação	5
Mensagens principais	7
1 Como a tributação pode auxiliar no enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis	14
1.1 Doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de mortes no Brasil e no mundo	14
1.2 Política tributária traz benefícios para política de saúde	16
1.3 O Brasil firmou compromissos para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis	18
2 Produtos do tabaco, das bebidas alcoólicas e dos alimentos ultraprocessados: riscos associados, magnitude do consumo e estratégias tributárias	23
2.1 Produtos do tabaco	23
2.1.1 Impactos do uso de produtos derivados do tabaco na saúde	23
2.1.2 Custo econômico do uso de produtos derivados do tabaco	25
2.1.3 Impacto ambiental atribuível aos produtos derivados do tabaco	26
2.1.4 Magnitude do uso de produtos derivados do tabaco no Brasil	26
2.1.5 Tributação de produtos derivados do tabaco: experiências e recomendações	29
2.2 Bebidas alcoólicas	36
2.2.1 Impactos do uso de álcool na saúde	36
2.2.2 Custo econômico do uso de álcool	38
2.2.3 Impacto ambiental atribuível às bebidas alcóolicas	39

2.2.4 Magnitude do uso de álcool no Brasil	39
2.2.5 Tributação de bebidas alcoólicas: experiências e recomendações	42
2.3 Alimentos ultraprocessados	45
2.3.1 Diretriz nacional para alimentação adequada e saudável: o <i>Guia Alimentar para a População Brasileira</i>	45
2.3.2 Impactos do consumo de alimentos ultraprocessados na nutrição e na saúde	46
2.3.3 Custo econômico do consumo de alimentos ultraprocessados	48
2.3.4 Impacto ambiental atribuível aos alimentos ultraprocessados	49
2.3.5 Magnitude do consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil	50
2.3.6 Tributação de alimentos ultraprocessados: experiências e recomendações	52
3 Recomendações para um futuro mais saudável	58
3.1 Reforma tributária e impostos seletivos: um passo a favor de ambientes e pessoas mais saudáveis	58
3.2 Avanços e desafios na tributação de produtos prejudiciais à saúde	61
3.2.1 O caso dos produtos do tabaco	61
3.2.2 O caso das bebidas alcoólicas	63
3.2.3 O caso dos alimentos ultraprocessados	65
4 Um futuro mais saudável é possível	68
Referências	70
Equipe técnica	91

Apresentação

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas, constituem atualmente a principal causa de mortalidade no Brasil e no mundo. A magnitude do impacto das DCNT sobre a saúde da população e sobre os sistemas de saúde impõe a necessidade de ações estruturantes, integradas e intersetoriais que atuem sobre os principais fatores de risco modificáveis – entre eles, o consumo de produtos não saudáveis.

Tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos ultraprocessados têm associação consolidada com a carga global de doenças, com repercussões importantes em termos de morbimortalidade, custos econômicos e impactos ambientais. Diante desse cenário, políticas fiscais e regulatórias têm se destacado como estratégias efetivas para a prevenção das DCNT, conforme demonstrado por ampla literatura científica e por recomendações de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Este documento técnico tem por finalidade apresentar fundamentos e subsídios para a formulação de uma política tributária que incorpore ações efetivas para prevenção de DCNT, com foco na tributação seletiva de produtos prejudiciais à saúde e ao meio ambiente, no contexto da reforma tributária em curso no País. Em 2023, a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.º 132 representou um marco para o sistema tributário brasileiro, iniciando um processo de reestruturação que se concluirá até 2033. O imposto seletivo representa uma oportunidade estratégica para o alinhamento entre a política fiscal e os compromissos nacionais e internacionais de enfrentamento das DCNT.



O conteúdo aqui apresentado resulta de um esforço coordenado pela Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, com a liderança técnica do Departamento de Análises Epidemiológicas e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (Daent/SVSA/MS), e conta com a contribuição de diversas áreas do Ministério da Saúde, bem como de pesquisadores e acadêmicos de reconhecida trajetória e competência técnica na área. Desde 2023, quando a reforma tributária voltou a ser discutida no âmbito do governo federal, sob a gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o Ministério da Saúde tem se dedicado à produção e consolidação de evidências técnicas e científicas, bem como à articulação com organismos internacionais e organizações da sociedade civil, com o objetivo de fornecer suporte técnico qualificado à Secretaria Especial da Reforma Tributária da Fazenda e demais instâncias envolvidas no processo de reforma.

A partir da revisão de evidências epidemiológicas, econômicas e regulatórias, bem como da análise de experiências nacionais e internacionais, este documento busca contribuir para a construção de um sistema tributário orientado à promoção da saúde e à redução de iniquidades, por meio de mecanismos que previnam o consumo de produtos associados à carga de doenças crônicas. Boa leitura!

Mensagens principais



MENSAGEM 1: as doenças crônicas não transmissíveis são a principal causa de morte e adoecimento do Brasil. Enfrentar seus fatores de risco é medida crucial para garantir um futuro próspero à nação.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres, doenças respiratórias crônicas e obesidade, configuram-se como as principais causas de morbimortalidade no Brasil e no mundo. No contexto global, são responsáveis por aproximadamente 74% de todas as mortes; no Brasil, em 2023, ocasionaram cerca de 789.655 mil óbitos, o que corresponde a 53% do total de óbitos registrados, além de terem sido responsáveis por 322.899 óbitos por mortalidade prematura (30 a 69 anos). Os principais fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento das DCNT incluem o consumo de produtos derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos ultraprocessados. Esses comportamentos impõem um fardo à saúde pública, resultando em sofrimento para os indivíduos e suas famílias, e acarretando custos elevados para o sistema de saúde.

Com o envelhecimento da população brasileira, projeta-se que esse cenário se agrave, prejudicando o potencial produtivo da sociedade e comprometendo o desenvolvimento socioeconômico do País. O enfrentamento dos fatores de risco, especialmente o consumo de

produtos prejudiciais à saúde, exige a implementação de intervenções de comprovada efetividade em nível populacional, a fim de mitigar os impactos negativos dessas doenças para a saúde pública e o bem-estar social.

MENSAGEM 2: a tributação de produtos prejudiciais à saúde é altamente custo-efetiva em escala populacional, salva vidas e gera receitas adicionais.

As políticas tributárias apresentam um considerável potencial para incentivar o consumo de alimentos saudáveis e desestimular o uso de produtos prejudiciais à saúde, em virtude de seu impacto direto sobre os preços de venda. A tributação de produtos como tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos ultraprocessados é amplamente reconhecida como a estratégia mais custo-efetiva para reduzir o acesso a esses produtos e, por conseguinte, mitigar seus impactos negativos à saúde em uma perspectiva populacional.

Evidências demonstram que políticas fiscais que aumentam os impostos sobre esses produtos têm o efeito de incentivar escolhas mais saudáveis, especialmente entre as camadas socioeconômicas mais vulneráveis, contribuindo, assim, para a redução das iniquidades em saúde. Além de desencorajar comportamentos não saudáveis, a tributação pode gerar receitas adicionais, as quais podem ser alocadas para financiar políticas públicas voltadas à prevenção de doenças, promoção da saúde e da segurança alimentar e nutricional. Esses recursos, por sua vez, são fundamentais para compensar os elevados custos econômicos gerados pelas DCNT, além de proporcionar investimentos em ações que visem à melhoria da qualidade de vida da população.

MENSAGEM 3: o Brasil é signatário de compromissos internacionais em prol da saúde pública.

O Brasil é signatário de importantes tratados globais de saúde pública, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU), que buscam promover saúde e bem-estar universal e é composto por 169 metas ambiciosas, dentre as quais consta o compromisso de reduzir em 1/3 as mortes prematuras por DCNT. Ademais, o Brasil participa da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que promove medidas para reduzir o consumo de tabaco; apoia o Plano de Ação Global para o Álcool 2022-2030, também da OMS, que busca minimizar os danos causados pelo uso do álcool; e está engajado na Década de Ação pela Nutrição e na Cúpula de Sistemas Alimentares, ambos da ONU, que visam promover dietas saudáveis e sustentáveis.

No contexto nacional, o Brasil reforça esses compromissos por meio do Plano de Ação para o Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis 2021-2030, que propõe medidas para o enfrentamento dos principais fatores de risco e está alinhado à Constituição Brasileira, a qual garante a saúde como um direito fundamental. Em meio a esse contexto de compromissos globais e nacionais, emerge a necessidade da implementação de políticas fiscais sobre produtos prejudiciais à saúde, com o intuito de reduzir os danos sociais e sanitários gerados pelo seu consumo.

MENSAGEM 4: a política de controle do tabaco no Brasil alcançou êxitos históricos no combate ao tabagismo, estabelecendo-se como um modelo a ser seguido para a regulação de outros produtos prejudiciais à saúde. No entanto, o preço acessível dos produtos de tabaco sinaliza que essa política ainda demanda reforços, a fim de consolidar e ampliar seus resultados.

O Brasil é amplamente reconhecido no cenário internacional pelo seu sucesso na implementação de políticas de controle do tabaco. Entre 1990 e 2019, o País registrou a maior redução global na proporção de fumantes, com queda de 73% entre os homens e de 75% entre as mulheres. As políticas públicas adotadas, como a proibição de publicidade e propaganda, o uso de advertências sanitárias, a criação de ambientes livres de fumo e, especialmente, a política de preço mínimo, foram responsáveis por aproximadamente metade dessa diminuição, demonstrando eficácia notável na redução do tabagismo, particularmente entre as camadas de menor renda.

O conjunto de medidas regulatórias implementadas no Brasil aponta para caminhos viáveis e estratégias eficazes que podem ser aplicadas à regulação de outros produtos prejudiciais à saúde. No entanto, a estagnação na redução do tabagismo e, inclusive, o leve aumento da prevalência entre os jovens acendem um sinal de alerta, evidenciando a necessidade de fortalecer essas políticas.

Em relação à política de preços e tributos, é imperativo que o preço de comercialização dos produtos de tabaco – por meio do fortalecimento da política de preço mínimo ou da adoção de impostos especiais – seja substancialmente elevado, de forma a tornar esses produtos menos

acessíveis. Em ambos os casos, a efetividade da medida depende de uma atualização regular dos valores, que deve superar a inflação, a fim de garantir a manutenção do impacto sobre o consumo.

MENSAGEM 5: o consumo de bebidas alcoólicas é problema de saúde pública no Brasil e reduzir o acesso econômico a esses produtos é medida urgente.

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades tóxicas, carcinogênicas e teratogênicas, além de possuir um elevado potencial para causar dependência. Apesar desses riscos, é comercializado a preços baixos e amplamente aceito socialmente. O consumo de álcool está associado a extensa gama de doenças e agravos, incluindo DCNT, mortes e lesões no trânsito, violência interpessoal, transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso da substância, infecções sexualmente transmissíveis e transtornos do espectro alcoólico fetal.

Não obstante, o consumo de bebidas alcoólicas tem aumentado no Brasil, especialmente entre mulheres e jovens, incluindo menores de idade. Dada a natureza altamente prejudicial do álcool à saúde e os riscos que ele impõe não apenas ao indivíduo, mas também à sociedade, como é o caso dos acidentes de trânsito e das violências associadas ao seu uso, a comercialização de bebidas alcoólicas como mercadorias comuns, amplamente acessíveis e a preços baixos é questionável.

Nesse sentido, torna-se imprescindível avançar na implementação de uma política tributária mais eficaz sobre as bebidas alcoólicas, de modo a impactar substancialmente o preço de venda e, assim, reduzir seu consumo em escala populacional. Tais medidas são fundamentais para mitigar os danos sociais e sanitários causados pelo álcool e promover a proteção da saúde pública.

MENSAGEM 6: o consumo de alimentos ultraprocessados está associado a maior adoecimento da população brasileira e seu consumo está aumentando. Por serem comercializados a preços baixos, é fundamental instituir políticas que impactem o acesso econômico a tais produtos.

Os alimentos ultraprocessados são produtos formulados a partir de ingredientes e aditivos alimentares que alteram suas propriedades sensoriais e nutricionais. O consumo desses alimentos está relacionado a uma série de problemas de saúde, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares e diversos tipos de cânceres. Evidências científicas robustas demonstram que uma dieta predominantemente composta por alimentos ultraprocessados resulta em um perfil nutricional inferior e aumenta significativamente o risco de desfechos adversos para a saúde.

Além dos impactos à saúde, esses alimentos também acarretam sérios danos ambientais, contribuindo para a perda de biodiversidade, o aumento das emissões de gases de efeito estufa e a crescente poluição por resíduos plásticos. Nesse cenário, a implementação de políticas tributárias direcionadas aos alimentos ultraprocessados se coloca como estratégia potencial para desestimular seu consumo e incentivar escolhas alimentares mais saudáveis. Ademais, tais políticas geram receitas adicionais que podem ser alocadas em políticas públicas compensatórias, reduzindo desigualdades e promovendo o desenvolvimento nacional.

MENSAGEM 7: a reforma tributária brasileira, com a implementação de impostos seletivos, representa uma oportunidade para a construção de um futuro mais saudável.

A reforma tributária no Brasil se consagra com um marco histórico ao instituir, no âmbito constitucional, os impostos seletivos sobre produtos derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e refrigerantes. Com caráter predominantemente extrafiscal, esses impostos têm como finalidade mitigar externalidades negativas associadas, ao mesmo tempo em que buscam incentivar a redução do consumo desses produtos, contribuindo para a proteção da saúde pública e o bem-estar social. Embora a criação desses tributos seja um avanço inédito nas políticas de saúde pública, a reforma tributária ainda está em andamento e é objeto de intensas disputas políticas e econômicas.

Torna-se imperativo assegurar que a implementação desses impostos resulte em progressos tangíveis. No curto e médio prazo, é fundamental que as alíquotas, a serem definidas por meio de Lei Ordinária, sejam suficientemente elevadas para que os impostos cumpram sua função extrafiscal de desestimular o consumo de produtos prejudiciais e promover a proteção da saúde pública. Em longo prazo, será necessário realizar monitoramento contínuo e avaliação sistemática dos impactos dessa política, além de expandir a lista de produtos prejudiciais à saúde sujeitos à tributação, com o intuito de maximizar os benefícios sociais e sanitários decorrentes dessa medida.

Como a tributação pode auxiliar no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis

1.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS SÃO A MAIOR CAUSA DE MORTES NO BRASIL E NO MUNDO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um conjunto de doenças que se caracterizam por apresentar início gradual, de prognóstico incerto, longa duração e curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização que podem gerar incapacidades e deficiências (WHO, 2018b, 2023c). Entre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e a obesidade, as quais representam a principal causa de morbimortalidade no Brasil e no mundo. Estima-se que 74% das mortes globais (41 milhões de mortes por ano) sejam decorrentes das DCNT (WHO, 2023c). No Brasil, em 2023, mais de 789 mil mortes anuais foram atribuídas a essas doenças, o que representa 53% do total de óbitos. Destas, 322.899 corresponderam a óbitos por mortalidade prematura, isto é, mortes ocorridas na faixa etária de 30 a 69 anos, o equivalente a uma taxa de mortalidade prematura por DCNT de 300,4 óbitos por 100 mil habitantes (Brasil, 2023c).



Apesar da tendência de queda observada ao longo dos anos – em 2010, essa taxa era de 358,8 por 100 mil –, as DCNT ainda respondem por um volume substancial de mortes evitáveis na faixa etária de 30 a 69 anos. Esse cenário evidencia a magnitude do desafio enfrentado pela saúde pública brasileira no enfrentamento dessas enfermidades e na promoção de estratégias eficazes de prevenção e cuidado contínuo.

Para além do expressivo número de vidas perdidas, as DCNT causam incapacidades e perda de produtividade, aumentam despesas evitáveis com cuidados em saúde e ocasionam dor e sofrimento às pessoas e suas famílias, impactando os cofres governamentais e o desenvolvimento socioeconômico do País (Brasil, 2021; WHO, 2018b, 2023c). Em 2019, aproximadamente metade da população adulta brasileira possuía ao menos uma DCNT diagnosticada (IBGE, 2020b). Neste mesmo ano, 62% dos brasileiros tinham sobrepeso e 27%, obesidade (IBGE, 2020a). O acúmulo desproporcional de tecido adiposo, que caracteriza o sobrepeso e a obesidade, é, também, fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNT (IBGE, 2020a; WHO, 2000).

Outra característica importante das DCNT é o fato de múltiplos fatores de risco estarem associados com o seu desenvolvimento, sendo grande parte deles modificáveis, ou seja, passíveis de mudanças, dentre os quais destacam-se o uso de produtos derivados do tabaco, o uso de bebidas alcoólicas e o consumo de alimentos ultraprocessados (Brasil, 2014; Carlos *et al.*, 2019; GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; Gilmore *et al.*, 2015; Kickbusch; Allen; Franz, 2016; Monteiro *et al.*, 2019a; Moodie *et al.*, 2013; Paraje *et al.*, 2023; Stuckler *et al.*, 2012; WHO, 2022b, 2023b, 2023c). Tais comportamentos aumentam a prevalência global dessas enfermidades e resultam em desfechos negativos na qualidade de vida da população e em custos elevados para os sistemas de saúde. Esses produtos estão, ainda, relacionados a impactos ambientais adversos, incluindo o aumento do desperdício e da poluição ao longo de todo o ciclo de vida desses itens, desde a produção até o descarte final (Monteiro *et al.*, 2019a; WHO, 2022b, 2023b).

O uso desses produtos vem crescendo, particularmente em países de renda baixa e média, como é o caso do Brasil. Os aumentos são guiados pela urbanização e pelo rápido crescimento econômico, entre outras mudanças econômicas e socioculturais associadas à globalização.

Grandes corporações transnacionais de produtos do tabaco, de bebidas alcoólicas e de alimentos ultraprocessados estão entre as mais lucrativas do mundo e desempenham um papel relevante nesse contexto (Gilmore *et al.*, 2015; Kickbusch; Allen; Franz, 2016; Moodie *et al.*, 2013; Stuckler *et al.*, 2012; Stuckler; Nestle, 2012).

Por serem produtos associados a riscos à saúde e ao meio ambiente, reduzir seu consumo é uma estratégia amplamente recomendada por organizações de saúde pública, como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa redução pode ser alcançada por meio de diversas abordagens, sendo as políticas regulatórias as mais efetivas, especialmente aquelas que dizem respeito ao preço, à restrição da disponibilidade e à publicidade desses produtos. Tais medidas têm como objetivo primário proteger a saúde da população e mitigar a carga de DCNT e seus impactos sociais, econômicos e ambientais negativos (Monteiro *et al.*, 2019a; GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; Paraje, Guillermo R *et al.*, 2023; WHO, 2022b, 2023b).

1.2 POLÍTICA TRIBUTÁRIA TRAZ BENEFÍCIOS PARA POLÍTICA DE SAÚDE

Os determinantes comerciais da saúde constituem uma dimensão dos determinantes sociais: referem-se aos meios, aos sistemas e às práticas de entidades comerciais, especialmente das grandes corporações, que impactam negativamente na saúde pública, por meio da promoção, distribuição e venda de bens ou serviços prejudiciais à saúde, como produtos derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos ultraprocessados (Lacy-Nichols *et al.*, 2023; Moodie *et al.*, 2013; OPAS, 2020b; Stuckler *et al.*, 2012; Stuckler; Nestle, 2012). Essas indústrias utilizam estratégias de marketing sofisticadas, além de outras estratégias para promover o consumo de seus produtos, e não protegem a população de seus impactos adversos – ao contrário, transferem essa responsabilidade ao consumidor final, isentando-se da elevada carga de doenças que suas práticas impõem aos sistemas de saúde. Além disso, são frequentes as tentativas de exercer influência sobre a formulação e implementação de políticas públicas, priorizando a maximização do lucro e do retorno em investimentos, em detrimento do bem-estar da população (Lacy-Nichols *et al.*, 2023; Moodie *et al.*, 2013; OPAS, 2020b;

Stuckler *et al.*, 2012; Stuckler; Nestle, 2012). Diante desse cenário, é fundamental estabelecer políticas regulatórias para mitigar seus impactos prejudiciais à saúde pública e promover comportamentos mais saudáveis (OPAS, 2020b).

Segundo a OMS, a tributação desses produtos prejudiciais à saúde é a estratégia mais custo-efetiva para modificar comportamentos em escala populacional (PAHO, 2019a, WHO, 2022a). Políticas dessa natureza promovem escolhas mais saudáveis, especialmente em grupos de renda baixa e média. Ao longo do tempo, essa medida desencoraja o consumo de produtos prejudiciais, beneficia a sociedade, a economia e o meio ambiente, protege a saúde pública e reduz as desigualdades. A arrecadação advinda dessa medida pode contribuir para compensar os custos econômicos oriundos das DCNT, o que favorece a implementação de políticas públicas de prevenção de doenças e promoção da saúde, incluindo a segurança alimentar e nutricional (Hassan, 2021; Sassi *et al.*, 2018; UN General Assembly, 2018; WHO, 2022a, 2017a, 2022b, 2022c, 2023a, 2023b).

A Constituição Federal do Brasil, ao estabelecer o direito à saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos, também definiu que é dever do Estado garantir políticas sociais e econômicas que visem à promoção, proteção e recuperação da saúde. Dessa forma, a proteção constitucional indica expressamente que o compromisso do País com a saúde pública envolve o alinhamento entre políticas sociais e econômicas. A política tributária está, portanto, inscrita neste escopo, devendo também ela servir como mecanismo de promoção e proteção da saúde.

1.3 O BRASIL FIRMOU COMPROMISSOS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, estabelecidos pelas Nações Unidas em 2015, representam o maior e mais importante pacto global vigente para enfrentar desafios sociais, econômicos e ambientais até 2030 (WHO, 2015). Adotada por todos os estados-membros, incluindo o Brasil, a intitulada “Agenda 2030” engloba 17 objetivos e 169 metas que envolvem erradicação da pobreza e da fome, saúde e bem-estar, educação, acesso à água potável, entre outros. A meta 3.4 dos ODS 3, relativo à saúde e bem-estar, estipula a redução de 1/3 da mortalidade prematura por DCNT até 2030.



Em nível nacional, o Ministério da Saúde elaborou o ***Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil***, com vigência entre 2011 e 2022 (Brasil, 2023c). Este Plano representou um marco nacional para o enfrentamento das DCNT, devido à sua abordagem abrangente e integral, com foco nos fatores de risco e proteção e na promoção da saúde. Posteriormente, em 2021, foi publicada uma segunda versão, o ***Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis no Brasil*** (Plano de Dant), com vigência de 2022 a 2030 (Brasil, 2021). Este segundo Plano deu continuidade ao primeiro, atualizou seu escopo

para incluir os agravos (violências e acidentes) e traçou novas metas a serem alcançadas até 2030, entre as quais destacam-se:

- reduzir em 1/3 a mortalidade prematura por DCNT;
- reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer de mama;
- reduzir em 20% a mortalidade prematura por câncer de colo do útero;
- reduzir em 10% a mortalidade prematura por câncer do aparelho digestivo;
- reduzir em 40% a prevalência de tabagismo;
- reduzir em 10% o uso abusivo de bebidas alcoólicas;
- deter o crescimento da obesidade na população adulta;
- reduzir em 2% a obesidade em crianças;
- diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados;
- reduzir em 30% o consumo de bebidas adoçadas; e
- aumentar em 30% o consumo recomendado de frutas e hortaliças.

Capa do Plano de DCNT 2011-2022



Capa do Plano de Dant 2021-2030



Para atingir a meta de redução de 1/3 na mortalidade prematura por DCNT até 2030, é necessário que ocorra queda anual média de 2%, o que requer a implementação de ações robustas e urgentes para promoção de comportamentos saudáveis (Brasil, 2021, 2011b). A efetividade dessas ações depende de políticas públicas que abordem diretamente os fatores de risco associados às DCNT. No contexto do Plano de Dant, diversas estratégias têm sido propostas e, entre as ações, destacam-se as políticas de natureza regulatória, especificamente as tributárias (Brasil, 2021).

No Brasil, as políticas regulatórias sobre fatores de risco para a redução da carga das DCNT foram inauguradas no âmbito da agenda de controle do tabaco. A Política Nacional de Controle do Tabaco foi criada em 1986 (Brasil, 1986) e, desde então, um conjunto de medidas de natureza política, legislativa e institucional vem sendo adotado para enfrentar os problemas de saúde pública relacionados ao tabaco. Esse compromisso levou o Brasil a ser reconhecido como referência internacional no controle do tabaco.

Desde 2005, o País é signatário da **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**, o maior e mais importante tratado internacional sobre o tema, e vem avançando a partir da articulação de diferentes atores governamentais e não governamentais, bem como da adoção de medidas informadas por evidências. As experiências relacionadas à restrição da publicidade, propaganda e patrocínio, à política tributária e de preço mínimo, à rotulagem e advertência sanitária e aos ambientes livres de fumo têm servido de exemplo e inspiração para o avanço de políticas regulatórias em relação a outros produtos prejudiciais à saúde, como é o caso das bebidas alcoólicas e dos alimentos ultraprocessados (Portes; Machado; Turci, 2018).

A 75ª Assembleia Mundial da Saúde endossou o Plano de Ação sobre o Álcool 2022-2030 da OMS (WHO, 2024a), reconhecendo-o como um instrumento orientador para a implementação da Estratégia Global para a Redução do Uso Nocivo do Álcool. O Plano estabelece seis áreas de ação e define metas específicas para cada uma delas, com destaque para a redução relativa de 20% no consumo per capita até 2030 e a implementação de medidas por 70% dos países para reduzir a acessibilidade, a disponibilidade e o marketing de bebidas alcoólicas. Essas metas são ambiciosas, mas essenciais para o alcance dos ODS. Na Agenda 2030, o uso do álcool é tratado como um obstáculo que impacta diretamente a realização de 14 dos 17 ODS (WHO, 2015).

No Brasil, a meta de redução do uso do álcool em 10% até 2030, conforme estipulado no Plano de Dant (Brasil, 2021), indica a urgência da adoção de medidas efetivas. Para que essa meta seja atingida, é necessário que o consumo abusivo entre adultos das capitais brasileiras reduza para 17%. Em cenário sem intervenção efetiva, a tendência é de aumento desse indicador para 22% (Ministério da Saúde, 2024a).

Em relação aos compromissos para alimentação saudável, a Organização das Nações Unidas estabeleceu a Década de Ação pela Nutrição entre 2016 e 2025 (WHO, 2016b). O Brasil foi um dos países que apresentou essa proposta, tornando-se uma referência internacional em políticas de segurança alimentar e nutricional, especialmente por ter saído do mapa da fome entre 2014 e 2019 (FAO, 2014, 2022). Além da fome, a agenda envolve o necessário enfrentamento a padrões alimentares não saudáveis, causadores do sobrepeso, da obesidade e de outras

condições e doenças crônicas. O compromisso nacional do Brasil é refletido na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Brasil, 2020, 2003b, 2013) e no Programa Nacional de Alimentação Escolar (Brasil, 2009), marcos legais relacionados à promoção da alimentação adequada e saudável.

Em 2023, o Decreto n.º 11.821, 12 de dezembro de 2023 (Brasil, 2023b), estabeleceu medidas para proteger o ambiente escolar de alimentos ultraprocessados, incluindo preparações e bebidas com altos níveis de calorias, gorduras saturadas, gorduras trans, açúcar adicionado, sódio ou edulcorantes, bem como outros alimentos que não estejam de acordo com as recomendações do *Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde* (Brasil, 2014). Além disso, em 2024, o Decreto n.º 11.936, de 5 de março de 2024 (Brasil, 2024b), determinou a composição da cesta básica nacional de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar, vedando a inclusão de alimentos ultraprocessados. Essas iniciativas refletem avanços na promoção de uma alimentação mais saudável e no enfrentamento às doenças associadas a padrões alimentares inadequados, alinhando o Brasil com as metas internacionais de melhoria da nutrição e saúde pública.

Recentemente, a reforma do sistema tributário nacional, com a inclusão dos impostos seletivos sobre produtos do tabaco, bebidas alcoólicas e refrigerantes, constituiu um avanço histórico para a saúde pública brasileira (Brasil, 2023a, 2025). Essa medida tem como objetivo a redução do consumo de produtos amplamente reconhecidos como prejudiciais à saúde, ao mesmo tempo em que possibilita a geração de receitas que podem ser alocadas no financiamento de políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento das DCNT. A adoção dessa tributação representa uma estratégia ainda mais robusta para enfrentar os desafios de saúde pública associados a comportamentos de risco, contribuindo para a diminuição da prevalência dessas doenças e para a melhoria da qualidade de vida da população.

Produtos do tabaco, bebidas alcoólicas e alimentos ultra-processados: riscos associados, magnitude do consumo e estratégias tributárias



2.1 PRODUTOS DO TABACO

2.1.1 Impactos do uso de produtos derivados do tabaco na saúde

De início, é fundamental ressaltar que todos os produtos derivados do tabaco¹ são prejudiciais à saúde, independentemente do tipo ou da forma de uso. Seja fumado, mascado ou ingerido de qualquer outra maneira, o tabaco apresenta riscos graves à saúde, como doenças respiratórias, cardiovasculares e diversos tipos de câncer (WHO, 2022b). Considera-se tabagista todo indivíduo que faz uso regular de produtos

¹Produtos do tabaco incluem dois tipos:

- produtos fumígenos, ou seja, que produzem fumaça, como o cigarro (em seus vários formatos, como o industrializado, o enrolado à mão ou o palheiro industrializado), charuto e cigarrilha, cachimbo, narguilé e, inclusive, dispositivos eletrônicos para fumar. Estes últimos incluem cigarro eletrônico, *vape*, *pod* ou cigarro de tabaco aquecido, e têm sido promovidos como se no lugar da fumaça produzissem vapor. No entanto, para a comunidade acadêmica, o dispositivo eletrônico para fumar também é um produto fumígeno; e
- produtos de tabaco que não produzem fumaça são o rapé (tabaco aspirado), snus ou pouches, pouco conhecidos no Brasil, que na verdade são pequenas bolsinhas com tabaco para absorção oral, assim como o tabaco mascado.

derivados do tabaco que emitem ou não fumaça, e o tabagismo é a doença associada a esse comportamento de risco. De acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, o tabagismo é classificado no grupo de “transtornos mentais e comportamentos causados pelo uso do fumo”, sendo reconhecido como uma doença crônica, resultante da dependência à nicotina (WHO, 1992).

NOVOS PRODUTOS FUMÍGENOS

Nos últimos anos, emergiram no mercado novos tipos de produtos fumígenos, como os dispositivos eletrônicos para fumar. Comumente conhecidos com *vapes*, esses dispositivos podem ser elaborados à base de produtos derivados do tabaco, conter líquidos com nicotina sintética ou até mesmo líquidos saborizados isentos de nicotina. Os fabricantes desses produtos têm promovido os dispositivos eletrônicos como alternativas inofensivas e de baixo risco à saúde, ou ainda como auxiliares no processo de cessação do tabagismo.

No entanto, estudos indicam que o uso desses dispositivos implica riscos, tanto conhecidos quanto desconhecidos, a curto, médio e longo prazos. Os riscos incluem danos aos pulmões, ao sistema cardíaco, cerebral e circulatório, além da dependência da nicotina, se houver (seja ela derivada diretamente da folha de tabaco ou sintética). Esses produtos também podem atuar como uma porta de entrada para o uso de tabaco fumado, principalmente entre os jovens, normalizando o comportamento de fumar (Leventhal *et al.*, 2023; Martins, 2022; Sónora *et al.*, 2022).

O uso de produtos derivados do tabaco é reconhecido como um dos principais fatores de risco comportamentais para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, globalmente, está entre as principais causas de morte (WHO, 2023a). Esses produtos estão relacionados a mais de 20 tipos diferentes de doenças e condições adversas à saúde, incluindo vários tipos de cânceres (como os de pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, garganta, bexiga, pâncreas, rim, cólon e reto), doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, úlceras gástricas, osteoporose, diabetes e problemas de saúde reprodutiva.

Os tabagistas frequentemente experienciam redução substancial na qualidade de vida, afetando sua capacidade funcional, mobilidade e bem-estar geral, além de estarem sujeitos a um aumento no custo econômico, em virtude das elevadas despesas com cuidados de saúde. O uso de produtos derivados do tabaco pode comprometer a saúde mental, intensificando o estresse e exacerbando a dependência (GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020; INCA, 2022b; USA, 2014; WHO, 2023a).

O tabagismo, tanto ativo quanto passivo (exposição à fumaça ambiental de produtos derivados do tabaco), é uma das principais causas de morte no Brasil, responsável por cerca de 477 óbitos por dia. Ele continua sendo o principal fator de risco para anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (INCA, 2022b; Pinto *et al.*, 2019, 2017). Em 2022, o tabagismo causou 173.936 mortes, o que representou 12% de todos os óbitos anuais no País. Entre as principais causas dessas mortes, destacaram-se doença pulmonar obstrutiva crônica (40.567 mortes), doenças cardíacas (30.871 mortes), câncer de pulmão (26.583 mortes), outros tipos de câncer (29.351 mortes), tabagismo passivo e outras causas perinatais (20.010 mortes), além de pneumonia e tuberculose (11.745 mortes) e acidente vascular cerebral (9.513 mortes) (Pinto, M *et al.*, 2024).

2.1.2 Custo econômico do uso de produtos derivados do tabaco

No Brasil, as doenças relacionadas ao tabagismo geram um custo médio anual de R\$ 67,2 bilhões. Estima-se que o custo indireto do tabagismo para o País seja de R\$ 86,3 bilhões, o que resulta em um gasto total anual de R\$ 153,5 bilhões para o governo, o equivalente a 1,6% do Produto Interno Bruto. Em contrapartida, a arrecadação de tributos federais provenientes da venda de cigarros é de apenas R\$ 8 bilhões por ano, o que evidencia desequilíbrio entre os gastos com a saúde e a arrecadação gerada pela comercialização do produto (Pinto *et al.*, 2024).

2.1.3 Impacto ambiental atribuível aos produtos derivados do tabaco

Parte do desmatamento em países em desenvolvimento é atribuída à produção de folhas de tabaco. Trata-se de problema particularmente relevante no Brasil, considerando que o País é maior exportador mundial do produto, com 85% de sua produção destinada ao mercado externo. O cultivo de tabaco exige o uso de grandes quantidades de fertilizantes e de pesticidas altamente tóxicos, além de gerar elevado volume de resíduos sólidos e líquidos (FAO, 2020; WHO, 2017b). Globalmente, cerca de 4,5 trilhões de bitucas de cigarro poluem oceanos, rios, calçadas, parques e praias todos os anos (FAO, 2020; Ocean Conservancy, 2018; WHO, 2017b).

Os componentes dos cigarros eletrônicos, por sua vez, podem liberar contaminantes no solo, na água e no ar (Beutel *et al.*, 2021). Os resíduos desses dispositivos, como plásticos, metais pesados e baterias de lítio, constituem ameaça ambiental. Apenas uma pequena fração dos dispositivos é reciclada adequadamente, enquanto a maioria acaba em aterros sanitários ou é jogada no meio ambiente, exacerbando a poluição plástica e química (Truth Initiative, 2021).

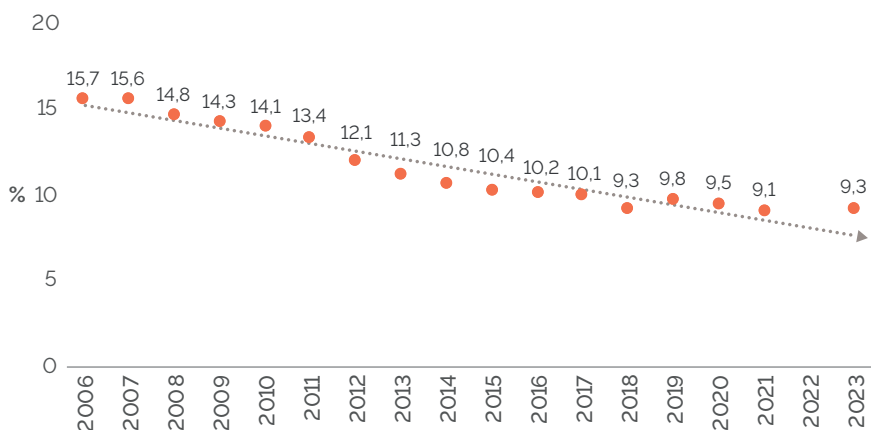
2.1.4 Magnitude do uso de produtos derivados do tabaco no Brasil

Estudos nacionais relatam importante queda na prevalência de fumantes² em todo o território nacional. Entre 1989 e 2019, a prevalência de fumantes na população adulta (≥ 18 anos) diminuiu de 35% para 13%: no sexo masculino, de 43% para 16%; no sexo feminino, de 27% para 10%. Em função dos diferentes estágios da epidemia do tabagismo segundo os sexos, desde o início do século XXI, as taxas de mortalidade por câncer de pulmão no sexo masculino se encontram em queda para todas as faixas etárias, enquanto no sexo feminino, com 55 anos ou menos, é esperado declínio nas taxas somente a partir de 2030 (Carvalho de Souza *et al.*, 2020; Malta *et al.*, 2015; Thun *et al.*, 2012).

²Nesses dados de pesquisas, entende-se por fumantes, conforme citado anteriormente, os usuários de produtos que produzem fumaça, tais como os cigarros, cigarilhas, narguilé, entre outros, exceto dispositivo eletrônico para fumar.

De acordo com dados da *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico* (Vigitel), inquérito nacional utilizado para monitorar fatores de risco e proteção associados às DCNT, houve redução na prevalência de indivíduos de 18 anos ou mais que fumam nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, caindo de 13% em 2011 para 9% em 2023 (Figura 1). A análise dos últimos cinco anos, contudo, causa preocupação, pois indica estabilidade na prevalência de fumantes no País, mantendo-se, entre 2018 e 2023, em torno de 10% entre adultos e de 7% entre adultos jovens (Brasil, 2024c).

FIGURA 1 – Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram fumar, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Vigitel, 2006-2023



Fonte: Vigitel Brasil 2006-2023. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023. Tabagismo e consumo abusivo de álcool. Brasília, DF, 2023.

Nota: não há dados para 2022.

Seguindo na mesma linha de redução da proporção de fumantes e, conseqüentemente, da aceitação social do comportamento de fumar, o País também vem observando uma redução na proporção de indivíduos expostos à fumaça ambiental de produtos derivados do tabaco (tabagismo passivo), tanto em locais fechados de trabalho quanto nas próprias residências (Szklo *et al.*, 2022).

Apesar de todos esses avanços, dados recentes da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar revelaram que, entre 2015 e 2019, não houve redução na proporção de fumantes de cigarros industrializados entre os adolescentes brasileiros, sendo 6,6% e 6,8%, respectivamente.

O uso de cigarros eletrônicos, por sua vez, passou a ser captado pelo Vigitel nas edições de 2019, 2020, 2021 e 2023. Em relação à tendência de consumo, não foram observadas variações na frequência de indivíduos de 18 anos ou mais que relataram o uso de cigarros eletrônicos (diariamente ou ocasionalmente) entre 2019 e 2023, mantendo-se em torno de 2%, sem diferenças por sexo. De forma geral, o uso desses produtos tende a ser mais prevalente entre os jovens adultos, particularmente na faixa de 18 a 24 anos, o que está provavelmente relacionado ao forte marketing da indústria do tabaco dirigida a este público.

Análise estratificada para essa faixa etária mostrou que a frequência de uso de cigarros eletrônicos variou de 6,1% a 7,7% (Brasil, 2024c). A Pesquisa Nacional de Saúde, em sua segunda edição, de 2019, também coletou informações sobre uso de dispositivos eletrônicos para fumar entre adultos, e a estimativa de usuários foi de 0,5% (IBGE, 2020b).

É válido destacar que a apreensão de cigarros eletrônicos pela Receita Federal do Brasil tem crescido exponencialmente, superando R\$ 2,5 milhões de unidades em 2023. Esse número, apesar de elevado, representa apenas 10% do que entra ilegalmente no País, sugerindo que o volume total de produtos contrabandeados pode ultrapassar a marca de R\$ 1 bilhão anuais. Isso não apenas impacta a prevalência de consumo e o aumento dos riscos à saúde, como também pode fomentar o crime organizado, evidenciando a necessidade urgente de políticas mais eficazes para controlar o uso e o comércio ilícito do produto (Brasil, 2024).

Embora o Brasil tenha feito progressos substanciais na redução do tabagismo nos últimos 30 anos – atribuídas a políticas públicas efetivas que foram implementadas –, os malefícios associados ao seu uso continuam a preocupar as autoridades de saúde. A estagnação no declínio da prevalência de fumantes entre adultos e, em particular, entre adolescentes e jovens, observada nos últimos anos, é um alerta que não pode ser desconsiderado.

2.1.5 Tributação de produtos derivados do tabaco: experiências e recomendações

2.1.5.1 Panorama global da tributação do tabaco

De acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a epidemia global de tabaco, publicado em 2023, 168 países (dos 180 analisados) adotam impostos especiais sobre produtos derivados do tabaco (WHO, 2023a). Essas políticas objetivam aumentar a tributação sobre cigarros, charutos e outros produtos derivados do tabaco, desencorajando seu uso e, por consequência, mitigando os danos à saúde pública (WHO, 2022b).

Austrália, Brasil, Colômbia, Reino Unido e Uruguai tiveram experiências bem-sucedidas, com redução da prevalência de fumantes após a implementação de medidas de aumento de preço sobre produtos derivados do tabaco. Na Austrália, por exemplo, o aumento de impostos resultou em uma queda importante na prevalência de fumantes, que passou de 23%, em 1995, para 14%, em 2013, juntamente com uma redução nas taxas de câncer de pulmão (WHO, 2014). No Reino Unido, as políticas de controle do tabaco resultaram em queda nas taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e câncer de pulmão (Townsend, 2017).

Evidências globais mostram, também, que maiores ônus tributários sobre produtos derivados do tabaco ajudam a reduzir a pobreza. Usuários de menor renda, que são mais sensíveis a preço, ao cessarem a dependência à nicotina, têm mais renda disponível para a aquisição de outros bens e serviços, além de se beneficiarem com o aumento da receita em saúde proveniente da tributação (Goodchild; Perucic; Nargis, 2016; Jha; Asian Development Bank, 2012). A transição dos gastos dos consumidores para outros setores pode ajudar na criação de empregos alternativos e promover a diversificação econômica, mitigando as perdas da indústria do tabaco. É importante que as políticas de tributação de produtos derivados do tabaco incluam suporte para os trabalhadores afetados, especialmente aqueles com baixa qualificação, para facilitar sua transição para empregos em outros setores (World Bank Group, 2017).

No Brasil, fumantes destinam aproximadamente 8% do rendimento médio mensal domiciliar per capita para a compra de cigarros, sendo que jovens de 15 a 24 anos e aqueles com ensino fundamental incompleto gastam, respectivamente, 10% e 11%. Nas Regiões Norte e Nordeste, esse gasto supera os 9%, sendo o Acre o estado mais afetado, com 13,6% da renda domiciliar comprometida. Fortalecer políticas tributárias pode reduzir a proporção de fumantes, permitindo que os recursos sejam destinados às necessidades básicas (Szklo *et al.*, 2022).

Considerando as experiências de diversos países, é crucial que a tributação específica sobre produtos derivados do tabaco seja implementada com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde e os níveis de arrecadação, com atualizações contínuas ao longo do tempo, acima da inflação e/ou de acordo com o aumento de renda da população. Os governos devem comunicar de maneira clara que os aumentos de tributos sobre tais produtos fazem parte de uma estratégia permanente para elevar o preço de produtos derivados do tabaco, motivando os usuários a cessarem o tabagismo e desencorajando a iniciação dos jovens (WHO, 2021b, 2019).

2.1.5.2 O Brasil é referência internacional no controle do tabaco

O Brasil é reconhecido no cenário internacional por suas políticas eficazes de prevenção e controle do tabagismo. No País, o enfrentamento ao uso de produtos derivados do tabaco teve início em 1986, com a implementação da Política Nacional de Controle do Tabaco. Inicialmente, o foco estava na educação pública e conscientização sobre os danos do tabagismo, com campanhas educativas, incluindo a promoção de ambientes livres de fumo, além da inclusão de advertências nos maços de cigarro (INCA, 2014). Ao longo dos anos, em um esforço contínuo, a estratégia evoluiu para legislações mais rigorosas, como a proibição da publicidade de produtos do tabaco, a inclusão de imagens de advertência mais impactantes nos maços de cigarro e a proibição total de fumar em espaços coletivos fechados (Brasil, 2003a, 2000, 1996, 1986, 1989).

Em 2005, o Brasil aprovou a **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)**, da OMS. Este acordo estabelece normas internacionais para enfrentar o tabagismo. A aprovação da CQCT no Brasil foi decisiva para fortalecer as políticas de controle do tabaco (INCA, 2015).



A **CQCT**, criada em 2003 pela OMS, representa um marco fundamental na saúde pública global, por ser o primeiro tratado internacional dedicado ao enfrentamento à epidemia do tabagismo. O acordo reúne diretrizes para reduzir tanto a demanda quanto a oferta de tabaco, além de minimizar a exposição à fumaça do tabaco. A CQCT estabelece normas legais rigorosas para o controle do tabaco, proporcionando uma estrutura robusta para a formulação e implementação de políticas efetivas. Além disso, serve como plataforma para cooperação internacional e troca de melhores práticas, fortalecendo os esforços globais contra o tabagismo (INCA, 2015).

Entre as medidas abrangidas pela CQCT, estão: adoção de advertências sanitárias em embalagens de produtos derivados do tabaco, com imagens e mensagens que alertam sobre os riscos à saúde; restrições à publicidade de produtos derivados do tabaco, limitando sua exposição em mídia e outros canais; regulamentação de aditivos que aumentam a dependência e os danos à saúde; criação de ambientes livres de tabaco; e ações para combater o comércio ilícito de produtos derivados do tabaco (INCA, 2015).

No Brasil, em 1999, foi criada a **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco e de seus Protocolos (Conicq)**, com o objetivo de promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de políticas, legislações e outras medidas para o cumprimento das obrigações previstas na CQCT (Brasil, 2023b; INCA, 2024). A Conicq conta com a participação de 16 órgãos do governo federal, tem o Instituto Nacional de Câncer como sua Secretaria-Executiva e é coordenada pelo(a) ministro(a) da Saúde. Este modelo de governança tem promovido avanços das ações previstas pela CQCT no Brasil e tem sido modelo para outras partes.

Entre 2006 e 2011, o preço real dos maços de cigarros industrializados aumentou em 34% no País, sendo este um dos fatores que contribuiu com a queda de 19% na prevalência de fumantes durante o mesmo período (Força-tarefa de Política Fiscal de Saúde, 2019). Em 2011, a Lei n.º 12.546, de 14 de dezembro de 2011, intensificou o controle sobre os preços dos cigarros, ao estabelecer um preço mínimo e uma nova estrutura de tributação, aplicando aumentos acima da inflação e/ou do crescimento da renda, tanto no preço mínimo estabelecido por lei quanto nas alíquotas do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) (Brasil, 2011a; Iglesias, 2016).

As tributações pelo Programa de Integração Social (PIS) e pela Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), nos termos da Lei n.º 11.196, de 21 de novembro de 2005, também contribuíram para elevar os preços dos cigarros, uma vez que esses tributos são aplicados cumulativamente sobre o valor de venda dos produtos, aumentando a carga tributária total. Em 2016, novas alíquotas *ad rem* e *ad valorem* foram estabelecidas, alcançando, respectivamente, R\$ 1,40 e 63% em maio, e R\$ 1,50 e 67% em dezembro, o que contribuiu para aumento na arrecadação tributária (Brasil, 2016; Iglesias, 2016).

Entre 1989 e 2011, o Brasil obteve um dos melhores desempenhos em saúde pública no combate ao tabagismo, destacando-se globalmente pela redução das mortes relacionadas ao uso de tabaco (Iglesias, 2016; Malta *et al.*, 2015). As políticas públicas implementadas ao longo desse período resultaram em redução de quase 50% na prevalência de fumantes, sendo que o aumento de preços dos cigarros foi responsável por cerca de metade desse declínio (Levy, David; De Almeida; Szklo, 2012). A utilização de tais tributos se mostrou especialmente eficaz na redução do consumo entre grupos populacionais de menor renda, contribuindo para uma maior equidade fiscal e redução das disparidades sociais relacionadas ao tabagismo (Iglesias, 2016; INCA, 2022b; Pinto, Marcia *et al.*, 2019; Szklo *et al.*, 2016).

Esse sucesso foi reconhecido pela OMS em 2019, quando o País foi destacado como referência global no controle do tabaco, em razão das suas medidas pioneiras (WHO, 2019). Entre 1990 e 2019, o Brasil apresentou a maior queda no mundo na proporção de fumantes, com redução de 73% no sexo masculino e de 75% no sexo feminino (GBD 2019 Tobacco Collaborators, 2021).

Entretanto, o progresso da política tributária sobre o tabaco começou a perder força a partir de 2017, quando o preço mínimo e as alíquotas de impostos sobre o cigarro deixaram de ser atualizadas, o que refletiu em estagnação na queda da proporção de fumantes no País. Mais recentemente, em 31 de julho de 2024, foi publicado o Decreto n.º 12.127, que aumenta o preço mínimo da vintena de cigarros para R\$ 6,50, além realizar um ajuste na alíquota *ad rem* (Brasil, 2024a). Embora essa majoração seja um passo importante, ela ainda é insuficiente para compensar o aumento na acessibilidade econômica aos cigarros decorrente da inflação e do crescimento da renda da população acumulados desde 2016. São claramente necessárias políticas fiscais mais robustas para reverter essa tendência e impulsionar o combate ao tabagismo no País.



O mercado ilícito de cigarros não é impactado pelo aumento do preço de cigarros legalmente fabricados no Brasil

Contrariando as alegações frequentes da indústria do tabaco, estudos recentes evidenciaram que o aumento dos preços dos cigarros legais não resulta em aumento na aquisição de cigarros ilícitos (Albuquerque Mello; Paes, 2022; Divino *et al.*, 2022). Em vez disso, o aumento de tributos tende a reduzir o uso de cigarros (legais e ilegais) e aumentar as receitas públicas. Portanto, há evidência de que o aumento do preço dos cigarros não desloca a demanda para o comércio ilícito.

Tais achados são reforçados por outros estudos, incluindo revisão do Banco Mundial, que apontam que o mercado ilegal de cigarros é maior em países com baixos impostos e preços de cigarros do que em países com impostos mais elevados. Fatores extra preço, como enfraquecimento dos arcabouços legislativo e fiscalizatório, e aceitação social da prática de contrabando são, de longe, os determinantes mais importantes do tamanho do mercado ilegal de produtos derivados do tabaco. Aumentos dos preços dos produtos ilegais acompanham aumentos dos preços dos produtos legais e, portanto, a parcela de produtos ilícitos não necessariamente cresce, ainda mais em um cenário macroeconômico de melhoria da renda e do emprego da população brasileira (Brasil, 2019; Paraje, Guillermo; Stoklosa; Blecher, 2022; Ross; Blecher, 2019; World Bank Group, 2019).

Em resposta aos argumentos da indústria do tabaco de que os impostos altos incentivam o comércio ilegal (Brasil, 2019), em 2019 o governo brasileiro criou um grupo de trabalho para investigar se a redução dos impostos sobre cigarros legalmente fabricados no País poderia ser uma estratégia eficaz para combater o comércio ilícito de cigarros. Além disso, identificou que essa medida teria consequências adversas nos aspectos fiscais, tributários e de saúde pública.

O grupo recomendou um controle mais rigoroso ao longo da cadeia de abastecimento de cigarros, o que envolveria medidas para dificultar a introdução de cigarros ilegais no mercado e melhorar a coordenação entre diferentes setores governamentais, como economia, saúde, comércio exterior e segurança pública. Um dos pontos destacados foi que um controle mais eficaz do comércio do cigarro poderia não apenas reduzir o mercado ilícito, mas também aumentar a receita tributária. De acordo com estimativas do grupo, uma redução de 10% no mercado ilegal de cigarros poderia resultar em aumento de 8,5% na sua receita tributária, o que representaria aproximadamente R\$ 1,6 bilhão a mais por ano para o governo. A conclusão do grupo foi de que políticas de redução de tributos não seriam eficazes para mitigar o comércio ilegal de cigarros no Brasil, recomendando, em vez disso, medidas de controle mais robustas e melhor coordenação interministerial e com as forças policiais para enfrentar esse problema complexo.



2.2 BEBIDAS ALCOÓLICAS

2.2.1 Impactos do uso de álcool na saúde

O consumo de bebidas alcoólicas representa grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O álcool é a substância psicoativa mais amplamente utilizada em nível global e possui propriedades tóxicas e teratogênicas, com potencial para causar dependência. Esse consumo é fator de risco para ampla gama de doenças e agravos, incluindo doenças crônicas não transmissíveis, mortes e lesões de trânsito, violências interpessoais, transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool, infecções sexualmente transmissíveis e transtorno do espectro alcoólico fetal (WHO, 2018a).

O uso de álcool está associado a mais de 230 categorias de doenças listadas na 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, abrangendo doenças infecciosas, cardiovasculares, hepáticas, gastrointestinais e cânceres. Doenças diretamente atribuíveis ao álcool, como dependência de álcool e cirrose hepática alcoólica, também estão incluídas (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; International agency for research on cancer, 2012; WHO, 2018a, 2024b, 1992).

A Agência Internacional de Pesquisa em Câncer, agência intergovernamental que faz parte da Organização Mundial da Saúde, classifica o álcool como agente carcinogênico do grupo 1 (categoria de risco mais alto), ao lado da fumaça do tabaco e das emissões relativas à queima de carvão, por exemplo (International agency for research on cancer, 2012; WHO, 2024b). Há evidências robustas de associação do seu uso com o aumento do risco de câncer de mama, fígado, cabeça e pescoço, esôfago e colorretal. Em 2019, 4% dos casos de câncer diagnosticados globalmente e 401 mil mortes foram atribuídos ao consumo de álcool (Anderson *et al.*, 2023; Chikritzhs; Livingston, 2021; Grant *et al.*, 2015; GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018; WHO, 2018a, 2024b).

O uso de álcool pode agravar transtornos mentais e comportamentais preexistentes, ou aumentar o risco de desenvolvimento dessas condições, como depressão e ansiedade. Seu uso também tem sido fortemente relacionado à ocorrência de automutilações e comportamentos suicidas (Borges *et al.*, 2017; Darvishi *et al.*, 2015, 2020). A redução das funções

cognitivas e psicomotoras, resultante do efeito do álcool no sistema nervoso, está associada a lesões por causas externas, como quedas, acidentes de transporte e agressões (Boden; Fergusson, 2011; Connor, 2017; International agency for research on cancer, 2012; WHO, 2018a, 2024b). As consequências do álcool se estendem para além do indivíduo que o consome, impactando, também, o bem-estar social e a saúde de pessoas próximas, como familiares, amigos e colegas de trabalho. Os danos sociais ligados ao consumo de álcool podem variar desde efeitos leves, como o excesso de ruído, até problemas graves, como abusos, ameaças e agressões (Room *et al.*, 2010).

Em 2019, aproximadamente 2,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas ao uso de álcool, representando 4,7% de todas as mortes. O sexo masculino concentra o maior impacto dessas mortes, cerca de 2 milhões, enquanto 600 mil foram observadas no sexo feminino. Os jovens também são um grupo particularmente afetado, com a maior proporção de mortes atribuíveis: cerca de 13% das mortes entre indivíduos de 20 a 39 anos foram relacionadas ao álcool, especialmente pela relação com a ocorrência de lesões por causas externas. O consumo, que geralmente se inicia na adolescência e de forma esporádica, pode se tornar crônico. Assim, estima-se que 400 milhões de pessoas no mundo, com 15 anos ou mais, apresentam transtornos relacionados ao uso de álcool, e que cerca de 209 milhões são dependentes de álcool (WHO, 2024b).

Segundo dados da Carga Global de Doenças, em 2021, o álcool era o nono fator de risco mais importante para mortalidade no mundo (Institute For Health Metrics And Evaluation, 2025). No Brasil, em 2021, 3% dos óbitos em todas as idades foram atribuíveis ao consumo de álcool, o equivalente a 53 mil mortes (Malta *et al.*, 2022). Já estudo publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) estimou que o álcool causou 104,8 mil óbitos em 2019, o que corresponde a 12 mortes por hora (Nilson, 2024a).

O uso de álcool impacta de forma desigual diferentes grupos populacionais dependendo do estrato socioeconômico. No Brasil, embora o consumo de álcool seja maior entre as pessoas de maior escolaridade, a mortalidade prematura plenamente atribuível ao seu consumo é maior entre as pessoas de menor escolaridade (Brasil, 2024b, 2023c). Em paralelo, no contexto internacional, a prevalência do uso de álcool

é maior em países de renda alta, enquanto as taxas de morbimortalidade devido ao consumo de álcool são maiores em países de renda baixa e média-baixa. Fatores como o contexto cultural, o acesso limitado a serviços de saúde e as condições socioeconômicas agravam esses efeitos; como consequência, o álcool acentua as iniquidades em saúde e as desigualdades sociais, levando à redução da capacidade laboral e ao empobrecimento de indivíduos e suas famílias (Probst *et al.*, 2020; WHO, 2024b).

Não há definição científica de quantidade de uso de álcool considerada segura e isenta de risco. Qualquer quantidade pode aumentar o risco de câncer e de outras doenças. Portanto, a recomendação mais segura é evitá-lo completamente ou limitar ao máximo o seu uso (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018; WHO, 2018a). O Ministério da Saúde do Brasil, reconhecendo os prejuízos do álcool para a saúde, publicou a Nota Técnica Conjunta Nº 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS de 2024 que estabelece a dose padrão da bebida alcóolica no país e recomenda que a população evite o consumo desta substância.

2.2.2 Custo econômico do uso de álcool

Os custos diretos e indiretos atribuíveis ao álcool envolvem, além dos custos de saúde, aqueles relacionados à justiça e segurança social, à perda de produtividade da força de trabalho e ao desemprego. Para os países de renda média ou alta, o custo econômico do uso de álcool é estimado em mais de 1% do Produto Interno Bruto (Vital Strategies, 2021).

Estudo do Instituto Nacional de Câncer indicou que, em 2018, o Sistema Único de Saúde (SUS) gastou R\$ 1,7 bilhão com o tratamento de cânceres associados ao uso do álcool. A partir de 2040, a estimativa é que serão gastos mais de R\$ 4,1 bilhões anuais (INCA, 2022a).

Levantamento da Fiocruz indicou que, em 2019, o consumo de álcool custou R\$ 18,8 bilhões ao País, dos quais R\$ 1,1 bilhão foi relativo a custos federais diretos com hospitalizações e procedimentos ambulatoriais no SUS, e R\$17,7 bilhões corresponderam a perda de produtividade pela mortalidade prematura, licenças e aposentadorias precoces decorrentes de doenças associadas ao consumo de álcool, perda de dias de trabalho por internação hospitalar e licença médica previdenciária (Nilson, Eduardo, 2024a).

2.2.3 Impacto ambiental atribuível às bebidas alcoólicas

O impacto ambiental atribuível à produção, à distribuição e ao consumo de bebidas alcoólicas é significativo e afeta várias áreas do ecossistema, desde o uso de recursos naturais até a geração de resíduos (OPAS, 2022; The Institute of Alcohol Studies, 2022). A produção de bebidas alcoólicas envolve uso elevado de água e energia elétrica, tanto para a produção quanto para o resfriamento e limpeza, contribuindo para a escassez de água. A título de exemplo, são necessários 870 litros de água para se obter 1 litro de vinho, e 298 litros de água para se produzir 1 litro de cerveja (OPAS, 2022).

A fabricação de bebidas alcoólicas também gera quantidade considerável de resíduos sólidos e líquidos potencialmente contaminantes, o que exigiria tratamento adequado antes do descarte. Contudo, ainda que a maioria das bebidas alcoólicas seja embalada em materiais recicláveis, como alumínio e vidro, grande parte dessas embalagens é descartada incorretamente, acabando em aterros sanitários e contribuindo para a poluição ambiental (OPAS, 2022; The Institute of Alcohol Studies, 2022);

A produção de matérias-primas para bebidas alcoólicas, como cevada, trigo, milho e uvas, utiliza grandes áreas de terras agrícolas, o que contribui para o desmatamento e para a perda de biodiversidade. Outro aspecto importante são as emissões de gases de efeito estufa gerados pelo cultivo de grãos e uvas, decorrentes do uso de fertilizantes e pesticidas que liberam gases, como dióxido de carbono e óxido nitroso (The Institute of Alcohol Studies, 2022).

2.2.4 Magnitude do uso de álcool no Brasil

Existem diferentes indicadores para avaliar e monitorar o uso de álcool nas populações. O consumo de álcool puro per capita (APC) é um dos indicadores de monitoramento que fazem parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e, também, do Plano de Ação Global para o Álcool 2022-2030 (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Segundo a OMS, o APC global em 2019 foi de 5,5 litros, sendo maior nas regiões da Europa (9,2 litros) e das Américas (7,5 litros) (GBD 2016 Alcohol

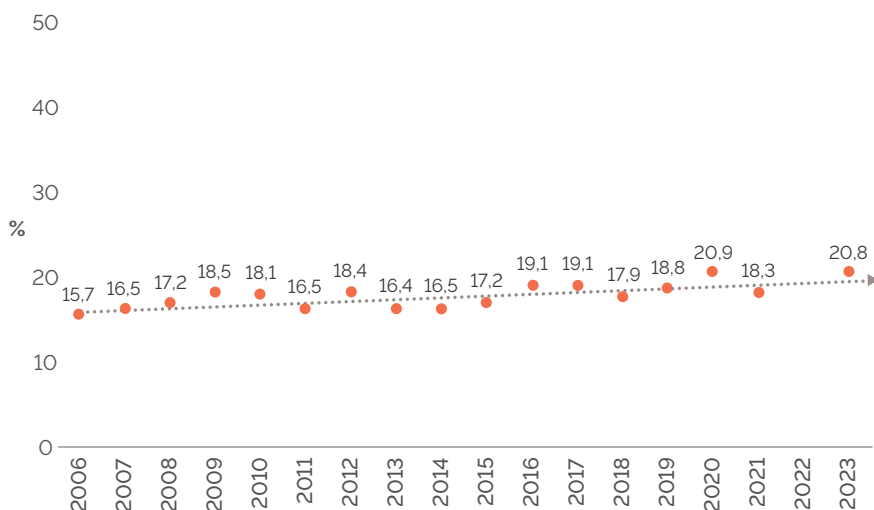
Collaborators, 2018). No Brasil, o APC encontra-se acima das médias mundial e da região das Américas, tendo sido estimado em 9,2 litros em 2005 e chegando a 9,8 litros em 2020 (Freitas *et al.*, 2024).

Outros indicadores, obtidos por meio de inquéritos nacionais, também apontam que o padrão de uso de álcool no Brasil vem passando por modificações, com aumentos na frequência e na quantidade de ingestão, especialmente entre mulheres e jovens, inclusive menores de idade (Brasil, 2024b; IBGE, 2020b).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, todos os indicadores de consumo de bebidas alcoólicas apresentaram aumento. Considerando apenas a população adulta, o percentual que costumava consumir bebida alcoólica uma vez ou mais por mês, no Brasil, passou de 27%, em 2013, para 30%, em 2019. Já o consumo de bebida alcoólica uma vez ou mais por semana passou de 24%, em 2013, para 26%, em 2019. Também houve aumento no consumo episódico pesado, isto é, o consumo de quatro ou mais doses para mulheres ou cinco ou mais doses para homens em uma única ocasião nos 30 dias anteriores. Esse indicador passou de 14%, em 2013, para 17%, em 2019, sendo maior para os homens (26%), em relação às mulheres (9%), e, também, para os pretos (20%), em relação aos brancos (16%) e pardos (18%). A proporção desse tipo de consumo foi maior entre as pessoas de 25 a 39 anos (23,7%) e de 18 a 24 anos (22,9%) (IBGE, 2020b). Ressalta-se que o consumo episódico pesado aumenta exponencialmente os riscos de danos crônicos ou agudos, estando especialmente associado ao comprometimento agudo na coordenação motora e no funcionamento cognitivo (Chung *et al.*, 2018; Rehm *et al.*, 2017).

Esse indicador também é monitorado pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), realizado anualmente. Considerando apenas as capitais do Brasil, entre 2006 e 2023, a frequência de consumo episódico pesado aumentou de 16%, em 2006, para 21%, em 2023 (Figura 2). Esse padrão de consumo foi mais frequente entre os homens, que não apenas bebem com maior regularidade como também em maiores quantidades. O consumo episódico pesado entre as mulheres vem aumentando de maneira acelerada, tendo passado de 8%, em 2006, para 15%, em 2023 (um aumento de 95% no período) (Brasil, 2024b).

FIGURA 2 Percentual de indivíduos de 18 anos ou mais que, nos últimos 30 dias, consumiram quatro ou mais doses (sexo feminino) ou cinco ou mais doses (sexo masculino) de bebida alcoólica em uma mesma ocasião, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Vigitel, 2006-2023



Fonte: Vigitel Brasil 2006-2023. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: Estimativas sobre a frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2023. Tabagismo e consumo abusivo de álcool. Brasília, DF, 2023.

Nota: não há dados para 2022.

O consumo de álcool entre adolescentes também é uma preocupação. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar mostram variações relevantes entre 2009 e 2019 em diversos indicadores de consumo. Entre os estudantes do 9º ano das capitais do País, a experimentação passou de 53% para 63% em 2019, sendo que 67% das meninas e 59% dos meninos relataram ter experimentado álcool. A pesquisa ainda revelou que, entre os escolares de 13 a 17 anos que já haviam consumido bebida alcoólica, 35% tomaram a primeira dose com 13 anos ou menos, que 47% já tiveram ao menos um episódio de embriaguez e que 27% dos que consumiram bebidas alcoólicas pelo menos um dia nos 30 dias anteriores à pesquisa compraram a bebida em estabelecimentos comerciais (lojas, mercados, bares, padarias etc.) (IBGE, 2021).

Dados reportados no III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira reforçam os achados mencionados anteriormente. Em 2015, 34% dos indivíduos menores de 18 anos

afirmaram ter consumido álcool em algum momento da vida, e 22% relataram consumo nos últimos 12 meses. A idade mediana do primeiro consumo entre aqueles que já beberam foi de 15,7 anos para homens e de 17,1 anos para mulheres, refletindo uma iniciação precoce ao álcool. Além disso, 9% dos adolescentes entre 12 e 17 anos reportaram consumo de álcool nos últimos 30 dias, e 5% (cerca de 1 milhão de adolescentes) mencionaram episódios de consumo de várias doses (Bastos, 2017).

Esses resultados reforçam a necessidade urgente de políticas públicas mais efetivas para enfrentar o uso de álcool no Brasil, com foco especial em grupos vulneráveis, como jovens e mulheres. O impacto do álcool na saúde pública e na sociedade em geral exige intervenções imediatas e efetivas para prevenir e reduzir seus danos, especialmente entre adolescentes.

2.2.5 Tributação de bebidas alcoólicas: experiências e recomendações

Assim como no caso dos produtos derivados do tabaco, aumentar tributos sobre bebidas alcoólicas é uma estratégia robusta para redução do uso de álcool e dos impactos associados, incluindo problemas de saúde, sociais e econômicos. Além de diminuir a incidência de doenças diretamente relacionadas (como cirrose hepática, cânceres, doenças cardiovasculares e transtornos mentais), a redução do uso de álcool também pode resultar em diminuição de outros desfechos negativos, como acidentes de trânsito e violências. Ao mesmo tempo, a tributação gera receita adicional para os governos, que pode ser utilizada para financiar programas de saúde pública e campanhas de educação e prevenção (WHO, 2022a, 2018a, 2024b, 2023b).

A redução do uso de bebidas alcoólicas em escala populacional é uma meta importante para a saúde pública, e diversos países têm adotado políticas de preços como estratégia para alcançar tal objetivo. Segundo a OMS, o aumento dos preços de bebidas alcoólicas por meio de tributação específica é a medida mais custo-efetiva (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018; OPAS, 2019a, 2019b; WHO, 2022a).

Em 2019, a Organização Pan-Americana da Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde, lançou a **iniciativa SAFER no Brasil**.



SAFER é um acrônimo em inglês (*Strengthen, Advance, Facilitate, Enforce, Raise* – em português, Submeter, Avançar, Facilitar, Executar, Reajustar) que inclui as cinco intervenções mais custo-efetivas para reduzir os danos relacionados ao uso de álcool (OPAS, 2019a, 2019b), que são:

- restringir a disponibilidade do álcool;
- fortalecer medidas contra beber e dirigir;
- facilitar o acesso a tratamento;
- proibir ou restringir a publicidade, o patrocínio e a promoção de bebidas alcoólicas; e
- reajustar o preço do álcool por meio de tributos sobre o consumo e políticas de preços.

De todas as medidas propostas, o aumento do preço de produtos alcoólicos, seja pelo aumento da tributação, seja pela regulação do preço, é a que apresenta impactos mais robustos, por retardar a iniciação entre os mais jovens e reduzir o uso na população em geral (WHO, 2022a).

Uma revisão sistemática com meta-análise indicou que um aumento de 10% no preço do álcool resultaria na queda aproximada de 5% no consumo (Wagenaar; Salois; Komro, 2009). Quanto à morbimortalidade, evidenciou-se que dobrar o preço do álcool poderia reduzir 35% da mortalidade relacionada ao seu uso, 11% das mortes por acidentes de trânsito, 6% das infecções sexualmente transmissíveis, 2% dos casos de violência e 1,4% das ocorrências criminais (Elder *et al.*, 2010; Wagenaar; Salois; Komro, 2009).

Experiências de países como Reino Unido e Austrália mostram que é possível utilizar a receita gerada pela tributação de bebidas alcoólicas para financiar o sistema de saúde. Na Austrália, por exemplo, além do imposto sobre o consumo, as bebidas alcoólicas estão sujeitas a uma tributação adicional de 10% sobre o preço de venda (AIHW, 2020). A receita arrecadada por meio desses tributos é direcionada ao sistema de saúde pública, contribuindo para o financiamento de hospitais, tratamentos de transtornos mentais e programas de reabilitação para dependentes de álcool, além de apoiar campanhas de conscientização (AIHW, 2020). Tributos similares são aplicados no Reino Unido, cuja receita gerada também é direcionada ao financiamento do Sistema Nacional Saúde e às campanhas de prevenção e educação (NHS Health Scotland, 2019).

A maioria dos países possui tributos especiais sobre pelo menos um tipo de bebida alcoólica, sendo mais comum em países de renda alta, o que significa que uma maior parcela da população mundial não é impactada. Embora a maioria dos países aplique algum tipo de imposto sobre as bebidas alcólicas, menos da metade realizou atualizações para acompanhar a inflação e o custo de vida, o que impacta na efetividade da medida (WHO, 2022a, 2024b).

2.3 ALIMENTOS ULTRAPROCESSADOS

2.3.1 Diretriz nacional para alimentação adequada e saudável: o *Guia Alimentar para a População Brasileira*

Alimentos ultraprocessados são caracterizados pelo alto grau e extensão de processamento industrial. Sua formulação envolve técnicas de manufatura complexas, aplicadas durante o processo de fabricação com o objetivo de aumentar a durabilidade e a palatabilidade, além de torná-los prontos ou pré-prontos para ser consumido. Sua composição inclui ingredientes culinários de baixo custo, como sal e açúcar, e substâncias de raro uso culinário, como frutose, xarope de milho com alto teor de frutose, concentrados de suco de frutas, açúcar invertido, maltodextrina, dextrose, lactose, óleos hidrogenados ou interesterificados, proteínas hidrolisadas, isolado de proteína de soja, caseína e proteína do soro do leite e carne mecanicamente separada. Esses produtos alimentícios ainda contam com a presença de diversos aditivos alimentares, como aromatizantes, corantes e flavorizantes, que modificam características sensoriais.

A conveniência, a hiper-palatabilidade e o marketing sofisticado dão aos alimentos ultraprocessados enormes vantagens de mercado, favorecendo a substituição de alimentos in natura e minimamente processados e de preparações culinárias. Exemplos de alimentos ultraprocessados são biscoitos recheados, sorvetes, caramelos, refrigerantes e sucos

em pó, iogurtes e bebidas lácteas adoçadas e aromatizadas, bebidas energéticas, macarrão instantâneo, empanados do tipo nuggets, salsichas, pães de forma, pães para hambúrguer ou para cachorros-quentes (Brasil, 2014; Monteiro *et al.*, 2019a, 2019b).

O *Guia Alimentar para a População Brasileira* (Brasil, 2014), publicado em 2014, foi pioneiro ao considerar características do processamento industrial dos alimentos em suas



recomendações. O Guia recomenda que alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias feitas com esses alimentos sejam a base da alimentação, aconselhando a priorização de frutas, legumes, verduras, grãos, carnes, ovos, leite e derivados, que são obtidos diretamente de plantas ou animais e passam por poucos processos até chegarem ao consumidor. Ingredientes culinários, como óleos, gorduras, sal e açúcar, devem ser utilizados em pequenas



quantidades ao temperar e cozinhar. Alimentos processados devem ser limitados, e alimentos ultraprocessados, por sua vez, devem ser evitados ao máximo. Seguindo os mesmos preceitos, o **Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos** (Brasil, 2019) adapta essas orientações para as necessidades específicas da respectiva faixa etária, reforçando a recomendação de se evitar ao máximo o consumo de alimentos ultraprocessados.

Reconhecido internacionalmente e tido como inspiração para guias alimentares de outros países, este documento inovou ao redefinir conceitos sobre alimentação adequada e saudável, e inspirou a criação e a modificação de políticas públicas em alimentação e nutrição, levando em conta o impacto da alimentação tanto na saúde quanto na sustentabilidade ambiental (Monteiro *et al.*, 2019).

2.3.2 Impactos do consumo de alimentos ultraprocessados na nutrição e na saúde

Estudos conduzidos em diversas regiões do mundo apontam que os alimentos ultraprocessados estão progressivamente substituindo padrões alimentares tradicionais e saudáveis, o que resulta na diminuição da diversidade nutricional da dieta (Latasa *et al.*, 2018; Levy, Renata Bertazzi *et al.*, 2022; Marrón-Ponce *et al.*, 2018; Monteiro *et al.*, 2013; Moubarac *et al.*, 2014; Wang *et al.*, 2021; Zapata; Roviroso; Carmuega, 2022). Esse fenômeno não apenas aumenta os riscos associados a deficiências nutricionais, mas também eleva a probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas relacionadas à alimentação (Barbaresko *et al.*, 2024; Lane *et al.*, 2024).

Uma revisão sistemática de pesquisas realizadas em 13 países com dietas tradicionais variadas – como Austrália, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Coreia do Sul, Estados Unidos, Itália, México, Portugal, França, Reino Unido e Taiwan – revelou uma correlação negativa consistente entre o consumo de alimentos ultraprocessados e a ingestão de alimentos in natura ou minimamente processados (Martini *et al.*, 2021). Em termos práticos, isso significa que, à medida que cresce o consumo de alimentos ultraprocessados, há uma redução na ingestão de alimentos naturais e frescos, ricos em nutrientes, como cereais, frutas, verduras, legumes, feijões, ovos, carnes e peixes.

No caso das crianças brasileiras com menos de 2 anos, o consumo de alimentos ultraprocessados está diretamente relacionado à redução da diversidade alimentar. Essa associação foi analisada utilizando um indicador da Organização Mundial da Saúde (OMS), que inclui oito grupos alimentares, contemplando também o leite materno. A pesquisa revelou que quanto maior o consumo de alimentos ultraprocessados, menor é a variedade de alimentos consumidos pelas crianças, o que pode comprometer a qualidade da dieta e afetar o desenvolvimento. Além disso, uma alimentação composta predominantemente por alimentos ultraprocessados está associada a uma ingestão reduzida de compostos bioativos – substâncias presentes em alimentos in natura ou minimamente processados, que desempenham um papel crucial na prevenção de doenças crônicas (como obesidade, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares) e na manutenção da saúde (Coletro *et al.*, 2023; Lacerda *et al.*, 2023; Martini *et al.*, 2021).

Padrões alimentares com maior participação de alimentos ultraprocessados estão associados a 32 desfechos negativos de saúde em adultos, tais como sobrepeso, obesidade, síndrome metabólica, dislipidemia, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, gastrointestinais, renais e hepáticas, depressão e cânceres (Barbaresko *et al.*, 2024; Lane *et al.*, 2024). Esses padrões alimentares também estão associados a aumento no risco de mortalidade por todas as causas, além de maior risco de mortalidade por todas as causas (Barbaresko *et al.*, 2024; Lane *et al.*, 2024). Uma meta-análise, que analisou dados de 18 coortes, revelou que o consumo moderado de alimentos ultraprocessados, em comparação com a ausência do

consumo desses alimentos, está associado a uma elevação de 12% na incidência de diabetes tipo 2 (Delpino *et al.*, 2022).

O aumento do risco de câncer associado ao consumo de alimentos ultra-processados ocorre tanto de forma direta quanto por meio do impacto desses alimentos no aumento do teor de gordura corporal. Revisões guarda-chuva indicam elevação no risco de câncer colorretal com o consumo desses alimentos (Barbaresko *et al.*, 2024; Lane *et al.*, 2024).

O III Relatório de Especialistas do Fundo Mundial de Pesquisa em Câncer e do Instituto Americano para Pesquisa em Câncer (World Cancer Research Fund, 2018) destaca o excesso de gordura corporal como um fator de risco para pelo menos 12 tipos de câncer, incluindo os mais prevalentes na população brasileira: mama, intestino e próstata (INCA, 2023). Dieta composta por alimentos ultraprocessados está relacionada à ingestão excessiva de calorias e ao consequente ganho de peso, conforme evidenciado por ensaios clínicos randomizados (Hall *et al.*, 2019; Hamano *et al.*, 2024).

No Brasil, cerca de 30% do aumento na prevalência de obesidade entre 2002 e 2009 foi atribuído ao incremento no consumo de alimentos ultraprocessados (Louzada, Maria Laura *et al.*, 2022). Em 2019, 11% de todas as mortes prematuras entre brasileiros de 30 a 69 anos (57 mil mortes) (Nilson *et al.*, 2023) e aproximadamente 22% das mortes prematuras por doenças cardiovasculares (Nilson *et al.*, 2022) foram associadas ao consumo desses alimentos. Em crianças também observa-se impacto negativo do consumo elevado desses alimentos no risco de obesidade e dislipidemias (Petridi *et al.*, 2024).

2.3.3 Custo econômico do consumo de alimentos ultraprocessados

Considerando exclusivamente as bebidas ultraprocessadas, como refrigerantes, isotônicos e refrescos, os custos contabilizados para o Sistema Único de Saúde (SUS) com o tratamento de doenças associadas ao consumo desses produtos são estimados em quase R\$ 3 bilhões/ano (ACT, 2021a).

De acordo com estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz e pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, da Universidade de São Paulo, as doenças e mortes provocadas pelo consumo de alimentos ultraprocessados resultam em um custo anual de R\$ 10,4 bilhões para os cofres públicos. Esse montante abrange não apenas as mortes prematuras, mas também os custos com tratamentos médicos e benefícios previdenciários. Desses R\$ 10,4 bilhões, R\$ 9,2 bilhões são atribuídos à perda de produtividade econômica devido às mortes prematuras. O custo direto ao SUS é de R\$ 933,5 milhões, relacionados a hospitalizações, procedimentos ambulatoriais e medicamentos. Além disso, os custos previdenciários e de absenteísmo, ou seja, a ausência dos trabalhadores no emprego, representam R\$ 263,2 milhões anuais (Nilson, 2024b).

Projeção dos gastos federais com o tratamento de cânceres no Brasil realizado pelo Inca revelou que os gastos totais com cânceres relacionados ao excesso de peso somaram R\$ 2,36 bilhões em 2018. Na ausência de medidas para conter o aumento do excesso de peso na população, espera-se que os custos cresçam 140%, alcançando R\$ 5,66 bilhões por ano a partir de 2040. Em relação aos cânceres associados ao consumo de carne processada, os gastos, em 2018, foram de R\$ 545,2 milhões, com projeção de aumento de 160%, totalizando R\$ 1,42 bilhão anuais a partir de 2040, caso não haja redução no consumo desse tipo de alimento (ACT, 2021a; INCA, 2022a).

2.3.4 Impacto ambiental atribuível aos alimentos ultraprocessados

Os alimentos ultraprocessados têm um impacto ambiental frequentemente negligenciado, mas que merece atenção. Uma revisão com mais de 50 estudos realizados em diversos países mapeou os impactos ambientais desses produtos ao longo de todas as etapas da cadeia de suprimento alimentar, desde a produção agrícola até o consumidor final. Os resultados dessa análise indicaram que os alimentos ultraprocessados são responsáveis por uma parcela significativa da perda de biodiversidade, representando entre 36% e 45% dessa perda total. Ademais, estão associados a parte considerável do uso de energia, variando entre 17% e 39% do consumo total, e às emissões de gases de efeito estufa, que podem chegar a 33% das emissões totais.

Esses alimentos também contribuem com até 25% do uso de água destinado ao consumo alimentar, especialmente em países de alta renda. Os impactos ambientais relacionados à produção e ao consumo de alimentos ultraprocessados não se limitam a essas métricas: também estão associados ao uso de agrotóxicos, à degradação do solo e à eutrofização dos corpos-d'água – processo de poluição causado pelo acúmulo excessivo de nutrientes, como nitrogênio e fósforo (Anastasiou *et al.*, 2022). Além disso, as embalagens dos alimentos ultraprocessados são predominantemente fabricadas com materiais plásticos de uso único, resultando em uma grande quantidade de resíduos, muitos dos quais não são reciclados (Seferidi *et al.*, 2020).

No Brasil, estudos com amostras representativas da população indicaram que o consumo de alimentos ultraprocessados tem contribuído significativamente para o aumento das pegadas de carbono, hídrica e ecológica, que medem, respectivamente, as emissões de gases de efeito estufa, a quantidade de água utilizada e os recursos naturais biológicos renováveis envolvidos no processo de produção (da Silva *et al.*, 2021; Leite, 2023). Nas últimas três décadas, observou-se um aumento de 245%, 233% e 183% nas pegadas de carbono, hídrica e ecológica associadas ao consumo desses alimentos, refletindo sua crescente participação na alimentação da população (da Silva *et al.*, 2021). Além disso, dados referentes ao período de 2008-2009 mostraram que padrões alimentares com maior consumo de ultraprocessados apresentaram uma pegada hídrica 10% superior em comparação àqueles com menor consumo. Esse aumento está diretamente relacionado à perda de agrobiodiversidade no Brasil, caracterizada pela redução da diversidade de espécies animais e vegetais utilizadas na alimentação e na agricultura (Leite, 2023).

2.3.5 Magnitude do consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil

Dados nacionais mostram aumento progressivo na participação de alimentos ultraprocessados na dieta dos brasileiros (Levy *et al.*, 2022; Louzada *et al.*, 2023). Estudo baseado em dados de aquisição da Pesquisa de Orçamentos Familiares revelou um crescimento na participação calórica desses produtos, de 12,6% para 18,4%, entre 2002-2003 e 2017-2018 (Louzada *et al.*, 2023). Nas regiões metropolitanas, essa tendência

é observada desde a década de 1980, com aumento de 10% para 24% do total de energia adquirida nos domicílios entre 1987-1988 e 2017-2018 (Levy *et al.*, 2022).

Tendências similares são observadas no consumo pessoal, registrando aumento na participação de alimentos ultraprocessados na dieta entre 2007-2008 e 2017-2018: o consumo aumentou 1,02 ponto percentual (pp), sendo ainda maior no sexo masculino (+1,59 pp), em pessoas pretas e pardas (+2,04 pp), indígenas (+5,96 pp), residentes da área rural (+2,43 pp), naqueles com até quatro anos de estudo (+1,18 pp), no quintil mais baixo de renda (+3,54 pp), e nas Regiões Norte (+2,95 pp) e Nordeste (+3,11 pp). Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados foi ligeiramente reduzido na maior faixa de escolaridade (-3,30 pp) e no quinto mais alto de renda (-1,65 pp) (Louzada *et al.*, 2023).

O Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil, de 2019, revelou que os alimentos ultraprocessados representaram em média 25% das calorias consumidas por crianças brasileiras menores de 5 anos. Esse percentual foi ainda mais elevado entre crianças residentes em domicílios urbanos (25%), em comparação com as áreas rurais (21%). Entre as crianças de 24 a 59 meses, a participação dos alimentos ultraprocessados chegou a 30,4%, enquanto na faixa etária de 6 a 23 meses correspondeu a 21%, quando o recomendado é zero.

Os alimentos mais consumidos dentro desse grupo incluem biscoitos doces, farinhas infantis ultraprocessadas, chocolates, sorvetes, gelatinas e outras sobremesas ultraprocessadas. Esses dados evidenciam uma preocupação crescente quanto à alimentação infantil no Brasil, destacando o consumo precoce de alimentos ultraprocessados, que não são compatíveis com as recomendações nutricionais para o desenvolvimento saudável das crianças (UFRJ, 2024).

Estudo recém-publicado alerta para uma possível piora na tendência de substituição de alimentos in natura ou minimamente processados e preparações culinárias. O crescente aumento na participação de alimentos ultraprocessados na dieta da população brasileira é, em parte, explicado pela tendência de inversão dos preços de alimentos in natura ou minimamente processados e ingredientes culinários, em relação aos alimentos ultraprocessados, que tendem a ficar mais baratos.

A inversão, antes prevista para 2026, foi acelerada pela pandemia de covid-19, devido a interrupções na cadeia de suprimentos, aumento dos custos de produção e distribuição e mudanças nos padrões de consumo. Atualmente, no Brasil, alimentos ultraprocessados custam menos que alimentos minimamente processados e suas preparações culinárias, exacerbando os desafios para a promoção de uma alimentação adequada e saudável (Andrade *et al.*, 2024).

2.3.6 Tributação de alimentos ultraprocessados: experiências e recomendações

A estratégia de implementar intervenções nos ambientes alimentares para facilitar escolhas mais saudáveis tem ganhado crescente reconhecimento tanto da comunidade científica quanto de organizações internacionais. Diversas medidas regulatórias têm sido fortemente recomendadas, incluindo a melhoria da informação nutricional nos rótulos de alimentos com o intuito de garantir que os consumidores possam fazer escolhas informadas. A restrição da comercialização e publicidade de alimentos ultraprocessados, especialmente voltadas ao público infantil e adolescente, é amplamente defendida como uma forma de reduzir a exposição a produtos nocivos à saúde.

As políticas tributárias são apontadas como um instrumento efetivo, sugerindo que o aumento dos impostos sobre alimentos ultraprocessados ou a redução do custo de alimentos saudáveis podem incentivar escolhas alimentares saudáveis. Tais estratégias visam não apenas mitigar os riscos associados ao consumo de alimentos ultraprocessados, mas também promover a equidade no acesso a alimentos saudáveis, alinhando-se aos objetivos de saúde pública e sustentabilidade (OPAS, 2020a; UNICEF, 2019; Waqanivalu; Nederveen, 2016; WHO, 2021a, 2017a, 2022c).

2.3.6.1 Panorama global da tributação de alimentos ultraprocessados

A política de tributação de alimentos não saudáveis tem se consolidado como uma estratégia custo-efetiva em diversos países para melhorar a qualidade da dieta e promover a saúde da população. A Colômbia se destaca como pioneira na implementação de tributos específicos sobre alimentos ultraprocessados: em 2023, o país introduziu um imposto crescente na ordem de 10% em 2023, 15% em 2024 e 20% a partir de 2025 (Colômbia, 2022).

Embora políticas similares em outros países não incluam explicitamente o grau de processamento industrial dos alimentos como critério de tributação, elas frequentemente acabam abrangendo alimentos ultraprocessados ou subgrupos específicos, devido à baixa qualidade nutricional, que é notadamente reconhecida na literatura científica. Atualmente, cerca de 60 países e territórios ao redor do mundo impõem tributos sobre pelo menos um grupo de alimentos ou bebidas ultraprocessadas, com destaque para bebidas açucaradas, energéticos e *junk foods* (Hassan, 2021).

Tributos específicos sobre alimentos não saudáveis têm se mostrado eficazes na redução da compra e ingestão desses produtos, ao mesmo tempo em que incentivam o aumento da compra e consumo de alimentos saudáveis (Batis *et al.*, 2016; Bíró, 2015; Jensen; Smed, 2013; Sánchez-Romero *et al.*, 2020; Stroud *et al.*, 2019; Teng, Andrea *et al.*, 2021; Teng, Andrea M. *et al.*, 2019). Estudos indicam que, após a implementação da tributação, observa-se uma queda na aquisição dos produtos tributados, enquanto a aquisição de alimentos não tributados tende a aumentar ou se manter estável (Hassan, 2021). É importante destacar que os alimentos ultraprocessados não são essenciais para a dieta de um indivíduo e podem substituir opções mais saudáveis, como água e leite, comprometendo a qualidade nutricional da alimentação (WHO, 2022c).

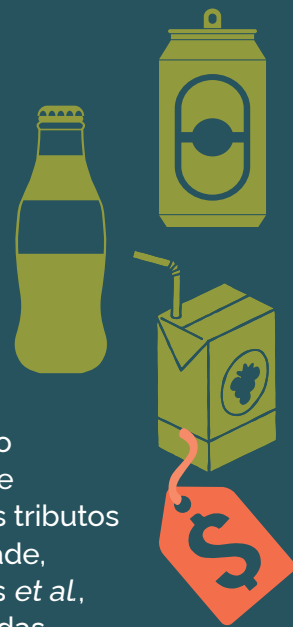
Estudos indicam que a tributação de bebidas açucaradas deve ser, no mínimo, de 20% para gerar um impacto significativo em seu consumo (Briggs *et al.*, 2013; Long *et al.*, 2015; WHO, 2017a). Essa abordagem tem sido adotada por diversos países de diferentes faixas de renda, incluindo África do Sul, Chile, França, Hungria, México, Portugal, Reino Unido, além de várias nações no Pacífico e no Golfo Pérsico, bem como algumas cidades nos Estados Unidos (Hassan, 2021). As experiências do México e do Chile se destacam como exemplos bem-sucedidos.

No México, em 2014, foi implementado um imposto especial de 10% sobre o preço final das bebidas açucaradas, resultando em diminuição nas compras de todas as faixas socioeconômicas, com a água emergindo como o principal substituto das bebidas tributadas. Além disso, foi instituído um imposto de 8% sobre alimentos com alta densidade calórica, levando, no primeiro ano, à redução de 5,1% nas compras desses produtos

(Colchero *et al.*, 2016, 2017; Colchero; Molina; Guerrero-López, 2017). No Chile, a implementação de um imposto de 5% sobre o preço final das bebidas açucaradas resultou em uma diminuição de 21,6% no consumo domiciliar dessas bebidas (Batis *et al.*, 2016).

No Brasil, projeta-se que um aumento de 10% no preço de alimentos ultraprocessados poderia reduzir, em média, 3% a 6% nas prevalências de excesso de peso e obesidade, respectivamente (Passos *et al.*, 2020). Além disso, uma tributação de 20% sobre bebidas adoçadas poderia evitar, ao longo de 20 anos, 9% dos casos novos de diabetes tipo 2 entre os homens e 12% entre as mulheres (Nucci *et al.*, 2022). Projeções adicionais sugerem que a aplicação de alíquotas de 8% a 50% sobre alimentos e bebidas ultraprocessadas poderia prevenir entre 467 mil e 1 milhão de casos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de evitar entre 62 mil e 236 mil mortes entre 2024 e 2044 (Camargo, 2023).

Tributação de bebidas adoçadas e seus impactos



Atualmente, mais de 50 países e jurisdições no mundo implementaram algum tipo de tributo específico sobre bebidas adoçadas com açúcar ou edulcorantes. Esses tributos são uma tentativa de reduzir a prevalência de obesidade, diabetes tipo 2 e outras doenças relacionadas (Adams *et al.*, 2020; Falbe; Grummon; Krieger, 2022). Além das bebidas que contêm açúcares livres, a implementação de tributos mais abrangentes, que incluem bebidas adoçadas com edulcorantes, minimiza substituições indesejáveis e maximiza os benefícios para a saúde, evitando que não haja migração do consumo para alternativas não tributadas, mas igualmente prejudiciais. Acentua-se que o consumo de bebidas adoçadas com edulcorantes também está relacionado ao maior risco de obesidade e DCNT (Rios-Leyvraz; Montez, 2022). A tributação dessas bebidas é uma prática adotada por diversos países, como Bélgica, Bermudas, Espanha, Índia, Kiribati, Letônia, Malásia, Polônia, Portugal e Tailândia (ACT, 2021b).

A tributação sobre bebidas açucaradas tem refletido na diminuição do seu consumo. Um exemplo disso é o México, onde a implementação de um imposto de 1 peso por litro, em 2014, levou a uma queda de 5,5% nas vendas no primeiro ano pós-implementação e de 9,7% no segundo ano. O impacto foi especialmente significativo entre as famílias de baixa renda, que reduziram o consumo em até 17% (Colchero *et al.*, 2017). No Reino Unido, o imposto (intitulado *Soft Drinks Industry Levy*), de 2018, impõe alíquotas específicas de 18 a 24 pences por litro, conforme o teor de açúcar (Scarborough *et al.*, 2020). Na África do Sul, o imposto (intitulado *Health Promotion Levy*), introduzido em 2018, cobra 11% do preço de venda sobre bebidas com mais de 4 g de açúcar por 100 ml, e tem sido associado à diminuição do consumo de bebidas

adoçadas com açúcar (Stacey *et al.*, 2021). Nas Filipinas, em 2018, a implementação de um imposto progressivo arrecadou recursos destinados à cobertura de um seguro de saúde para famílias de baixa renda (WHO, 2017a). Tailândia, Chile e França também adotaram políticas de tributação que resultaram em diminuições consideráveis no consumo de bebidas açucaradas (Caro *et al.*, 2018; Finkelstein *et al.*, 2010; Nakamura *et al.*, 2018).

Além de melhorar a saúde da população, os impostos sobre bebidas açucaradas geram receitas que podem ser reinvestidas em programas de saúde pública. Um exemplo é a cidade de Filadélfia, nos Estados Unidos, que arrecadou mais de 500 milhões de dólares desde a sua implementação, em 2017, até o início de 2024, proveniente de impostos aplicados sob bebidas açucaradas, com grande parte direcionada para programas educacionais e de cuidados infantis (Philadelphia Co, 2024).

No Brasil, o modelo vigente de tributação faz com que tais bens sejam beneficiados, especialmente em razão da possibilidade de apropriação de créditos do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) das remessas advindas da Zona Franca de Manaus, onde as grandes produtoras se situam. Com a recente aprovação da reforma do sistema tributário e criação do imposto seletivo sobre bebidas adoçadas com açúcar e com edulcorantes, há a oportunidade de alteração desse cenário (Brasil, 2023a). A medida é coerente com as recomendações internacionais e passível de impactar no preço e no consumo desses bens.

Revisões sistemáticas sobre o binômio elasticidade e preço de bebidas açucaradas demonstraram que uma tributação que resulte em um aumento do preço final na ordem de 20% poderia reduzir seu consumo em aproximadamente 32% (Andreyeva *et al.*, 2022). Para a região das Américas, estimou-se que uma tributação sobre bebidas açucaradas que promova aumento de 20% no preço final resultará em redução de 27% nas compras (OPAS, 2021). De forma alinhada, a OMS também recomenda a implementação de uma tributação que eleve em pelo menos 20% o preço final dessas bebidas, reforçando essa abordagem como uma estratégia custo-efetiva para o enfrentamento das DCNT (WHO, 2022a).

2.3.6.2 Experiências no Brasil

No Brasil, apesar da vasta quantidade de evidências que demonstram os impactos negativos do consumo de alimentos ultraprocessados na saúde, na economia e no meio ambiente, as políticas tributárias voltadas para esses produtos ainda não foram implementadas. A adoção de medidas regulatórias é imprescindível para o enfrentamento das DCNT, que têm se mostrado uma das principais causas de morte e incapacidade no País (Monteiro *et al.*, 2019a, 2019b). Enquanto alimentos como biscoitos, salgadinhos de pacote e bebidas adoçadas forem mais acessíveis financeiramente do que alternativas saudáveis, a modificação dos comportamentos alimentares inadequados será um grande desafio, especialmente entre os grupos de menor renda (Teng *et al.*, 2019).

Projeções indicam um aumento alarmante da obesidade no Brasil (World Obesity Federation, 2024), o que ressalta ainda mais a necessidade de tornar os alimentos saudáveis mais acessíveis, à medida que se implementem medidas para que alimentos ultraprocessados sejam menos acessíveis.

A tributação de alimentos ultraprocessados, associada à isenção de tributos sobre alimentos in natura e minimamente processados, pode ser uma estratégia eficaz e equitativa. Um estudo de simulação que considerou a aplicação de uma alíquota de 20% sobre alimentos ultraprocessados e a isenção tributária para frutas e legumes mostrou um impacto potencial na redução do consumo de nutrientes críticos à saúde, sendo particularmente benéfico para as populações de baixa renda (Pereda *et al.*, 2024).

Além disso, a tributação de bebidas adoçadas, com a implementação de alíquotas de 20% e 30% ao longo de 10 anos, foi projetada para reduzir a prevalência da obesidade, respectivamente, em pelo menos 6,3% e 8,7%. Esses tributos também resultariam em uma redução considerável dos custos associados à obesidade, com uma estimativa de economia entre 13,1 e 17,6 bilhões de dólares (Basto-Abreu *et al.*, 2024).

As evidências reforçam a importância da tributação de alimentos prejudiciais à saúde como uma estratégia central de saúde pública, com o potencial de mitigar os crescentes desafios relacionados à obesidade e às DCNT no Brasil. A adoção de medidas tributárias justas e eficientes pode representar uma mudança crucial para melhorar a saúde da população e reduzir os custos das doenças relacionadas à alimentação.

Recomendações para um futuro mais saudável

3.1 REFORMA TRIBUTÁRIA E IMPOSTOS SELETIVOS: UM PASSO A FAVOR DE AMBIENTES E PESSOAS MAIS SAUDÁVEIS

No Brasil, está em andamento uma ampla reforma do sistema tributário, com o intuito de promover transformações estruturais de grande relevância. De forma geral, os principais objetivos desse processo são: simplificar o procedimento de arrecadação, mitigar a cumulatividade dos tributos, promover a equidade fiscal e aprimorar a eficiência econômica. Essa reforma visa, ainda, criar um ambiente mais transparente e previsível para o contribuinte, ao mesmo tempo em que busca equilibrar a distribuição da carga tributária entre os diversos setores da economia, favorecendo, assim, o desenvolvimento sustentável e a competitividade do País.

O modelo tributário vigente é composto por cinco tributos distintos: o Imposto Sobre Serviços (ISS), de competência municipal; o Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), de competência estadual; o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), de competência federal; e as Contribuições Federais para o Programa de Integração Social (PIS) e para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Essa estrutura é excessivamente complexa e onerosa, dificulta o cumprimento das obrigações fiscais e gera distorções econômicas devido à multiplicidade de tributos sobre a produção e o consumo de bens e serviços.



Em 2023, a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n.º 132 representou um marco para o sistema tributário brasileiro, iniciando um processo de reestruturação que se concluirá até 2033 (Brasil, 2023a). A referida EC estabeleceu um novo arranjo tributário: incidência não cumulativa, por meio da implementação do Imposto sobre Valor Agregado (IVA), cuja cobrança dar-se-á exclusivamente sobre o valor agregado em cada etapa da produção, com a finalidade de eliminar a tributação em múltiplos pontos da cadeia produtiva. Em decorrência dessa mudança, os tributos anteriormente existentes, como ISS, ICMS, IPI, PIS e Cofins, foram extintos, sendo substituídos por dois novos tributos: o Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), de competência dos estados e municípios, e a Contribuição sobre Bens e Serviços (CBS), de competência da União.

O novo modelo visa, sobretudo, a unificação da tributação sobre o consumo em âmbito estadual e municipal por meio do IBS, e a fusão do PIS e da Cofins na CBS, com o objetivo de eliminar a cumulatividade e estabelecer normas uniformes de arrecadação. O processo, ao promover a simplificação do sistema tributário, tende a resultar em uma distribuição mais equitativa da carga tributária, ao mesmo tempo em que incrementa a transparência na arrecadação. Consequentemente, espera-se que o novo modelo contribua para ganhos expressivos em termos de eficiência econômica e equidade fiscal (Brasil, 2023a).

Outro avanço histórico proporcionado pela EC foi a instituição dos impostos seletivos sobre a produção, extração, comercialização ou importação de bens e serviços prejudiciais à saúde ou ao meio ambiente. De competência da União e com natureza primordialmente extrafiscal, tais impostos visam corrigir externalidades negativas e incentivar a redução do consumo desses produtos (Brasil, 2023a). A definição da estrutura desses novos impostos, bem como os bens e serviços passíveis de tributação, foi estabelecida no início de 2025, pela Lei Complementar n.º 214, de 16 de janeiro (Brasil, 2025). As alíquotas, por sua vez, deverão ser definidas em Lei Ordinária específica, o que permite uma regulamentação mais ajustada às necessidades econômicas e ambientais do País.

No decorrer de 2024, o governo federal e o Congresso Nacional empreenderam esforços para elaboração e aprovação da referida Lei Complementar (Brasil, 2025). O texto, aprovado no dia 17 de dezembro, estabeleceu a incidência dos impostos seletivos para produtos do tabaco³, bebidas alcoólicas⁴ (com atualização anual de acordo com o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA) e para refrigerantes, além de outros produtos como veículos, aeronaves e embarcações, bens minerais, concursos de prognósticos e *fantasy sport*. A Lei Complementar também estabeleceu alíquota zero do IBS e da CBS para a cesta básica nacional de alimentos⁵, composta majoritariamente por produtos saudáveis e sustentáveis, e para produtos hortícolas, frutas e ovos; ademais, estabeleceu redução de 60% na alíquota do IBS e da CBS para alimentos minimamente processados, bem como para castanhas, óleos e farinhas provenientes da sociobiodiversidade brasileira.

Quanto aos produtos fumígenos e às bebidas alcoólicas, a Lei Complementar definiu estrutura tributária mista para os impostos seletivos, composta por alíquotas *ad valorem* cumuladas com alíquotas específicas. No caso das bebidas alcoólicas, as alíquotas específicas serão determinadas com base no teor alcoólico dos produtos. Para os refrigerantes, ainda não há informações sobre o modelo de imposto seletivo que será aplicado (Brasil, 2025).

.....
³Tabaco não manufaturado (folhas) e desperdícios de tabaco; charutos, cigarrilhas e cigarros, de tabaco ou de seus sucedâneos; narguilé e outros produtos que contenham tabaco, como os destinados à inalação sem combustão.

⁴Cervejas de malte, vinhos, espumantes/champagnes e outros fermentados (sidra, perada, hidromel, saquê etc.); aguardentes, licores e outras bebidas espirituosas (cachaça, uísque, rum, gim, vodka etc.).

⁵Arroz; feijões; leites (fluido pasteurizado e em pó, integral, semidesnatado ou desnatado) e fórmulas infantis, em conformidade com os requisitos de previsão legal específica; manteiga; margarina; óleo de babaçu; raízes e tubérculos; cocos; café; mate; farinha de aveia; farinha de mandioca; farinha de trigo; farinha, grumos e sêmolos de milho; grãos de aveia; grãos de milho; massas alimentícias; açúcar; sal; pão comumente denominado "pão francês"; carnes bovina, suína, ovina, caprina e de aves, e produtos de origem animal; peixes e carnes de peixes; queijos tipo muçarela, minas, prato, coalho, ricota, requeijão, provolone, parmesão, fresco não maturado e do reino; e fórmulas dietoterápicas para erros inatos do metabolismo.

3.2 AVANÇOS E DESAFIOS NA TRIBUTAÇÃO DE PRODUTOS PREJUDICIAIS À SAÚDE

3.2.1 O caso dos produtos do tabaco

O tabagismo permanece como uma das principais preocupações de saúde pública no Brasil. Embora tenha ocorrido uma redução substancial na prevalência de usuários de produtos derivados do tabaco nas últimas décadas, a estabilidade observada mais recentemente evidencia a necessidade de abordar a baixa efetividade na implementação e fiscalização das medidas já existentes. Além dos desafios históricos, como a forte resistência da indústria do tabaco à proibição do uso de aditivos⁶ (Carvalho de Souza *et al.*, 2020), o surgimento de novos produtos derivados do tabaco impõe novos obstáculos (Leventhal *et al.*, 2023; Martins, 2022). Nesse contexto, o fortalecimento das políticas de preços e impostos se torna ainda mais primordial para assegurar que os produtos do tabaco sejam comercializados a preços cada vez mais elevados, sendo essa estratégia contundente para a redução da proporção de tabagistas no País.

No que tange às políticas de preços, é fundamental que o preço mínimo, instituído em 2011, seja reafirmado. Embora tenha ocorrido um aumento no preço mínimo da vintena de cigarros em 2024, passando de R\$ 5,00 para R\$ 6,50 (Brasil, 2024a), esse ajuste ainda se mostra insuficiente para neutralizar o efeito da maior acessibilidade econômica aos cigarros, provocada pela inflação e pelo crescimento da renda da população. Nesse sentido, o fortalecimento da política de preço mínimo do tabaco, por meio de atualizações regulares, é crucial para garantir seu sucesso a longo prazo. Ajustes periódicos nos valores mínimos, alinhados à inflação e ao aumento do poder aquisitivo da população, são necessários para evitar que o tabaco se torne mais acessível ao longo do tempo.

⁶Os aditivos são substâncias adicionadas intencionalmente nos produtos derivados do tabaco para mascarar o gosto ruim da nicotina, disfarçar o cheiro desagradável, reduzir a porção visível da fumaça e diminuir a irritabilidade da fumaça para os não fumantes.

No campo da política fiscal, é imprescindível que a reforma tributária, em andamento no Brasil, assegure que os novos tributos sejam definidos com alíquotas que efetivamente resultem em aumentos no preço dos produtos do tabaco e, em nenhuma hipótese – nem mesmo durante o período de transição para o novo sistema tributário – que adotem alíquotas que resultem na redução do preço final. Outro ponto de extrema relevância é estabelecer a implementação de atualizações contínuas nas alíquotas do imposto seletivo aplicado a esses produtos, superiores à inflação e/ou ao crescimento da renda, a fim de assegurar a eficácia das políticas de enfrentamento ao tabagismo a longo prazo.

É essencial, ainda, garantir que as legislações nacionais englobem todos os produtos derivados do tabaco, sem exceções de qualquer natureza, a fim de garantir a efetividade das medidas de controle e evitar que consumidores migrem para alternativas mais baratas. Políticas tributárias direcionadas exclusivamente aos cigarros não são recomendadas e podem comprometer a efetividade das medidas de controle (Economics for Health, 2020).

Um estudo realizado por economistas da Universidade Católica de Brasília, em colaboração com a Fundação Getúlio Vargas e apoio da Johns Hopkins University, estimou o impacto da reforma tributária na arrecadação e no consumo de cigarros (Divino *et al.*, 2024). A linha de base utilizada foi uma arrecadação anual de R\$ 12,04 bilhões, considerando duas categorias de cigarros: o maço mais barato, com preço médio de R\$ 6,81, e o maço mais caro, com preço médio de R\$ 10,96.

À época do estudo, a estrutura tributária do imposto seletivo ainda não estava definida, de modo que as simulações foram feitas sem considerar a estrutura mista que viria a ser regulamentada pela Lei Complementar (Brasil, 2025). Assim, na ausência de um componente tributário específico, a carga tributária testada foi a mesma para cigarros mais baratos e mais caros. As análises também levaram em conta o preço mínimo legal do cigarro de R\$ 5,00 por maço – em vigor no Brasil na data em que o estudo foi realizado.

Considerando um IVA *dual* de 27%, o estudo formulou dois cenários distintos (Divino *et al.*, 2024). O primeiro cenário simulou um imposto seletivo de 171%, com o objetivo de replicar a arrecadação tributária

atual sobre cigarros (R\$ 1,002 bilhão/mês). Nesse cenário, a carga tributária reduziria de 73% para 69%. O preço das marcas mais caras aumentaria para R\$ 12,79, enquanto as mais baratas cairiam para R\$ 6,19, em média, o que resultaria em queda de 12% no consumo das marcas mais caras, mas em um aumento de 8% no consumo das marcas mais baratas.

O segundo cenário simulou um imposto seletivo de 232%. A carga tributária aumentaria para 75% e a arrecadação tributária total seria maximizada em cerca de 4% (R\$ 1,045 bilhão/mês), assumindo que as receitas seriam alocadas entre os estados conforme com o consumo de cigarros. Nesse cenário, tanto o consumo das marcas mais caras quanto das mais baratas apresentaria reduções significativas, de 35% e 9%, respectivamente. Esse segundo cenário, portanto, se revelou como o mais vantajoso, tanto sob a ótica da saúde pública quanto fiscal.

3.2.2 O caso das bebidas alcoólicas

O álcool é uma substância psicoativa com efeitos tóxicos, de baixo preço, fácil acesso e elevada aceitação social. Seu consumo representa uma preocupação crescente no campo da saúde pública. Apesar de seus nefastos impactos à saúde individual e coletiva, seu consumo vem aumentando no País, especialmente entre as mulheres e os mais jovens – inclusive os menores de idade. Esse cenário preocupante se torna ainda mais crítico diante da crescente disponibilidade de novos produtos no mercado: são as bebidas alcólicas saborizadas, de sabor doce, com embalagens atraentes, geralmente com preço baixo, de teor alcoólico igual ou superior à cerveja e com aparência e gosto parecidos com refrigerantes ou sucos de frutas. Essas características favorecem o uso de álcool por adolescentes, funcionando como uma espécie de porta de entrada para a iniciação ao uso do álcool (Benowitz-Fredericks; Livingston, 2019). Por todas essas razões, a produção e comercialização de bebidas alcoólicas devem, em todos os contextos, atender aos interesses públicos e resguardar a saúde pública.

No que tange à política de preços e tributos, independentemente do modelo a ser adotado, o mais importante é garantir que as bebidas alcoólicas sejam comercializadas a preços cada vez mais elevados e menos acessíveis, não sendo recomendada a permissão de práticas

promocionais, como a aplicação de descontos (diretos ou indiretos), o oferecimento de "dose-dupla" e outras estratégias de facilitação do acesso econômico (OPAS, 2019a).

No contexto da reforma tributária brasileira, é crucial garantir que os novos tributos adotem alíquotas que efetivamente aumentem o preço das bebidas alcoólicas ou que, minimamente, mantenham o nível de tributação existente, não sendo aconselhável a redução da carga tributária – nem mesmo em casos específicos ou durante o período de transição do sistema tributário, sob pena de promover aumento do consumo, isto é, do risco à saúde e à vida (AIHW, 2020; NHS Health Scotland, 2019). Outro aspecto de fundamental importância é assegurar a atualização contínua dos preços de acordo com a inflação, garantindo que os preços reais dos produtos não diminuam ao longo do tempo.

A estrutura tributária adotada pela Lei Complementar n.º 214, de 16 de janeiro de 2025 (Brasil, 2025), prevê um modelo misto, composto por alíquotas *ad valorem*, a serem aplicadas a todos os produtos alcoólicos, cumuladas com alíquotas específicas, a serem definidas de acordo com o teor alcoólico dos produtos. Esta é uma das estruturas tributárias consideradas pela Organização Mundial da Saúde como efetivas para garantir que as bebidas alcoólicas sejam tributadas conforme os danos que causam (WHO, 2023b).

Cabe destacar que o risco à saúde não varia de acordo com o tipo da bebida consumida, e sim de acordo com a quantidade de álcool ingerido, pois é esta a substância severamente prejudicial à saúde (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018; WHO, 2018a). Ocorre, contudo, que bebidas de maior teor alcoólico, como é o caso da cachaça, por exemplo, por conter maior quantidade de etanol em sua composição, são potencialmente mais prejudiciais à saúde, se consumidas na mesma quantidade de bebidas de menor teor alcoólico.

No caso brasileiro, considerando que 90% do álcool consumido é referente às cervejas (Divino *et al.*, 2024), é fundamental que a alíquota *ad valorem* seja suficientemente alta para impactar expressivamente o preço. É, ainda, indispensável que não haja exceções ou isenções tributárias para determinados tipos de bebidas alcoólicas, independentemente do tipo de bebida e do modo de produção, seja artesanal ou industrial.

Estudo conduzido por economistas da Universidade Católica de Brasília, em parceria com a Fundação Getúlio Vargas e com apoio da Johns Hopkins University, realizou simulações de cenários com aplicação de diferentes alíquotas sobre a cerveja para observar o impacto na arrecadação e no consumo (Divino *et al.*, 2024). Foi utilizada como linha de base a arrecadação anual de R\$ 37,34 bilhões, uma carga tributária de 36,89% e uma elasticidade-preço de -0,62. À época do estudo, a estrutura tributária ainda não estava definida, por isso a simulação foi feita sem considerar o modelo misto que veio a ser adotado pela Lei Complementar (Brasil, 2025).

O primeiro cenário simulou um imposto seletivo de 23,05%, com o objetivo de replicar a arrecadação tributária atual de R\$ 37,34 bilhões. Nesse caso, a carga tributária reduziria para 34,5%, o que levaria a um aumento desastroso do consumo em 2,26%. O segundo cenário simulou um imposto seletivo de 34%, levando a arrecadação para R\$ 43,87 bilhões, a carga tributária para 39% e a redução do consumo em 3%. Já o terceiro simulou um imposto seletivo de 110%, cuja arrecadação seria elevada ao patamar de R\$ 65,56 bilhões, aumentando a carga tributária para 60% e reduzindo o consumo em 36%. Esse terceiro cenário se revela o mais vantajoso, tanto do ponto de vista da saúde pública quanto fiscal, pois identifica a alíquota que representa o ponto de equilíbrio ideal entre a redução do consumo e a maximização da arrecadação (Divino *et al.*, 2024).

3.2.3 O caso dos alimentos ultraprocessados

O aumento contínuo do consumo de alimentos ultraprocessados na dieta dos brasileiros é motivo de grande preocupação, devido aos impactos adversos previstos para a saúde pública nas próximas décadas (Levy *et al.*, 2022; Louzada *et al.*, 2023). Esse fenômeno está parcialmente associado ao fato de os alimentos ultraprocessados serem comercializados a preços inferiores aos in natura e minimamente processados (Andrade *et al.*, 2024). Além disso, estratégias de marketing sofisticadas e o uso de aditivos alimentares, que alteram as características sensoriais dos produtos, como aromatizantes, corantes, edulcorantes, emulsionantes, espessantes, entre outros, tornam esses alimentos mais atrativos (Monteiro *et al.*, 2019). Combinados aos preços

baixos, viabilizados principalmente por grandes indústrias, esses fatores geram uma assimetria de forças que dificulta as escolhas alimentares mais saudáveis por parte dos consumidores (Monteiro *et al.*, 2019).

Esses desafios se intensificam quando se considera a faixa etária de crianças e adolescentes, que são particularmente suscetíveis à influência do marketing e estão em processo de formação de hábitos e preferências alimentares, as quais tendem a persistir ao longo da vida (WHO, 2016a). Diante desse cenário, é fundamental que o Estado brasileiro, em seu compromisso com a saúde pública, adote medidas eficazes para proteger a população, implementando uma política tributária que favoreça a promoção de uma alimentação adequada e saudável.

No contexto da reforma tributária no Brasil, e com base nos princípios do *Guia Alimentar* (Brasil, 2014), foi estabelecida a alíquota zero para a cesta básica, composta majoritariamente por produtos saudáveis e sustentáveis, além de isenções para hortícolas, frutas e ovos. A reforma também previu uma redução de 60% nas alíquotas para alimentos minimamente processados e para produtos derivados da sociobiodiversidade brasileira, como castanhas, óleos e farinhas (Brasil, 2025).

Em relação aos alimentos ultraprocessados, a reforma tributária empreendeu um avanço ao incluir os refrigerantes sob a incidência de um imposto seletivo (Brasil, 2025). Esses produtos, cada vez mais acessíveis, têm impactos profundamente negativos para a saúde, especialmente devido à sua associação com doenças crônicas. Contudo, como a inclusão no rol de bebidas adoçadas se restringe aos refrigerantes, existe a possibilidade de migração do consumo para outras bebidas adoçadas que não estão sujeitas à tributação (Popkin; Ng, 2021), o que pode, no futuro, ensejar uma ampliação da legislação para englobar todas as bebidas que contenham açúcares livres ou edulcorantes, como sucos em pó, refrescos, néctares de frutas, leites aromatizados, achocolatados, bebidas energéticas, entre outras.

A reforma tributária brasileira, ao incluir os refrigerantes no rol de produtos sujeitos a um imposto seletivo, alinha-se a práticas internacionais amplamente reconhecidas como exitosas. Para que essa estratégia se mostre efetiva no contexto nacional, é fundamental garantir que a alíquota seja suficientemente alta, de modo a tornar os refrigerantes menos acessíveis à população.

Ao limitar o alcance da medida exclusivamente aos refrigerantes, o País perde uma oportunidade estratégica de fortalecer a defesa da saúde pública. A inclusão de um conjunto mais amplo de alimentos e bebidas ultraprocessados – como macarrão instantâneo, margarina, salsichas, hambúrgueres, nuggets, biscoitos com edulcorantes, waffles, temperos prontos, sopas em pó, sucos em pó, iogurtes adoçados e bebidas lácteas aromatizadas – teria ampliado consideravelmente o impacto positivo da medida. Apesar dessa limitação, a reforma inicia um caminho importante e o futuro permanece em aberto, aguardando novos desdobramentos na implementação de políticas mais abrangentes e eficazes.

Um futuro mais saudável é possível

Há várias décadas, o movimento pela reforma sanitária consolidou a visão de que o desenvolvimento social e econômico de um país está profundamente interligado à saúde de sua população. A saúde impulsiona a produtividade, a criatividade e a prosperidade de uma sociedade, tornando-se, portanto, um investimento essencial.

As projeções para o futuro, em contraposição, indicam um cenário alarmante, caracterizado pelo estreitamento da base da pirâmide populacional, aumento da população idosa, crescimento crítico da obesidade, aumento do consumo de alimentos ultraprocessados e de bebidas alcoólicas, além do aumento do tabagismo entre os jovens. As doenças crônicas não transmissíveis, como doenças cardiovasculares, diabetes e cânceres, já são responsáveis pela maior parte das mortes e adoecimentos no País, e a tendência é que essa situação se agrave severamente. Esse quadro, além de gerar dor e sofrimento para as pessoas e suas famílias, resulta em empobrecimento, compromete o potencial produtivo da sociedade e sobrecarrega o sistema público de saúde. Trata-se de um cenário preocupante que exige ações imediatas e eficazes.

Apesar disso, há razões para acreditar que a construção de um outro futuro é possível. Desde 2023, o governo federal tem reafirmado seu compromisso no enfrentamento das desigualdades e na promoção da saúde, com base em evidências científicas e na valorização da vida como princípios centrais. Entre as iniciativas para construir um Brasil mais justo, saudável e sustentável, destaca-se o esforço para implementar uma reforma tributária abrangente que, entre outras potencialidades, estabeleceu uma política tributária comprometida com a promoção da saúde.



Os impostos seletivos têm como objetivo estimular o consumo de alimentos mais saudáveis, por meio da redução de alíquotas sobre alimentos benéficos à saúde, ao mesmo tempo em que desencorajam o consumo de produtos prejudiciais, como derivados do tabaco, bebidas alcoólicas e refrigerantes. Essa política tributária visa não apenas a proteção da saúde pública, mas também a redução das desigualdades em saúde. Os impostos exercem maior impacto sobre os grupos de menor renda – que são, em geral, mais vulneráveis aos efeitos adversos desses produtos – e geram recursos adicionais que podem ser reinvestidos em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Ao incentivar escolhas alimentares mais benéficas e desencorajar o uso de produtos nocivos, desempenham um papel importante na prevenção de doenças que afetam com maior gravidade as populações mais vulneráveis, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e promovendo uma sociedade mais justa e saudável.

Embora a criação dos impostos seletivos represente um marco histórico para a saúde pública brasileira, é fundamental reconhecer que a reforma tributária ainda está em andamento, sendo alvo de intensas disputas políticas e econômicas. Enquanto o setor da saúde celebra a criação dos impostos seletivos, é necessário assegurar que sua implementação resulte em avanços factuais. No curto e médio prazo, é essencial garantir que as alíquotas a serem definidas em Lei Ordinária sejam suficientemente altas para que os impostos cumpram sua função extrafiscal de desestimular o consumo e proteger a saúde pública. A longo prazo, será necessário monitorar e avaliar o impacto dessa medida, além de expandir o rol de produtos prejudiciais à saúde passíveis de tributação.

Para que isso aconteça, é imprescindível que o Brasil assuma um compromisso político no mais alto nível, reconhecendo que essa medida não é apenas uma estratégia eficaz, mas um compromisso ético em prol da saúde coletiva. Tais desafios exigem mais do que decisões governamentais: é necessária uma aliança sólida entre os três poderes, os entes federados, a sociedade civil, a academia e os diversos setores sociais. Apenas com a construção de um pacto coletivo e da união de esforços será possível implementar mudanças estruturais que garantam um futuro mais justo, saudável e sustentável para todos.

Referências



ADAMS, J.; HOFMAN, K.; MOUBARAC, J.-C.; THOW, A. M. Public health response to ultra-processed food and drinks. **BMJ**, [s. l.], p. m2391, 26 jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2391>.

ALBUQUERQUEMELLO, V. P. de; PAES, N. L. **Tributação de cigarros sob a presença de contrabando**. [s. l.]: IECS, 2022.

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. **O Lado Oculto das Bebidas Açucaradas**: Doenças, mortes e custos para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://evidencias.tributosaudavel.org.br/lado-oculto/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

ALIANÇA DE CONTROLE DO TABAGISMO. **Tributação de bebidas e alimentos não saudáveis no mundo**. São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2021b.

ANASTASIOU, K.; BAKER, P.; HADJIKAKOU, M.; HENDRIE, G. A.; LAWRENCE, M. A conceptual framework for understanding the environmental impacts of ultra-processed foods and implications for sustainable food systems. **Journal of Cleaner Production**, [s. l.], v. 368, p. 133155, set. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2022.133155>.

ANDERSON, B. O.; BERDZULI, N.; ILBAWI, A.; KESTEL, D.; KLUGE, H. P.; KRECH, R.; MIKKELSEN, B.; NEUFELD, M.; POZNYAK, V.; REKVE, D.; SLAMA, S.; TELLO, J.; FERREIRA-BORGES, C. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. **The Lancet Public Health**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. e6-e7, jan. 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6).

ANDRADE, G. C.; CALDEIRA, T. C. M.; MAIS, L. A.; BORTOLETTO MARTINS, A. P.; CLARO, R. M. Food price trends during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Plos One**, [s. l.], v. 19, n. 5, p. e0303777, 23 maio 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303777>.

ANDREYEVA, T.; MARPLE, K.; MARINELLO, S.; MOORE, T. E.; POWELL, L. M. Outcomes Following Taxation of Sugar-Sweetened Beverages: a Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA Network Open**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. e2215276, 1 jun. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.15276>.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **Alcohol, tobacco & other drugs in Australia, Alcohol**. Canberra: AIHW, 2020. Web Report. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol/alcohol-tobacco-other-drugs-australia/contents/drug-types/alcohol>. Acesso em: 27 mar. 2025.

BARBARESCO, J.; BRÖDER, J.; CONRAD, J.; SZCZERBA, E.; LANG, A.; SCHLESINGER, S. Ultra-processed food consumption and human health: an umbrella review of systematic reviews with meta-analyses. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, [s. l.], p. 1-9, 16 fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1080/10408398.2024.2317877>.

BASTO-ABREU, A.; TORRES-ALVAREZ, R.; BARRIENTOS-GUTIERREZ, T.; PEREDA, P.; DURAN, A. C. Estimated reduction in obesity prevalence and costs of a 20% and 30% ad valorem excise tax to sugar-sweetened beverages in Brazil: A modeling study. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 7, p. e1004399, 17 jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004399>.

BASTOS, F. I. P. M. III **Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, 2017. Relatório de Pesquisa. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BATIS, C.; RIVERA, J. A.; POPKIN, B. M.; TAILLIE, L. S. First-Year Evaluation of Mexico's Tax on Nonessential Energy-Dense Foods: An Observational Study. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 7, p. e1002057, 5 jul. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002057>.

BENOWITZ-FREDERICKS, C.; LIVINGSTON, B. **Alcopops 2020: Time to End Big Alcohol's Predation on Youth**. San Rafael, CA: Alcohol Justice, 2019. Disponível em: <https://alcoholjustice.org/wp-content/uploads/2024/02/alcopops2020-web.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BEUTEL, M. W.; HARMON, T. C.; NOVOTNY, T. E.; MOCK, J.; GILMORE, M. E.; HART, S. C.; TRAINA, S.; DUTTAGUPTA, S.; BROOKS, A.; JERDE, C. L.; HOH, E.; VAN DE WERFHORST, L. C.; BUTSIC, V.; WARTENBERG, A. C.; HOLDEN, P. A. A Review of Environmental Pollution from the Use and Disposal of Cigarettes and Electronic Cigarettes: Contaminants, Sources, and Impacts. **Sustainability**, [s. l.], v. 13, n. 23, p. 12994, 24 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/su132312994>.

BÍRÓ, A. Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? **Food Policy**, [s. l.], v. 54, p. 107-115, jul. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2015.05.003>.

BODEN, J. M.; FERGUSON, D. M. Alcohol and depression. **Addiction**, [s. l.], v. 106, n. 5, p. 906-914, maio 2011. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>.

BORGES, G.; BAGGE, C. L.; CHERPITEL, C. J.; CONNER, K. R.; OROZCO, R.; ROSSOW, I. A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. **Psychological Medicine**, [s. l.], v. 47, n. 5, p. 949-957, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>.

BRASIL. **Lei nº 10.702, de 14 de julho de 2003.** Altera a Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, 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. Brasília, DF, 14 jul. 2003a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10702.htm#:~:text=LEI%20No%2010.702%2C%20DE%2014%20DE%20JULHO%20DE%202003.&text=Altera%20a%20Lei%20no,220%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20Federal. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.167, de 27 de dezembro de 2000.** Altera dispositivos da Lei no 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Brasília, DF, 27 dez. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10167.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.127, de 31 de julho de 2024.** Altera o Decreto nº 7.212, de 15 de junho de 2010, para retomar a política de aumento da alíquota específica do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI incidente sobre cigarros e do preço mínimo de venda desses produtos no varejo. Brasília, DF, 31 jul. 2024a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2024/decreto-12127-31-julho-2024-796021-publicacaooriginal-172520-pe.html>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 132, de 20 dezembro de 2023.** Altera o Sistema Tributário Nacional. Brasília, DF, 20 dez. 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc132.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.936, de 5 março de 2024.** Dispõe sobre a composição da cesta básica de alimentos no âmbito da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e da Política Nacional de Abastecimento Alimentar. seq. Brasília, DF, 5 mar. 2024b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/d11936.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.** Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4.º do art. 220 da Constituição Federal. Brasília, DF, 15 jul. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9294.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009.** Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. Brasília, DF, 16 jun. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l11947.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 11.821, de 12 de dezembro de 2023.** Dispõe sobre os princípios, os objetivos, os eixos estratégicos e as diretrizes que orientam as ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar. Brasília, DF, 12 dez. 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/d11821.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 7.488, de 11 de junho de 1986.** Estabelece normas para a divulgação de advertências sobre os malefícios do tabagismo nos maços de cigarro. seç. Brasília, DF, 11 jun. 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1980-1988/l7488.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.656, de 19 de agosto de 2011.** Exclui produtos do regime tributário de que trata o art. 1º da Lei nº 7.798, de 10 de julho de 1989, altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados – Tipi, aprovada pelo Decreto nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011, e altera o Decreto nº 7.555, de 19 de agosto de 2011. Brasília, DF, 29 jan. 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8656.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%208.656%2C%20DE%2029%20DE%20JANEIRO%20DE%202016&text=1%C2%BA%20da%20Lei%20n%C2%BA%207.798,19%20de%20agosto%20de%202011. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 214, de 16 de janeiro de 2025.** Institui o Imposto sobre Bens e Serviços (IBS), a Contribuição Social sobre Bens e Serviços (CBS) e o Imposto Seletivo (IS); cria o Comitê Gestor do IBS e altera a legislação tributária. Brasília, DF, 16 jan. 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp214.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.546, de 14 de dezembro de 2011.** Institui o Regime Especial de Reintegração de Valores Tributários para as Empresas Exportadoras (Reintegra); dispõe sobre a redução do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) à indústria automotiva; altera a incidência das contribuições previdenciárias devidas pelas empresas que menciona; altera as Leis nº 11.774, de 17 de setembro de 2008, nº 11.033, de 21 de dezembro de 2004, nº 11.196, de 21 de novembro de 2005, nº 10.865, de 30 de abril de 2004, nº 11.508, de 20 de julho de 2007, nº 7.291, de 19 de dezembro de 1984, nº 11.491, de 20 de junho de 2007, nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, e nº 9.294, de 15 de julho de 1996, e a Medida Provisória nº 2.199-14, de 24 de agosto de 2001; revoga o art. 1º da Lei nº 11.529, de 22 de outubro de 2007, e o art. 6º do Decreto-Lei nº 1.593, de 21 de dezembro de 1977, nos termos que especifica; e dá outras providências. Brasília, DF, 14 dez. 2011a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12546.htm. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Relatório Final do Grupo de Trabalho instituído pela Portaria no 263, de 23 de março de 2019.** Brasília, DF: MJSP, 2019. Disponível em: <https://opara.nyc3.cdn.digitaloceanspaces.com/ojoio/uploads/2023/04/11-19.08.09-9406230-Relatorio-Final.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 802, de 8 de outubro de 1998.** Habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na PNAN. Brasília, DF: MS, 8 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0802_15_04_2020.html. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.** Brasília, DF: MS 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** 1a edição. Brasília, DF: MS, 2011b. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição.** 1a. ed. Brasília, DF: MS, 2003b. (Série B--Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** 1. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade.** Brasília, DF: MS, 2023c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 ano.** Brasília, DF: MS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf/view>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira.** Brasília, DF: MS, 2014. (Articulação Interfederativa).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 802, de 14 de abril de 2020.** Habilita Estados, Distrito Federal e Municípios ao recebimento de incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, com base na PNAN. Brasília, DF: MS, 14 abr. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0802_15_04_2020.html. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Conjunta N.º 263/2024-SVSA/SAPS/SAES/MS. seq. SVSA/SAPS/SAES/MS.** Brasília, DF: MS, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-263-2024-svsa-saps-saes-ms.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2023:** tabagismo e consumo abusivo de álcool. Brasília, DF: MS, 2024b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2023**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: MS, 2024c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)**: Implementação de um programa nacional voltado para a prevenção e cessação do tabagismo. Brasília, DF: MS, 1989.

BRASIL. Secretaria da Receita Federal. **Nota de Esclarecimento**. Brasília, DF: RFB, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/receitafederal/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/nota-de-esclarecimento>. Acesso em: 25 mar. 2025.

BRIGGS, A. D. M.; MYTTON, O. T.; KEHLBACHER, A.; TIFFIN, R.; RAYNER, M.; SCARBOROUGH, P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. **BMJ**, [s. l.], v. 347, n. oct31 4, p. f6189–f6189, 31 out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.f6189>.

CAMARGO, J. M. **Efeito da Tributação de Alimentos Ultraprocessados na Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 2023. 78 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/6758e389-27c7-46ba-ab98-6ace7e5a343c/content>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CARO, J. C.; CORVALÁN, C.; REYES, M.; SILVA, A.; POPKIN, B.; TAILLIE, L. S. Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 15, n. 7, p. e1002597, 3 jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002597>.

CARVALHO DE SOUZA, M.; GIUNTA, D. H.; SZKLO, A. S.; ALMEIDA, L. M. D.; SZKLO, M. The tobacco epidemic curve in Brazil: Where are we going? **Cancer Epidemiology**, [s. l.], v. 67, p. 101736, ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2020.101736>.

CHIKRITZHS, T.; LIVINGSTON, M. Alcohol and the Risk of Injury. **Nutrients**, [s. l.], v. 13, n. 8, p. 2777, 13 ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13082777>.

CHUNG, T.; CRESWELL, K. G.; BACHRACH, R.; CLARK, D. B.; MARTIN, C. S. Adolescent Binge Drinking. **Alcohol research: current reviews**, United States, v. 39, n. 1, p. 5-15, 2018. .

COLCHERO, M. A.; MOLINA, M.; GUERRERO-LÓPEZ, C. M. After Mexico Implemented a Tax, Purchases of Sugar-Sweetened Beverages Decreased and Water Increased: Difference by Place of Residence, Household Composition, and Income Level. **The Journal of Nutrition**, [s. l.], v. 147, n. 8, p. 1552-1557, ago. 2017. DOI: <https://doi.org/10.3945/jn.117.251892>.

COLCHERO, M. A.; POPKIN, B. M.; RIVERA, J. A.; NG, S. W. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. **BMJ**, [s. l.], p. h6704, 6 jan. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.h6704>.

COLCHERO, M. A.; RIVERA-DOMMARCO, J.; POPKIN, B. M.; NG, S. W. In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. **Health Affairs**, [s. l.], v. 36, n. 3, p. 564-571, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.1231>.

COLETRO, H. N.; BRESSAN, J.; DINIZ, A. P.; HERMSDORFF, H. H. M.; PIMENTA, A. M.; MEIRELES, A. L.; MENDONÇA, R. D. D.; CARRARO, J. C. C. Habitual polyphenol intake of foods according to NOVA classification: implications of ultra-processed foods intake (CUME study). **International Journal of Food Sciences and Nutrition**, [s. l.], v. 74, n. 3, p. 338-349, 3 abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1080/09637486.2023.2190058>.

COLÔMBIA. **Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria para la igualdad y la justicia social y se dictan otras disposiciones, Artículos 47, 48 y 49 (Impuesto Nacional al Carbono)**. 2022. Disponível em: <https://www.minambiente.gov.co/documento-normativa/ley-2277-de-2022/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CONNOR, J. Alcohol consumption as a cause of cancer. **Addiction**, [s. l.], v. 112, n. 2, p. 222-228, fev. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13477>.

DA SILVA, J. T.; GARZILLO, J. M. F.; RAUBER, F.; KLUCZKOWSKI, A.; RIVERA, X. S.; DA CRUZ, G. L.; FRANKOWSKA, A.; MARTINS, C. A.; DA COSTA LOUZADA, M. L.; MONTEIRO, C. A.; REYNOLDS, C.; BRIDLE, S.; LEVY, R. B. Greenhouse gas emissions, water footprint, and ecological footprint of food purchases according to their degree of processing in Brazilian metropolitan areas: a time-series study from 1987 to 2018. **The Lancet Planetary Health**, [s. l.], v. 5, n. 11, p. e775-e785, 1 nov. 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00254-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00254-0).

DARVISHI, N.; FARHADI, M.; HAGHTALAB, T.; POOROLAJAL, J. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 10, n. 5, p. e0126870, 20 maio 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>.

DARVISHI, N.; FARHADI, M.; HAGHTALAB, T.; POOROLAJAL, J. Correction: Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: a Meta-Analysis. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 15, n. 10, p. e0241874, 29 out. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241874>.

DELPINO, F. M.; FIGUEIREDO, L. M.; BIELEMANN, R. M.; DA SILVA, B. G. C.; DOS SANTOS, F. S.; MINTEM, G. C.; FLORES, T. R.; ARCÊNCIO, R. A.; NUNES, B. P. Ultra-processed food and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **International Journal of Epidemiology**, [s. l.], v. 51, n. 4, p. 1120-1141, 10 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab247>.

DIVINO, J. A. *et al.* Tax Reform and Selective Tax on Alcoholic Beverages in Brazil. **Tobacconomics Working Paper Series**, [s. l.], v. No. 24, 2024. Disponível em: www.tobacconomics.org/research/tax-reform-andselective-tax-on-alcohol-beverages-in-brazil-working-paper-series/. Acesso em: 25 mar. 2025.

DIVINO, J. A.; CANDIDO, O.; EHRL, P.; VALADÃO, M.; IGLESIAS, G. R. Tax Reform and Selective Tax on Tobacco in Brazil. **Tobacconomics Working Paper Series**, [s. l.], n. 24, 2024. Disponível em: <https://www.economicsforhealth.org/files/research/906/20240227-tobacconomics-wp-ucb-tob-ref-sim-prelim-formatted-md.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

DIVINO, J. A.; EHRL, P.; CANDIDO, O.; VALADÃO, M.; IGLESIAS, G. R. Tobacco tax reform and demandswitching effects between the licit and illicit markets in Brazil. **Tobacconomics Working Paper Series**, [s. l.], 2022. Disponível em: <https://www.economicsforhealth.org/files/research/788/20220810-wp-ucb-2021-clean-md-2.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

ECONOMICS FOR HEALTH. **Política Tributária do Cigarro no Brasil**: Tendências recentes, desafios atuais e caminhos a seguir. [S. l.]: Tobacconomics, 2020. Disponível em: [https://www.economicsforhealth.org/uploads/UIC_Brazil%20Policy%20Note_Port_v2-0%20\(1\).pdf](https://www.economicsforhealth.org/uploads/UIC_Brazil%20Policy%20Note_Port_v2-0%20(1).pdf). Acesso em: 25 mar. 2025.

ELDER, R. W.; LAWRENCE, B.; FERGUSON, A.; NAIMI, T. S.; BREWER, R. D.; CHATTOPADHYAY, S. K.; TOOMEY, T. L.; FIELDING, J. E. The Effectiveness of Tax Policy Interventions for Reducing Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 38, n. 2, p. 217–229, fev. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005>.

FALBE, J.; GRUMMON, A. H.; KRIEGER, J. W. Sugar-Sweetened Beverage Taxes and Population Health Outcomes. **JAMA Pediatrics**, [s. l.], v. 176, n. 2, p. 129, 1 fev. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5051>.

FINKELSTEIN, E. A.; DIBONAVENTURA, M. daCosta; BURGESS, S. M.; HALE, B. C. The Costs of Obesity in the Workplace. **Journal of Occupational & Environmental Medicine**, [s. l.], v. 52, n. 10, p. 971–976, out. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f274d2>.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **The global tobacco epidemic and food security**: the impact of tobacco farming. Rome: FAO, 2020.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (org.). **The state of food insecurity in the world 2014**: strengthening the enabling environment for food security and nutrition. Rome: FAO, 2014.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION. **The State of Food Security and Nutrition in the World 2022**. Rome: FAO, 2022. DOI 10.4060/cc0639en. Disponível em: <http://www.fao.org/documents/card/en/c/cc0639en>. Acesso em: 25 mar. 2025.

FORÇA-TAREFA DE POLÍTICA FISCAL DE SAÚDE. **Impostos a favor da saúde para salvar vidas**: adoção de eficazes impostos sobre consumo de tabaco, álcool, e bebidas açucaradas. Nova York: Bloomberg Philanthropies, 2019. Disponível em: <https://assets.bbhub.io/dotorg/sites/2/2020/05/Task-Force-Portuguese.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2025.

FREITAS, P. C.; SILVA, L. E. S.; OLIVEIRA, P. P. V.; GOUVÊA, E. C. D. P.; FRONTEIRA, I.; MACHADO, I. E.; MALTA, D. C.; FERRINHO, P. Cálculo do indicador de consumo de álcool per capita no Brasil: uso de dados nacionais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, e54, 2024. DOI: 10.26633/RPSP.2024.54.

GBD 2016 ALCOHOL COLLABORATORS. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10152, p. 1015–1035, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).

GBD 2017 CAUSES OF DEATH COLLABORATORS. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. **The Lancet**, v. 392, n.10159, p. 1736–1788, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7).

GBD 2019 RISK FACTORS COLLABORATORS. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1223–1249, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2).

GBD 2019 TOBACCO COLLABORATORS. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019 [published correction appears in *Lancet*. 2021 Jun 19;397(10292):2336. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01282-4.]. **The Lancet**, v. 397, n. 10292, p. 2337–2360, 2021. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01169-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01169-7)

GILMORE, A. B.; FOOKS, G.; DROPE, J.; BIALOUS, S. A.; JACKSON, R. R. Exposing and addressing tobacco industry conduct in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, [s. l], v. 385, n. 9972, p. 1029–1043, mar. 2015. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60312-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60312-9).

GOODCHILD, M.; PERUCIC, A.-M.; NARGIS, N. Modelling the impact of raising tobacco taxes on public health and finance. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l], v. 94, n. 4, p. 250–257, 1 abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.15.164707>.

GRANT, B. F.; GOLDSTEIN, R. B.; SAHA, T. D.; CHOU, S. P.; JUNG, J.; ZHANG, H.; PICKERING, R. P.; RUAN, W. J.; SMITH, S. M.; HUANG, B.; HASIN, D. S. Epidemiology of DSM-5 Alcohol Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. **JAMA Psychiatry**, [s. l], v. 72, n. 8, p. 757, 1 ago. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>.

HALL, K. D.; AYUKETAH, A.; BRYCHTA, R.; CAI, H.; CASSIMATIS, T.; CHEN, K. Y.; CHUNG, S. T.; COSTA, E.; COURVILLE, A.; DARCEY, V.; FLETCHER, L. A.; FORDE, C. G.; GHARIB, A. M.; GUO, J.; HOWARD, R.; JOSEPH, P. V.; MCGEHEE, S.; OUWERKERK, R.; RAISINGER, K.; ROZGA, I.; STAGLIANO, M.; WALTER, M.; WALTER, P. J.; YANG, S.; ZHOU, M. Ultra-Processed Diets Cause Excess Calorie Intake and Weight Gain: An Inpatient Randomized Controlled Trial of Ad Libitum Food Intake. **Cell. Metabolism**, [s. l], v. 30, n. 1, p. 67–77.e3, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.05.008>.

HAMANO, S.; SAWADA, M.; AIHARA, M.; SAKURAI, Y.; SEKINE, R.; USAMI, S.; KUBOTA, N.; YAMAUCHI, T. Ultra-processed foods cause weight gain and increased energy intake associated with reduced chewing frequency: A randomized, open-label, crossover study. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, [s. l.], v. 26, n. 11, p. 5431–5443, nov. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1111/dom.15922>.

HASSAN, B. K. **Tributação de bebidas e alimentos não-saudáveis no mundo: experiências internacionais e seus impactos**. São Paulo, SP: ACT Promoção da Saúde, 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométrica**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. Brasil e Grande regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2019**. [S. l.]: IBGE, 2021.

IGLESIAS, R. M. Increasing excise taxes in the presence of an illegal cigarette market: the 2011 Brazil tobacco tax reform. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 40, p. 243–249, out. 2016.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. **GBD Compare**. [S. l.]: IHME, 2021. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em: 22 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Aumento de impostos sobre produtos de tabaco: apresentação e orientações técnicas**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Relatório Técnico. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//manual-dia-mundial-sem-tabaco-inca-2014.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro (CONICQ)**. Rio de Janeiro: INCA, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/comissao-nacional-para-implementacao-da-convencao-quadro-conicq/reunioes>. Acesso em: 27 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Convenção-quadro para o controle do tabaco**: texto oficial. Rio de Janeiro: INCA, 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>. Acesso em: 22 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Gastos federais atuais e futuros com os cânceres atribuíveis aos fatores de risco relacionados à alimentação, nutrição e atividade física no Brasil**. Rio de Janeiro: Fábrica de Ideias Brasileiras, 2022a.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tabagismo e Saúde**. Rio de Janeiro: INCA, 2022b.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. **A review of human carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustions**. Lyon: IARC, 2012. (IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans, 100).

JENSEN, J. D.; SMED, S. The Danish tax on saturated fat – Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. **Food Policy**, [s. l.], v. 42, p. 18–31, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2013.06.004>.

JHA, P.; ASIAN DEVELOPMENT BANK (org.). **Tobacco taxes: a win-win measure for fiscal space and health**. Mandaluyong City: [s. n.], 2012.

KICKBUSCH, I.; ALLEN, L.; FRANZ, C. The commercial determinants of health. **The Lancet Global Health**, [s. l.], v. 4, n. 12, p. e895–e896, 1 dez. 2016. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0).

LACERDA, E. M. D. A.; BERTONI, N.; ALVES-SANTOS, N. H.; CARNEIRO, L. B. V.; SCHINCAGLIA, R. M.; BOCCOLINI, C. S.; CASTRO, I. R. R. D.; ANJOS, L. A. D.; BERTI, T. L.; KAC, G.; RODRIGUES FARIAS, D.; DE FREITAS, M. B.; NORMANDO, P.; ANDRADE, P. G. Minimum dietary diversity and consumption of ultra-processed foods among Brazilian children 6–23 months of age. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 39, e00081422, 2023. Suppl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xen081422>.

LACY-NICHOLS, J.; NANDI, S.; MIALON, M.; MCCAMBRIDGE, J.; LEE, K.; JONES, A.; GILMORE, A. B.; GALEA, S.; DE LACY-VAWDON, C.; DE CARVALHO, C. M. P.; BAUM, F.; MOODIE, R. Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations. **The Lancet**, [s. l.], v. 401, n. 10383, p. 1214–1228, abr. 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00012-0).

LANE, M. M.; GAMAGE, E.; DU, S.; ASHTREE, D. N.; MCGUINNESS, A. J.; GAUCI, S.; BAKER, P.; LAWRENCE, M.; REBHOLZ, C. M.; SROUR, B.; TOUVIER, M.; JACKA, F. N.; O'NEIL, A.; SEGASBY, T.; MARX, W. Ultra-processed food exposure and adverse health outcomes: umbrella review of epidemiological meta-analyses. **BMJ**, [s. l.], e077310, 28 fev. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-077310>.

LATASA, P.; LOUZADA, M. L. D. C.; MARTINEZ STEELE, E.; MONTEIRO, C. A. Added sugars and ultra-processed foods in Spanish households (1990–2010). **European Journal of Clinical Nutrition**, [s. l.], v. 72, n. 10, p. 1404–1412, out. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41430-017-0039-0>.

LEITE, F. H. M. **Impacto da aquisição de alimentos ultraprocessados e da carne bovina sobre a agrobiodiversidade no Brasil (2017-18)**. 2023. 134 f. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.6.2023.tde-21022024-165418>.

LEVENTHAL, A.; DAI, H.; BARRINGTON-TRIMIS, J.; SUSSMAN, S. 'Ice' flavoured e-cigarette use among young adults. **Tobacco Control**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 114-117, Jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-056416>.

LEVY, D.; DE ALMEIDA, L. M.; SZKLO, A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: The Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. **PLoS Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 11, p. e1001336, 6 Nov. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001336>.

LEVY, R. B.; ANDRADE, G. C.; CRUZ, G. L. D.; RAUBER, F.; LOUZADA, M. L. D. C.; CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Três décadas da disponibilidade domiciliar de alimentos segundo a NOVA – Brasil, 1987–2018. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 56, p. 75, 8 ago. 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004570>.

LONG, M. W.; GORTMAKER, S. L.; WARD, Z. J.; RESCH, S. C.; MOODIE, M. L.; SACKS, G.; SWINBURN, B. A.; CARTER, R. C.; CLAIRE WANG, Y. Cost Effectiveness of a Sugar-Sweetened Beverage Excise Tax in the U.S. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 49, n. 1, p. 112-123, jul. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.03.004>.

LOUZADA, M. L. D. C.; CRUZ, G. L. D.; SILVA, K. A. A. N.; GRASSI, A. G. F.; ANDRADE, G. C.; RAUBER, F.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Consumo de alimentos ultraprocessados no Brasil: distribuição e evolução temporal 2008–2018. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 57, n. 1, p. 12, 15 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2023057004744>.

LOUZADA, M. L.; STEELE, E. M.; REZENDE, L. F. M.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A. Changes in Obesity Prevalence Attributable to Ultra-Processed Food Consumption in Brazil Between 2002 and 2009. **International Journal of Public Health**, [s. l.], v. 67, p. 1604103, 20 maio 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1604103>.

MALTA, D. C.; FELISBINO-MENDES, M. S.; MACHADO, Í. E.; VELOSO, G. A.; GOMES, C. S.; BRANT, L. C. C.; RIBEIRO, A. L. P.; OLIVEIRA, P. P. V. D.; FLOR, L. S.; GAKIDOU, E. Burden of disease attributable to Risk Factors in Brazil: an analysis of national and subnational estimates from the 2019 Global Burden of Disease study. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, [s. l.], v. 55, p. e0262-2021, 2022. Suppl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0262-2021>.

MALTA, D. C.; VIEIRA, M. L.; SZWARCOWALD, C. L.; CAIXETA, R.; BRITO, S. M. F.; REIS, A. A. C. D. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 18, p. 45-56, dez. 2015. Supl. 2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-54972015000600005>.

MARRÓN-PONCE, J. A.; TOLENTINO-MAYO, L.; HERNÁNDEZ-F, M.; BATIS, C. Trends in Ultra-Processed Food Purchases from 1984 to 2016 in Mexican Households. **Nutrients**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 45, 26 Dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11010045>.

MARTINI, D.; GODOS, J.; BONACCIO, M.; VITAGLIONE, P.; GROSSO, G. Ultra-Processed Foods and Nutritional Dietary Profile: a Meta-Analysis of Nationally Representative Samples. **Nutrients**, [s. l.], v. 13, n. 10, p. 3390, 27 Set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu13103390>.

MARTINS, S. R. **Nicotina: o que sabemos?** São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2022. Nota Técnica. Disponível em: <https://actbr.org.br/biblioteca/nicotina-o-que-sabemos-fact-sheet/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MONTEIRO, C. A.; MOUBARAC, J. -C.; CANNON, G.; NG, S. W.; POPKIN, B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 14, n. S2, p. 21-28, Nov. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12107>.

MONTEIRO, Carlos A; CANNON, G.; LEVY, R. B.; MOUBARAC, J.-C.; LOUZADA, M. L.; RAUBER, F.; KHANDPUR, N.; CEDIEL, G.; NERI, D.; MARTINEZ-STEELE, E.; BARALDI, L. G.; JAIME, P. C. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. **Public Health Nutrition**, [s. l.], v. 22, n. 5, p. 936-941, abr. 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1368980018003762>.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CANNON, G.; LAWRENCE, M.; LOUZADA, M. L. da C.; MACHADO, P. P. **Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system**. Roma: FAO, 2019b. Disponível em: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/5277b379-0acb-4d97-a6a3-602774104629/content>. Acesso em: 27 mar. 2025.

MOODIE, R.; STUCKLER, D.; MONTEIRO, C.; SHERON, N.; NEAL, B.; THAMARANGSI, T.; LINCOLN, P.; CASSWELL, S. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. **The Lancet**, [s. l.], v. 381, n. 9867, p. 670-679, 23 fev. 2013. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).

MOUBARAC, J.-C.; BATAL, M.; MARTINS, A. P. B.; CLARO, R.; LEVY, R. B.; CANNON, G.; MONTEIRO, C. Processed and Ultra-processed Food Products: Consumption Trends in Canada from 1938 to 2011. **Canadian Journal of Dietetic Practice and Research**, [s. l.], v. 75, n. 1, p. 15-21, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.3148/75.1.2014.15>.

NAKAMURA, R.; MIRELMAN, A. J.; CUADRADO, C.; SILVA-ILLANES, N.; DUNSTAN, J.; SUHRCKE, M. Evaluating the 2014 sugar-sweetened beverage tax in Chile: An observational study in urban areas. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 15, n. 7, e1002596, 3 jul. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002596>.

NHS HEALTH SCOTLAND. **Monitoring and Evaluating Scotland's Alcohol Strategy**: The impact of Minimum Unit Pricing (MUP) on sales-based alcohol consumption in Scotland. Final Annual Report. Edinburgh: NHS Health Scotland, 2019.

NILSON, E. **Estimação dos custos diretos e indiretos atribuíveis ao consumo de álcool no Brasil**. Brasília, DF: [s. n.], 2024a. Disponível em: https://dosederealidade.org.br/download/reset_estudo_custo_atribuiavel.pdf. Acesso em: 27 mar. 2025.

NILSON, E. **Relatório 2**: Estimação dos custos diretos e indiretos da obesidade, diabetes e hipertensão atribuíveis ao consumo de produtos alimentícios ultraprocessados na população adulta do Brasil. São Paulo: ACT Promoção da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://tributosaudavel.org.br/relatorio-ii-estimacao-dos-custos-diretos-e-indiretos-da-obesidade-diabetes-e-hipertensao-atribuiveis-ao-consumo-de-produtos-alimenticios-ultraprocessados-na-populacao-adulta-do-brasil/545/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

NILSON, Eduardo A.F.; FERRARI, G.; LOUZADA, M. L. C.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A.; REZENDE, L. F. M. Premature Deaths Attributable to the Consumption of Ultraprocessed Foods in Brazil. **American Journal of Preventive Medicine**, [s. l.], v. 64, n. 1, p. 129-136, 1 jan. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.08.013>.

NILSON, Eduardo Augusto Fernandes; FERRARI, G.; LOUZADA, M. L. D. C.; LEVY, R. B.; MONTEIRO, C. A.; REZENDE, L. F. M. The estimated burden of ultra-processed foods on cardiovascular disease outcomes in Brazil: A modeling study. **Frontiers in Nutrition**, [s. l.], v. 9, p. 1043620, 17 nov. 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.1043620>.

NUCCI, L. B.; RINALDI, A. E. M.; RAMOS, A. F.; ITRIA, A.; ENES, C. C. Impact of a reduction in sugar-sweetened beverage consumption on the burden of type 2 diabetes in Brazil: A modeling study. **Diabetes Research and Clinical Practice**, [s. l.], v. 192, p. 110087, Out. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110087>.

OCEAN CONSERVANCY. **International Coastal Cleanup 2018 Report**. Technical reports. Washington, DC: Ocean Conservancy, 2018. Disponível em: <https://oceanconservancy.org/trash-free-seas/international-coastal-cleanup/annual-data-release/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Marco de Referência sobre a Dimensão Comercial dos Determinantes Sociais da Saúde na Agenda de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis**. Brasília, DF: OPAS, 2020b. (Technical reports, n. OPAS/BRA/NMH/20-136). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52975>. Acesso em: 26 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Front-of-Package Labeling as a Policy Tool for the Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas**. Technical reports. Washington, DC: PAHO, 2020a. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52740>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **SAFER initiative**: cost-effective policies to reduce alcohol problems. Washington, DC: PAHO, 2019a. Disponível em: <https://campus.paho.org/en/course/safer-initiative-cost-effective-policies-reduce-alcohol-problems>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **American Health Organization**. Washington, DC: PAHO, 2021. DOI 10.37774/9789275122990. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53252>. Acesso em: 25 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Webinar: WHO's SAFER Initiative.** Washington, DC: PAHO, 2019b. Disponível em: <https://www.who.int/initiatives/SAFER/about>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Álcool e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** Washington, DC: PAHO, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56420>. Acesso em: 27 mar. 2025.

PARAJE, G. R.; JHA, P.; SAVEDOFF, W.; FUCHS, A. Taxation of tobacco, alcohol, and sugar-sweetened beverages: reviewing the evidence and dispelling the myths. **BMJ Global Health**, [s. l.], v. 8, e011866, Out. 2023. Suppl 8. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-011866>.

PARAJE, G.; STOKLOSA, M.; BLECHER, E. Illicit trade in tobacco products: recent trends and coming challenges. **Tobacco Control**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 257-262, Mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-056557>.

PASSOS, C. M. D.; MAIA, E. G.; LEVY, R. B.; MARTINS, A. P. B.; CLARO, R. M. Association between the price of ultra-processed foods and obesity in Brazil. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 589-598, Abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2019.12.011>.

PEREDA, P. C.; MOZ-CHRISTOFOLETTI, M. A.; DURAN, A. C.; LOUZADA, M. L. D. C.; NG, S. W. Equity-Driven fiscal Policies: Taxing Ultra-Processed products and subsidizing minimally processed foods. **Food Policy**, [s. l.], v. 126, p. 102667, Jul. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.foodpol.2024.102667>.

PETRIDI, E.; KARATZI, K.; MAGRIPLIS, E.; CHARIDEMOU, E.; PHILIPPOU, E.; ZAMPELAS, A. The impact of ultra-processed foods on obesity and cardiometabolic comorbidities in children and adolescents: a systematic review. **Nutrition Reviews**, [s. l.], v. 82, n. 7, p. 913-928, 10 Jun. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad095>.

PHILADELPHIA CO. **Monthly Mayor's Management Report – March 2024.** Philadelphia: Philadelphia Co, 2024.

PINTO, M.; BARDACH, A.; COSTA, M.; SIMÕES, K.; SENNA, K.; BARROS, L. **Carga da doença e econômica atribuível ao tabagismo no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos.** Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, 2024.

PINTO, M.; BARDACH, A.; PALACIOS, A.; BIZ, A.; ALCARAZ, A.; RODRIGUEZ, B.; AUGUSTOVSKI, F.; PICHON-RIVIERE, A. Carga do tabagismo no Brasil e benefício potencial do aumento de impostos sobre os cigarros para a economia e para a redução de mortes e adoecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 35, n. 8, e00129118, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129118>.

PINTO, Marcia; BARDACH, A.; PALACIOS, A.; BIZ, A.; ALCARAZ, A.; RODRÍGUEZ, B.; AUGUSTOVSKI, F.; PICHON-RIVIERE, A. **Reporte técnico: carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos – IECS | Tabaquismo.** Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica e Sanitaria, 2017. (Technical Report, n. 21). Disponível em:

<https://tabaco.iecs.org.ar/documentos/reporte-tecnico-carga-de-doenca-atribuivel-ao-uso-do-tabaco-no-brasil-e-potencial-impacto-do-aumento-de-precos-por-meio-de-impostos/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

POPKIN, B. M.; NG, S. W. Sugar-sweetened beverage taxes: Lessons to date and the future of taxation. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 18, n. 1, e1003412, 7 jan. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003412>.

PORTES, L. H.; MACHADO, C. V.; TURCI, S. R. B. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 34, n. 2, 19 fev. 2018. DOI 10.1590/0102-311x00017317. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000205012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 mar. 2025.

PROBST, C.; KILIAN, C.; SANCHEZ, S.; LANGE, S.; REHM, J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. **The Lancet Public Health**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. e324-e332, Jun. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9).

REHM, J.; GMEL, G. E.; GMEL, G.; HASAN, O. S. M.; IMTIAZ, S.; POPOVA, S.; PROBST, C.; ROERECKE, M.; ROOM, R.; SAMOKHVALOV, A. V.; SHIELD, K. D.; SHUPER, P. A. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. **Addiction**, [s. l.], v. 112, n. 6, p. 968-1001, Jun. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13757>.

RIOS-LEYVRAZ, M.; MONTEZ, J. **Health Effects of the Use of Non-Sugar Sweeteners: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Geneva: WHO, 2022.

ROOM, R.; FERRIS, J.; LASLETT, A.-M.; LIVINGSTON, M.; MUGAVIN, J.; WILKINSON, C. The Drinker's Effect on the Social Environment: A Conceptual Framework for Studying Alcohol's Harm to Others. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 1855-1871, 21 Abr. 2010. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph7041855>.

ROSS, H.; BLECHER, E. **Illicit Trade in Tobacco Products Need Not Hinder Tobacco Tax Policy Reforms and Increases**. [S. l.]: Tobacconomics, 2019. Disponível em: <https://www.economicsforhealth.org>. Acesso em: 25 mar. 2025.

SÁNCHEZ-ROMERO, L. M.; CANTO-OSORIO, F.; GONZÁLEZ-MORALES, R.; COLCHERO, M. A.; NG, S.-W.; RAMÍREZ-PALACIOS, P.; SALMERÓN, J.; BARRIENTOS-GUTIÉRREZ, T. Association between tax on sugar sweetened beverages and soft drink consumption in adults in Mexico: open cohort longitudinal analysis of Health Workers Cohort Study. **BMJ**, [s. l.], p. m1311, 6 maio 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1311>.

SASSI, F.; BELLONI, A.; MIRELMAN, A. J.; SUHRCKE, M.; THOMAS, A.; SALTI, N.; VELLAKKAL, S.; VISARUTHVONG, C.; POPKIN, B. M.; NUGENT, R. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. **The Lancet**, [s. l.], v. 391, n. 10134, p. 2059-2070, May 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30531-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30531-2).

SCARBOROUGH, P.; ADHIKARI, V.; HARRINGTON, R. A.; ELHUSSEIN, A.; BRIGGS, A.; RAYNER, M.; ADAMS, J.; CUMMINS, S.; PENNEY, T.; WHITE, M. Impact of the announcement and implementation of the UK Soft Drinks Industry Levy on sugar content, price, product size and number of available soft drinks in the UK, 2015-19: A controlled interrupted time series analysis. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. e1003025, 11 fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003025>.

SEFERIDI, P.; SCRINIS, G.; HUYBRECHTS, I.; WOODS, J.; VINEIS, P.; MILLETT, C. The neglected environmental impacts of ultra-processed foods. **The Lancet Planetary Health**, [s. l.], v. 4, n. 10, p. e437-e438, out. 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30177-7](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30177-7).

SÓÑORA, G.; REYNALES-SHIGEMATSU, L. M.; BARNOYA, J.; LLORENTE, B.; SZKLO, A. S.; THRASHER, J. F. Achievements, challenges, priorities and needs to address the current tobacco epidemic in Latin America. **Tobacco Control**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 138-141, Mar. 2022. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2021-057007>.

STACEY, N.; EDOKA, I.; HOFMAN, K.; SWART, E. C.; POPKIN, B.; NG, S. W. Changes in beverage purchases following the announcement and implementation of South Africa's Health Promotion Levy: an observational study. **The Lancet Planetary Health**, [s. l.], v. 5, n. 4, p. e200-e208, Abr. 2021. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30304-1](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30304-1).

STROUD, R.; SMITH, K.; O'CONNELL, M.; GRIFFITH, R. **The evidence on the effects of soft drink taxes**. London: The Institute for Fiscal Studies, 24 Set. 2019. DOI 10.1920/BN.IFS.2019.BN0255. Disponível em: <https://www.ifs.org.uk/publications/14382>. Acesso em: 25 mar. 2025.

STUCKLER, D.; MCKEE, M.; EBRAHIM, S.; BASU, S. Manufacturing Epidemics: The Role of Global Producers in Increased Consumption of Unhealthy Commodities Including Processed Foods, Alcohol, and Tobacco. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 6, e1001235, 26 Jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001235>.

STUCKLER, D.; NESTLE, M. Big Food, Food Systems, and Global Health. **PLOS Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 6, e1001242, 19 jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001242>.

SZKLO, A. S.; CAVALCANTE, T. M.; REIS, N. B. D.; SOUZA, M. C. D. "Tobacco denormalization at home": the contribution of the smoking ban in enclosed workplaces in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, e00107421, 2022. Suppl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00107421>.

SZKLO, A. S.; DE SOUZA, M. C.; SZKLO, M.; DE ALMEIDA, L. M. Smokers in Brazil: who are they? **Tobacco Control**, [s. l.], v. 25, n. 5, p. 564-570, Set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052324>.

TENG, A.; BUFFIÈRE, B.; GENÇ, M.; LATAVAO, T.; PULOKA, V.; SIGNAL, L.; WILSON, N. Equity of expenditure changes associated with a sweetened-beverage tax in Tonga: repeated cross-sectional household surveys.

BMC Public Health, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 149, Dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10139-z>.

TENG, A. M.; JONES, A. C.; MIZDRAK, A.; SIGNAL, L.; GENÇ, M.; WILSON, N. Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, [s. l.], v. 20, n. 9, p. 1187-1204, Set. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.12868>.

THE INSTITUTE OF ALCOHOL STUDIES. **People, Planet, or Profit: alcohol's impact on a sustainable future**. London: IAS, 2022. Disponível em: <https://www.ias.org.uk/report/people-planet-or-profit-alcohols-impact-on-a-sustainable-future/>. Acesso em: 25 mar. 2025.

THUN, M.; PETO, R.; BOREHAM, J.; LOPEZ, A. D. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. **Tobacco Control**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 96-101, Mar. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050294>.

TOWNSEND, J. **Economic Evaluations of Tobacco Control Policies: What Is Known and What Is Needed**. [s. l.], 2017.

TRUTH INITIATIVE. **A toxic, plastic problem: E-cigarette waste and the environment**. Technical reports. Washington, DC: Truth Initiative, 2021. Disponível em: <https://truthinitiative.org/research-resources/harmful-effects-tobacco/toxic-plastic-problem-e-cigarette-waste-and-environment>. Acesso em: 27 mar. 2025.

UN GENERAL ASSEMBLY. **Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: resolution /: adopted by the General Assembly**. [s. l.], 17 out. 2018. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/1648984>. Acesso em: 26 mar. 2025.

UNICEF. **Protecting Children's Right to a Healthy Food Environment**. [S. l.]: Unicef, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/protecting-childrens-right-healthy-food-environment>. Acesso em: 27 mar. 2025.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Alimentação Infantil II: consumo alimentar de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019**. Rio de Janeiro, RJ: [s. n.], 2024. Disponível em: <https://enani.nutricao.ufrj.br/download/relatorio-8-consumo-alimentar-de-criancas-menores-de-5-anos/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

UNITED STATES OF AMERICA. **The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General**. Atlanta, GA: [s. n.], 2014.

VITAL STRATEGIES. **The Sobering Truth: Incentivizing Alcohol Death and Disability**. New York: Vital Strategies, 2021. Disponível em: <https://www.vitalstrategies.org/resources/the-sobering-truth-incentivizing-alcohol-death-and-disability/>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WAGENAAR, A. C.; SALOIS, M. J.; KOMRO, K. A. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. **Addiction**, [s. l.], v. 104, n. 2, p. 179-190, Fev. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>.

WANG, L.; MARTÍNEZ STEELE, E.; DU, M.; POMERANZ, J. L.; O'CONNOR, L. E.; HERRICK, K. A.; LUO, H.; ZHANG, X.; MOZAFFARIAN, D.; ZHANG, F. F. Trends in Consumption of Ultraprocessed Foods Among US Youths Aged 2-19 Years, 1999-2018. **JAMA**, [s. l.], v. 326, n. 6, p. 519, 10 Ago. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.10238>.

WAQANIVALU, T.; NEDERVEEN, L. **Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases**: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. Geneva: WHO, 2016.

WORLD BANK GROUP. **Confronting Illicit Tobacco Trade** : a Global Review of Country Experiences. Working Paper. Washington, DC: WB, 2019. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/677451548260528135>. Acesso em: 31 mar. 2025.

WORLD BANK GROUP. **Tobacco tax reform at the crossroads of health and development** : technical report of the World Bank Group global tobacco control program. Main Report. Washington, D.C: WB, 2017. Disponível em: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/491661505803109617/main-report>. Acesso em: 31 mar. 2025.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. **Diet, nutrition, physical activity and cancer**: a global perspective : a summary of the Third expert report. London: WCRF, 2018. Disponível em: <https://www.wcrf.org/wp-content/uploads/2024/11/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global alcohol action plan 2022-2030**. Geneva: WHO, 2024a. Disponível em: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol-our-activities/towards-and-action-plan-on-alcohol>. Acesso em: 31 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prices and Taxes on alcoholic beverages**. Geneva: WHO, 2022a. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/taxes-on-alcoholic-beverages>. Acesso em: 26 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018**. Geneva: WHO, 2018a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders**. Geneva: WHO, 2024b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**: attaining the nine global noncommunicable diseases targets, a shared responsibility. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564854>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing Nutrition Labelling Policies**: A Review of Contextual Factors. Geneva: WHO, 2021a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International statistical classification of diseases and related health problems**. 1st ed., 10th rev. Geneva: WHO, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: WHO, 2018b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514620>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. **World Health Organization technical report series**, Geneva, v. 894, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/>. Acesso em: 26 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **PNUD explica transição dos Objetivos do Milênio aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil**. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/71657-pnud-explica-transi%C3%A7%C3%A3o-dos-objetivos-do-mil%C3%AAnio-aos-objetivos-de-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>, <https://brasil.un.org/pt-br/71657-pnud-explica-transi%C3%A7%C3%A3o-dos-objetivos-do-mil%C3%AAnio-aos-objetivos-de-desenvolvimento-sustent%C3%A1vel>. Acesso em: 26 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report of the Commission on Ending Childhood Obesity**. Geneva, Switzerland: WHO, 2016a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510066>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Taxes on sugary drinks: Why do it?** Geneva: WHO, 2017a. Disponível em: <https://www.paho.org/en/documents/taxes-sugary-drinks-why-do-it>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco and its environmental impact: an overview**. Geneva: WHO, 2017b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512497>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco: Poisoning Our Planet**. Geneva: WHO, 2022b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **United Nations Decade of Action on Nutrition (2016–2025) extended to 2030**. New York: WHO, 2016b. Technical reports. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/26-03-2025-united-nations-decade-of-action-on-nutrition-\(2016-2025\)-extended-to-2030](https://www.who.int/news/item/26-03-2025-united-nations-decade-of-action-on-nutrition-(2016-2025)-extended-to-2030). Acesso em: 26 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Global Report on Trends in Prevalence of Tobacco Use 2000–2025**. 4th ed. Geneva: WHO, 2021b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Manual on Sugar-Sweetened Beverage Taxation Policies to Promote Healthy Diets**. Geneva: WHO, 2022c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>. Acesso em: 27 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2023**: protect people from tobacco smoke. Geneva: WHO, 2023a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>. Acesso em: 26 mar. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Technical Manual on Alcohol Tax Policy and Administration**. Geneva: WHO, 2023b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2023**: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: WHO, 2023c.

WORLD OBESITY FEDERATION. **World Obesity Day Atlases | Obesity Atlas 2024**. [S. l.]: WOF, 2024. Disponível em: <https://data.worldobesity.org/publications/?cat=22>. Acesso em: 25 mar. 2025.

ZAPATA, M. E.; ROVIROSA, A.; CARMUEGA, E. Consumo de energía y nutrientes críticos según clasificación NOVA en la Argentina, tendencia temporal y diferencias según nivel de ingreso. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 38, n. 5, e00252021, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311xes252021>.

Equipe técnica

Elaboração:

Felipe Silva Neves – Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (CGDNT/Daent/SVSA/MS)

Gabriela Chagas Dornelles – Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (CGDNT/Daent/SVSA/MS)

Geórgia Maria de Albuquerque – Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (CGDNT/Daent/SVSA/MS)

Giovanna Calixto Andrade – Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (Nupens/USP)

Letícia de Oliveira Cardoso – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (Daent/SVSA/MS)

Colaboração:

Ana Paula Bortoletto – Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (Nupens/USP)

Ana Paula Teixeira – Instituto Nacional de Câncer (Inca)

André Salem Szklo – Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Clarice Sandi Madruga – Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

Cristina de Abreu Perez – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Diogo Henrique Tomaz Afonso Alves – Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (Opas Brasil/OMS)

Eduardo Augusto Fernandes Nilson – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Gilmara Lúcia dos Santos – Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde (Deppros/Saps/MS)



Ísis Eloah Machado – Universidade Federal de Ouro Preto (Ufop)

Kelly Poliany de Souza Alves – Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde (Cgan/Deppros/Saps/MS)

Leonardo de Souza Lourenço Carvalho – Coordenação-Geral de Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (CGDNT/Daent/SVSA/MS)

Luciana Grucci Maya Moreira – Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Luisa Gazola Lage – Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (Nupens/USP)

Luisete Moraes Bandeira – Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (Opas Brasil/OMS)

Luiza Gomes Luz Rosa – Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP)

Maria Eduarda Leão Diogenes Melo – Instituto Nacional de Câncer (Inca)

Maria Laura da Costa Louzada – Núcleo de Pesquisa em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo (Nupens/USP)

Mauricio Fiore – Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP)

Oscar Geovanny Enriquez Martinez – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (Daent/SVSA/MS)

Paola Marcelia Acioly Fernandes – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (Daent/SVSA/MS)

Paula Carvalho de Freitas – Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Ministério da Saúde (Daent/SVSA/MS)

Raquel Brandini de Boni – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Silvana Rubano Barreto Turci – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Tathiane dos Santos Piscitelli – Fundação Getúlio Vargas (FGV)

Vera Luiza da Costa e Silva – Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Revisão técnico-científica:

Taís Freire Galvão – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Natália Peixoto Lima – CGEVSA/Daevs/SVSA/MS

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação.
CLIQUE AQUI e responda a pesquisa.

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmis.saude.gov.br

**DISQUE
SAÚDE 136**



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

**Governo
Federal**