

TERCEIRA EDIÇÃO

ÁLGEBRA

UMA MERCADORIA NADA COMUM

Pesquisa e políticas públicas

OXFORD

SSA SOCIETY FOR THE
STUDY OF
ADDICTION

 Vital
Strategies

Thomas F. Babor,
Sally Casswell,
Kathryn Graham,
Taisia Huckle,
Michael Livingston,
Esa Österberg,
Jürgen Rehm,
Robin Room,
Ingeborg Rossow e
Bundit Sompaisarn



DIALÉTICA
EDITORA

ÁLCOOL

UMA MERCADORIA NADA COMUM

Pesquisa e políticas públicas

TERCEIRA EDIÇÃO

CONSELHO EDITORIAL



Alexandre G. M. F. de Moraes Bahia
André Luís Vieira Elói
Antonino Manuel de Almeida Pereira
Antônio Miguel Simões Caceiro
Bruno Camilloto Arantes
Bruno de Almeida Oliveira
Bruno Valverde Chahaira
Catarina Raposo Dias Carneiro
Christiane Costa Assis
Cíntia Borges Ferreira Leal
Eduardo Siqueira Costa Neto
Elias Rocha Gonçalves
Evandro Marcelo dos Santos
Everaldo dos Santos Mendes
Fabiani Gai Frantz
Flávia Siqueira Cambraia
Frederico Menezes Breyner
Frederico Perini Muniz
Giuliano Carlo Rainatto
Helena Maria Ferreira
Izabel Rigo Portocarrero
Jamil Alexandre Ayach Anache
Jean George Farias do Nascimento
Jorge Douglas Price
José Carlos Trinca Zanetti
Jose Luiz Quadros de Magalhaes
Josiel de Alencar Guedes
Juvencio Borges Silva
Konradin Metze
Laura Dutra de Abreu
Leonardo Avelar Guimarães
Lidiane Mauricio dos Reis
Ligja Barroso Fabri

Lívia Malacarne Pinheiro Rosalem
Luciana Molina Queiroz
Luiz Carlos de Souza Auricchio
Marcelo Campos Galuppo
Marco Aurélio Nascimento Amado
Marcos André Moura Dias
Marcos Antonio Tedeschi
Marcos Pereira dos Santos
Marcos Vinício Chein Feres
Maria Walkiria de Faro C Guedes Cabral
Marilene Gomes Durães
Mateus de Moura Ferreira
Milena de Cássia Rocha
Mortimer N. S. Sellers
Nígela Rodrigues Carvalho
Paula Ferreira Franco
Pilar Coutinho
Rafael Alem Mello Ferreira
Rafael Vieira Figueiredo Sapucaia
Rayane Araújo
Regilson Maciel Borges
Régis Willyan da Silva Andrade
Renata Furtado de Barros
Renildo Rossi Junior
Rita de Cássia Padula Alves Vieira
Robson Jorge de Araújo
Rogério Luiz Nery da Silva
Romeu Paulo Martins Silva
Ronaldo de Oliveira Batista
Sylvana Lima Teixeira
Vanessa Pelerigo
Vitor Amaral Medrado
Wagner de Jesus Pinto

TERCEIRA EDIÇÃO

ALCOOL

UMA MERCADORIA NADA COMUM

Pesquisa e políticas públicas

OXFORD

SSA SOCIETY FOR THE
STUDY OF
ADDICTION

 Vital
Strategies

Thomas F. Babor,
Sally Casswell,
Kathryn Graham,
Taisia Huckle,
Michael Livingston,
Esa Österberg,
Jürgen Rehm,
Robin Room,
Ingeborg Rossow e
Bundit Sompaisarn



DIALÉTICA
EDITORA

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida – em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação etc. – nem apropriada ou estocada em sistema de banco de dados, sem a expressa autorização da editora.

Copyright © 2023 by Editora Dialética Ltda.
Copyright © 2023 by Vital Strategies.

Traduzido do original em inglês Alcohol: No Ordinary Commodity publicado pela Oxford University Press.



DIALÉTICA
EDITORA

 /editoradialetica

 @editoradialetica

www.editoradialetica.com

EQUIPE EDITORIAL

Editores

Profa. Dra. Milena de Cássia de Rocha
Prof. Dr. Rafael Alem Mello Ferreira
Prof. Dr. Tiago Aroeira
Prof. Dr. Vitor Amaral Medrado

Designer Responsável

Daniela Malacco

Produtora Editorial

Kariny Martins

Controle de Qualidade

Marina Itano

Capa

Oxford University Press

Diagramação

Joyce Silva

Preparação de Texto

Nathália Sôster

Revisão e Tradução

Arabera Traduções

Auxiliar de Bibliotecária

Laís Silva Cordeiro

Assistentes Editoriais

Jean Farias
Rafael Andrade
Ludmila Azevedo Pena
Thaynara Rezende

Estagiários

Giovana Teixeira Pereira
Maria Cristiny Ruiz



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A354m Álcool : uma mercadoria nada comum : pesquisa e políticas públicas / Thomas F. Babor, Sally Casswell, Kathryn Graham, Taisia Huckle, Michael Livingston, Esa Österberg, Jürgen Rehm, Robin Room, Ingeborg Rossow, Bundit Sompaisarn; tradução Arabera Traduções. – 3. ed. – São Paulo : Editora Dialética, 2023. 600 p.

Título original: Alcohol: No Ordinary Commodity
ISBN 978-65-252-8990-8

1. Álcool. 2. Políticas públicas. 3. Sociedade. I. Título.

CDD-320

Dedicatória

Este livro é dedicado a Griffith Edwards e Esa Österberg, dois cientistas de carreira que contribuíram enormemente não apenas para a redação deste livro, mas também para o campo dos estudos do álcool. Griffith Edwards morreu em Londres, em 23 de setembro de 2012, aos 83 anos. Para aqueles que o conheciam por sua reputação, ele foi o criador do conceito de síndrome de dependência de álcool, o líder inspirador do *UK National Addiction Centre*, autor de vários livros, consultor perene da OMS e editor de longa data da *Addiction*, uma revista científica internacionalmente respeitada.

Para aqueles que o conheceram pessoalmente, sua capacidade ia muito além de sua reputação. Sempre uma voz iconoclasta no circuito de palestras, Griffith foi uma das figuras mais influentes na história moderna da ciência do vício. Ele desafiou o *status quo*, impulsionou o pensamento crítico, demonstrou compaixão inabalável por pacientes viciados, questionou a sabedoria convencional, promoveu a integridade da pesquisa, denunciou conflitos de interesse e, acima de tudo, criou instituições que mudaram as coisas para melhor. Uma dessas instituições é a tradição de monografias de pesquisas relacionadas a políticas, das quais este livro é a mais recente iteração.

Após sua colaboração com Kjetil Bruun e outros cientistas na influente monografia intitulada *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* (Bruun *et al.* 1975), Griffith estava convencido de que análises integrativas multiautorais, transnacionais, da literatura mundial sobre a política do álcool eram um passo necessário para trazer as informações científicas mais recentes a formuladores de políticas e funcionários públicos. Ele concluiu que, para atingir esse objetivo, os livros precisavam ser escritos em uma só voz, refletindo não apenas o consenso da opinião de um grupo de cientistas cuidadosamente selecionados, mas também as preocupações do formulador de políticas e do “homem comum”, referindo-se aqui às pessoas mais afetadas pelos problemas de álcool e drogas em suas famílias e comunidades. Griffith foi inquestionavelmente a força

motriz por trás da obra *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards *et al.* 1994) e das duas primeiras edições de *Álcool: Uma Mercadoria Nada Comum* (Babor *et al.* 2003, 2010). Cada um desses livros abordou a literatura emergente de maneiras diferentes, mas todos compartilhavam seu objetivo de preencher a lacuna entre ciência e política.

O que mais contava para ele era a capacidade de compartilhar ideias, lançar projetos e mover montanhas, de preferência por meio de políticas baseadas em evidências. Sua casa em Greenwich Park costumava ser usada como base de operações para reuniões de projetos de livros, com sua terrier escocês proporcionando alívio cômico aos acadêmicos reunidos enquanto os persuadia a jogar outra bola de tênis para ela. Ele entendeu que a criatividade e o consenso entre uma equipe de rivais são, muitas vezes, fomentados por um ambiente social hospitaleiro e pela distração de uma cachorrinha pegando bolas em uma sala de estar inglesa.

A perda de Griffith Edwards para o campo dos estudos sobre vícios foi aumentada por outro falecimento ainda mais próximo do presente volume. Esa Österberg, coautor deste volume até sua morte em 26 de setembro de 2021, foi contratado como jovem economista no Instituto Finlandês de Pesquisas Sociais de Estudos sobre o Álcool por Kjetil Bruun no início dos anos 1970, ampliando o escopo de um grupo de pesquisas que tinha, antes de mais nada, um foco sociológico. Uma das primeiras contribuições de Esa para o campo foi, portanto, a perspectiva econômica e as análises que ele forneceu como coautor do “livro roxo”, intitulado *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* – o livro que iniciou a tradição continuada no presente volume, de projetos acadêmicos internacionais interdisciplinares colaborativos, analisando e reunindo a pesquisa necessária para abordar as prioridades da política do álcool.

A contribuição de Esa para a tradição continuou ao longo de sua carreira, como coautor dos quatro volumes na sucessão direta do “livro roxo” – *Alcohol Policy and the Public Good* e das três edições de *Álcool: uma mercadoria nada comum* – e também como colaborador de outros projetos colaborativos internacionais, como *Alcohol, Society and the State* na década de 1970 e o *projeto European Comparative Alcohol Studies*, na década de 2000. Nessas e em muitas outras publicações, sua especialidade não era apenas em economia – ele também contribuiu como pesquisador de políticas sociais e históricas.

A partir da experiência colaborativa internacional do Livro Roxo e do *Alcohol, Society and the State*, surgiu a principal sociedade internacional de pesquisas sociais sobre o álcool, a “KBS” – *Kjetil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol*. Esa fez grandes contribuições para sua tradição e funcionamento, atuando como Tesoureiro e Secretário por vários anos. Um presidente da Sociedade observou que, quando ele deixou esses cargos, ele teve de encontrar duas pessoas para substituí-lo.

Muitos de seus colaboradores e outros no campo têm lembranças calorosas do tempo gasto em diferentes ocasiões com Esa e apreciam suas contribuições para nossos esforços de colaboração e, de fato, para o conhecimento científico que mudou o mundo.

Por essas e muitas outras razões, este volume é dedicado a Griffith Edwards e Esa Österberg.

Os autores

Agradecimentos

A elaboração deste livro não teria sido possível sem o apoio financeiro e moral de várias organizações e de muitas pessoas. A assistência crítica do começo ao fim foi oferecida pela Diretoria de Saúde Norueguesa, que financiou a versão *Open Access* (disponível gratuitamente pelo site <https://academic.oup.com/>) e ofereceu apoio parcial para reuniões de autores realizadas em Dublin, Irlanda e em Melbourne, Austrália. A Diretoria Norueguesa e o Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde ajudaram com fundos destinados à viagem dos autores dos sete artigos comissionados, que serviu de fundamentação para a nossa exploração de questões-chave relativas a políticas e desenvolvimentos regionais. Esses artigos foram analisados na primeira e única reunião plenária dos coautores realizada em Dublin, Irlanda, em março de 2020.

Os autores também agradecem à Sociedade do Reino Unido para o Estudo do Vício (SSA), que proveu fundos para contemplar o trabalho editorial e os custos logísticos do projeto. Por fim, a Fundação Finlandesa para Estudos do Álcool e a Confederação Internacional de Associações de Pesquisa ATOD gentilmente contribuíram para as atividades de divulgação destinadas a comunicar as principais mensagens do livro aos formuladores de políticas em partes do mundo com menos recursos.

Nenhuma taxa foi paga por qualquer redação, trabalho de consultoria ou documentos de apoio relacionados ao projeto, sendo que nenhum dos autores tem qualquer ligação com a indústria de bebidas alcoólicas ou outros conflitos de interesse financeiros. Todos os *royalties* das vendas de livros foram doados à SSA para financiar traduções para outros idiomas além do inglês, bem como outras atividades de divulgação.

A maior parte do apoio para o tempo dedicado à preparação do manuscrito veio dos próprios centros de pesquisa e universidades dos autores (consulte a lista de instituições na próxima seção sobre Colaboradores), bem como do tempo pessoal que os autores doaram ao projeto. Embora o autor principal deste volume tenha sido responsável pela coor-

denação geral do projeto, deve-se notar que os nomes dos autores estão listados em ordem alfabética para refletir o processo colaborativo no qual todos os autores contribuíram para o trabalho substantivo de redação, revisão, e edição dos capítulos. Os autores agradecem especialmente a Jean O'Reilly, PhD, que atuou como assistente editorial chefe do projeto.

Os autores

Álcool: uma mercadoria nada comum – muitas outras vidas para salvar

No que diz respeito ao álcool e à política do álcool, o mundo que temos hoje é bem diferente daquele de 2003, quando a obra *Álcool Uma Mercadoria Nada Comum* (AMNC) foi publicada pela primeira vez. O mundo testemunhou muitas alterações nos mercados globais e locais de bebidas alcoólicas – a consolidação e aquisições de produtores transnacionais, a expansão e a autoproteção por parte de operadores locais e grandes expansões de marcas. Quem poderia saber que, no atual mundo munido de smartphones e “influenciadores” nas mídias sociais, consumidores e futuros consumidores se tornariam os melhores comerciantes de álcool e os embaixadores de marcas mais influentes para as pessoas ao seu redor, física e virtualmente?

A pesquisa e o conhecimento floresceram e estão ao nosso alcance. Rotulado como um grande obstáculo para o desenvolvimento sustentável e o capital humano, temos visto evidências crescentes de danos relacionados ao álcool, incluindo danos causados pelo álcool a outras pessoas e à sociedade em geral, bem como uma desconstrução dos mitos sobre os benefícios do álcool para a saúde.

No âmbito político, as metas para o álcool foram adotadas pelos líderes globais pela primeira vez nas agendas de saúde e desenvolvimento socioeconômico por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas. A Assembleia Mundial da Saúde endossou a Estratégia Global para Reduzir o Uso Nocivo de Álcool em 2011, declarando o álcool como um importante fator de risco para doenças não transmissíveis (DNT), apesar da resistência incrivelmente forte de grupos de interesse. Talvez seja a primeira vez que a lista de intervenções de políticas de álcool com boa relação custo-benefício foi aprovada por formuladores de políticas de saúde globais, na forma das “Melhores Compras” para vencer as DNT e da Iniciativa SAFER da Organização Mundial da Saúde, que promove políticas de preços de álcool, controles

de disponibilidade e restrições de marketing. Este é um sonho que se tornou realidade depois que as edições anteriores da AMNC começaram a identificar as intervenções mais eficazes da infinidade de opções de políticas que foram tentadas.

Algumas coisas, porém, podem (ainda) não mudar no terreno deste líquido astuto. Para citar algumas delas, o álcool ainda é a única substância psicoativa importante e produtora de dependência sem uma regulamentação internacional de saúde juridicamente vinculativa. Em minha própria experiência, quatro discussões sobre essa ferramenta de vinculação global foram abortadas em cúpulas globais de saúde assim que foram propostas. Apesar do seu vasto e diversificado impacto, os problemas relacionados com o álcool são (ainda) uma responsabilidade privilegiada do setor da saúde, e não de outros, na generalidade das sociedades. A indústria do álcool assume cada vez mais um papel de liderança na formulação de políticas de álcool em todo o mundo, incluindo parcerias público-privadas e iniciativas de responsabilidade social corporativa. Esse fenômeno relega os determinantes comerciais da saúde e a gestão de interesses investidos da política de saúde ao status de conceitos abstratos em livros didáticos.

Na minha opinião, o que a terceira edição da AMNC fez de melhor foi apresentar a base científica para a política do álcool para promover uma resposta política pautada em evidências. Em um mundo repleto de desinformação financiada pela indústria, a AMNC oferece conhecimento científico, baseado em argumentos políticos lógicos de uma maneira amigável ao leitor. A AMNC também inclui análises substantivas do domínio e processo de políticas públicas, bem como dos atores políticos, que são tão importantes quanto o conteúdo técnico.

Minha equipe e eu tivemos uma boa experiência na tradução da segunda edição da AMNC para o idioma tailandês. Ficamos orgulhosos de ver os formuladores de políticas usarem nossa AMNC tailandês como o manual para o controle moderno do álcool.

Se a AMNC fosse uma pessoa, seria um estudioso que conhece tanto as ruas quanto os testes, com uma compreensão do cenário político e uma paixão por tornar o mundo um lugar melhor.

Considere o seguinte: com uma velocidade média de leitura de 200 a 250 palavras por minuto, 12 pessoas no mundo não viveriam o

suficiente para chegar a esse ponto no prefácio por causa do álcool. Durante uma única leitura da primeira à última página deste livro, o número global de mortes por álcool chegaria a muitas centenas de milhares.

Embora sejam estatísticas de saúde bem documentadas, as pessoas a que se referem não são apenas vidas perdidas. Essas tragédias relacionadas ao álcool são evitáveis.

Com esta terceira edição da AMNC, podemos fazer mais. Podemos salvar muito mais vidas, podemos salvar milhões, com ações baseadas em evidências e tomadas em conjunto.

Thaksaphon (Mek) Thamarangsi MD, MPH, PhD

Diretor

Programa Internacional de Política de Saúde (PIPS)

Tailândia

Uma nota sobre a terminologia e o glossário

Termos-chave que possuem significados técnicos e linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são definidos em um glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo. Na maior parte das vezes, os termos referem-se a palavras ou conceitos usados em epidemiologia, pesquisa de álcool, medicina de dependência ou cultura popular em diferentes partes do mundo.

Os autores

Prefácio dos autores à terceira edição

O crescente interesse pela política do álcool, representada por este livro, faz parte de um processo de amadurecimento no estudo dos problemas advindos do álcool que remonta a 1975, com a publicação de uma monografia seminal intitulada *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective* (Bruun *et al.* 1975). Patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a monografia chamou a atenção para a natureza evitável dos problemas relacionados ao álcool e para o papel dos governos nacionais e agências internacionais na formulação de políticas racionais e eficazes sobre o álcool. O aspecto mais significativo do livro era sua tese principal – quanto maior a quantidade média de álcool consumida em uma sociedade, maior a incidência de problemas vivenciados por essa sociedade. Consequentemente, uma forma de prevenir os problemas do álcool é por meio de políticas voltadas para a redução do consumo médio de álcool, particularmente políticas que limitem a disponibilidade de álcool. Esta mensagem não é menos relevante para os formuladores de políticas na era atual do que era para aqueles há quase meio século (vide, por exemplo, Rossow e Mäkelä 2021). Muita coisa, no entanto, mudou desde aquela época no desenvolvimento de estratégias e intervenções para limitar a disponibilidade física, financeira e psicológica do álcool, o que pode ser verificado por meio de uma série de monografias posteriores inspiradas pela obra *Alcohol Control Policies*.

No início da década de 1990, um novo projeto foi copatrocinado pela OMS para atualizar e resumir a literatura mundial referente à política do álcool. O novo estudo produziu a obra *Alcohol Policy and the Public Good*, um livro que provou ser tão instigante quanto seu predecessor (Edwards *et al.* 1994). O livro concluiu que as políticas de saúde pública sobre o álcool atingiram a maioria devido aos fortes fundamentos evidenciais derivados da pesquisa científica que cresceu em amplitude e sofisticação desde 1975.

Reconhecendo que havia pouca atenção sendo dada à pesquisa de políticas de álcool em países de baixa e média renda (PBMRs), a OMS

patrocinou um estudo paralelo da obra *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach* (Room *et al.* 2002), que usou estudos de caso em PBMRs e em sociedades indígenas em países de alta renda (PARs) para aplicar praticamente a mesma estrutura conceitual em tais sociedades. Também foi publicada uma adaptação atualizada em espanhol com foco na América Latina (Room *et al.* 2013).

Com base nessa tradição de revisões integrativas de vários autores da literatura sobre políticas de álcool, uma nova série de volumes foi encomendada em 2000, com base na crescente base de conhecimento, no clima de mudanças da política de álcool e nas tendências internacionais no tocante a problemas advindos da bebida. O tema principal desse volume, intitulado *Álcool: Uma Mercadoria Nada Comum* (Babor *et al.* 2003a), evoluiu por meio de uma análise cuidadosa das dimensões globais dos problemas relacionados ao álcool e uma análise das opções políticas para lidar com isso. A primeira edição analisou criticamente 34 políticas. Quando a segunda edição foi publicada em 2010, um total de 43 intervenções e estratégias foram identificadas e submetidas à análise (Babor *et al.* 2010).

O presente volume, o terceiro desta série, foi realizado por três motivos. Primeiro, a pesquisa epidemiológica sobre a carga global de doenças continua a crescer, implicando ainda mais o álcool como um dos principais fatores de risco para morte e invalidez em muitas regiões do mundo. Em segundo lugar, o crescente poder econômico e político da indústria do álcool e seu uso de novas tecnologias digitais para alcançar mercados globais inexplorados criaram a necessidade de avaliar até que ponto a indústria atua como indutora de problemas relacionados ao álcool. Em terceiro lugar, houve grandes melhorias na forma como as políticas de álcool são estudadas, o que disponibilizou novas evidências científicas para informar os formuladores de políticas. Essa base de evidências estabeleceu claramente que o álcool não é de fato uma mercadoria comum e que uma série de políticas diferentes, voltadas para indivíduos e populações, são necessárias para gerenciar a ameaça que o álcool representa para a saúde pública e o bem-estar social.

O trabalho nesta edição foi supervisionado ao longo um período de 3 anos por um Comitê Editorial (Drs. Babor, Casswell, Rehm, Room e Rossow) que se comunicou por meio de teleconferências quinzenais.

Foram realizadas reuniões de planejamento em Utrecht, Holanda; Melbourne, Austrália; e Dublin, Irlanda. Sete artigos de referência foram encomendados e posteriormente publicados em dois periódicos revisados por colegas, juntamente com os editoriais que os acompanham. (Babor *et al.* 2021; Rehm *et al.* 2021a). Esses documentos cobriram as principais questões epidemiológicas (por exemplo, o álcool não registrado) (Lachenmeier *et al.* 2021), desenvolvimentos de marketing digital (Carah e Brodmerkel 2021) e tendências de consumo de álcool (Rossow e Mäkelä 2021), bem como desenvolvimentos de políticas na África (Morjole *et al.* 2021), Índia (Gururaj *et al.* 2021), América Latina (Medina Mora *et al.* 2021) e os países da ex-União Soviética (Neufeld *et al.* 2021).

Esta edição é, portanto, mais do que uma atualização dos volumes anteriores. Ela tenta integrar dois novos temas em seu enredo de “uma mercadoria nada comum”. A primeira é a ideia de que a globalização dos problemas do álcool está ocorrendo por uma razão, que poderia ser mais bem administrada se a indústria do álcool abandonasse suas estratégias expansionistas na Ásia, África e América Latina, e se as opções de políticas de saúde pública, agora em número superior a 50, tivessem o apoio mais vigoroso dos governos e da sociedade civil. O segundo tema é que a globalização da produção, comércio e marketing do álcool criou a necessidade de um mecanismo de governança global concomitante para controlar um produto que agora é considerado tão prejudicial à saúde quanto o tabaco.

Conforme sugerido nesta breve história de uma série sequencial de monografias de políticas, nos últimos 50 anos, houve um progresso considerável na compreensão científica da relação entre álcool e saúde e bem-estar social. Idealmente, as evidências da pesquisa devem fornecer uma base científica para o debate público e a formulação de políticas governamentais. No entanto, grande parte da evidência científica é relatada em centenas de publicações e relatórios acadêmicos que raramente apresentam uma imagem coerente das implicações políticas da literatura cumulativa. Portanto, oferecemos este volume como nossa contribuição para o debate sobre a melhor forma de formular, implementar e sustentar uma política de álcool eficaz. Esperamos que, ao expandir nosso alcance e atualizar a base científica, esta edição de *Uma Mercadoria Nada Comum* continue a informar o debate político, capacitar os formuladores de políticas e aplicar a pesquisa disponível para o avanço das políticas públicas.

Sumário

Uma nota sobre a terminologia e o glossário.....	15
Prefácio dos autores à terceira edição	17
1 Definição do projeto político	23
2 Álcool: uma mercadoria nada comum.....	43
3 Tendências de consumo de álcool e padrões de consumo.....	63
4 O peso do consumo de álcool	91
5 A indústria do álcool: um vínculo de influência considerável.....	137
6 Panorama geral das estratégias e intervenções para prevenir e reduzir os danos relacionados com o álcool.....	169
7 Controlando a acessibilidade: estratégias de preços e tributação.....	185
8 Regulamentando a disponibilidade física do álcool.....	227
9 Restrições ao marketing.....	273
10 Estratégias de educação e persuasão	311
11 Beber e dirigir: prevenção e medidas preventivas	343

12	Modificando o contexto do consumo: reduzindo danos no ambiente de consumo licenciado e outros contextos	383
13	Serviços de tratamento e intervenção inicial	431
14	O processo político: várias partes interessadas e múltiplas agendas	463
15	Interesses econômicos, prioridades de saúde pública e governança global do álcool	493
16	Políticas do álcool: um guia do consumidor.....	523
	Glossário dos termos	551
	Índice Remissivo.....	569
	Autores.....	597

1

DEFINIÇÃO DO PROJETO POLÍTICO

1.1 Introdução

Este livro trata da política do álcool: por que é necessária, como é feita e o impacto que ela exerce sobre a saúde e bem-estar. Ele foi escrito tanto para formuladores de políticas quanto para cientistas do álcool, bem como para muitas outras pessoas interessadas em preencher a lacuna entre pesquisa e política. Começa examinando a premissa de que o álcool não é uma mercadoria comum e termina com a conclusão de que as políticas do álcool implementadas em uma agenda de saúde pública têm condições de reduzir os danos causados pelo álcool etílico, uma substância que um observador astuto (Edwards 2000) denominou de “molécula ambígua” por causa de sua capacidade paradoxal tanto de dar prazer quanto de infligir dor. Este livro é uma jornada para muitos lugares, mas todos apontam para um destino final: um mundo onde o álcool é o servo da humanidade, e não o mestre da vida de tantos.

Começamos essa jornada com algumas vinhetas colhidas em diferentes países, descrevendo como pessoas de diversas origens são afetadas pelo álcool de maneiras diferentes (vide Quadro 1.1). Apesar de suas diferenças, essas vinhetas têm algo importante em comum: todas chamam a atenção para a necessidade de políticas que protejam a saúde, previnam as deficiências e abordem os problemas sociais associados ao uso do álcool. Conforme indicado na Seção 1.2, a busca por essas políticas começou há muito tempo.

1.2 Política do álcool: um breve histórico

Os primeiros exemplos de controles locais sobre a produção, distribuição e consumo de álcool são encontrados em áreas urbanas emergentes da China antiga, Grécia, Mesopotâmia, Egito e Roma (Gha-

lioungui, 1979). Na China, o imperador Yu (2205-2198 a.C.) impôs um imposto sobre o álcool para reduzir o consumo (Newman 2002). Estadistas gregos do sexto século a.C. introduziram a pena de morte para magistrados bêbados e exigiam que todo vinho fosse diluído em água antes de ser vendido em festivais públicos. Por vários milhares de anos, estratégias inovadoras e por vezes punitivas como essas foram elaboradas por monarcas, governos e o clero para evitar problemas relacionados ao álcool. Entre estes, a proibição de bebidas intoxicantes no Alcorão é talvez o exemplo mais notável, em termos de sua influência contínua hoje. Nas sociedades tribais e aldeãs, as regras que limitam o consumo de álcool por gênero ou status socioeconômico são comuns.

Não foi, no entanto, até o final do século XIX que o controle do álcool se tornou um instrumento de esforços governamentais organizados para proteger a saúde pública no mundo não islâmico, incluindo provisões nos impérios europeus que proibiam o álcool aos povos subjugados. E não foi até o início do século XX que alguns países não islâmicos deram um passo ambicioso para impor uma solução mais radical: a total proibição.

Quadro 1.1 Efeitos do álcool nas pessoas e populações

Morte acidental de adolescente embriagado no Brasil

No Brasil, um adolescente se une a seus amigos para uma noite de folia regada a álcool. Eles sobem a escada da torre de água local para ver o céu noturno e as luzes da cidade. O menino escorrega e cai para a morte, vítima de intoxicação alcoólica, má sorte e políticas ineficazes de controle do álcool que permitem aos jovens ter acesso fácil ao álcool e a mensagens de marketing ligadas ao álcool, retratando a bebida como uma diversão inofensiva. A história ilustra como o estado de embriaguez leva algumas pessoas – especialmente os jovens – a fazer coisas imprudentes e perigosas que podem ter consequências enormes para si e para os demais.

Beber em público e contágio durante a pandemia de COVID-19

No Reino Unido, a pandemia de coronavírus (COVID-19) em 2020 resultou no fechamento temporário de casas públicas (pubs) em um dos países onde mais se bebe na Europa. Quando reabriram várias semanas depois, com novas restrições, por meio de observações sistemáticas, clientes e funcionários (Fitzgerald *et al.* 2021) identificaram grandes riscos de transmissão do vírus decorrentes da não conformidade em alguns locais. Os incidentes observados incluíram cantos, gritos e clientes apertando as mãos, abraçando os outros e deslocando-se pelo bar sem distanciamento social. Observou-se que o grau de intoxicação alcoólica contribuiu para a maioria desses incidentes.

Mortes e ferimentos causados por bebidas alcoólicas adulteradas com metanol na África

Na capital do Quênia, Nairóbi, um produto caseiro de álcool enriquecido com metanol matou 121 pessoas em novembro de 2000, deixando 495 hospitalizadas, 20 das quais ficaram cegas (Nordwall 2000). O preço pago foi particularmente pronunciado nas favelas urbanas ao redor da cidade, onde cafeterias sem licença servem cervejas ilegais para migrantes rurais em busca de emprego na cidade. No distrito de Kabale, em Uganda, 80 pessoas morreram de síndrome de disfunção de múltiplos órgãos depois de beber *waragi*, um gim de banana ilegal adulterado com metanol, durante um período de 4 semanas em 2010 (*Herald Sun* 2010). As políticas que restringem a destilação ilícita de álcool e a venda não licenciada de bebidas alcoólicas têm sido difíceis de aplicar em ambos os países; no entanto, medidas mais simples direcionadas ao controle do acesso ao metanol poderiam ser mais eficazes.

Festa de fim de ano no Japão

Em Tóquio, a manchete de um artigo de jornal dizia: “Festas de fim de ano despejam bêbados nos trens do Japão”, referindo-se à temporada de feriados de Ano Novo *bonenkai*. Funcionários ferroviários estimam que pelo menos 60% dos passageiros ficam embriagados durante esse período. Em resposta, foram contratados seguranças a mais para minimizar os ferimentos e foram introduzidos vagões ferroviários “exclusivos para mulheres”, a fim de prevenir agressões sexuais. O artigo não mencionou se as políticas alcançaram os efeitos pretendidos (Zielenziger 2000).

Políticas de controle de álcool lideradas por indígenas na Austrália

Em Tennant Creek, na Austrália, grupos aborígenes fizeram lobby para impor restrições à venda de bebidas alcoólicas no dia de pagamentos, vinho em barril de 4 litros e horários de venda para entregas a domicílio. A política da “quinta-feira com sede” foi associada a uma redução nos incidentes policiais relacionados ao álcool, internações hospitalares e apresentações em abrigos para mulheres. No mesmo período, o consumo de álcool diminuiu 19% (Brady 2000).

Entre 1914 e 1921, leis proibindo a fabricação e venda de todas ou da maior parte das formas de bebidas alcoólicas foram adotadas em 13 países autônomos (Schrader 2010), incluindo os Estados Unidos, Canadá, Noruega, Islândia, Finlândia e Rússia. A maioria dessas leis foi revogada em uma década e substituída por políticas regulatórias menos extremas. Ver as políticas do álcool, no entanto, pela perspectiva estritamente focada da proibição, é ignorar o fato de que a maior parte da formulação de políticas durante o século passado foi incremental, deliberada e baseada na aceitação da disponibilidade legal de bebidas alcoólicas; no entanto, a proibição total do álcool ainda continua sendo uma parte crucial de

algumas políticas governamentais, principalmente em países islâmicos e em alguns estados da Índia.

As medidas que afetam o consumo de álcool são agora uma característica comum dos sistemas legais e regulatórios em todo o mundo. Todos os governos têm de lidar com as bebidas alcoólicas como bens de consumo de uma forma ou de outra, mas, ao mesmo tempo, o álcool é visto como objeto de regulamentação especial no interesse da saúde pública e do bem-estar social. Essas regulamentações assumiram diferentes formas em diferentes países.

Na Europa, a política do álcool nos países nórdicos durante a década de 1950 foi baseada em considerações de bem-estar social e saúde pública. As políticas incluíam altos impostos especiais de consumo sobre bebidas alcoólicas, sistemas estatais de monopólio de álcool para produção, comercialização e controles rígidos sobre a disponibilidade de álcool (Room e Tigerstedt 2008). Em contraste, havia muito poucas políticas de controle de álcool nos países produtores de vinho do Mediterrâneo até o início dos anos 1950, de modo que a maior parte das medidas foi motivada por interesses industriais ou comerciais. Alguns países entre as áreas nórdica e mediterrânea, como a Irlanda e o Reino Unido, desenvolveram um sistema de licenciamento rígido, especialmente para vendas de bebidas alcoólicas no local. Desde a formação da União Europeia (UE), houve uma convergência de políticas em algumas áreas de controle do álcool. Em particular, a regulamentação da produção, distribuição e venda de álcool diminuiu nos estados membros do norte da UE, enquanto as medidas voltadas para a demanda de álcool, como restrições à propaganda de álcool e contramedidas ao dirigir embriagado, tornaram-se mais predominantes nos estados membros do sul. Na UE, também têm havido políticas convergentes no que diz respeito à tributação de bebidas alcoólicas, decorrentes principalmente das pressões da UE para a redução dos impostos nos estados-membros com altas taxas de tributação (Osterberg 2011), embora diferenças substanciais permaneçam (Angus *et al.* 2019).

Na América do Norte, houve um afrouxamento gradual do controle do álcool na maioria das jurisdições nas últimas décadas, com grandes mudanças, como a privatização das vendas de álcool no varejo ocorrendo em vários estados dos EUA e em uma província canadense (Ye e Kerr 2016). O preço relativo do álcool diminuiu porque os impostos so-

bre o álcool não foram aumentados para corresponder à inflação (Blanchette *et al.* 2020). Ambos os países possuem frouxos controles sobre a publicidade de bebidas alcoólicas, especialmente nos Estados Unidos. Em contraste, há extensos esforços de educação e aplicação da lei para controlar a **direção sob efeito de álcool**.¹

Em outras partes do mundo, o colapso do sistema comunista na antiga União Soviética e em muitos países do Leste Europeu significou que o controle da disponibilização de álcool, pelo menos inicialmente, diminuiu muito nesses países (Moskalewicz 2000; Reitan 2000; Neufeld *et al.* 2021). Na última década, porém, em parte estimulada pelo reconhecimento de que a região tinha alguns dos mais altos níveis de danos relacionados ao álcool no mundo, foram implementadas políticas de controle de álcool mais rígidas, o que levou a um declínio nas doenças e problemas sociais atribuíveis ao álcool, o que contribuiu para um aumento significativo da expectativa de vida (Neufeld *et al.* 2021). Este progresso notável foi alcançado na Rússia, Lituânia e alguns outros países da Europa Oriental por uma combinação de restrições à disponibilidade e comercialização de álcool e aumento da tributação do álcool.

Apesar desses sinais de progresso, as políticas gerais do álcool que afetam toda a população e são orientadas para o bem coletivo têm sofrido ataques contínuos em muitos países de alta renda (PARs). As políticas existentes foram gradualmente enfraquecidas ou desmanteladas (por exemplo, a privatização de monopólios, a erosão de impostos pela inflação, o aumento do horário de funcionamento e a permissão de venda de álcool nos supermercados). A comercialização de álcool não tem sido regulamentada e a expansão da comercialização digital aumentou sua onipresença e influência. Ao mesmo tempo, a preocupação popular com os problemas relacionados ao álcool muitas vezes aumentou, embora tenha encontrado expressão política apenas esporadicamente. O aumento da preocupação pública reflete, em parte, um aumento nos índices de problemas relacionados ao álcool em áreas como direção sob efeito do álcool. A defesa da saúde pública, bem como a documentação científica das maneiras ocultas pelas quais a bebida prejudica quem bebe e outras

1 Termos-chave que têm significados técnicos ou linguísticos com os quais o leitor comum não estaria familiarizado se encontram identificados no glossário, ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando forem usados pela primeira vez em um determinado capítulo

peças no ambiente de bebida, também contribuíram para essa preocupação crescente (Organização Mundial da Saúde 2010).

Tem se dado uma maior atenção em termos de pesquisa às tendências políticas além dos PARs (ex.: Room *et al.* 2013), e foi desenvolvida uma ferramenta concebida para medir a implementação de políticas eficazes do álcool em países de renda baixa e média (PBMRs) e em PARs (Casswell *et al.* 2018). A Tailândia emergiu como um modelo para a implementação de uma política do álcool eficaz ao estabelecer uma agência de promoção da saúde financiada por impostos sobre o álcool e pela aprovação de uma Lei de Controle ao Álcool relativamente abrangente em 2008 (Sornpaisarn e Rehm 2020). A estabilização do consumo de álcool per capita na Tailândia, após a implementação dessas políticas de controle do álcool, indica que é possível diminuir a tendência geral de aumento do consumo associado ao crescimento econômico (Rehm *et al.* 2021).

Em outros lugares, a evolução das políticas não acompanhou o crescimento da renda e a expansão da disponibilidade e comercialização. Na China, o monopólio nacional do álcool, que exercia uma influência moderadora sobre a disponibilidade de álcool, foi abolido na década de 1980, sucedido por um sistema de controles limitados e divididos entre diferentes ministérios e níveis governamentais (Guo e Huang 2015). O consumo do álcool per capita mais do que dobrou entre 1978 e 2010, seguido por um aumento acentuado nas taxas de doenças hepáticas alcoólicas (Huang *et al.* 2017). Moutai, um produtor de bebidas de propriedade, principalmente, de um governo local chinês é atualmente uma das maiores empresas de bebidas alcoólicas do mundo (Koh Ping e Chiu 2021). Na Índia, onde há diferenças marcantes entre os estados no controle do álcool (variando da proibição total até os subsídios à produção), as políticas do álcool não conseguiram frear a tendência de aumento do consumo (Gururaj *et al.* 2021).

Em países de maioria muçulmana (PMMs), injunções e crenças religiosas estão associadas a menor consumo de álcool e menos problemas atribuíveis ao álcool.

O consumo geral, porém, aumentou em comparação a duas décadas atrás, no contexto da globalização, incluindo a influência do turismo e migrantes de países não muçulmanos, bem como o envolvimento

de corporações transnacionais do álcool (CTNAs), que identificaram os PMMs como uma área de crescimento (Al-Ansari *et al.* 2016).

Na África subsaariana, as tentativas de implementar políticas de controle de álcool mais rígidas diante dos problemas crescentes encontraram oposição por parte das CTNAs (Morojele *et al.* 2021), que expandiram suas atividades de produção, comercialização e distribuição na região (por exemplo, Van Beemen 2019). Embora a maior parte da população na África subsaariana seja composta de abstêmios vitalícios, entre os consumidores, o consumo de álcool é maior do que na Europa. A maioria dos países implementou políticas fiscais, mas poucos adotaram outras medidas de controle ao álcool com boa relação custo-benefício.

Na América do Sul, algumas políticas de controle do álcool foram bem-sucedidas a nível nacional ou local (Medina-Mora *et al.* 2021), refletindo o impacto dos aumentos dos impostos sobre o álcool e das medidas que restringem a disponibilidade. Ademais, descobriu-se que as contramedidas para quem dirigir alcoolizado reduzem as lesões no trânsito quando implementadas com fiscalização suficiente.

Por outro lado, a implementação da triagem de álcool e programas de intervenção breve em todo o sistema de saúde produziu resultados mistos (Ronzani *et al.* 2008).

No contexto do aumento da riqueza e da prosperidade econômica em regiões do mundo em rápido desenvolvimento, várias conclusões podem ser tiradas. Em primeiro lugar, a utilização do álcool continua a ser um importante fator de risco para acidentes, lesões e doenças não transmissíveis em todo o mundo.

Em segundo lugar, houve um relaxamento gradual das políticas de controle do álcool nos PARs, enquanto controles mais rígidos na Rússia e em vários países do Leste Europeu tiveram algum sucesso. Em terceiro lugar, as economias em expansão da África, América Latina e Ásia levaram ao aumento do consumo de álcool, mas a oposição do setor do álcool impediu a adoção de políticas que provavelmente reduziriam o consumo.

Essas considerações sobre o cenário político atual tornam-se particularmente importantes para a saúde pública por causa das tendências globais no consumo de álcool que são analisadas no Capítulo 3 deste livro. Entre 1990 e 2017, o consumo adulto per capita no mundo aumentou de 5,9 litros per capita para 6,5 litros e, em 2030, ele deverá atingir 7,6

litros (Manthey *et al.* 2019), com grande parte do aumento ocorrendo em vários países de renda média, como China, Índia e Vietnã.

1.3 Política de Álcool Definida

Em 1975, Kettel Bruun e seus colegas definiram as políticas de controle do álcool como todas as estratégias relevantes empregadas pelos governos para influenciar a disponibilização de álcool, atribuindo a saúde educação, mudança de atitude e controle social informal como além do escopo de uma abordagem de saúde pública (Bruun *et al.* 1975). Em 1994, Griffith Edwards e seus colegas ofereceram uma visão mais ampla da política do álcool, definindo-a como uma resposta da saúde pública ditada, em parte, por preocupações nacionais e históricas (Edwards *et al.* 1994). O volume atual bebe na fonte de seus predecessores em termos de sua conceituação da política de álcool, mas também expande a definição, acompanhando as visões da saúde pública em evolução nacional e internacional.

Políticas públicas são decisões autoritárias feitas por governos por intermédio de leis, regras e regulamentações (Longest 1998). A palavra “autoritária” indica que as decisões vêm do alcance legítimo de legisladores e outros funcionários de grupos de interesse público, não da indústria privada ou grupos de defesa relacionados. Quando políticas públicas dizem respeito à relação entre álcool, saúde e bem-estar social, são consideradas políticas do álcool. Assim sendo, as leis de direção sob efeito de álcool elaboradas para prevenir acidentes relacionados ao álcool são consideradas políticas do álcool. Nós nos concentramos no propósito da saúde pública por meio das leis relevantes para as políticas, reconhecendo que uma lei pode ter múltiplos propósitos. Os impostos especiais de consumo sobre o consumo de álcool, por exemplo, geram receita para o estado e, ao mesmo tempo, ajudam a limitar o consumo excessivo de álcool. Em alguns casos, as intervenções são promovidas ou conduzidas pela indústria do álcool como substitutos de políticas governamentais, como a autorregulamentação voluntária da comercialização de álcool e programas de motoristas designados. Sempre que esses programas tiverem sido avaliados de uma perspectiva da saúde pública, eles se encontrarão incluídos em nossa análise da literatura sobre opções de políticas,

não devendo, porém, ser considerados políticas do álcool, a menos que constituam leis, normas ou regulamentações.

Da perspectiva deste livro, o propósito central das políticas do álcool é atender aos interesses da saúde pública e do bem-estar social por meio de seu impacto sobre os determinantes dos problemas decorrentes do álcool. As políticas podem ser direcionadas para o consumo total de álcool em uma população, o ambiente de consumo e comercialização e acessibilidade e disponibilização física do álcool, bem como outras áreas. Uma resposta importante aos danos causados pelo álcool é o acesso aos serviços sociais e de saúde, particularmente aqueles destinados a lidar com a dependência do álcool e problemas sociais e psicológicos relacionados ao álcool. Os serviços de tratamento e prevenção do alcoolismo disponíveis para as pessoas dentro de um país são muito influenciados pelo financiamento dos serviços de saúde e sociais, tanto em nível geral quanto em termos de apoio a serviços especializados.

1.4 Saúde pública, interesse público e bem público

As últimas três décadas do século XX testemunharam o surgimento do que foi denominado na literatura sobre o álcool como a abordagem da “nova saúde pública” para as questões relacionadas ao álcool (Room 2021), que reúne várias vertentes de pesquisa e filosofia. Em contraste com um foco primário em uma doença unitária, o “alcoolismo”, a abordagem inclui uma variedade mais ampla de problemas relacionados ao álcool e segmentos da população que vão além das pessoas que mais bebem, para incluir todos as pessoas que bebem e que estão em risco, sofrem danos ou têm potencial de causar prejuízo aos demais. A maior parte das pessoas que bebem faz parte dessa abordagem, não apenas porque ocasionalmente sofrem danos associados à intoxicação aguda ou ao consumo regular de álcool, mas também porque contribuem para o clima social que facilita o alto consumo. A proporção de pessoas que bebem muito na população está fortemente associada ao nível geral de consumo da população em geral; assim, parte da “política do álcool” geral de uma sociedade é colocar limites na disponibilização para reduzir o consumo geral, não apenas o consumo de pessoas que bebem muito (Bruun *et al.* 1975; Rossow e Makela 2021). O foco no consumo de álcool em nível

populacional exerceu influência considerável nas políticas do álcool em muitas partes do mundo, bem como nas políticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde; no entanto, tem sofrido oposição da indústria de bebidas alcoólicas porque o foco na população oferece ampla justificativa para a regulamentação governamental.

Uma abordagem alternativa que foi adotada, pelo menos parcialmente, pela indústria do álcool, bem como pela comunidade da saúde pública (Stockwell *et al.* 1997), argumenta que medidas políticas de redução de danos direcionadas a pessoas problemáticas e que bebem muito são mais politicamente aceitáveis e, portanto, mais viáveis, do que medidas dirigidas a todos os que bebem. Essa abordagem se concentra principalmente na redução dos casos de intoxicação ou na proteção dos que bebem contra danos. Conforme observado em edições anteriores deste livro, normalmente não há conflito entre as abordagens voltadas para o consumo total e aquelas voltadas para os malefícios do consumo excessivo de álcool. Medidas que afetam toda a população que bebe – impostos sobre o álcool, por exemplo – podem ser ainda mais eficazes com as pessoas que bebem muito, em termos de redução dos danos relacionados ao álcool.

A definição da política do álcool proposta neste livro baseia-se fortemente em conceitos derivados da saúde pública, um campo especializado de conhecimento e ação que nem sempre é compreendido pelo público em geral ou pelos profissionais da saúde. A saúde pública está preocupada com a gestão e prevenção de doenças e lesões em populações humanas. Ao contrário da medicina clínica, que se concentra no cuidado e na cura da doença em casos individuais, a saúde pública lida com a saúde da população na comunidade, no país ou em níveis mais amplos.

Por que os conceitos de saúde pública são importantes para a discussão da política do álcool? Durante o século XX, a saúde pública e as medidas de bem-estar social relacionadas tiveram um efeito notável na saúde das populações em todo o mundo. A expectativa de vida aumentou drasticamente durante esse período, em parte graças à aplicação de medidas de saúde pública destinadas a melhorar o saneamento, reduzir a poluição ambiental e prevenir doenças transmissíveis e infecciosas (Organização Mundial da Saúde, 1998). Mesmo com o recuo das epidemias da maioria das doenças transmissíveis, porém, os riscos à saúde associados aos determinantes comerciais de doenças crônicas e condições agudas de

saúde aumentaram em importância como principais causas de mortalidade e morbidade (Moodie *et al.* 2013). Quando se faz uso de abordagens populacionais em vez de, ou em conjunto com abordagens individuais, os efeitos na saúde podem ser dramáticos, como demonstrado na Federação Russa, onde mudanças na política do álcool nos últimos anos foram associadas a melhorias na expectativa de vida (Nemtsov *et al.* 2019). Como este livro demonstrará, os conceitos de saúde pública fornecem um importante veículo para gerenciar a saúde das populações em relação ao uso do álcool. Embora as abordagens voltadas para os indivíduos possam ser eficazes no tratamento da dependência do álcool e das incapacidades relacionadas ao álcool (Capítulo 13), as abordagens baseadas na população lidam com grupos, comunidades e nações para modificar ou remover os determinantes dos problemas relacionados ao álcool.

Uma perspectiva correlata que amplia a aplicação dos conceitos de saúde pública aos problemas do álcool é o bem-estar social. Essa perspectiva vai além das preocupações médicas e de saúde para incluir dimensões de qualidade de vida, como segurança pessoal, recompensa, atividades de lazer, segurança econômica e satisfação com a vida (MacCagnan *et al.* 2019), todas condições ameaçadas pelo consumo excessivo de álcool. Reconhecendo que os problemas do álcool envolvem outras dimensões além da saúde física e, muitas vezes, afetam outras pessoas além daquele que bebe, a abordagem do bem-estar social visa reduzir as consequências sociais de beber, incluindo problemas interpessoais, discórdia conjugal, dificuldades no trabalho, direção sob efeito de álcool e danos causados pelo álcool a outras pessoas.

Esta abordagem expandida de saúde pública/bem-estar social estabelece a base para uma ampla gama de políticas do álcool. Um escopo mais restrito se estenderia apenas à prevenção do consumo problemático e ao tratamento dos transtornos relacionados ao consumo do álcool, limitando assim o problema aos defeitos relativo ao indivíduo que bebe. Ao longo da história, houve uma tendência de se adotar uma postura moral ao considerar os problemas do álcool como resultado de más escolhas de indivíduos culpados. Em vez disso, nossa abordagem considera os danos causados pelo álcool como parcialmente decorrentes de decisões políticas que tratam o álcool como uma mercadoria comum e da crescente influência da indústria do álcool. Embora o álcool possa proporcionar benefícios sociais e psicológicos (conforme discutido no Capítulo 2) e

alguns benefícios protetores à saúde possam estar associados ao consumo moderado (conforme discutido no Capítulo 4), o foco deste livro é reduzir os impactos negativos do uso do álcool, que muitas vezes superam os benefícios de beber para muitos indivíduos.

A busca pela saúde e a promoção do bem-estar social estão entre os valores mais estimados pela sociedade moderna, conforme refletido na inclusão de metas de redução do consumo de álcool nas metas de desenvolvimento sustentável acordadas globalmente pelas Nações Unidas (Organização Mundial da Saúde 2018). O controle do álcool com base nesses valores, no entanto, também cria um desafio especial porque, muitas vezes, compete com outros valores, como o livre comércio, lucros corporativos e a escolha individual. Como os capítulos posteriores irão mostrar, as políticas sólidas do álcool promulgadas no interesse da saúde pública e bem-estar social são bem justificadas no interesse público, visto que o álcool não é uma mercadoria comum.

1.5 O enredo deste livro

O enredo deste livro, resumido em seu título, surgiu ao longo de quase cinco décadas de colaboração profissional entre grupos de autores de vários países e disciplinas. Embora os nomes dos autores tenham mudado a cada iteração das várias edições deste livro (Bruun *et al.* 1975; Edwards *et al.* 1994; Babor *et al.* 2003, 2010), os temas subjacentes tornaram-se mais claros à medida que o campo da ciência do álcool e da análise de políticas amadureceu. O enredo pode ser descrito em cinco seções temáticas.

Primeiro, o Capítulo 2 explica por que o álcool não pode ser considerado uma mercadoria comum do ponto de vista da saúde pública. O álcool não só é uma substância tóxica quando ingerida em grandes quantidades ou por um longo período de tempo, mas também afeta a saúde de quem bebe por meio dos mecanismos de intoxicação aguda e dependência do álcool. O álcool exige enormes custos financeiros e pessoais, tanto de indivíduos que bebem quanto das pessoas e instituições que os cercam. Assim como o tabaco e outras mercadorias nocivas, o álcool tem o potencial de causar danos de diversas maneiras. A quantidade de maneiras é o assunto dos capítulos 3 e 4, que tratam da natureza e extensão dos

diferentes padrões de consumo e os danos resultantes para quem bebe e para os demais. O comportamento de beber e os problemas relacionados ao álcool são influenciados por uma série de fatores, incluindo os ambientes físicos, sociais, econômicos e virtuais nos quais as pessoas vivem, bem como a composição genética das pessoas, estilos de vida pessoais e acesso a serviços de saúde. Segue-se que as políticas do álcool, para serem instrumentos eficazes de saúde pública e bem-estar social, devem levar em consideração, se não operar em, todos esses domínios, em vez de se limitar a um foco mais circunscrito no álcool, no agente, ou na dependência do álcool, que é apenas um resultado do consumo crônico. Esses capítulos mostram que o álcool não é uma mercadoria comum devido à enorme e diversificada carga de danos resultantes de seu consumo.

O segundo tema, explorado nos Capítulos 5 e 14, é o papel da indústria de bebidas alcoólicas como indutora de problemas relacionados ao álcool. Esta parte da história se concentra nos desenvolvimentos recentes da concentração da indústria do álcool em um pequeno número de corporações transnacionais. Mostra como o papel da indústria mudou de produtor de bebidas alcoólicas tradicionais, como vinho, cerveja e destilados, para indutor de uma demanda crescente por uma ampla gama de produtos alcoólicos destinados a aumentar o consumo de álcool em todos os segmentos da população mundial.

A terceira parte do enredo, apresentada nos capítulos 6 a 13, constitui o núcleo do livro. Esses capítulos analisam detalhadamente as evidências que apoiam sete abordagens principais para a política de álcool: medidas de preços e tributação, regulamentação da disponibilidade física do álcool, restrição da comercialização do álcool, estratégias de educação e persuasão, contramedidas para quem dirigir alcoolizado, modificando o contexto de consumo, o tratamento e a intervenção precoce. Aqui descrevemos cerca de 70 estratégias e intervenções que foram experimentadas e testadas em termos de eficácia na prevenção ou melhoria de problemas relacionados ao álcool. Algumas dessas políticas operam em toda a sociedade como medidas universais que limitam a disponibilidade física, financeira, social e psicológica do álcool. Outros são mais direcionados a subgrupos da população que são vulneráveis ou que correm riscos ou são, de outras formas, afetados negativamente pelo álcool, como jovens, pessoas com dependência de álcool e motoristas alcoolizados. A pesquisa mostra que, embora as medidas universais, como políticas de

preços, restrições de disponibilidade e controles de comercialização sejam as práticas mais eficazes, muitas das abordagens direcionadas têm algo a contribuir, especialmente quando usadas em combinação com medidas universais ou para abordar problemas específicos que medidas universais não conseguiram eliminar.

Infelizmente, o enredo se torna mais pessimista na quarta seção, onde são descritos os desafios para uma política eficaz do álcool. O Capítulo 14 sugere uma estrutura para entender o processo de formulação de políticas sobre o álcool e como ele pode servir aos interesses da saúde pública e do bem-estar social. Neste capítulo, consideramos as seguintes questões: quem são os principais intervenientes na área da política do álcool? Como eles contribuem para o processo de formulação de políticas? Qual é o seu impacto individual e coletivo na saúde pública e no bem-estar social? Além de funcionários do governo e profissionais de saúde pública, organizações não-governamentais e grupos profissionais desempenham um papel na defesa do interesse público em muitas jurisdições, e aqueles que comunicam os resultados da pesquisa são frequentemente atraídos para o debate político. Cada vez mais, os grupos envolvidos na produção e venda do álcool com fins lucrativos também estão envolvidos em debates políticos, muitas vezes defendendo as políticas menos eficazes.

ESTABELECENDO A AGENDA POLÍTICA

Se os problemas relacionados ao álcool devem ser minimizados, são necessários mecanismos nos níveis internacional, nacional e local para garantir que as políticas de álcool sirvam ao bem público. Para esse fim, o Capítulo 15 explora os lados sombrios e positivos da política do álcool em nível internacional, com o primeiro sintetizado em acordos comerciais que muitas vezes favorecem os interesses da indústria do álcool e afetam adversamente a saúde versus as políticas defendidas por agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde. Assim, para que a política do álcool use a ciência e a saúde pública no interesse público, serão necessários mecanismos supranacionais para lidar com as consequências da crescente globalização da produção, comércio e comercialização do álcool.

O capítulo final do livro apresenta uma síntese do conhecimento existente sobre estratégias baseadas em evidências e intervenções que po-

dem ser traduzidas em políticas de álcool. Ao comparar essas opções de saúde pública em termos de sua eficácia e quantidade de apoio científico, é possível avaliar as contribuições potenciais de diferentes políticas, tanto isoladamente quanto em combinação. Visto que a base científica para a política do álcool amadureceu em seu escopo e sofisticação, tornou-se evidente que não há uma maneira única de abordar o amplo espectro de danos causados pelo álcool. As melhores práticas, porém, são as que impõem restrições à disponibilidade, acessibilidade e comercialização do álcool. Portanto, é necessária uma combinação de estratégias e intervenções para abordar de forma abrangente esses aspectos do ambiente alcoólico. Se essa constatação é preocupante, também é preocupante a convicção, defendida nas páginas deste livro, de que a política do álcool é um processo em constante mudança que precisa adaptar-se constantemente aos tempos se quiser servir aos interesses da saúde pública, ao bem-estar social e ao bem público.

Referências

Al-Ansari B, Thow A-M, Day CA, *et al.* (2016) Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction*, 111, 1703-13.

Angus C, Holmes J, and Meier PS (2019) Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction*, 114, 1489-94.

Blanchette JG, Ross C, and Naimi TS (2020) The rise and fall of alcohol excise taxes in U.S. states, 1933-2018. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 331-8.

Brady M (2000) Alcohol policy issues for indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, 27, 435-509.

Bruun K, Edwards G, Lumio M, *et al.* (1975) Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25.

Casswell S, Morojele N, Williams PP, *et al.* (2018) The Alcohol Environment Protocol: a new tool for alcohol policy. *Drug Alcohol Rev*, 37(Suppl 2), S18-26.

Edwards G (2000) *Alcohol: The Ambiguous Molecule*. London: Penguin Books.

Edwards G, Anderson P, Babor TF, *et al.* (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Fitzgerald N, Uny I, Brown A, *et al.* (2021) Managing COVID-19 transmission risks in bars: an interview and observation study. *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 42-54.

Ghalioungui P (1979) Fermented beverages in antiquity. In: Gastineau CF, Darby WJ, and Turner TB (eds.) *Fermented Food Beverages in Nutrition*. New York, NY: Academic Press, pp. 3-19.

Guo X and Huang Y-G (2015) The development of alcohol policy in contemporary China. *J Food Drug Anal*, 23, 19-29.

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368-84.

Herald Sun (2010) Home-made gin kills 80 in a month in Uganda. 25 April 2010. Retrieved 25 April 2010.

Huang A, Chang B, Sun Y, *et al.* (2017) Disease spectrum of alcoholic liver disease in Beijing Hospital from 2002 to 2013: a large tertiary referral hospital experience from 7422 patients. *Medicine*, 96, e6163.

Koh Ping C and Chiu J (2021) Chinese liquor giant Moutai hits heady \$500 billion valuation. *The Wall Street Journal*, 10 February 2021. <https://www.wsj.com/articles/chinese-liquor-giant-moutai-hits-heady-500-billion-valuation-11612964076>

Longest BB (1998) *Health Policymaking in the United States*. Chicago, IL: Health Administration Press.

Maccagnan A, Wren-Lewis S, Brown H, *et al.* (2019) Wellbeing and society: towards quantification of the co-benefits of wellbeing. *Soc Indic Res*, 141, 217-43.

Manthey J, Shield KD, Rylett M, *et al.* (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393, 2493-502.

Medina-Mora ME, Monteiro M, Rafful C, *et al.* (2021) Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug Alcohol Rev*, 40, 385-401.

Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, *et al.* (2013) Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*, 381, 670–9. Morojele NK, Dumbili EW, Obot IS, *et al.* (2021) Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: the case for stronger national and regional responses. *Drug Alcohol Rev*, 40, 402–19.

Moskalewicz J (2000) Alcohol in the countries in transition: the Polish experience and the wider context. *Contemporary Drug Problems*, 27, 561–92.

Nemtsov N, Neufeld M, and Rehm J (2019) Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs*, 80, 489–98.

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, *et al.* (2021) Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*, 40, 350–67.

Newman I (2002) Cultural aspects of drinking patterns and alcohol controls in China. *The Globe* (London), 1, 18–21.

Nordwall SP (2000) Homemade alcohol kills 121 in Kenya. Arlington, VA: USA Today, 20 November 2000.

Österberg EL (2011) Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug Alcohol Rev*, 30, 124–9.

Rehm J, Babor TF, Casswell S, *et al.* (2021) Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: do policies make a difference? *Drug Alcohol Rev*, 40, 345–9.

Reitan TC (2000) Does alcohol matter? Public health in Russia and the Baltic countries before, during, and after the transition. *Contemporary Drug Problems*, 27, 511–60.

Ronzani TM, Amaral MB, Souza-Formigoni ML, *et al.* (2008) Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 529–38.

Room R (2021) Alcohol. In: Detels, R, Karim, QA, Baum, F, Li, L, and Leyland, AH (eds.) *Oxford Textbook of Global Public Health*, 7th edn. Oxford: Oxford University Press, pp. 345–56.

Room R, Jernigan D, Carlini BH, *et al.* (2013) *El Alcohol y los Países en Desarrollo: Una Perspectiva de Salud Pública*. Mexico City: Fondo de Cultura Económica & Organización Panamericana de la Salud. (Edition of Room *et al.* 2002 in Spanish with new material updating epidemiology and concerning Latin America)

Room R and Tigerstedt C (2008) Nordic alcohol policies and the welfare state. In: Lundborg O, Yngwe MA, Stjarne MK, Bjork L, and Fritzell J (eds.) *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health (NEWS)*. Stockholm: Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University and Karolinska Institute, pp. 141– 52.

Rossow I and Makela P (2021) Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 9– 17.

Schrad ML (2010) *The Political Power of Bad Ideas: Networks, Institutions and the Global Prohibition Wave*. Oxford: Oxford University Press.

Sornpaisarn B and Rehm J (2020) Strategies used to initiate the first alcohol control law in Thailand: lessons learned for other low-and middle-income countries. *Int J Drug Policy*, 86, 102975.

Stockwell T, Single E, Hawks D, *et al.* (1997) Opinion piece: sharpening the focus of alcohol policy from aggregate consumption to harm and risk reduction. *Addiction Research*, 5, 1– 9.

The Australian (2010) Home Brew Kills 80 in Uganda. 25 April 2010. Retrieved 28 February 2022. <https://www.theaustralian.com.au/news/latest-news/home-brew-kills-80-inuganda/news-story/d23e1687a1b59a8e0c67831db63f8955>

Van Beemen O (2019) *Heineken in Africa: A Multinational Unleashed*. London: Hurst and Co.

World Health Organization (1998) *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century. A Vision for All*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2010) *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018) *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Ye Y and Kerr WC (2016) Estimated increase in cross-border purchases by Washington residents following liquor privatization and implications for alcohol consumption trends. *Addiction*, 111(11), 1948– 53.

Zielenziger M (2000) Year-ending parties pour drunks onto trains of Japan. Hartford, CT: Hartford Courant, 28 December, 2000.

2

ÁLCOOL: UMA MERCADORIA NADA COMUM

2.1 Introdução

O álcool é uma substância psicoativa utilizada desde a antiguidade como suplemento alimentar, lubrificante social e intoxicante. Cerveja, vinho e destilados também são mercadorias compradas e vendidas no mercado. E o álcool é uma droga com efeitos tóxicos que causam danos físicos, sociais e psicológicos. Este capítulo examina esses diferentes aspectos das bebidas alcoólicas, verificando com especial cuidado o contraste entre o duplo papel do álcool como mercadoria e como droga.

A compreensão desse contraste é essencial para o tema central do livro. Nos últimos anos, a discussão pública das políticas de álcool muitas vezes ignorou ou minimizou a necessidade de compreender a natureza do agente, suas funções sociais e psicológicas e suas propriedades nocivas. Em muitas sociedades, há uma aceitação geral da ideia que o álcool é uma mercadoria comum que deve ser comprada e vendida como qualquer outro produto comercializável. Essa ideia é reforçada pelas atividades promocionais da indústria de bebidas alcoólicas, especialmente nas áreas de marketing e acordos comerciais (Capítulos 9 e 15). Conforme discutido neste capítulo, a validade dessa suposição é questionada por evidências que mostram que a intoxicação alcoólica, a dependência de álcool e os efeitos tóxicos do álcool em vários sistemas de órgãos são mecanismos-chave que ligam o consumo de álcool a uma ampla gama de consequências adversas, incluindo danos a outras pessoas além da pessoa que bebe.

2.2 Funções sociais, culturais e simbólicas do álcool

A história das bebidas alcoólicas mostra que a bebida tem servido a muitos propósitos para o indivíduo e para a sociedade. Como observou Heath (1984), o álcool pode ser, ao mesmo tempo, um alimento,

uma droga e um artefato cultural altamente elaborado com importantes significados simbólicos.

Nas sociedades contemporâneas, os produtos alcoólicos são utilizados principalmente como bebidas para servir às refeições, para matar a sede, como meio de socialização e diversão, como instrumentos de hospitalidade e como intoxicantes.

Antigamente, as bebidas alcoólicas eram frequentemente usadas como remédios (Edwards 2000). As preparações alcoólicas ainda estão listadas em listas de “medicamentos essenciais”, pois são consideradas essenciais e baratas para uso como desinfetantes e outras aplicações (não bebíveis) em ambientes médicos (Organização Mundial da Saúde 2019).

Atualmente, o melhor exemplo de uso medicinal do álcool é quando ele é consumido para proteger contra doenças cardíacas. O consumo leve e regular de álcool (pelo menos uma bebida a cada dois dias) está associado a uma redução de doenças cardíacas, possivelmente devido ao seu efeito anticoagulante (Corrao *et al.* 2000), embora os estudos tenham superestimado severamente o efeito protetor (Rehm 2019). Como será visto mais adiante neste livro (Capítulo 4), esse efeito cardioprotetor é observado, principalmente, na faixa etária de 60 anos ou mais, e parece não se refletir em termos de benefícios à saúde em nível populacional. (Roerecke e Rehm 2012).

Até o advento do abastecimento de água limpa na Europa e na América no final do século XIX, as bebidas alcoólicas eram consideradas uma alternativa saudável à água potável poluída (Makela 1983). As bebidas alcoólicas são usadas em muitas culturas em uma série de situações sociais, tanto públicas quanto privadas (Heath e Glasser 2003). Elas são frequentemente usadas para comemorar nascimentos, batizados e casamentos. Em um contexto religioso, o consumo de álcool pode ser limitado por expectativas rituais, como na missa católica e no Seder judaico, onde apenas o consumo muito leve é tolerado.

O álcool é frequentemente usado como relaxante e lubrificante social. Em algumas comunidades, o fornecimento de álcool em abundância em situações sociais é quase obrigatório, sendo visto como um sinal de riqueza e poder por quem o fornece.

Os significados e as funções do álcool mudam à medida que os indivíduos passam por diferentes estágios da vida, e conforme as normas

da sociedade sobre o consumo adequado ou aceitável mudam (Fillmore et al. 1991). Beber pode ser um sinal de rebelião ou independência durante a adolescência, e as sociedades em todo o mundo estão preocupadas com as consequências nocivas do beber. As evidências epidemiológicas analisadas nos Capítulos 3 e 4 indicam que há boas razões para essa preocupação. A maior parte das sociedades, mesmo aquelas com políticas muito liberais em relação ao consumo de álcool, concorda que o álcool não deve ser disponibilizado prontamente para crianças e adolescentes. Em todas as regiões do mundo, a **bebedeira ocasional**² atinge seu ápice na fase seguinte da vida — a faixa etária de 20 a 24 anos, embora em algumas regiões isso possa ser modificado por fatores culturais (Organização Mundial da Saúde 2018).

Existem também diferenças importantes no significado cultural de beber para homens e mulheres. Em algumas sociedades, beber tem sido quase exclusivamente um domínio dos homens, e isso continua sendo verdade, por exemplo, na Índia (Room *et al.* 2002, pp. 97, 102). Embora a porcentagem de abstêmios seja normalmente maior entre as mulheres adultas em todos os lugares, em muitos países da Europa a diferença de gênero não é grande (Organização Mundial da Saúde 2018). Mundialmente falando, as mulheres consomem cerca de um terço do álcool, sendo o restante consumido pelos homens (Capítulo 3).

As expectativas normativas da sociedade em relação ao consumo do álcool variam entre as faixas etárias. Em muitas sociedades, os índices de abstenção aumentam nas fases posteriores da vida, tanto para homens como para mulheres (Demers *et al.* 2001; Taylor et al. 2007). Além de problemas de saúde, isso normalmente reflete as normas sociais; os mais velhos não devem envolver-se nas festas regadas a álcool que podem ser mais ou menos aceitas entre os jovens. Como, no entanto, os indivíduos nos países industrializados vivem vidas mais longas e saudáveis, essas visões culturais sobre a propriedade de beber por indivíduos mais velhos estão mudando e os problemas com o álcool estão aumentando nessa faixa etária. (Hallgren *et al.* 2009).

2 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

Quadro 2.1 Uma mistura mortal: bares, pubs, *shebeens* e coronavírus

Durante a pandemia do coronavírus (COVID-19) em 2020, os estabelecimentos de bebidas, principalmente bares, pubs, *shebeens*, cafeterias, boates e restaurantes fechados, podem ter criado o “cenário ideal” para os fatores de risco que facilitaram a disseminação de o vírus. As chances de transmissão aérea são aumentadas em grandes aglomerações sociais internas, especialmente em contextos onde há maior proximidade com outras pessoas, maior tempo de exposição, descumprimento das diretrizes de segurança (por exemplo, o uso de máscaras) e a presença de indivíduos com fatores pessoais de risco. Um dos motivos pelos quais os jovens adultos se tornaram vetores da propagação do vírus na América do Norte e na Europa foi o afrouxamento da regulamentação de bares e boates. Depois que esses locais que servem bebidas foram reabertos após um período de fechamento, os jovens se reuniram para socializar-se e beber. Segundo o Dr. Ogechika Alozie, especialista em doenças infecciosas em El Paso, Texas, “você não pode beber com a máscara no rosto; então você vai ter que tirar a máscara. Há muitas pessoas, espaços apertados e o álcool é um desinibidor – as pessoas mudam seus comportamentos”. Conforme mostrado por meio de uma escala de risco pandêmico do coronavírus (COVID-19), desenvolvida por uma associação médica do Texas para atividades comuns, beber em bares foi classificada como a atividade mais arriscada.

Fonte: dados informados por Stone W (2020). Mistura mortal: como os bares estão alimentando os surtos da COVID-19. Kaiser Health News, 21 de agosto de 2020 <https://www.kalw.org/post/how-bars-are-fueling-covid-19-outbreaks#stream/0>

O álcool é, portanto, uma droga amplamente utilizada em muitas situações sociais. Ao longo do ciclo de vida de um indivíduo, desde a juventude até a velhice, ele está associado a muitos aspectos positivos da vida. É usado em rituais sociais tradicionais em muitos lugares. Em algumas situações sociais, até mesmo a intoxicação é vista como uma busca aceitável e prazerosa. Essas experiências com o álcool podem, no entanto, mudar rapidamente de “seguras” para “perigosas” quando os clientes do bar e os convidados da festa que beberam tornam-se beligerantes ou saem para dirigir seus carros de volta para casa. O quadro 2.1 descreve a “mistura letal” dos costumes e rituais sociais do álcool ao entrarem em conflito com as precauções de saúde pública durante uma pandemia global de doenças infecciosas.

2.3 Álcool como mercadoria

As bebidas alcoólicas são produzidas e distribuídas de quatro maneiras (Room et al. 2002). Primeiro, há a fabricação caseira e a produ-

ção artesanal de destilados e bebidas fermentadas tradicionais (Lachenmeier *et al.* 2021). Em segundo lugar, há a produção industrial e distribuição de versões comerciais dessas bebidas nativas, como a *chibuku* no sul da África, a *soju* na Coreia do Sul e a *pulque* no México. Em terceiro lugar, há a produção industrial local de bebidas “internacionais”, como o uísque doméstico na Índia e a cerveja lager, como a Corona no México. Em quarto lugar, há a produção de bebidas de marca internacional, cada vez mais comercializadas em escala global.

Em muitos países, a produção e venda de bebidas alcoólicas são uma atividade econômica importante e que gera lucros para produtores, anunciantes e investidores. Ela oferece oportunidades de emprego para atacadistas e varejistas, atrai a moeda estrangeira de bebidas exportadas e gera receitas fiscais para o governo. O álcool é uma importante fonte de vendas e lucros para os setores de viagens e hospitalidade, incluindo hotéis e restaurantes. Por essas razões, existem muitos interesses investidos que apoiam a continuação e o crescimento da produção e das vendas de álcool. Podem ser necessárias apenas algumas centenas de funcionários para operar uma cervejaria moderna e de grande escala; no entanto, quando a cerveja é vendida em mercearias ou restaurantes, ela se torna uma fonte significativa de vendas no varejo, o que traz lucros para pequenos empresários e empregos para trabalhadores de serviços e vendas. Ainda assim, o aumento da industrialização trazido pela indústria do álcool para as sociedades em desenvolvimento não necessariamente leva a um claro aumento no número de empregos ou na expansão da base tributária (Bakke 2008).

As bebidas alcoólicas, principalmente o vinho e a cerveja, são consideradas produtos agrícolas em muitos países desenvolvidos. O vinho desempenha um papel especialmente importante nas economias de países como França, Itália e Argentina. Embora a cerveja e as bebidas destiladas também tenham conexões claras com a agricultura, em muitos países essas atividades estão sob a jurisdição do ministério da indústria. Em contraste com a produção de vinho, nos países desenvolvidos, a cerveja e especialmente as bebidas destiladas são produzidas principalmente em grandes fábricas por empresas industriais.

Os gastos do consumidor com bebidas alcoólicas normalmente geram receitas fiscais, o que torna esses produtos uma fonte popular

de renda para os governos locais, estaduais e nacionais. Como mostrado no Capítulo 7, porém, o álcool também impõe custos econômicos à sociedade, incluindo assistência médica, policiamento (além de tribunais e prisões), prevenção do crime, danos à propriedade, danos causados por acidentes de trânsito, improdutividade no local de trabalho, desemprego e mortalidade prematura. Esses custos superam muito quaisquer vantagens econômicas potenciais dos impostos sobre o álcool (Instituto de Estudos sobre o Álcool 2017). O quadro 2.2 apresenta este argumento de forma convincente.

Em resumo, o álcool é uma mercadoria importante com uma cadeia de abastecimento complexa e uma considerável base de empregos. A tributação das bebidas alcoólicas traz receitas em maior ou menor quantidade aos orçamentos do Estado. As bebidas alcoólicas são, de qualquer forma, uma mercadoria importante e economicamente incorporada. Como veremos no restante deste capítulo, no entanto, os benefícios relacionados à produção, venda e uso dessa mercadoria têm um custo enorme para a sociedade.

2.4 Mecanismos de dano: intoxicação, toxicidade e dependência

Um progresso notável foi feito na compreensão científica dos efeitos nocivos do álcool, pois os cientistas também continuam a descobrir explicações genéticas, biológicas, sociais e psicológicas para a propensão dos humanos a consumi-lo. Os efeitos adversos do álcool decorrem de sua capacidade de produzir toxicidade física, intoxicação e dependência.

A Figura 2.1 mostra as relações entre esses três mecanismos de ação e vários tipos de dano que são experimentados tanto por quem bebe (as quatro caixas de cor cinza) quanto por outras pessoas presentes no mesmo ambiente de quem bebe (retângulo na parte inferior). Os padrões do consumo de bebidas caracterizam-se não apenas pela frequência do consumo e pela quantidade por ocasião, mas também pela variação entre uma ocasião e outra. A figura enfoca dois aspectos do padrão de consumo particularmente associados a consequências negativas: ocasiões de consumo intenso e volume médio de consumo. Diferentes padrões podem levar a diferentes tipos de problemas. O consumo excessivo e prolongado de bebidas alcoólicas, do tipo que tem sido comum em países onde se bebe

vinho, pode não levar a uma intoxicação muito evidente, mas pode causar danos aos tecidos e dependência. Beber diariamente, mesmo quantidades moderadas de vinho por ocasião, durante um longo período de tempo, pode levar à cirrose por causa dos efeitos cumulativos do álcool no fígado. Em contraste, uma frequência relativamente baixa de consumo de álcool, juntamente com o consumo de um grande número de bebidas por ocasião, pode levar, por meio do mecanismo de intoxicação aguda, a uma série de problemas médicos e sociais, incluindo danos a terceiros, como acidentes, lesões e violência interpessoal. Por fim, beber continuamente pode resultar em dependência do álcool. Uma vez que a dependência se faz presente, ela pode retroalimentar para aumentar ou sustentar tanto o volume geral de bebida quanto a ocorrência de ocasiões de consumo excessivo de álcool. A dependência pode, então, levar a problemas médicos crônicos, bem como a problemas sociais agudos e crônicos.

Quadro 2.2 Sobre o equilíbrio entre geração de receita e custos econômicos para a sociedade: o caso do Canadá em 2014

Sabe-se que o consumo de álcool acarreta custos substanciais para a sociedade, mas raramente esses custos foram quantificados. Para o Canadá, esses custos foram estimados para o ano de 2014 em \$ 14,6 bilhões de dólares canadenses, de modo que a perda de produtividade (\$ 5,9 bilhões de dólares canadenses), os custos para o sistema de saúde (\$ 4,2 bilhões de dólares canadenses) e os custos para o sistema de justiça criminal (\$ 3,2 bilhões de dólares canadenses) foram os que mais pesaram na balança (Grupo de Trabalho Científico de Custos e Danos do Uso de Substâncias Canadenses 2018).

Por outro lado, o governo gerou receitas com a venda de bebidas alcoólicas, na forma de impostos federais sobre o consumo, receitas líquidas das autoridades provinciais de bebidas alcoólicas e impostos sobre vendas, conforme registrado pelo *Statistics Canada* (Statistics Canada 2020). Para o mesmo ano de 2014, essas receitas teriam totalizado \$ 10,9 bilhões de CAD no geral, deixando um déficit líquido para a sociedade canadense de \$ 3,7 bilhões de CAD. O déficit líquido foi maior em Alberta, uma província com um sistema privatizado de distribuição de álcool. Em suma, as receitas federais e estaduais não podem compensar os custos estimados conservadoramente do consumo de álcool. Seguindo a lógica econômica clássica de **Pigouvian**, os impostos devem ser aumentados neste caso para dar conta das externalidades (Pigou 1920; vide também Sornpaisarn *et al.* 2017).

Fonte: dados de Sherk A (2020). Panorama geral do déficit causado pelo álcool: receita do governo canadense e custos sociais do álcool. *Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças Crônicas no Canadá: Pesquisa, Política e Prática*, 40(5-6), 139.

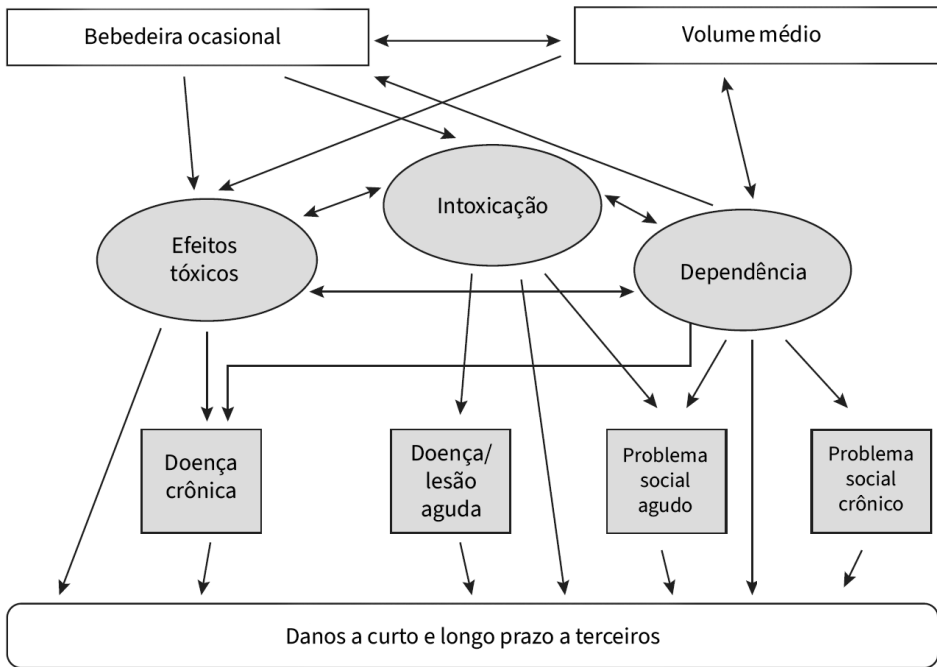


Figura 2.1 Esquema de relações entre o consumo de álcool (nível superior nos retângulos), mecanismos de ação (círculos ovais para o nível médio) e consequências de curto prazo, bem como de longo prazo, para quem bebe e aos demais (quadros no nível inferior). As setas indicam influências diretas e recíprocas.

2.5 Álcool como substância tóxica

O álcool é uma substância tóxica em termos de seus efeitos diretos e indiretos em uma ampla gama de órgãos e sistemas orgânicos. Alguns dos impactos adversos do álcool na saúde podem resultar de intoxicação aguda ou **consumo excessivo de álcool**, mesmo em uma pessoa que não possui um problema de consumo de longa data ou persistente. Estes incluem envenenamento por álcool, pancreatite aguda e arritmias cardíacas agudas. Ocasionalmente, alguns desses distúrbios podem apresentar resultados fatais. Outra categoria de dano pode ser designada como “aguda e crônica”. Por exemplo, uma bebida para alguém que

possui problemas crônicos com a bebida pode transformar o comprometimento do fígado em insuficiência hepática ou causar um início agudo de dano cerebral.

Uma terceira categoria de danos são as doenças crônicas resultantes da exposição prolongada a altas doses de álcool, sendo o câncer e a cirrose os principais exemplos. Há evidências claras de casos em que o álcool provocou vários tipos de câncer, incluindo o câncer de boca, esôfago (garganta), laringe e faringe (Rehm *et al.* 2020), bem como cirrose hepática, doenças do músculo cardíaco, arritmias cardíacas, pancreatite e hipertensão (Capítulo 4).

O consumo excessivo de álcool por mulheres grávidas pode resultar em uma série de danos ao feto (Lange *et al.* 2017). O termo **distúrbios do espectro alcoólico fetal** (TEAF, na sigla em inglês) descreve uma sequência contínua de **defeitos congênitos permanentes**, que, em sua forma extrema, são chamados de síndrome alcoólica fetal, caracterizada por deficiências auditivas, crescimento retardado e distúrbios cardíacos, juntamente com certas anormalidades faciais características.

Em resumo, as bebidas alcoólicas são produtos de consumo com muitos usos habituais e funções sociais. Elas também são mercadorias importantes para a subsistência de muitas pessoas. Os costumes sociais e os interesses econômicos, no entanto, não podem cegar-nos para o fato de que o álcool é uma substância tóxica. Ele possui o potencial de afetar adversamente quase todos os órgãos e sistemas do corpo. Nenhuma outra mercadoria vendida para ingestão, nem mesmo o tabaco, tem efeitos físicos adversos tão abrangentes. Levar em consideração o potencial nocivo do álcool é, portanto, uma tarefa importante para a política de saúde pública.

Quadro 2.3 Tipos de deficiências que ocorrem com a intoxicação alcoólica

- *Comprometimento psicomotor.* O álcool pode prejudicar o equilíbrio e o movimento de forma a aumentar o risco de muitos tipos de acidentes.
- *Tempo de reação prolongado.* Esse clássico prejuízo relacionado à dosagem é particularmente preocupante devido ao seu papel causal em acidentes de trânsito.
- *Comprometimento do julgamento.* O julgamento prejudicado pode resultar em riscos perigosos, como entrar em um carro e dirigir de maneira arriscada e agressiva quando embriagado.
- *Alterações emocionais e diminuição da capacidade de resposta às expectativas sociais.* Os fatores envolvidos nas mudanças de humor, estado emocional e capacidade de resposta social relacionadas ao álcool são complexos e, provavelmente, envolvem a interação dos efeitos fisiológicos do álcool com fatores psicológicos e sociais. Em parte, devido a essas mudanças, a intoxicação pode contribuir para o risco de violência contra outras pessoas e autoagressão intencional.

Fonte: dados de Eckardt MJ, File SE, Gessa GL, et al. (1998) Efeitos do consumo moderado de álcool no sistema nervoso central. *Alcoolismo: Pesquisa Clínica e Experimental* 22(5), 998-1040.

2.6 Intoxicação por álcool

Existe uma tendência popular de ver todos os problemas relacionados à bebida como parte de ou devidos ao **alcoolismo** ou, na terminologia atual, à dependência do álcool. Estudos sobre práticas e problemas decorrentes da bebida na população em geral questionam essa suposição, mostrando um universo de problemas advindos da bebida que estão fora dos limites da dependência do álcool (Capítulo 3).

Uma das principais causas de prejuízos relacionados ao álcool nesse contexto é a **intoxicação alcoólica**, aqui definida como um estado de curto prazo de prejuízo funcional no desempenho psicológico e psicomotor induzido pela presença do álcool no organismo. Os principais tipos de prejuízos (além da toxicidade aguda) que ocorrem com a intoxicação alcoólica são descritos no Quadro 2.3. As deficiências produzidas pelo álcool são principalmente relacionadas à dosagem, envolvendo múltiplas funções do corpo. Algumas (como a fala arrastada) são evidentes e facilmente reconhecidas, enquanto outras, como a capacidade de dirigir prejudicada, podem ser sutis e detectadas apenas em testes laboratoriais. Alguns desses efeitos decorrem diretamente de uma determinada **concen-**

tração de álcool no sangue, enquanto outros dependem de características pessoais, da experiência anterior do indivíduo com o álcool (denominada tolerância) e do ambiente e expectativa do efeito. Outras drogas psicoativas, especialmente depressores do sistema nervoso central, podem exacerbar os efeitos do álcool quando tomados concomitantemente.

Conforme indicado pelo Quadro 2.3, a intoxicação e as mudanças de comportamento que a acompanham são uma questão de expectativas e entendimentos culturais e pessoais, bem como da concentração de álcool no sangue. A literatura antropológica há muito reconhece que existem diferenças marcantes entre as culturas no comportamento de embriaguez (MacAndrew e Edgerton 1969; Room 2001). Mesmo dentro de uma dada cultura, o significado do termo “bêbado(a)” pode mudar com o tempo. Em 1979, quando os níveis de consumo de álcool nos Estados Unidos atingiam níveis recordes para o século XX, homens adultos relataram que seriam necessários em média 9,8 drinques (cerca de 118 g de etanol) para se sentirem embriagados e 5,4 drinques para sentirem os efeitos da bebida. Em 1995, depois que os níveis de consumo nos Estados Unidos caíram 21%, os homens relataram que levariam uma média de 7,4 drinques para se sentirem bêbados e 4,6 para sentir os efeitos (Midanik 1999). As quantidades também caíram para as mulheres, de 5,7 para 4,7 drinques para se sentirem embriagadas e de 3,7 para 3,2 drinques para sentir os efeitos.

A intoxicação, ocasional ou regular, é um fator de risco chave para as consequências adversas do consumo de álcool, que, em alguns casos, pode também envolver a dependência; porém, assim como as mudanças comportamentais associadas à intoxicação são influenciadas por expectativas sociais e culturais, também o é a ligação entre a intoxicação e danos adversos, especialmente danos sociais. Esses tipos de danos foram definidos como uma falha no cumprimento das principais obrigações sociais associadas à família, trabalho e comportamento público (Room 2000). As reações sociais à intoxicação são uma parte fundamental do mecanismo pelo qual os danos sociais (por exemplo, embriaguez pública, beber e dirigir, problemas relacionados ao trabalho e problemas familiares, como separação e divórcio) são reconhecidos pela sociedade. Em lugares onde beber é uma atividade diária ou quase diária de muitos, e onde até mesmo um consumo mais pesado é aceito em circunstâncias especiais (por exemplo, casamentos e o carnaval), as reações à intoxicação podem

levar algum tempo para se desenvolverem, assim como os danos sociais relacionados. Em outros lugares, como as culturas “secas”, onde a maioria das pessoas não bebe e as normas contra a intoxicação são rígidas, as reações a pequenas mudanças comportamentais associadas à embriaguez podem ser rápidas e graves, levando a danos sociais para aqueles que bebem e se encontram intoxicados e aqueles ao seu redor.

Os danos sociais surgem não apenas do ambiente geral onde ocorre o ato de beber, mas também das características e circunstâncias de quem bebe. Uma pessoa que bebe só pode ter um problema relacionado ao álcool com o cônjuge se aquele(a) que bebe for casado(a). Problemas de trabalho surgirão, principalmente, quando a pessoa estiver empregada e o trabalho que está sendo feito for supervisionado de perto por outros. Os problemas com a bebida enfrentados por um vendedor que trabalha de casa podem passar despercebidos por um bom tempo, o que não aconteceria com alguém que trabalha em horário regular, em um ambiente de escritório e lado a lado com outras pessoas. Os danos sociais também afetam a rede social imediata de quem bebe – colegas de trabalho, parentes e amigos (consulte o Capítulo 4 para acessar mais discussões sobre os danos causados a outras pessoas). Os danos sociais também podem apresentar um efeito coletivo na sociedade como um todo. A perda de produtividade no local de trabalho tem um efeito um tanto quanto generalizado. A embriaguez pública, a violência e o dirigir após o consumo de álcool exigem respostas da polícia e do sistema jurídico, que acarretam gastos orçamentários consideráveis. Esses comportamentos também afetam o senso geral de segurança e proteção de uma comunidade. Como será visto no Capítulo 4, a ligação entre a intoxicação e as consequências sociais adversas é clara e forte para danos sociais como a violência, acidentes de trânsito e outras lesões.

As seguintes conclusões podem ser derivadas da pesquisa sobre a intoxicação alcoólica:

1. O álcool é uma substância psicoativa que pode prejudicar as habilidades motoras e o discernimento. O prejuízo da intoxicação é biológico, mas suas manifestações são afetadas por expectativas, normas culturais e pelo ambiente.
Beber ocasionalmente até o ponto de intoxicar-se é bastante comum entre aqueles que bebem. A intoxicação, mesmo quando ocorre com

pouca frequência, pode resultar em [...] lesões substanciais e danos sociais. De fato, as chances de danos advindos de um único evento de intoxicação parecem ser maiores para aqueles que bebem com pouca frequência do que para aqueles que bebem com mais frequência (Hurst *et al.* 1994; Room *et al.* 1995).

2. Prevenir a intoxicação alcoólica é uma estratégia potencialmente poderosa para prevenir muitos dos danos causados pelo álcool.
3. Uma vez que a ligação entre a intoxicação e dano é muito afetada pelo contexto social e físico, o dano também pode ser potencialmente evitado pelo isolamento do comportamento de beber. Isso pode assumir muitas formas, como por exemplo as físicas (tornando o local onde se bebe mais seguro) ou temporais (separando o consumo de bebidas de atividades que requerem vigilância).
4. A variedade e complexidade dos danos sociais, sua natureza interacional inerente, seus efeitos sobre os indivíduos e seu efeito coletivo na sociedade apontam para a necessidade de políticas de prevenção que também variam em natureza e com base ambiental e contextual.

2.7 Dependência do álcool

Em 1976, Edwards e Gross (1976) propuseram o conceito de síndrome de dependência do álcool. Juntamente com essa nova conceituação em termos de um conjunto básico de indicadores, também foi observado que os problemas relacionados ao álcool podem ocorrer sem dependência, sendo que essa dependência provavelmente acarreta muitos problemas adicionais. A formulação geral era intrinsecamente bidimensional. Uma dimensão é aquela representada pelo conceito de síndrome, que se refere a um conjunto de sintomas fisiológicos e psicológicos inter-relacionados em que o consumo de álcool assume uma prioridade muito maior do que outros comportamentos. A segunda dimensão – problemas relacionados ao álcool – se refere aos danos decorrentes da bebida, independentemente de a pessoa ser ou não dependente do álcool. O conceito de síndrome foi oficialmente reconhecido na Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua décima (CID-10) e décima primeira revisões (CID-11) (Organização Mundial da Saúde

1992; Saunders *et al.* 2019). Na CID-11, pelo menos dois dos três critérios devem estar presentes nos últimos 12 meses: controle prejudicado sobre o consumo do álcool; o álcool como prioridade crescente na vida, prevalecendo sobre outras atividades; características fisiológicas – tolerância ao aumento da dosagem, sintomas de abstinência ou consumo de álcool para prevenir ou aliviar a abstinência (vide Quadro 2.4).

As prevalências de transtornos por consumo de álcool (TCA) na população em geral foram estimadas por meio da Iniciativa da Pesquisa Mundial de Saúde Mental, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que permite a comparação das prevalências e fatores associados de TCA em um grande número de países. Em todos esses locais, as prevalências médias de dependência de álcool ao longo da vida e de 12 meses foram de 2,3% e 0,8%, respectivamente (Glantz *et al.* 2020).

Dois fatores que contribuem para o desenvolvimento da dependência do álcool são o reforço (negativo e positivo) e a neuroadaptação (Gilpin e Koob 2008). O reforço ocorre quando um estímulo (por exemplo, a euforia ou a estimulação induzida por álcool) aumenta a probabilidade de uma certa resposta (como, por exemplo, continuar bebendo para manter um nível crescente de álcool no sangue). A neuroadaptação se refere a processos biológicos por pelos quais os efeitos iniciais da droga são intensificados ou atenuados pelo consumo repetido do álcool. O reforço agudo ocorre porque o álcool interage com os sistemas de neurotransmissores, que fazem parte do circuito de recompensas do cérebro. As alterações nesse sistema persistem após a abstinência aguda, podendo aumentar a vulnerabilidade à recaída. Os notáveis avanços na pesquisa neurobiológica apontam para as propriedades psicoativas do álcool como uma característica crítica no desenvolvimento da dependência do álcool.

Quadro 2.4 Classificação de dependência de álcool e padrão de consumo prejudicial na CID-11

A dependência do álcool é um distúrbio da regulação do consumo de álcool decorrente do consumo repetido ou contínuo de álcool. Na CID-11, a dependência é definida em termos de três critérios, dois dos quais devem estar presentes por mais de 12 meses (ou o consumo contínuo por um mês): (1) controle prejudicado, que pode ou não ser acompanhado por ânsia; (2) aumento da prioridade do álcool sobre outros interesses; e (3) tolerância fisiológica aos efeitos do álcool, sintomas de abstinência após cessação ou redução do consumo de álcool ou o consumo repetido de álcool ou substâncias farmacologicamente similares para prevenir ou aliviar os sintomas de abstinência. As características de dependência são normalmente evidentes durante um período de, pelo menos, 12 meses.

O padrão de consumo nocivo é o consumo repetido do álcool, de forma a causar danos à saúde física ou mental de uma pessoa, ou o consumo regular que resultou em danos à saúde de outras pessoas. O padrão de consumo de álcool é evidente por um período de, pelo menos, 12 meses, caso o consumo seja ocasional ou, minimamente, 1 mês, caso o consumo seja contínuo. Os danos à saúde de terceiros incluem qualquer forma de dano físico, incluindo o trauma ou transtorno mental que seja diretamente atribuível ao comportamento relacionado à intoxicação por álcool, por parte da pessoa a quem se aplica o diagnóstico de padrão nocivo do consumo de álcool.

Fonte: dados de Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, et al. (2019) Distúrbios causados pelo consumo de álcool na CID-11: passado, presente e futuro. *Alcoolismo: Pesquisa Clínica e Experimental* 43 (8) 1617-31, doi.org/10.1111/acer.14128.

Vários estudos examinaram a relação entre padrões de consumo e a dependência do álcool. Quanto mais uma população se envolve com o consumo alto e sustentado ou recorrente do álcool, maior é o índice de dependência do álcool (Rehm e Eschmann 2002). O índice de prevalência da dependência do álcool varia, portanto, de acordo com o nível de consumo de álcool na população em geral. Os padrões de consumo de álcool e uma série de características sociais, psicológicas e biológicas da população também podem impactar os índices de dependência.

Tanto o volume médio de consumo quanto o **padrão de consumo** de maiores quantidades em uma ocasião estão relacionados à prevalência da dependência (Caetano et al. 1997), de modo que o risco de dependência aumenta linearmente com o aumento do consumo. A natureza e a direção da causalidade, entretanto, não são claras. A dependência pode perpetuar o consumo excessivo de álcool ou o consumo excessivo de álcool pode contribuir para o desenvolvimento da dependência – ou esses dois mecanismos podem operar simultaneamente.

O fato de o álcool ter potencial de autorreforço é de fundamental importância para a compreensão da dinâmica da relação entre uma população e seu consumo. O álcool não é uma substância de consumo comum, mas uma droga com potencial de dependência.

A dependência de álcool tem muitas causas contributivas diferentes, incluindo a vulnerabilidade genética, sendo, porém, um distúrbio contraído pela exposição e consumo do álcool. Quanto maior o consumo, maior o risco. O desafio para a saúde pública é identificar políticas que tornem menos provável que as pessoas que bebem se tornem dependentes, com a consequente cronicidade relativa nos padrões de comportamentos danosos para o indivíduo e onerosos para a sociedade. O fato de que a dependência do álcool, uma vez estabelecida, pode se tornar uma influência bastante crônica no comportamento de beber (provavelmente gerando mais e mais problemas ao longo do período de consumo de álcool por parte de uma pessoa) reforça a necessidade de estratégias baseadas na população.

2.8 Conclusão

As principais implicações para a saúde pública das evidências analisadas neste capítulo podem ser declaradas da seguinte forma. Os perigos do álcool são múltiplos e variados em espécie e grau; alguns, mas não todos, estão relacionados com a dosagem; eles podem resultar diretamente do efeito do álcool ou da interação com outros fatores; a intoxicação costuma ser um importante mediador de danos; e a dependência pode exacerbar significativamente os perigos e causar exposição prolongada ao perigo. O dano causado pelo álcool a outras pessoas estende o dano causado pelo álcool significativamente além daquele causado à pessoa que bebe. Por essas razões, o álcool não é uma mercadoria comum, mesmo quando usado com moderação, porque o risco de efeitos agudos e crônicos começa com baixas doses de álcool.

As respostas da saúde pública devem corresponder a essa visão complexa do duplo papel do álcool como mercadoria e como droga. As políticas a nível populacional (intervenções universais) devem ser consideradas, juntamente com aquelas direcionadas a pessoas que bebem e representam um alto risco (intervenções seletivas) e aquelas voltadas para

indivíduos que já desenvolveram problemas (intervenções direcionadas). As respostas precisam refletir com o fim de obterem uma melhor compreensão da natureza de um agente que está longe de ser um tipo comum de mercadoria.

Referências

Bakke O (2008) Alcohol: health risk and development issue. In: Cholewka P and Motlagh MM (eds.) *Health Capital and Sustainable Socioeconomic Development*, 1st ed. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.1201/9781420046915> Caetano R, Tam T, Greenfield T, *et al.* (1997) DSM-IV alcohol dependence and drinking in the US population: a risk analysis. *Ann Epidemiol*, 7, 542-9.

Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group (2018) *Canadian Substance Use Costs and Harms (2007-2014)*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, *et al.* (2000) Alcohol and coronary heart disease: a metaanalysis. *Addiction*, 95, 1505-23.

Demers A, Room R, and Bourgault C (eds.) (2001) *Surveys of Drinking Patterns and Problems in Seven Developing Countries*. WHO/ MSD/ MSB/ 01.2. Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.

Edwards G (2000) *Alcohol: The Ambiguous Molecule*. London: Penguin Books.

Edwards G and Gross MM (1976) Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *BMJ*, 1, 1058– 61.

Fillmore KM, Hartka E, Johnstone BM, *et al.* (1991) The collaborative alcohol-related longitudinal project: preliminary results from a meta-analysis of drinking behavior in multiple longitudinal studies. *Br J Addict*, 86, 1203– 10.

Gilpin NW and Koob GF (2008) Neurobiology of alcohol dependence: focus on motivational mechanisms. *Alcohol Res Health*, 31, 185– 95.

Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, *et al.* (2020) The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: findings from the World Mental Health Survey. *Addict Behav*, 102, 106– 28.

Hallgren M, Hogberg P, and Andreasson S (eds.) (2009) *Alcohol Consumption among Elderly European Union Citizens: Health Effects, Consumption Trends and Related Issues*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.517.2709&rep=rep1&type=pdf>.

Heath DB (1984) Cross-cultural studies of alcohol use. In: Galanter M (ed.) *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 2. New York, NY: Plenum, pp. 405– 15.

Heath DB and Glasser I (2003) Alcohol use. In: Ember CR and Ember M (eds.) *Encyclopedia of Medical Anthropology*. New York, NY: Kuler Academic, pp. 293– 301.

Hurst PM, Harte D, and Frith WJ (1994) The Grand Rapids dip revisited. *Accid Anal Prev*, 26,647– 54.

Institute of Alcohol Studies (2017) Splitting the bill: Alcohol's impact on the economy. London: Institute of Alcohol Studies. <https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp23022017.pdf>

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health— what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 28– 41.

Lange S, Probst C, Gmel G, *et al.* (2017) Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948– 56.

MacAndrew C and Edgerton R (1969) *Drunken Comportment: A Social Explanation*. London: Thomas Nelson and Sons Ltd.

Makela K (1983) The uses of alcohol and their cultural regulation. *Acta Sociologica*, 1, 21– 31.

Midanik L (1999) Drunkenness, feeling the effects, and 5+ measures: meaning and predictiveness. *Addiction*, 94, 887– 97.

Pigou AC (1920) *The Economics of Welfare*. London: Macmillan.

Rehm J (2019) Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies. *Drug Alcohol Rev*, 38, 3– 4.

Rehm J and Eschmann S (2002) Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Sozial-und Praventivmedizin*, 47, 48– 58.

Rehm J, Shield KD, and Weiderpass E (2020) Alcohol consumption: a leading risk factor for cancer. In: Wild CP, Weiderpass E, and Stewart BW (eds.) *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 68– 76.

Roerecke M and Rehm J (2012) The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107, 1246– 60.

Room R (2000) Concepts and items in measuring social harm from drinking. *J Subst Abuse*, 12, 93– 111.

Room R (2001) Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Soc Sci Med*, 53, 189– 98.

Room R, Bondy S, and Ferris J (1995) The risk of harm to oneself from drinking Canada 1989. *Addiction*, 90, 499– 513.

Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, *et al.* (2002) *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies and Geneva: World Health Organization.

Sornpaisarn B, Shield KD, Osterberg E, *et al.* (2017) *Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva: World Health Organization.

Statistics Canada (2020) Net income of liquor authorities and government revenue from sale of alcoholic beverages (×1,000). <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010001201>

Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, *et al.* (2019) Alcohol use disorders in ICD-11: past, present, and future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 1617– 31.

Taylor B, Rehm J, Trinidad Caldera Aburto J, *et al.* (2007) *Alcohol, Gender, Culture and Harms in the Americas: PAHO Multicentric Study Final Report*. Washington, DC: Pan American Health Organization.

World Health Organization (1992) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2019) *World Health Organization Model List of Essential Medicines, 21st List*. Geneva: World Health Organization.

3

TENDÊNCIAS DE CONSUMO DE ÁLCOOL E PADRÕES DE CONSUMO

3.1 Introdução

Este capítulo descreve as tendências e padrões de consumo de álcool em uma perspectiva global. A proporção de pessoas que bebem, a frequência típica de consumo e a quantidade de álcool consumida por ocasião variam enormemente, não apenas entre regiões e países do mundo, mas também ao longo do tempo e entre diferentes grupos populacionais.

Dois aspectos do consumo de álcool são particularmente importantes para comparações entre populações e ao longo do tempo. Primeiro, o consumo total de álcool em uma população é um indicador importante do número de indivíduos expostos a grandes quantidades de álcool. O consumo total de álcool per capita está, em grande parte, relacionado à prevalência do alto consumo, que, por sua vez, está associado à ocorrência de efeitos negativos (Rossow e Makela 2021). Em segundo lugar, a relação entre consumo total de álcool e danos é modificada pelo número de pessoas que bebem em uma população e pela forma como o álcool é consumido (o chamado “**padrão de consumo de bebidas**”³) (Rehm *et al.* 2017) (vide também os capítulos 2 e 4).

Embora as pesquisas tenham sido inestimáveis para aprofundar nossa compreensão das culturas de bebida dos países e seus diferentes subgrupos, elas não são isentas de erros e vieses. A maior parte das pesquisas tende a subestimar o consumo de álcool de um país, em comparação com as estatísticas oficiais. Infelizmente, a subestimação pode variar entre 30% e 70%, o que é uma das razões pelas quais comparações entre países costumam ser difíceis de serem feitas com confiança (Rehm *et al.*

3 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

2021). Existem algumas medidas de consumo de álcool que melhoram a cobertura, tais como, por exemplo, fazer mais perguntas sobre o consumo (por exemplo, Bloomfield *et al.* 2013) e, em particular, fazer perguntas específicas sobre bebidas em locais de consumo, o que resultou na maior cobertura (Huckle *et al.* 2018).

3.2 Proporções de pessoas que bebem e níveis de consumo de álcool

3.2.1 Métodos para estimar e medir por relatórios o consumo de álcool

A proporção de pessoas que bebem atualmente é comumente definida como a porcentagem da população com 15 anos ou mais de idade que consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. As estimativas dessa proporção vêm de pesquisas populacionais em geral. Outro indicador do nível de consumo de álcool em uma população é o **consumo total de álcool per capita (CPC)**, que é o consumo de álcool registrado mais o consumo não registrado per capita, em pessoas com 15 anos ou mais em um ano civil, normalmente expresso em litros de álcool puro, ajustado para o consumo turístico (Organização Mundial da Saúde 2018). O consumo de álcool registrado é derivado de estatísticas oficiais e inclui as bebidas alcoólicas comerciais e tributadas (Organização Mundial da Saúde 2018), que podem ser medidas por meio de vendas e tributação ou por meio de produção, exportação e importação (Lachenmeier *et al.* 2021). O consumo não registrado inclui o de uma ampla gama de fontes, por exemplo, bebidas alcoólicas caseiras legais, importações turísticas, álcool produzido ou contrabandeado ilegalmente e álcool substituto (Lachenmeier *et al.* 2013, 2021; Organização Mundial da Saúde 2018). Às vezes, o CPC é apresentado apenas para aqueles que bebem atualmente. Para algumas finalidades, o CPC é convertido em gramas de álcool puro por dia (Organização Mundial da Saúde 2018).

3.2.2 Estimativas regionais de pessoas que bebem e das bebidas em todo o mundo

Nosso foco principal neste capítulo será em seis grupos regionais da Organização Mundial da Saúde (OMS) e quatro grupos de renda

de países do Banco Mundial, abrangendo todo o mundo. A Tabela 3.1 mostra as características mais salientes do consumo de álcool nessas diferentes regiões do mundo, a partir de 2016. Claramente, o CPC foi mais alto na Europa e nas Américas, que incluem muitos **países de alta renda** (PARs). Em contraste, o CPC é particularmente baixo na região do Mediterrâneo Oriental. Mundialmente falando, o consumo não registrado constituiu 25% do CPC, sendo a proporção mais alta na região do Mediterrâneo Oriental, onde o CPC é muito baixo, e menor na América e na Europa, onde o CPC é alto (Probst et al. 2019). Notavelmente, dentro de cada região, há uma grande variação no CPC entre os países. Por exemplo, na região europeia da OMS em 2016, o CPC variou de <1 (Azerbaijão) a >15 (Moldávia) e na região africana de <1 (Mauretânia, Comores) a >13 (Nigéria) (Organização Mundial da Saúde 2018).

Em todo o mundo, em 2016, 43% da população mundial com 15 anos ou mais naquele momento bebia (Manthey *et al.* 2019). Entre os abstêmios, a grande maioria era formada por abstêmios vitalícios (Organização Mundial da Saúde 2018). As proporções de pessoas que bebem variam muito entre países e regiões; em 2016, era mais da metade em três das regiões da OMS – Américas, Europa e Pacífico Ocidental – na magnitude de um terço na África e no Sudeste Asiático, enquanto na região do Mediterrâneo Oriental, a grande maioria eram abstêmios vitalícios e as pessoas que bebiam até então eram cerca de 3% (Tabela 3.1) (Organização Mundial da Saúde 2018).

Entre as pessoas que bebem atualmente, há menor variação entre as regiões do mundo no consumo médio (Tabela 3.1, quinta coluna) e, portanto, grande parte da variação no CPC reflete a variação na proporção de abstêmios. Para ilustrar esse ponto, comparamos três países: Alemanha, Índia e Egito. Para esses países, em 2016, o CPC foi de 13,4, 5,7 e 0,4, respectivamente, enquanto a proporção de abstêmios foi de 21%, 61% e 97%, respectivamente. Apesar dessas diferenças, o consumo estimado por pessoa que bebe (em litros de etanol por ano) foi da mesma magnitude; 16,9, 14,6 e 14,3 litros, respectivamente.

Tabela 3.1 Indicadores de nível de consumo de álcool e padrão de alto consumo ocasional por regiões do mundo da OMS

Região da OMS	Entre todos os maiores de 15 anos		Entre as pessoas que bebem (maiores de 15 anos)		
	Álcool per capita (litros)	Consumo não registrado (% de álcool per capita)	Proporção de pessoas que bebem atualmente (%)	Gramas/dia (média)	Predominância de PBMOsa (%)
África	6.3	32	32	40.0	50
Américas	8.0	14	54	32.8	41
Mediterrâneo oriental	0.6	67	3	46.1	10
Europa	9.8	18	60	37.4	43
Sudeste da Ásia	4.5	47	33	26.3	41
Pacífico Ocidental	7.3	22	54	30.0	41
Mundo	6.4	25	43	32.8	40

^a Pessoas que bebem muito ocasionalmente: bebe mais de 60 gramas de álcool puro por ocasião, pelo menos uma vez por mês.

PBMO, pessoa que bebe muito ocasionalmente; OMS, Organização Mundial da Saúde.

Fonte: dados da Organização Mundial da Saúde (2018) Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018. Genebra: OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Na tabela 3.1, o consumo estimado por pessoa que bebe é convertido de litros por ano para gramas por dia, embora a maior parte das pessoas que bebem não o façam todos os dias. A estimativa média global de 32,8 g de álcool por dia e por pessoa que bebe corresponde aproximadamente ao seguinte consumo médio por semana: quase 6 litros de cerveja (5% de álcool por volume), ou três garrafas de vinho (12,5%), ou uma garrafa de aguardente (40%). Notavelmente, essa média reflete uma distorção subjacente à distribuição do consumo – a maioria das pessoas que bebem consome menos que a média (consulte a Seção 3.4.2 para maiores detalhes).

3.3 Tendências no consumo de álcool per capita

3.3.1 Descrição das tendências

Comparações internacionais de mudanças nos níveis de consumo durante um período de tempo maior só poderão ser feitas com base no consumo registrado. Essas comparações, portanto, não refletem as mudanças no consumo não registrado. Observando as tendências do CPC registrado em todo o mundo, parece ter havido um declínio no consumo de álcool em muitos dos países com alto consumo de álcool de meados da década de 1970 a meados da década de 2010 (Organização Mundial da Saúde 2018). Este é particularmente o caso dos tradicionais países produtores de vinho na Europa (por exemplo, França, Itália e Portugal) e na América do Sul (Argentina e Chile). Uma diminuição no CPC registrado durante este período também é observada em outros PARs com CPC relativamente alto, incluindo a República da Coreia (Organização Mundial da Saúde 2018).

Desde a virada do milênio, houve um aumento no CPC para países de baixa e média renda (PBMRs) em média (Manthey *et al.* 2019), incluindo a China e a Índia (Organização Mundial da Saúde 2018). No geral, houve uma convergência no consumo entre PARs e PBMRs nos últimos 25 anos (Manthey *et al.* 2019). As projeções das tendências mundiais de CPC de 2016/2018 a 2025/2030 sugerem que haverá um aumento geral no consumo de álcool, devido a aumentos significativos no consumo nos PBMRs (Manthey *et al.* 2019; Organização Mundial da Saúde

2018). Essas previsões, contudo, foram feitas antes da pandemia do coronavírus (COVID-19), que resultou em uma diminuição do consumo em muitos países (ver abaixo e Sohi et al., no prelo).

As tendências no CPC normalmente mostram pequenas ou nenhuma mudança de um ano para o outro. Algumas mudanças notáveis e repentinas no consumo de álcool, porém, ocorreram nas últimas décadas e são de interesse do ponto de vista da saúde pública. Em particular, mudanças repentinas para baixo ocorreram em Portugal (1975-1977), Polônia (1980-1982), Tailândia (1984-1985) e várias ex-repúblicas soviéticas (1984-1987) (Organização Mundial da Saúde 2018). Exemplos de mudanças repentinas para cima são a Finlândia (1968-1969), a Nigéria (1987-1988) e a Bulgária (1999-2001). Notavelmente, um aumento substancial no consumo, embora ao longo de vários anos, é observado nos dois países mais populosos do mundo – na China no final do século XX (Guo e Huang 2015) e na Índia, no início dos anos 2000 (Gururaj *et al.* 2021).

3.3.2 Explicando os níveis e tendências no consumo de álcool

Uma série de fatores afetam o CPC e contribuem para a variação entre países ou regiões do mundo e as tendências ao longo do tempo dentro de países ou regiões. Primeiro, a riqueza econômica é um fator importante. Existe uma associação entre riqueza e consumo de álcool ao comparar países ou regiões transversalmente; quanto maior o poder de compra per capita, maior o CPC e menor a proporção de homens abstêmios (Schmidt *et al.* 2010, Organização Mundial da Saúde 2018). Além disso, a proporção do CPC não registrado é mais baixa nos PARs (11%) e consideravelmente maior nos PBMRs (cerca de 40%) (Organização Mundial da Saúde 2018). Embora essas observações possam sugerir a importância dos fatores econômicos para o consumo de álcool, pode-se encontrar evidências mais fortes nas análises das variações dentro do país, ao longo do tempo. Relatórios da Suécia (Kruger e Svensson 2010) e da Tailândia (Shield *et al.* 2011) mostram fortes associações entre o poder de compra e o nível de consumo de álcool, ou seja, o CPC é maior em tempos econômicos favoráveis. Da mesma forma, há muitos exemplos de reduções de consumo em resposta a crises econômicas, embora as evidências empíricas sobre o impacto das crises econômicas sobre o consumo de álcool sejam confusas (De Goeij *et al.* 2015).

A proibição religiosa do consumo de álcool, como no Islã, é provavelmente uma explicação muito importante para os baixos níveis gerais de consumo na maioria dos países de maioria muçulmana (PMMs); mesmo nos PMMs de alta renda como a Arábia Saudita, o CPC é bastante baixo (Organização Mundial da Saúde 2018; Manthey *et al.* 2019). Nos últimos anos, no entanto, o consumo de álcool aumentou visivelmente em vários PMMs que adotaram novas políticas de álcool por razões econômicas (Al-Ansari *et al.* 2016).

Vários outros fatores são importantes para uma compreensão das tendências do CPC (vide Allamani *et al.* 2011, pp. 1294-5, para um panorama geral). Alguns destes fatores ajudam a explicar a redução acentuada do CPC e, em particular, do consumo de vinho nos países tradicionalmente produtores de vinho do Sul da Europa. O marketing diferenciado para vinhos e cervejas, as políticas agrícolas da União Europeia e a concorrência de bebidas não alcoólicas estão entre os fatores sugeridos por Gual e Colom (1997). Outra explicação possível relaciona-se com as mudanças consideráveis na vida profissional e nas atividades de lazer ao longo de várias décadas, o que implica que o consumo de álcool já não se enquadra nos horários de trabalho e lazer da vida urbana moderna (Rehm e Room 2017).

Mudanças sociopolíticas também podem impactar os níveis de consumo. Na Polônia, o CPC caiu acentuadamente de 1980 a 1981, simultaneamente com a campanha antiálcool lançada pelo movimento político sindical “Solidariedade”. Isso foi cooptado na declaração de lei marcial do governo e na instituição do racionamento de álcool (Moskalewicz 2000). Na antiga União Soviética, uma diminuição semelhante foi observada em meados da década de 1980 durante a campanha antiálcool da era de mudanças políticas de Gorbachev (Reitan 2000). Os países da ex-União Soviética também experimentaram, ao longo da última década, reduções substanciais no consumo de álcool, em conjunto com medidas reforçadas de políticas de controle do álcool (Neufeld *et al.* 2021).

Em suma, vários fatores impactam o nível de consumo de álcool em uma sociedade. Como mostraremos nas partes posteriores deste livro, as políticas de álcool podem ter grandes efeitos sobre os níveis de consumo. É importante, no entanto, ter em mente que essas políticas fazem parte de um conjunto de fatores interativos que influenciam os níveis

de consumo (Allamani *et al.* 2011). Comparações simples de níveis de consumo entre países que empregam diferentes políticas de álcool podem levar a conclusões errôneas sobre os efeitos das políticas, caso essa complexidade não seja levada em consideração.

3.4 Por que o consumo per capita de álcool é importante?

3.4.1 Relação entre o CPC e a predominância de pessoas que bebem muito

Existe um padrão bastante consistente de efeitos substanciais do CPC nos índices de saúde e danos sociais nas populações (Norstrom e Ramstedt 2005; Norstrom e Rossow 2016; Rossow e Makela 2021) (consulte também o Capítulo 4). Assim sendo, um aumento no CPC tende a ser acompanhado por um aumento na mortalidade da população e, particularmente, na mortalidade por causas específicas para causas em que o álcool normalmente desempenha um papel importante (Rossow e Makela 2021). Descobertas semelhantes referem-se aos índices do CPC e de violência (Rossow e Bye 2013, Rossow e Makela 2021). Esses efeitos podem, em parte, ser explicados pela relação entre o CPC e a predominância de pessoas que bebem muito e o risco elevado de danos entre essas pessoas que bebem muito (vide Capítulo 4).

Em todos os estudos, não existe uma definição única de “beber muito” e vários níveis de consumo têm sido usados para distinguir “pessoas que bebem muito” de outras pessoas que bebem. Qualquer que seja, porém, o critério usado para determinar o “beber muito”, há boas evidências de uma estreita conexão entre o CPC por pessoa que bebe e a predominância de beber muito, ou seja, quanto maior o nível de consumo, maior a proporção de pessoas que bebem muito. Isso é encontrado em estudos comparando populações em diferentes países transversalmente e em estudos que examinam as mudanças dentro do país ao longo do tempo (Rossow e Makela 2021). Esses estudos (Rossow e Makela 2021) mostram que, quando o consumo médio muda, o consumo também muda nos níveis baixo, médio e alto. Isso significa que uma mudança no consumo médio não é apenas o resultado de uma mudança no consumo excessivo de álcool, mas também que as pessoas que bebem muito tendem a mudar juntamente

com os outros. Mudanças no CPC por pessoa que bebe podem, portanto, ser tipicamente descritas como mudanças coletivas onde toda a distribuição de pessoas que bebem “tende a subir e descer na escala de consumo” (Skog 1985). Embora sejam relatadas exceções a essa regularidade (Holmes et al. 2019; Rossow e Makela 2021), também deve ser observado que uma forte conexão entre a média da população e a prevalência de exposição de alto risco não é específica do consumo de álcool, sendo, porém, encontrada em vários outros domínios da saúde (Rose e Day 1990) e em outras áreas de dependência (Rossow e Bramness 2015; Rossow 2019).

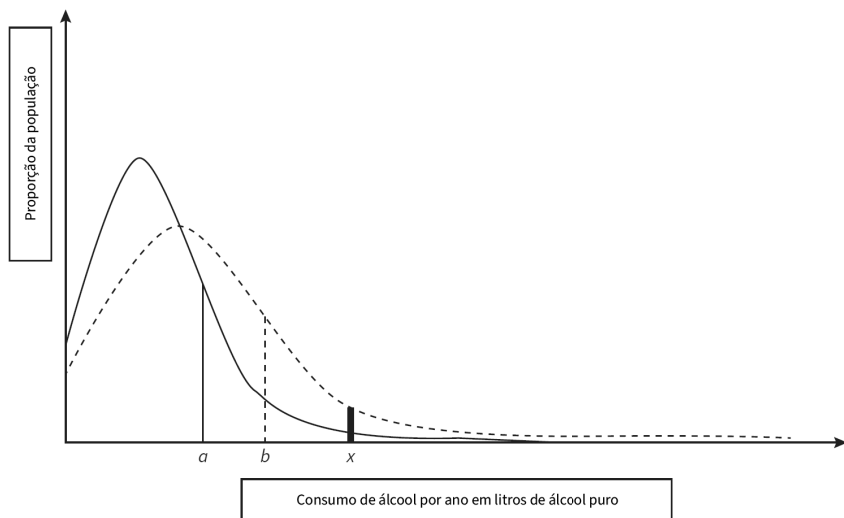
3.4.2 A distribuição do consumo de álcool tem mais ou menos a mesma forma

A relação entre o CPC (ou consumo total ou médio) e a predominância de pessoas que bebem muito reflete um forte padrão na distribuição do consumo subjacente à média de consumo. Em populações com níveis de consumo e culturas de consumo muito diferentes, a distribuição tem uma forma relativamente fixa – é suave e enviesada, com uma longa cauda direita (Skog 1985; Kehoe et al. 2012; Rossow e Clausen 2013) (consulte a Figura 3.1). Esta forma relativamente fixa da distribuição é, muitas vezes, denominada “modelo de distribuição de consumo” (Room e Livingston 2017). Usando amostras populacionais de 66 países, Kehoe e seus colegas (2012) descobriram que a distribuição do consumo tinha aproximadamente a mesma forma em todos os países e que a distribuição em uma população poderia ser estimada se uma estimativa da proporção de pessoas que bebem atualmente e o CPC estivesse disponível. A implicação de saúde pública dessa forma bastante fixa é ilustrada na Figura 3.1, que mostra a distribuição do consumo em duas populações hipotéticas. Aqui, a média de consumo é maior para a população b do que para a população a . Se considerarmos que as pessoas que bebem muito são aquelas que consomem acima de um certo limite (denominado x), a proporção de pessoas que bebem muito é maior na população b (com o consumo médio mais alto) do que na população a . Em outras palavras, a forma razoavelmente fixa da distribuição implica que um aumento no consumo médio é acompanhado por um aumento na proporção de pessoas que bebem muito.

Conforme observado anteriormente, existem duas características da distribuição do consumo; é enviesado e liso, e ambas as características

têm implicações importantes para a saúde pública. A distribuição distorcida implica que a pequena fração de consumidores que bebem mais representa uma fração desproporcionalmente alta do consumo total. Na Austrália, por exemplo, os 10% que mais bebem na população consumiram mais da metade de todo o álcool consumido (Livingston e Callinan 2019). Descobertas semelhantes são relatadas em populações de outros países, incluindo a Noruega, Estados Unidos, Canadá e China (Skog 1985; Greenfield e Rogers 1999; Hao *et al.* 2004; Stockwell *et al.* 2009).

A suavidade da distribuição significa que não há distinção clara entre “consumidores comuns” e “**alcoólatras**” ou “pessoas que bebem muito”. Isto reflete no fato de que o nível de consumo entre os relativamente poucos que preenchem os critérios para um transtorno por consumo de álcool varia consideravelmente, assim como o nível de consumo entre outras pessoas que bebem.



a = média de consumo para a população a

b = média de consumo para a população b

x = limite inferior para “beber muito”: área sob a curva de distribuição e acima de x ilustra a proporção da população que “bebe muito”

Figura 3.1 Curvas de distribuição para duas populações hipotéticas de adultos com diferentes níveis de consumo per capita de álcool (CPC).

3.5 Padrões de consumo de bebidas

O termo “padrão de consumo de bebidas” se refere a regularidades na frequência, quantidade e tipo de álcool consumido durante um período de tempo e se o álcool é ou não consumido com alimentos. Os padrões de consumo são importantes porque têm um efeito direto sobre o nível de álcool no sangue da pessoa que bebe e outros aspectos do consumo de uma pessoa que podem causar danos.

3.5.1 Distribuição das ocasiões de consumo e ingestão por ocasião

O consumo total pode ser considerado como uma combinação de duas dimensões – frequência de consumo e quantidade média por ocasião – cada uma com sua própria distribuição. Duas distribuições iguais de consumo total podem, portanto, ser compostas por diferentes combinações de frequência e quantidade de bebida. Se o consumo regular tem efeitos sobre a saúde diferentes do consumo pesado ocasional, dois níveis gerais aparentemente iguais de consumo podem levar a resultados diferentes.

Existe um efeito aparentemente benéfico de um padrão de consumo leve a moderado, envolvendo o consumo frequente de apenas pequenas quantidades por ocasião (vide Capítulo 4). Este tipo de padrão de consumo é, no entanto, bastante incomum na maior parte das populações. Seguindo a noção de Knupfer (Knupfer 1987) do mito do consumidor de pequenas doses diárias nos Estados Unidos, estudos posteriores nos PARs também revelaram que consumidores de “pequenas doses diárias” são casos raros e aqueles que bebem diariamente são, na maioria das vezes, pessoas que consomem muito álcool (Lemmens 1991; Paradis *et al.* 2009). A predominância de pessoas que consomem doses pequenas de bebidas com frequência parece ser ainda menor nos PBMRs (Obot e Room 2005; Clausen *et al.* 2009).

3.5.2 Alto consumo ocasional de bebidas

Conforme discutido no Capítulo 2, a intoxicação é um dos principais mecanismos pelos quais o álcool causa danos. A intoxicação resulta da ingestão de uma quantidade relativamente grande de álcool em uma ocasião particular, sendo que o termo **alto consumo ocasional de bebidas** (PBMO)

se refere a isso como um padrão de consumo. Para entender as implicações do consumo total, devemos diferenciar entre padrões de consumo caracterizados por eventos de PBMO relativamente frequentes, em oposição a eventos de PBMO pouco frequentes. A importância do padrão de consumo se aplica ao nível da população e ao nível individual. A extensão em que o evento de PBMO ocorre com frequência em uma população tem implicações para os efeitos do CPC nos danos à população (Rossow e Makela 2021). Correspondentemente, o padrão de consumo de uma pessoa é decisivo para definir o quão prejudicial um determinado nível de consumo pode ser (vide capítulo 4). Os riscos, por exemplo, serão bem diferentes para uma pessoa que bebe três garrafas de cerveja todas as noites e uma pessoa que bebe uma garrafa todos os dias, mas 15 garrafas no sábado à noite, embora a frequência de consumo e o consumo médio sejam os mesmos.

As culturas variam na medida em que o padrão de PBMOs se torna uma característica do padrão de consumo. Eles também diferem em como as pessoas ficam intoxicadas e como as pessoas se comportam enquanto intoxicadas (Room e Makela 2000). A sexta coluna da Tabela 3.1 mostra a variação considerável na prevalência da PBMO (definido como 60 ou mais gramas de álcool em, pelo menos, uma única ocasião minimamente uma vez por mês) entre a população de pessoas que bebem com 15 anos ou mais (vide também Rehm *et al.* 2004).

Em muitas culturas, o padrão de PBMOs é uma característica particularmente marcante do consumo de álcool por adolescentes e jovens adultos. Dados de um estudo multinacional sobre hábitos de bebida e uso de drogas entre crianças em idade escolar oferecem uma base para comparações entre uma seleção de países europeus. A Tabela 3.2 mostra que a importância relativa do padrão de PBMOs varia entre os países e tende a cair em um índice do norte ao sul, entre os países europeus. Nos países do sul da Europa, uma proporção menor de consumidores experimentou o padrão de PBMOs e uma proporção menor de ocasiões de consumo levou ao padrão da PBMO, em comparação com os países do norte da Europa.

3.5.3 Tipo de bebida

Um aspecto importante do padrão de consumo é o tipo de bebida alcoólica consumida. Conforme observado no Capítulo 2, existem muitas variedades de bebidas alcoólicas, com diferentes níveis de teor al-

coólico. Em muitos lugares, um ou dois tipos de bebida respondem pela maior parte do consumo de álcool. Os tipos de bebidas predominantes tendem a mudar de forma relativamente lenta em uma cultura. Em muitos PBMRs, o desenvolvimento econômico recente muitas vezes resultou na substituição de bebidas alcoólicas industriais importadas por bebidas tradicionalmente fermentadas em casa.

Tabela 3.2 Alto consumo ocasional de bebidas por parte de adolescentes em países europeus selecionados: índice de ocorrência e proporção de ocasiões de consumo

País	Dados do ESPAD 2015		Dados do ESPAD 2007	
	Predomínio do consumo de álcool nos últimos 30 dias (%)	Predomínio do padrão PMBO ^a nos últimos 30 dias (%)	Índice de predomínio do padrão PBMO/prevalência de consumo de álcool	Índice de ocasiões do padrão PBMO/todas as ocasiões de consumo ^b
Finlândia	32	23	0.72	0.35
Noruega	22	19	0.86	0.36
Suécia	26	22	0.85	0.30
Dinamarca	73	56	0.77	0.28
França	53	31	0.58	0.12
Itália	57	34	0.60	0.12

^a O predomínio do padrão PBMO se refere à porcentagem de adolescentes que consomem mais de 60 gramas de álcool puro por ocasião, ao menos uma vez por mês.

^b A ocasião do padrão PBMO se refere ao consumo de mais de 60 gramas de álcool puro em uma única ocasião. PBMO se refere ao alto consumo ocasional de álcool.

Fontes de dados: Projeto Europeu de Pesquisa Escolar sobre o Álcool e Drogas (ESPAD); O Relatório ESPAD 2015 (Grupo ESPAD 2016); e o Relatório ESPAD de 2007 (Hibell et al. 2009). Cálculos apresentados em (Babor et al. 2010).

Mundialmente falando e em termos de volume de álcool puro, as bebidas destiladas são o tipo de bebida mais consumida, representando cerca de 45% do consumo total registrado (Organização Mundial da Saúde, 2018). A segunda bebida mais consumida é a cerveja (34% de todo o consumo registrado). Quase em todos os lugares dos PBMRs, a cerveja

lager de estilo europeu é a mercadoria de prestígio entre as bebidas alcoólicas cotidianas (Jernigan *et al.* 2000). Esse estilo de cerveja, normalmente promovido e produzido por empresas multinacionais ou seus parceiros, apresenta crescimento nos níveis de consumo na maior parte dos PBMRs. O vinho de uva representa cerca de 12% de todo o consumo registrado, enquanto “outras bebidas”, incluindo bebidas fermentadas tradicionais, como a cerveja de sorgo, **pulque** e **chicha**, representam cerca de 9% de todo o consumo (Organização Mundial da Saúde 2018).

Historicamente, beber bebidas destiladas era frequentemente considerado mais problemático do que beber bebidas fermentadas como vinho ou cerveja. Do ponto de vista da saúde, a escolha da bebida parece fazer pouca diferença em termos da maioria das consequências para a saúde a longo prazo; é a quantidade total de álcool puro consumido, independentemente do tipo de bebida, que responde pelos efeitos tóxicos. Beber bebidas destiladas, porém, traz alguns problemas especiais. A intoxicação alcoólica fatal e o comportamento agressivo parecem estar mais fortemente associados a bebidas destiladas do que a outros tipos de bebidas alcoólicas (Makela *et al.* 2011) (vide também o Capítulo 4).

3.5.4 O contexto do consumo de bebidas

A medida em que o álcool é consumido em ambientes públicos (ou seja, pubs, bares e restaurantes), em vez de ser consumido em ambientes privados, isso produz implicações para consequências prejudiciais (particularmente a violência), bem como estratégias de prevenção. Dados de seis países europeus mostram diferenças na proporção de ocasiões de consumo que ocorrem em bares ou restaurantes, variando de cerca de 10% a 25% (Leifman 2002), sugerindo assim que a maior parte do consumo ocorre em residências particulares. Constatações semelhantes foram relatadas na Austrália (Callinan *et al.* 2016), Nova Zelândia, Tailândia e Vietnã, onde o padrão PBMO ocorreu com mais frequência em residências particulares (Huckle *et al.* 2020). Pesquisas feitas em 22 países, no entanto, abrangendo todas as regiões do mundo, exibem uma imagem mais sutil (Bond *et al.* 2010); embora o beber em ambientes privados (por exemplo, em casa) ocorra com mais frequência do que em ambientes públicos na maior parte dos países, o inverso também foi observado em alguns países, principalmente na América Latina, África e Sul da Ásia.

3.6 Distribuição do consumo de álcool em subgrupos demográficos e ao longo da vida

3.6.1 Gênero

Uma vasta literatura de pesquisa, com base, principalmente, em estudos de levantamento de hábitos de consumo, tem consistentemente mostrado diferenças significativas nos padrões de consumo entre homens e mulheres, entre pessoas mais jovens e mais velhas e, muitas vezes, entre grupos étnicos ou religiosos.

Em todas as regiões do mundo, a abstenção ao longo da vida é mais predominante entre as mulheres do que entre os homens, sendo que os homens são muito mais propensos do que as mulheres a beber (Organização Mundial da Saúde 2018). A Tabela 3.3 mostra as proporções estimadas de abstêmios ao longo da vida e consumidores atuais entre homens e mulheres para cada região do mundo. Entre as pessoas que bebem, estima-se que os homens bebam significativamente mais do que as mulheres, normalmente quase três vezes mais, e o predomínio de PBMO também é muito maior entre os homens do que entre as mulheres (Tabela 3.3). Embora as diferenças de gênero na prevalência de qualquer consumo de álcool tendam a ser maiores entre os PBMRs, em comparação com os PARs, parece não haver tal gradiente de renda em nível de país nas diferenças de gênero, no volume de consumo (Organização Mundial da Saúde 2018). Em um estudo comparativo, realizado em 35 países em todo o mundo, as diferenças de gênero, expressas como proporções de homens/mulheres, variaram acentuadamente entre os países e por medida de consumo (por exemplo, proporções de consumidores atuais e ocasiões do padrão PBMO). Em muitos países, as diferenças de gênero aumentaram com a idade (Wilsnack *et al.* 2009). Da mesma forma, Slade e colegas (2016) analisaram dados de 68 estudos primários e descobriram que as proporções de gênero em qualquer consumo de álcool e no consumo problemático de álcool diminuíram com coortes formadas por pessoas mais novas, sugerindo uma convergência de gênero no comportamento de consumo de bebidas ao longo do tempo. Notavelmente, a grande maioria dos estudos foi realizada na América do Norte e na Europa.

Tabela 3.3 Indicadores de níveis de consumo de álcool e padrão de alto consumo ocasional por gênero e regiões mundiais da OMS

Abstêmios vitalícios (%)	Consumidores atuais (%)		Álcool total per capita entre consumidores		Predomínio de PBMOs ^a entre consumidores (%)		
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Proporção entre homens/mulheres	Homens	Mulheres
Região da OMS							
África	45	70	44	21	2.7	61	26
Américas	9	24	67	42	2.8	53	20
Mediterrâneo oriental	92	98	5	1	2.7	13	3
Europa	17	29	69	51	2.8	57	25
Sudeste da Ásia	43	71	45	21	2.8	51	19
Pacífico Ocidental	26	51	67	41	2.8	53	20
Mundo	35	55	54	32	2.8	50	20

PBMOs^a: bebem mais de 60 gramas de álcool puro por ocasião, pelo menos uma vez por mês.

PBMO: pessoa que bebe muito ocasionalmente.

Fonte: dados do Relatório de status global do álcool e saúde realizado em 2018 pela Organização Mundial da Saúde. Genebra: OMS. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

As consideráveis diferenças de gênero no volume de consumo significam que os homens respondem por uma fração desproporcionalmente grande (globalmente 74%) do CPC. Assim, uma mudança no CPC implica uma mudança maior na exposição ao álcool para os homens, em comparação com as mulheres. O consumo acentuadamente maior entre os homens, juntamente com seu **padrão de consumo mais perigoso**, sugere que os homens experimentam mais danos sociais e à saúde do que as mulheres (vide Capítulo 4 para maiores detalhes).

3.6.2 Faixas etárias

O consumo de álcool entre jovens e idosos é particularmente preocupante, devido à elevada suscetibilidade aos malefícios do uso do álcool nesses estratos populacionais. Embora muitos países tenham uma idade mínima legal para a compra ou consumo do álcool (consulte o Capítulo 8), os jovens costumam ter experiências de consumo bem antes de atingir a idade legal (Kuntsche *et al.* 2013; Kraus *et al.* 2016) e o padrão PBMO ocorre quase tão frequentemente entre adolescentes (15 a 19 anos) como na população em geral (Organização Mundial da Saúde 2018). Nas últimas duas décadas, um declínio no consumo de álcool por adolescentes foi relatado em muitos PARs (Pape *et al.* 2018; Kraus *et al.* 2019a), sendo que essas tendências normalmente diferem das tendências gerais de consumo em seus respectivos países. Muitas explicações foram oferecidas; ainda não está claro como essa tendência, mais ou menos comum em muitos países diferentes, pode ser explicada (Pape *et al.* 2018; Kraus *et al.* 2019; Vashishtha *et al.* 2019). Embora haja alguma indicação de que essa tendência recente de menor consumo na adolescência tenha continuado no início da idade adulta (Leggat *et al.* 2021), ainda não sabemos se isso se aplica de maneira mais ampla.

Os adultos mais velhos são mais suscetíveis aos efeitos negativos do álcool (Adams e Jones 1998; Squeglia *et al.* 2014). Fatores que tendem a acompanhar a idade avançada, incluindo mudanças biológicas, vários problemas de saúde e uso de medicamentos prescritos, tendem a amplificar os efeitos nocivos do álcool (Anderson *et al.* 2012; Galluzzo *et al.* 2012). Considerando a elevada suscetibilidade aos danos do álcool com o aumento da idade, o aumento no consumo do álcool entre adultos mais velhos em muitos PARs nas últimas décadas (Hallgren *et al.* 2009; Anderson *et al.*

2012; Bye e Osthus 2012; Breslow *et al.* 2017) alimentou preocupações sobre as consequências para a saúde pública (Anderson *et al.* 2012).

3.6.3 Status socioeconômico

Conforme observado, o CPC tende a ser maior nos PARs, em comparação com os PBMRs. Também dentro das populações, os grupos de status socioeconômico (GSS) mais alto (em termos de renda mais alta, nível educacional mais alto ou status ocupacional mais alto) bebem com mais frequência, e sua frequência e volume de consumo tendem, em média, a ser superiores aos dos grupos de GSS inferior (Schmidt *et al.* 2010). Este gradiente social positivo na exposição ao álcool contrasta com o gradiente social negativo nos danos relacionados ao álcool (ou seja, diminuindo os índices de danos com o aumento do nível GSS) (Schmidt *et al.* 2010), sendo frequentemente referido como o “paradoxo do dano do álcool” (Bellis *et al.* 2016) (ver também o Capítulo 4). **Padrões de consumo nocivos**, porém, incluindo o padrão PBMO, parecem ser mais proeminentes em grupos de GSS mais baixos, em comparação com os mais altos (Jones *et al.* 2015; Katikireddi *et al.* 2017). Isso, no entanto, provavelmente explica pouco dos elevados índices de danos causados pelo álcool em grupos de GSS mais baixos (Katikireddi *et al.* 2017).

3.6.4 Populações minoritárias indígenas

Os povos indígenas são sociedades e comunidades culturalmente distintas e, embora representem 5% da população global, representam cerca de 15% dos extremamente pobres (Banco Mundial 2020). Estudos de populações indígenas minoritárias na Austrália, Nova Zelândia e América do Norte mostraram que, muitas vezes, eles apresentam uma ingestão significativamente maior de álcool e um maior padrão de PBMO e, portanto, experimentam mais danos causados pelo álcool, em comparação com a população em geral (Hudson 2011; Landen *et al.* 2014; Connor *et al.* 2015; Kahukura 2015; Gray *et al.* 2018; McLaughlin e Castrodale 2018) (vide também Brady 2000 para uma análise). Embora o alto nível de consumo e o padrão perigoso de consumo de bebidas nas populações minoritárias indígenas estejam longe de ser universais, isso

pode, pelo menos em parte, ser atribuído à sua história de colonialismo e desapropriação (Wilson et al. 2010).

3.7 Uma nota sobre a pandemia do coronavírus (COVID-19)

Nos primeiros meses de 2020, a maior parte dos países em todo o mundo respondeu à pandemia do coronavírus (COVID-19) e implementou uma série de medidas para conter a propagação da doença. Várias dessas medidas provavelmente afetaram o consumo de álcool. Embora algumas medidas tenham restringido a disponibilidade física de álcool (consulte o Capítulo 8), principalmente para consumo no local, as restrições a reuniões sociais e viagens também reduziram a disponibilidade social do álcool (Bade *et al.* 2020), sendo que o desemprego e as perdas econômicas podem ter reduzido o preço do álcool para muitas pessoas (Manthey *et al.* 2020). Para outros, a pandemia pode ter induzido ou reforçado o estresse e a ansiedade, levando assim ao aumento do consumo (Avery *et al.* 2020; Koopmann et al. 2020; Lechner *et al.* 2020). Pesquisas populacionais realizadas durante a primeira fase da pandemia demonstraram que proporções substanciais mudaram seu consumo de álcool, fazendo com que passassem a beber menos ou mais (Callinan et al. 2021; Chodkiewicz *et al.* 2020; Panagiotidis *et al.* 2020; Kilian *et al.* 2021).

3.8 Resumo e implicações

Os dados de vendas e as estimativas do CPC mostram uma ligeira queda geral nos PARs no novo milênio. Particularmente preocupante, no entanto, é o aumento do consumo em muitos países de renda média, que é algo que pode continuar acontecendo nos próximos anos.

Embora os níveis de consumo de álcool variem muito de uma parte do mundo para outra, parece que grande parte dessa variação é atribuída a diferenças nas proporções de adultos que se absterem completamente de beber. Em uma base limitada às pessoas que bebem, o nível de consumo varia menos entre as regiões do mundo. Isso sugere que o CPC aumentará se a proporção de abstêmios diminuir, particularmente em lugares onde a abstenção é muito comum, como ocorre em muitos PBMRs.

Não é apenas o nível de consumo total de álcool que é relevante para os problemas sociais e de saúde decorrentes do consumo; o padrão de consumo também é de considerável importância. Assim, a mesma quantidade de consumo pode estar associada a níveis de problemas bastante diferentes em diferentes sociedades. A grande variação no consumo total e nos padrões de consumo de bebidas entre os subgrupos populacionais também implica que os problemas relacionados ao álcool serão distribuídos de maneira muito desigual em um determinado país.

As diferenças nas quantidades e padrões de consumo em diferentes países e regiões globais implicam diferenças na composição e mistura de problemas sociais e de saúde decorrentes do consumo de álcool, questão que abordaremos no capítulo 4. As diferenças também implicam que pode ser apropriado que a mistura de estratégias de prevenção e intervenção varie de uma sociedade para outra.

Referências

Adams WL and Jones TV (1998) Alcohol and injuries in elderly people. *Addict Biol*, 3, 237-47. Al-Ansari B, Thow A-M, Day CA, et al. (2016) Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction*, 111, 1703-13.

Allamani A, Voller F, Decarli A, et al. (2011) Contextual determinants of alcohol consumption changes and preventive alcohol policies: a 12-country European study in progress. *Subst Use Misuse*, 46, 1288-303.

Anderson P, Scafato E, and Galluzzo L (2012) Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanita*, 48, 232-47.

Avery AR, Tsang S, Seto EY, et al. (2020) Stress, anxiety, and change in alcohol use during the COVID-19 pandemic: findings among adult twin pairs. *Front Psychiatry*, 11, 571084.

Bade R, Simpson BS, Ghetia M, et al. (2021) Changes in alcohol consumption associated with social distancing and self-isolation policies triggered by COVID-19 in South Australia: a wastewater analysis study. *Addiction*, 116, 1600-1605.

Bellis MA, Hughes K, Nicholls J, *et al.* (2016) The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health*, 16, 111.

Bloomfield K, Hope A, and Kraus L (2013) Alcohol survey measures for Europe: A literature review. *Drugs Educ Prev Policy*, 20, 348–360.

Bond JC, Roberts S, Greenfield TK, *et al.* (2010) Gender differences in public and private drinking contexts: a multi-level GENACIS analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 7, 2136–60.

Brady M (2000) Alcohol policy issues for Indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, 27, 435–509.

Breslow RA, Castle IP, Chen CM, *et al.* (2017) Trends in alcohol consumption among older Americans: national health interview surveys, 1997 to 2014. *Alcohol Clin Exp Res*, 41, 976–986.

Bye EK and Østhus S (2012) *Alkoholkonsum Blant Eldre. Hovedfunn fra Spørreundersøkelser 1985–2008*. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.

Callinan S, Livingston M, Room R, *et al.* (2016) Drinking contexts and alcohol consumption: how much alcohol is consumed in different Australian locations? *J Stud Alcohol Drugs*, 77, 612–19.

Callinan S, Smit K, Mojica-Perez Y, *et al.* (2021) Shifts in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic: early indications from Australia. *Addiction*, 116, 1381–1388.

Chodkiewicz J, Talarowska M, Miniszewska J, *et al.* (2020) Alcohol consumption reported during the COVID-19 pandemic: the initial stage. *Int J Environ Res Public Health*, 17, 4677.

Clausen T, Rossow I, Naidoo N, *et al.* (2009) Diverse alcohol drinking patterns in 20 African countries. *Addiction*, 104, 1147–54.

Connor J, Kydd R, Shield K, *et al.* (2015) The burden of disease and injury attributable to alcohol in New Zealanders under 80 years of age: marked disparities by ethnicity and sex. *N Z Med J*, 128, 15–28.

De Goeij MC, Suhrcke M, Toffolutti V, *et al.* (2015) How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med*, 131, 131–46.

Galluzzo L, Scafato E, Martire S, *et al.* (2012) Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanita*, 48, 221–31.

Gray D, Cartwright K, Stearne A, *et al.* (2018) Review of the harmful use of alcohol among Aboriginal and Torres Strait Islander people. Australian Indigenous HealthInfoNet. aodknowledgecentre.ecu.edu.au/healthinfonet/getContent.php?linkid=590984

Greenfield TK and Rogers JD (1999) Who drinks most of the alcohol in the US? The policy implications. *J Stud Alcohol*, 60, 78–89.

Gual A and Colom J (1997) Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction*, 92, S21–31.

Guo X and Huang Y-G (2015) The development of alcohol policy in contemporary China. *J Food Drug Anal*, 23, 19–29.

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368–84.

Hao W, Su Z, Liu B, *et al.* (2004) Drinking and drinking patterns and health status in the general population of five areas of China. *Alcohol Alcohol*, 39, 43–52.

Hallgren M, Högberg P, and Andréasson S (eds.) (2009) *Alcohol Consumption among Elderly European Union Citizens: Health Effects, Consumption Trends and Related Issues*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health. <http://cite-seerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.517.2709&rep=rep1&type=pdf>

Holmes J, Ally AK, Meier PS, *et al.* (2019) The collectivity of British alcohol consumption trends across different temporal processes: a quantile age–period–cohort analysis. *Addiction*, 114, 1970–80.

Huckle T, Callinan S, Viet Cuong P, *et al.* (2020) Harmful drinking occurs in private home in some high-and middle-income alcohol markets. *Drug Alcohol Rev*, 39, 616–23.

Huckle T, Casswell S, Mackintosh AM, *et al.* (2018) The International alcohol control study: methodology and implementation. *Drug Alcohol Rev*, 37, S10–S17.

Hudson S (2011) *Alcohol Restrictions in Indigenous Communities and Frontier Towns*. Sydney: Centre for Independent Studies.

Jernigan D, Monteiro M, Room R, *et al.* (2000) Towards a global alcohol policy: alcohol, public health and the role of WHO. *Bull World Health Organ*, 78, 491–9.

Jones L, Bates G, McCoy E, *et al.* (2015) Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 15, 400.

Kahukura T (2015) *Māori Health Chart Book 2015*. Wellington: Ministry of Health.

Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, *et al.* (2017) Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*, 2, e267–76.

Kehoe T, Gmel G, Shield KD, *et al.* (2012) Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Popul Health Metr*, 10, 6.

Kilian C, Rehm J, Allebeck P, *et al.* (2021) Alcohol consumption during COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction*, 116, 3369–80. Knupfer G (1987) Drinking for health: the daily light drinker fiction. *Br J Addict*, 82, 547–55.

Koopmann A, Georgiadou E, Kiefer F, *et al.* (2020) Did the general population in Germany drink more alcohol during the COVID-19 pandemic lockdown? *Alcohol Alcohol*, 55, 698–9. Kraus L, Guttormsen U, Leifman H, *et al.* (2016) *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Kraus L, Room R, Livingston M, *et al.* (2019) Long waves of consumption or a unique social generation? Exploring recent declines in youth drinking. *Addict Res Theory*, 28, 1–11.

Krüger NA and Svensson M (2010) Good times are drinking times: empirical evidence on business cycles and alcohol sales in Sweden 1861–2000. *Applied Economics Letters*, 17, 543–6. Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, *et al.*

(2013) Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and North American countries. *Alcohol Clin Exp Res*, 37, 308–14.

Lachenmeier DW, Gmel G, and Rehm J (2013) Unrecorded Alcohol Consumption. In: Boyle, P., Boffetta, P., Lowenfels, A. B., Burns, H., Brawley, O., Zatonski, W. and Rehm, J. (eds.) *Alcohol: science, policy, and public health*. Oxford: Oxford University Press, pp. 132–142.

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82:28–41.

Landen M, Roeber J, Naimi T, *et al.* (2014) Alcohol-attributable mortality among American Indians and Alaska natives in the United States, 1999–2009. *Am J Public Health*, 104, S343–9. Lechner WV, Laurene KR, Patel S, *et al.* (2020) Changes in alcohol use as a function of psychological distress and social support following COVID-19 related university closings. *Addict Behav*, 110, 106527.

Leggat G, Livingston M, Kuntsche S, *et al.* (2021) The development of drinking trajectories among Australian young adults. *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 237–45.

Leifman H (2002) A comparative analysis of drinking patterns in six EU countries in the year 2000. *Contemp Drug Probl*, 29, 501–48.

Lemmens PHHM (1991) *Measurement and Distribution of Alcohol Consumption*. PhD. Maastricht: University of Maastricht.

Livingston M and Callinan S (2019) Examining Australia's heaviest drinkers. *Austr N Z J Public Health*, 43, 451–456.

Mäkelä P, Hellman M, Kerr WC *et al.* (2011) A bottle of beer, a glass of wine, or a shot of whiskey? Can the rate of alcohol-induced harm be affected by altering the population's beverage choices? *Contemp Drug Probl*, 38, 599–619.

Manthey J, Kilian C, Schomerus G, *et al.* (2020) Alkoholkonsum in Deutschland und Europa während der SARS-CoV-2 Pandemie. *Sucht*, 66, 247–258.

Manthey J, Shield KD, Rylett M, *et al.* (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393, 2493–502.

Moskalewicz J (2000) Alcohol in the countries in transition: the Polish experience and the wider context. *Contemp Drug Probl*, 27, 561–92.

McLaughlin J and Castrodale L (2018) *Health Impacts of Alcohol Misuse in Alaska*. Department of Health and Social Services, Alaska. http://recoveryalaska.org/wp-content/uploads/2016/05/SOA-DHSS-Epi-Bulletin_Health-Impacts-of-Alcohol-Misuse-in-Alaska.pdf

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, *et al.* (2021) Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*, 40, 350–67.

Norstrom T and Ramstedt M (2005) Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev*, 24, 537–47.

Norström T and Rossow I (2016) Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level. *Arch Suicide Res*, 20, 489–506.

Obot IS and Room R (2005) *Alcohol, Gender and Drinking Problems: Perspectives from Low and Middle Income Countries*. Geneva: World Health Organization.

Panagiotidis P, Rantis K, Holeva V, *et al.* (2020) Changes in alcohol use habits in the general population, during the COVID-19 lockdown in Greece. *Alcohol Alcohol*, 55, 702–4.

Pape H, Rossow I, and Brunborg GS (2018) Adolescents drink less: how, who and why? A review of the recent research literature. *Drug Alcohol Rev*, 37, S98–114.

Paradis C, Demers A, Picard E, *et al.* (2009) The importance of drinking frequency in evaluating individuals' drinking patterns: implications for the development of national drinking guidelines. *Addiction*, 104, 1179–84.

Probst C, Fleischmann A, Gmel G, *et al.* (2019) The global proportion and volume of unrecorded alcohol in 2015. *J Glob Health*, 9(1), 010421.

Rehm J, Gmel GE, Gmel G, *et al.* (2017) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112, 968–1001. Available: DOI:10.1111/add.13757

Rehm J, Kilian C, Rovira P, *et al.* (2021) The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug Alcohol Rev* 40: 161–5. <https://doi.org/10.1111/dar.13148>

Rehm J and Room R (2017) The cultural aspect: how to measure and interpret epidemiological data on alcohol-use disorders across cultures. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34, 330–41.

Rehm J, Room R, Monteiro M, *et al.* (2004) Alcohol use: comparative quantification of health risks. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, and Murray CJL (eds.) *Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization, pp. 959–1109.

Reitan TC (2000) Does alcohol matter? Public health in Russia and the Baltic countries before, during, and after the transition. *Contemp Drug Probl*, 27, 511–60.

Room R and Livingston M (2017) The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociol Perspect*, 60, 10–22.

Room R and Mäkelä K (2000) Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol*, 61, 475–83.

Rose G and Day S (1990) The population mean predicts the number of deviant individuals. *BMJ*, 301, 1031–4.

Rossow I (2019) The total consumption model applied to gambling: empirical validity and implications for gambling policy. *Nord Stud Alcohol Dr*, 36, 66–76.

Rossow I and Bramness JG (2015) The total sale of prescription drugs with an abuse potential predicts the number of excessive users: a national prescription database study. *BMC Public Health*, 15, 288.

Rossow I and Bye EK (2013) The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. In: McMurrin M (ed.) *Alcohol-Related Violence: Prevention and Treatment*. Chichester: Wiley, pp. 3–18.

Rossow I and Clausen T (2013) The collectivity of drinking cultures: is the theory applicable to African settings? *Addiction*, 108, 1612–17.

Rossow I and Mäkelä P (2021) Public health thinking around alcohol-related harm: Why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Dr*, 82, 9–17.

Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, *et al.* (2010) Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E and Kurup AS (eds.) *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organization, pp. 11–29.

Shield KD, Rehm M, Patra J, *et al.* (2011) Global and country specific adult per capita consumption of alcohol, 2008. *Sucht*, 57, 99–117.

Skog O-J (1985) The collectivity of drinking cultures: a theory of the distribution of alcohol consumption. *Br J Addict*, 80, 83–99.

Slade T, Chapman C, Swift W, *et al.* (2016) Birth cohort trends in the global epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in men and women: systematic review and meta-regression. *BMJ Open*, 6, e011827.

Sohi, I, Chrystoja, BR, Rehm, J, Wells, S, Monteiro, M, Ali, S, and Shield, K (2022) Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic and previous pandemics: a systematic review. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*.

Squeglia LM, Boissoneault J, Van Skike CE, *et al.* (2014) Age-related effects of alcohol from adolescent, adult, and aged populations using human and animal models. *Alcohol Clin Exp Res*, 38, 2509–16.

Stockwell T, Zhao J, and Thomas G (2009) Should alcohol policies aim to reduce total alcohol consumption? New analyses of Canadian drinking patterns. *Addict Res Theory*, 17, 135–51.

The World Bank (2020) Indigenous Peoples. <https://www.worldbank.org/en/topic/indigenouspeoples>

Vashishtha R, Livingston M, Pennay A, *et al.* (2019) Why is adolescent drinking declining? A systematic review and narrative synthesis. *Addict Res Theory*, 28, 1–14.

Wilsnack RW, Wilsnack SC, Kristjanson AF, *et al.* (2009) Gender and alcohol consumption: patterns from the multinational GENACIS project. *Addiction*, 104, 1487–500.

Wilson M, Stearne A, Gray D, *et al.* (2010) The harmful use of alcohol amongst Indigenous Australians. Australian Indigenous HealthInfoNet. https://healthbulletin.org.au/wp-content/uploads/2010/06/alcohol_review_june_2010.pdf

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

4

O PESO DO CONSUMO DE ÁLCOOL

4.1 Introdução

Este capítulo descreve a enorme gama de consequências atribuíveis ao álcool dentro de duas grandes categorias: a contribuição do álcool para o fardo de doenças carregado por pessoas e sociedades e os efeitos nocivos do álcool no tecido social das famílias, comunidades e nações. Ele também discute os potenciais benefícios para a saúde do uso moderado de álcool.

Estabelecer que o consumo de álcool é a causa direta de problemas sociais e de saúde específicos é uma tarefa de grande importância para a saúde pública. Quando um problema social ou de saúde é, pelo menos em parte, atribuível ao consumo de álcool, as evidências normalmente sugerem medidas específicas para prevenir ou controlar o problema. Quantificar a força da relação é uma ferramenta adicional usada na tomada de decisões sobre prioridades políticas, levando em consideração o predomínio do problema específico. A invenção, por exemplo, de instrumentos confiáveis para medir de forma não invasiva a **concentração de álcool no sangue** (CAS) abriu o caminho para o estudo científico do comportamento de dirigir alcoolizado. Como resultado, logo ficou claro que a bebida estava implicada em uma parcela muito maior de mortes no trânsito do que se pensava anteriormente. Isso acabou levando a mudanças políticas substanciais em relação à **condução sob o efeito do álcool**.⁴

Iniciamos este capítulo com uma discussão sobre como os epidemiologistas estabelecem relações causais entre o consumo de álcool e suas consequências, seguidas de evidências sobre danos ao consumidor de álcool e a terceiros.

4 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando forem usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

4.2 Problemas de medição e inferência

4.2.1 A natureza dos problemas sociais e de saúde

Em graus variados, diferentes problemas sociais e de saúde têm um elemento objetivo e um elemento que é uma questão de definição social. Em uma extremidade dos ciclos de cuidados médicos, a morte pode ser medida de forma objetiva e confiável. Quando, porém, queremos dividir as mortes em diferentes categorias (ou “causas da morte”), as definições sociais tornam-se importantes. Tanto para causas agudas quanto crônicas de morte, as práticas de registro e codificação normalmente variam de país para país (Rehm e Gmel 2000; Rehm *et al.* 2017b), e a maior parte dos países não possui um sistema de registro vital. Nesses países, as chamadas autópsias “verbais” são realizadas, durante as quais parentes e outras pessoas que cuidaram da falecidos em sua doença terminal são questionados quanto aos sintomas e circunstâncias que levaram à morte (Soleman *et al.* 2006; Thomas *et al.* 2018). Todos os dados coletados são, então, padronizados para serem globalmente comparáveis (CGM 2019 Colaboradores de fatores de risco 2020).

Para problemas de saúde antes da morte, as definições sociais desempenham um papel ainda maior. O limiar no qual uma deficiência potencial é socialmente perceptível, por exemplo, varia entre as culturas (Room 2001). Embora tenha havido progresso substancial nos esforços internacionais para empregar códigos padrão que sejam aplicáveis em todas as culturas, como na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Organização Mundial da Saúde 2018b), a aparente objetividade do sistema não deve obscurecer o fato de que um elemento de diferentes definições sociais permanece na categorização dos danos relacionados ao álcool.

Existem poucos dados comparáveis entre países sobre incapacidades relacionadas ao álcool (Goerdts *et al.* 1996; Rehm e Gmel 2000), ao contrário da situação com causas de morte e dados específicos sobre hospitalizações que estão disponíveis em muitos países há muitos anos. A escassez de dados sobre a morbidade e, particularmente, sobre a invalidez, é problemática para estimar o papel do álcool, pois muitas consequências do consumo de álcool para a saúde estão ligadas a eventos não fatais (por

exemplo, a depressão) (Rehm e Shield 2019) ou a distúrbios relacionados ao consumo de álcool (Samokhvalov *et al.* 2010; Carvalho *et al.* 2019).

Para problemas sociais, como o próprio termo indica, o elemento de definição social torna-se mais proeminente. Além disso, a forma como as questões sociais são vistas em uma determinada sociedade muitas vezes muda ao longo do tempo. Nos países de língua inglesa, por volta de 1900, por exemplo, o divórcio era comumente visto como um problema social, e o então difícil processo de obtenção do divórcio criou categorias legalmente definidas para o divórcio, como o divórcio devido ao “alcoo-lismo” do parceiro (ou seja, embriaguez). A mudança em muitas jurisdições nas últimas décadas para o “divórcio sem culpa” aboliu totalmente essas categorias (Room *et al.* 1996).

O progresso científico depende de definições e medidas acordadas (Tal 2020). Por esse motivo, o papel do consumo de álcool como fator causal de doenças é agora mais claramente compreendido cientificamente do que sua causa de dano social, embora, a princípio, tal medição seja possível (Galea e Hernan 2020).

4.2.2 Consumo de álcool como causa

Conforme observado no Capítulo 2, existem três aspectos principais do álcool que contribuem para os danos causados pelo consumo de álcool (para mais detalhes, consulte Rehm *et al.* 2017a). Para muitas doenças crônicas, o principal aspecto considerado é o efeito tóxico do álcool, operando principalmente por meio do volume cumulativo de bebida. Por outro lado, no caso de lesões, o foco principal é a quantidade de bebida em uma situação específica, incluindo, mas não se limitando à intoxicação; no entanto, ambas as dimensões – volume médio de consumo e padrões de consumo – podem desempenhar um papel em qualquer um dos resultados.

Nas estimativas do estudo Global Ônus da doença (Colaboradores de fatores de risco CGM 2019 2020), apenas o extremo grave do espectro de transtornos por consumo de álcool (“dependência” conforme posicionada pela Classificação Internacional de Doenças, décima primeira revisão (CID-11)) (Organização Mundial da Saúde 2018b) é considerado como um resultado na classificação de transtornos mentais, embora

o espectro completo do consumo de álcool seja considerado como um fator de risco para outros danos à saúde. O efeito da dependência em outros danos à saúde é principalmente explicado pelo alto volume e padrões prejudiciais de consumo das pessoas que bebem e são classificadas como dependentes (Rehm *et al.* 2013a). Nas classificações de doenças e crimes, algumas categorias são específicas do álcool, indicando que todos esses eventos não teriam ocorrido na ausência do álcool (consulte Rehm *et al.* 2017a para obter mais detalhes). A categoria de “intoxicação por álcool” na CID, por exemplo, indica esta situação especificando um papel causal necessário e suficiente do álcool na morte ou lesão. A “**fração atribuível**” (ou seja, a proporção de casos na categoria que se supõe serem causados pelo consumo de álcool) é, portanto, fixado em 1,0 ou 100% para essas condições. A atribuição causal construída nessas categorias, no entanto, é substancialmente influenciada por fatores sociais. O médico ou profissional de saúde que faz a atribuição ao consumo de álcool pode ser excessivamente sensível a uma possível atribuição de álcool. Mais comumente, no entanto, o envolvimento do álcool em uma morte pode passar despercebido por aqueles que certificam a morte ou pode ser deliberadamente não mencionado para proteger a reputação do falecido. Assim, um estudo histórico das práticas de registro de óbitos em 12 cidades em dez países constatou que o número de óbitos atribuídos à categoria da CID “cirrose hepática com menção de alcoolismo” mais que dobrou após informações adicionais obtidas de registros hospitalares e entrevistas com médicos assistentes e familiares serem levadas em consideração. A maioria dos novos casos foi previamente codificada em categorias como cirrose sem qualquer menção ao consumo de álcool (Puffer e Griffith 1967). A subestimação da doença atribuível ao álcool continua, apesar dos procedimentos de codificação aprimorados no CID-11 (vide um breve panorama geral dos estudos recentes em Rehm *et al.* 2017a, b).

Para outras categorias de morte, doença, invalidez ou problemas sociais, o envolvimento do álcool pode ser uma questão de maior probabilidade, em vez de certeza, com base no fato de que o papel causal do álcool nos problemas sociais e de saúde normalmente é contributivo, sendo apenas um de vários fatores combinados para produzir o problema. Hepatite e desnutrição, por exemplo, podem estar envolvidas em uma morte por cirrose, assim como o consumo de álcool. O gelo na estrada e a má iluminação das ruas podem desempenhar um papel causal em um

acidente de trânsito, juntamente com o álcool ingerido pelo motorista. O limiar mínimo de causalidade que interessa aos epidemiologistas depende da resposta à seguinte pergunta: o evento ou condição teria ocorrido na ausência da bebida?

Embora o status causal da relação entre o consumo de álcool e resultados de saúde muitas vezes dependa da plausibilidade de possíveis vias biológicas, o status causal das relações entre o consumo de álcool e danos sociais normalmente não pode ser determinado dessa maneira. Há exceções, no entanto, como dirigir embriagado ou comportamentos agressivos. Assim, uma relação causal entre a intoxicação alcoólica e a agressão foi apoiada por pesquisas epidemiológicas e experimentais, bem como por pesquisas que indicam mecanismos biológicos específicos que ligam o consumo de álcool ao comportamento agressivo por parte de quem bebe (Rehm *et al.* 2003; Giancola 2013). Há, no entanto, menos evidências para o papel causal do consumo de álcool em danos a outras pessoas do que em danos a quem bebe. Para outros problemas sociais, a estimativa da contribuição causal do álcool não tem solução fácil. Para muitos problemas sociais, pode haver atribuição de registro por um policial, assistente social ou outro profissional. Outras possíveis fontes de atribuição, frequentemente usadas em pesquisas populacionais, são a própria atribuição de causalidade ao álcool pela própria pessoa que bebe e as dos familiares, amigos, espectadores ou vítimas do consumidor. Muitas vezes, há uma variação considerável na atribuição entre os observadores do mesmo fenômeno, e essa metodologia foi criticada porque as atribuições dos entrevistados da pesquisa podem não ser evidências suficientes para causalidade (Gmel *et al.* 2000; Rossow e Ramstedt 2016). Tais atribuições, no entanto, podem, por vezes, constituir a essência do problema social e, assim, tornar-se parte dos dados – se alguém considera que o hábito de beber de seu cônjuge é problemático, então isso, por si só, indica que há um problema no relacionamento relacionado com a bebida.

4.2.3 O papel do volume médio e dos padrões de consumo de bebidas

Até agora, discutimos apenas as relações entre o consumo de álcool e seus problemas sociais e de saúde resultantes, em termos gerais. Claramente, diferentes dimensões do consumo de álcool devem ser distinguidas para que se possa chegar a uma melhor compreensão de tais

relações. Neste capítulo, como no anterior, distinguimos principalmente duas dimensões: consumo médio de álcool e **padrões de consumo de bebidas**. Os padrões de consumo incluem ocasiões raras de consumo excessivo de álcool. Um estudo, por exemplo, mostrou que a mortalidade por todas as causas em pessoas do sexo masculino que bebem pouco a moderadamente (0-2 drinques por dia) era cerca de duas vezes maior do que se eles tivessem episódios ocasionais de consumo excessivo de álcool (Rehm *et al.* 2001; Roerecke e Rehm 2014). Foi demonstrado que os episódios de consumo excessivo de álcool contribuem não apenas para a mortalidade, mas também para consequências não fatais e para resultados relativos à saúde, bem como resultados sociais (Rehm *et al.* 2017a). Assim, qualquer discussão sobre a relação entre o consumo de álcool e suas consequências precisa levar em consideração tanto a natureza do problema (saúde x social) quanto a dimensão do consumo de álcool envolvido (volume médio e/ou padrão de consumo).

Até este ponto, discutimos o consumo de álcool em geral, como se todas as formas de álcool tivessem o mesmo efeito, independentemente do tipo de bebida e independentemente de ser álcool registrado ou não registrado (consulte o Capítulo 3 para ver as definições). Em princípio, normalmente esse é o caso, mas há algumas exceções. Primeiro, dado o mesmo padrão e nível de exposição ao álcool, há algumas evidências de um risco excessivo de lesões e envenenamento por álcool relacionado ao consumo de destilados, devido à rápida ingestão de etanol e intoxicação associadas (Rehm e Hasan 2020). Em segundo lugar, para diferentes categorias de bebidas alcoólicas não registradas, como álcool feito em casa ou substituto, a maior parte dos danos parece ser causada pelo etanol e não por quaisquer contaminantes ou outros ingredientes, mas intoxicações simples e em massa por metanol constituem exceções (Lachenmeier *et al.* 2021). Embora o consumo de álcool não registrado, em geral, esteja frequentemente associado a danos desproporcionais, esse dano está, principalmente, relacionado a **padrões de consumo perigosos**, frequentemente associados a pessoas socialmente marginalizadas e indivíduos que bebem com transtornos por consumo de álcool.

4.2.4 Evidências sobre o papel do álcool: pesquisas individuais e populacionais

O consumo de álcool desempenha um papel na morte, invalidez e problemas sociais, tanto a nível individual como populacional. No nível individual, a principal questão de interesse é o papel causal do álcool em danos ou benefícios. Do ponto de vista da saúde pública, uma questão igualmente importante em nível populacional é o que acontece se houver um aumento ou diminuição no consumo de álcool ou uma mudança no padrão de consumo. As respostas a essas perguntas normalmente apontam na mesma direção (Keyes e Galea 2016). Para complicar esta questão, há o fato de que cada nível de análise tem suas próprias dificuldades com medição e atribuição causal. Estabelecer a causalidade das mudanças no nível populacional é complicado, já que é difícil controlar os fatores que geram confusão (Morgenstern 2008).

Para entender melhor esses fenômenos, os epidemiologistas desenvolveram uma série de métodos de pesquisa que se concentram em amostras clínicas, bem como em análises populacionais. Com muitos dos problemas de saúde e sociais relacionados ao consumo de álcool, o papel causal do álcool não pode ser discernido a partir de um caso individual. O estabelecimento da causa depende, em parte, do grau de associação estatística em uma grande amostra de casos. Assim, o foco de um estudo etiológico em epidemiologia médica normalmente envolve resumir e comparar os resultados individuais em uma grande amostra de casos.

Na maioria desses estudos, não obstante, a amostra não representa a experiência de toda uma população (Rehm *et al.* 2021). Essa experiência é representada por outro tipo de evidência – análises em nível populacional (por exemplo, dados de um país inteiro) – particularmente análises de séries temporais que analisam a covariação de um ponto no tempo para outro entre uma variável de álcool e uma variável de resultado potencial. Nos últimos anos, o número de análises de séries temporais cresceu consideravelmente no campo da pesquisa sobre o álcool (Rossow e Makela 2021), não apenas na epidemiologia, mas também na análise de políticas (Beard *et al.* 2019).

Se os resultados dos estudos individuais e populacionais apontarem na mesma direção, nossa confiança nas descobertas aumentará

substancialmente. É o caso, por exemplo, de estudos sobre a relação entre bebida e homicídio (Rossow e Bye 2013). Se, porém, os resultados não apontarem na mesma direção, deve-se fazer julgamentos sobre o peso relativo das evidências dos diferentes estudos. Apesar da complexidade envolvida no estabelecimento de relações causais entre o álcool e os problemas sociais e das dificuldades encontradas em estimar a força dessas relações, a ciência da epidemiologia do álcool avançou ao ponto em que o papel específico do álcool em uma série de problemas sociais e de saúde é agora muito mais claramente compreendido, como o restante deste capítulo mostrará.

4.3 Consumo de álcool e consequências para a saúde do consumidor de álcool

Para estimar a carga de doenças atribuíveis às consequências para a saúde relacionadas ao álcool, é necessário levar em consideração seus efeitos deletérios e benéficos. Os efeitos deletérios decorrem da contribuição do álcool para muitas doenças crônicas e infecciosas, bem como para acidentes, lesões e efeitos tóxicos agudos. O quadro 4.1 descreve as principais condições associadas à morbidade e mortalidade relacionadas ao álcool (vide Rehm *et al.* 2017a para obter uma lista completa). Por outro lado, descobriu-se que alguns padrões específicos de bebida têm efeitos benéficos contra a doença cardíaca coronária e o AVC isquêmico (Puddey *et al.* 1999; Rehm e Roerecke 2017). A relação entre o consumo de álcool e diabetes não é clara, mas há evidências sugestivas de um efeito benéfico do consumo leve a moderado, incluindo vias biológicas plausíveis (Neuenschwander *et al.* 2019). Embora esses efeitos benéficos possam ser encontrados a nível individual, no nível da saúde da população, sua importância é mínima (Shield e Rehm 2019).

Quadro 4.1 Principais causas de morte e doenças nas quais o consumo de álcool tem impacto causal^a

Doença crônica

- Doenças infecciosas: tuberculose, *HIV/AIDS*, OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, pneumonia
- Doenças não comunicáveis:
- Câncer: boca e orofaringe, esôfago, fígado, colorretal, mama feminina
- Doenças neuropsiquiátricas: transtornos por consumo de álcool, DEPRESSÃO, epilepsia primária
- Diabetes
- Doenças cardiovasculares: doenças hipertensivas, **doença cardíaca isquêmica**, *cardiomiopatia*, FIBRILAÇÃO ATRIAL E PALPITAÇÕES, **AVC isquêmico**, AVC hemorrágico
- Doenças gastrointestinais: cirrose hepática, pancreatite
- Distúrbios que surgem durante o período perinatal: síndrome alcoólica fetal/transtornos do espectro alcoólico fetal

Lesão

- Lesões não intencionais: trânsito, afogamento, queda, envenenamento, outras lesões não intencionais
- Lesão intencional: lesão autoinfligida, homicídio, outra lesão intencional

^a Para mais detalhes, consulte Rehm *et al* (2017a).

Negrito: condições parcialmente benéficas (vide texto); ***negrito em itálico***: novas condições para as estimativas da OMS para 2016;

LETRAS MAIÚSCULAS: não estimadas, com base na Organização Mundial da Saúde (2018a) e Shield *et al* (2020).

As seções a seguir revisam as evidências de algumas das doenças e distúrbios mais importantes relacionados ao consumo de álcool: doença cardíaca coronária (DCC), câncer de mama, cirrose hepática, vírus da imunodeficiência humana (HIV)/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e suicídio. Vide Rehm *et al.* (2017a) para ter um panorama geral de todas as condições de doenças e lesões.

4.3.1 Doença cardíaca coronária

A DCC é, de longe, a categoria mais predominante para mortes cardiovasculares e **anos de vida ajustados por invalidez** (AVAI) (Organização Mundial da Saúde 2020). Em estudos a nível individual realizados, principalmente, em países de alta renda (PARs), a relação entre o consumo de álcool e as DCC indica um efeito cardioprotetor do consumo leve a moderado (Roerecke e Rehm 2012). Esse efeito explica o menor índice de mortalidade por todas as causas de pessoas que bebem pouco em relação aos abstêmios em muitos estudos de coorte (Di Castelnuovo et al. 2006), embora os estudos superestimem grandemente o efeito protetor devido ao viés da seleção (Rehm 2019b). Esse efeito cardioprotetor foi encontrado consistentemente em muitos estudos, mesmo após o ajuste para possíveis fatores de confusão e após a correção para o efeito da “abstenção tardia” (Shaper 1990a, b). Embora as evidências sobre o efeito cardioprotetor tenham sido contestadas recentemente com base na seleção do grupo de comparação (Zhao *et al.* 2017), nossa conclusão é que o efeito foi superestimado em estudos mal projetados, mas ainda persiste em um nível inferior em estudos bem elaborados. Este efeito aplica-se, principalmente, ao grupo dentro da faixa etária dos 60 anos ou mais. A evidência de mecanismos biológicos é forte, mas não conclusiva (Zakhari 1997; Puddey *et al.* 1999; Rehm e Roerecke 2017). Pelo menos metade dos efeitos parece ser de curto prazo (principalmente relacionados à prevenção de coágulos sanguíneos), portanto, pode haver poucos benefícios com o consumo esporádico, o padrão de consumo mais comum em países de baixa e média renda (PBMRs). Para padrões de consumo excessivo crônico e ocasional, foram encontrados efeitos prejudiciais gerais (Roerecke e Rehm 2014).

No nível da população, não há efeito benéfico de um aumento no consumo (Rossow e Makela 2021). Em países como a Rússia, por exemplo, com níveis decrescentes, mas ainda altos, de alto consumo ocasional (PBMO), os efeitos prejudiciais gerais são marcantes. Durante os períodos em que o consumo caiu, os índices de mortalidade por doenças cardíacas também caíram (Leon *et al.* 1997; Neufeld e Rehm 2013) e, nos momentos em que aumentaram, as taxas de mortalidade aumentaram (Shield *et al.* 2016a; Organização Mundial da Saúde 2019a).

Concluimos que há boas evidências para o efeito cardioprotetor do consumo regular, leve e moderado, de álcool analisando o consumidor de álcool individualmente, enquanto o consumo excessivo de álcool tem sido associado consistentemente a efeitos prejudiciais no tocante a doenças cardiovasculares. No geral, as implicações desta conclusão para a saúde da população e para as políticas são limitadas. Há poucos efeitos protetores – e possivelmente até um efeito prejudicial – em sociedades com ocasiões de consumo excessivo de álcool, conforme evidenciado pela maior parte dos estudos de nível agregado (Rossow e Makela 2021). Ao considerar as implicações para a saúde pública das constatações cardioprotetoras a nível individual, deve-se prestar atenção a estratégias que aumentem o número de pessoas que consomem regularmente pouco álcool, enquanto diminuem o número de pessoas que consomem muito álcool. Caso um segmento da população, por exemplo, pudesse ser encorajado com êxito a reduzir seu consumo de bebida para uma bebida por dia ou a cada dois dias, eles obteriam a maior parte dos benefícios cardíacos (Criqui 1994, 1996; Shield *et al.* 2017) sem experimentar a maioria dos problemas relacionados ao álcool. Não há, porém, evidências de estratégias eficazes para atingir esse objetivo. Pelo contrário: aumentos e reduções no nível de consumo são normalmente distribuídos proporcionalmente por toda a população de pessoas que bebem em conjunto (Rossow *et al.* 2014; Room e Livingston 2017).

4.3.2 Câncer de mama

O álcool é um conhecido carcinógeno (Rehm *et al.* 2020) e tem um pequeno efeito dependente da dosagem no câncer de mama feminino (Bagnardi *et al.* 2015). Há uma provável interação com hormônios, especialmente o estrogênio. Com relação aos padrões de consumo, o padrão PBMO pode estar relacionado a riscos mais elevados, mas as evidências são apenas sugestivas (White *et al.* 2017). Alguns estudos mostram diferenças entre as bebidas alcoólicas na relação com o câncer de mama, mas a preferência pela bebida provavelmente aponta para outros fatores (Rehm e Hasan 2020). Concluimos que existe uma relação de dosagem e resposta entre o volume de bebida e o câncer de mama – quanto mais álcool é consumido em média, maior o risco de câncer de mama, havendo um aumento significativo no risco demonstrado para menos de uma

bebida por dia; ou seja, não há um limite seguro (Hamajima *et al.* 2002; Shield *et al.* 2016b). Como o câncer de mama feminino é o segundo câncer mais comum em todo o mundo (e o mais comum entre as mulheres (Agência Internacional de Pesquisas sobre o Câncer 2019), o impacto na saúde pública é enorme e o câncer de mama é uma das doenças responsáveis por grande parte dos danos atribuíveis ao álcool em pessoas que bebem leve ou moderadamente (Rehm e Shield 2020; Rovira e Rehm 2020).

4.3.3 Cirrose hepática

A cirrose hepática e outras doenças hepáticas são uma das principais causas de morte em todo o mundo (CGM 2017 Fatores que Colaboraram com a Morte 2018), embora não tenham sido incluídas nas metas da Organização Mundial da Saúde (OMS) (2019b) para doenças não transmissíveis. A doença hepática está causalmente ligada ao consumo de álcool numa relação de resposta conforme a dosagem (Roerecke *et al.* 2019). A nível populacional, um aumento no consumo total produz um aumento na mortalidade por doenças hepáticas. Mundialmente falando, cerca de metade de todas as mortes por cirrose hepática e AVAI foram atribuídas ao consumo de álcool em estimativas independentes na última década (Rehm *et al.* 2013b; Organização Mundial da Saúde 2018a). Essa fração atribuível relativamente alta significa que as mortes por doenças hepáticas são as que mais contribuem individualmente para as mortes atribuíveis ao álcool em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde 2018a). As mortes hepáticas atribuíveis ao álcool são mais altas em algumas regiões onde o nível de consumo de álcool é relativamente baixo, como na Ásia Central e na África Subsaariana Ocidental. Esse aparente paradoxo pode ser explicado pelo fato de os índices de cirrose hepática serem altos nessa região, em parte devido aos vírus das hepatites B e C. O consumo de álcool, começando com doses relativamente pequenas, é um fator causal que contribui para o agravamento da doença hepática (Rehm *et al.* 2010; Roerecke *et al.* 2019; Llamosas-Falcon *et al.* 2020). Tais efeitos de interação são importantes para doenças atribuíveis ao álcool. Em um estudo de internações hospitalares francesas entre 2008 e 2013, por exemplo, 67,4% de 1.599 transplantes de fígado e 68,8% de 6.677 mortes por problemas no fígado em adultos jovens e de meia-idade com infecção crônica por hepatite C foram atribuíveis a transtornos por consumo de álcool (Schwarzinger *et al.* 2017).

4.3.4 HIV/AIDS

O consumo de álcool está fortemente associado à incidência e progressão do HIV/AIDS (por exemplo, Pithey e Parry 2009; Baliunas *et al.* 2010), e estudos indicam um efeito causal do consumo de álcool na intenção de praticar sexo sem preservativo (Rehm *et al.* 2012; Scott-Sheldon *et al.* 2016), inclusive em pessoas soropositivas (Shuper *et al.* 2017) e, assim, corroborar a cadeia causal para a incidência e reinfeção do HIV (para um panorama geral, consulte Rehm *et al.* 2017c). Além disso, existem vias biológicas entre o consumo de álcool e o curso do HIV/AIDS (Rehm *et al.* 2017c). As mesmas considerações causais se aplicariam a outras doenças sexualmente transmissíveis.

O sexo sem preservativo no futuro pode não ter a mesma importância para a transmissão do HIV como antes, devido a novos medicamentos que reduzem a carga viral em pessoas com HIV e, assim, impossibilitam a transmissão (UNAIDS 2019). O consumo de álcool, porém, que leva a formas de comportamentos sexuais mais perigosos, persistirá.

4.3.5 Suicídio

A relação entre o álcool e o suicídio está bem estabelecida para pessoas que bebem muito (Norstrom e Rossow 2016), tanto em estudos a nível individual quanto agregado. Há um impacto agudo devido à desinibição, impulsividade e juízo debilitado, de modo que o álcool pode ser usado como um meio para aliviar o sofrimento que, muitas vezes, resulta em uma tentativa de suicídio (Borges *et al.* 2017). Ademais, há um efeito de longo prazo dos transtornos decorrentes do consumo de álcool, o que pode causar grande sofrimento, ruptura das relações sociais e marginalização social (Wilcox *et al.* 2004). A força dessa relação parece variar entre as culturas. Estudos de nível individual e agregado sugerem que padrões de consumo mais “explosivos” (por exemplo, ocasiões irregulares de consumo excessivo de álcool) estão ligados a uma maior incidência de suicídio (Norstrom and Rossow 2016).

4.3.6 Álcool e todas as causas de mortalidade

Estudos de coorte de álcool e mortalidade por todas as causas não são muito informativos, pois descrevem, principalmente, práticas de consumo e causas de morte para a classe média (Rehm 2019a, b). As chamadas mortes por desespero (Case e Deaton 2020), em que o consumo de álcool está altamente associado à cirrose hepática, suicídio ou envenenamento por álcool, estão sub-representadas em estudos de coorte (Rehm e Probst 2018). Consequentemente, os efeitos benéficos do consumo de álcool são superestimados (Rehm, 2019b). A mortalidade por todas as causas para um país, portanto, não pode ser estimada por meio da combinação dos resultados de estudos de coorte com a mortalidade por todas as causas como desfecho, mas precisa ser modelada com base na distribuição das causas de morte em um determinado país e nas respectivas associações entre essas causas de morte e o consumo de álcool (Shield e Rehm 2019; CGM 2019 Aspectos que colaboraram com os fatores de risco 2020).

4.3.7 Características sociodemográficas dos danos atribuíveis ao álcool para o consumidor de álcool

Dado que os homens consomem um volume maior de álcool e apresentam padrões de consumo mais prejudiciais (vide Capítulo 3), não é surpresa que a maior parte da lista de doenças e mortalidade atribuíveis ao álcool ocorra nos homens. Mundialmente falando, a proporção é de cerca de 5 a 6 vezes mais mortes por todas as causas atribuíveis ao álcool em homens do que em mulheres, sendo que a proporção é mais pronunciada para mortes por lesões (vide a Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Mortes atribuíveis ao álcool em 2019 por amplas categorias de causa de mortes

	Mulheres		Homens		Total	
	EP	Índice inferior Índice superior	EP	Índice inferior Índice superior	EP	Índice inferior Índice superior
Comunicáveis	39,525	23,995 56,146	252,902	181,619 321,057	292,427	206,988 374,510
DNC	304,915	232,832 388,037	1,544,956	1,303,696 1,792,311	1,849,872	1,576,529 2,133,113
Lesões	29,904	20,434 40,079	269,771	205,734 341,459	299,675	226,321 381,069
Todas as causas	374,344	297,666 460,963	2,067,629	1,792,520 2,374,638	2,441,973	2,136,995 2,784,902

EP, estimativa por ponto; DNC, doenças não comunicáveis.

Fonte: dados da Rede Colaborativa da Carga Global de Morbidade (2020) Estudo Global de Carga de Morbidade 2019 (CGM 2019) Resultados. Seattle, Estados Unidos: Instituto de Métricas e Avaliações Sanitárias (IHME).

Embora o número absoluto de mortes atribuíveis ao álcool aumente com a idade, a proporção de mortes atribuíveis ao álcool é maior em pessoas mais jovens. Em várias avaliações comparativas de risco, o consumo de álcool foi o fator de risco mais importante para a mortalidade em adultos jovens, com cerca de até 40 a 50 anos de idade (Shield e Rehm 2015; CGM 2019 Fatores que colaboram com o risco 2020).

4.3.8 Interações com outros fatores de risco

Ao discutir doenças e mortalidade atribuíveis ao álcool, já abordamos a importância das interações estatísticas. Uma parte substancial das doenças atribuíveis ao álcool se manifesta em interações. Estas podem estar associadas a outros fatores de risco, como quando o álcool age como um solvente para a penetração celular do tabaco, causando câncer esofágico e outras morbidades (Fundo Mundial para a Pesquisa do Câncer/Instituto Americano para a Pesquisa do Câncer 2018).

A interação mais importante pode ser com fatores mais distantes, particularmente com a pobreza e a riqueza, tanto dentro quanto entre as nações. Conforme indicado na Figura 4.1, um litro de álcool consumido per capita causa índices muito mais altos de doenças atribuíveis ao álcool em PBMRs do que em PARs (Organização Mundial da Saúde 2018a).

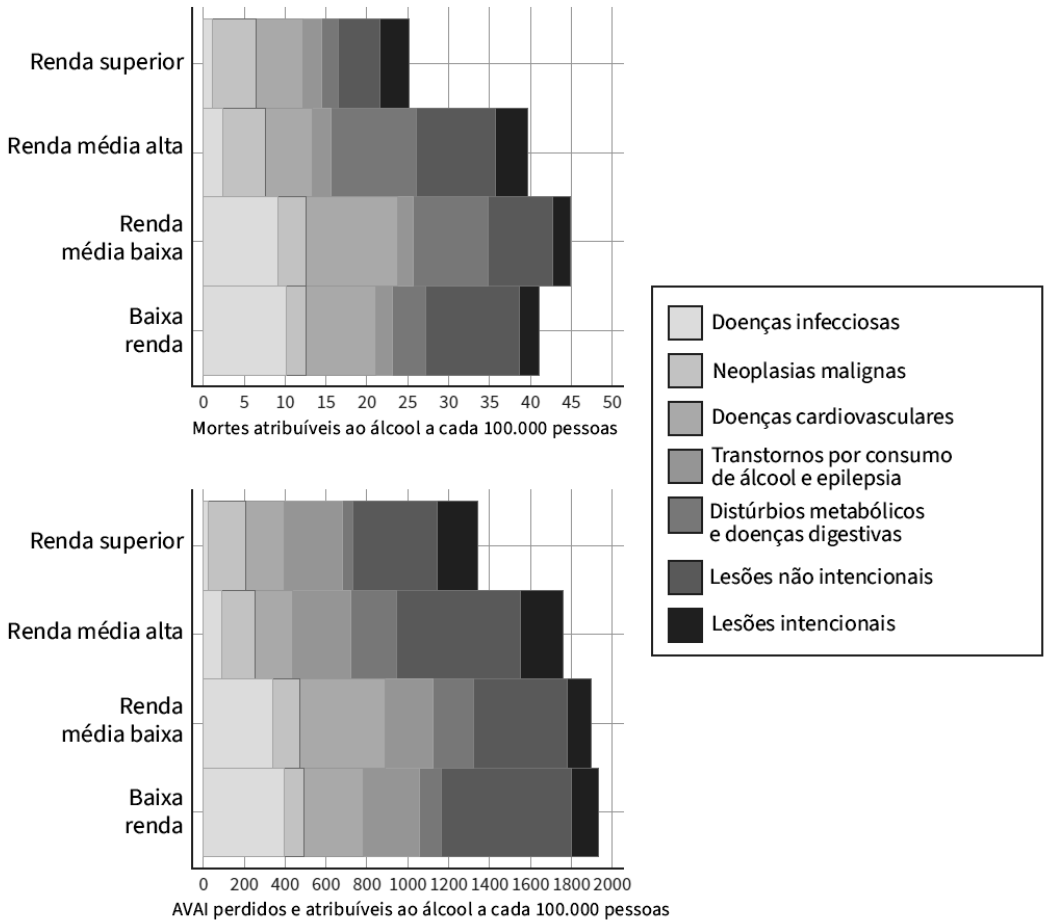


Figura 4.1 Índices a cada 100.000 pessoas de mortes atribuíveis ao álcool (painel superior) e perda de AVAI, de acordo com grupos de renda, conforme o Banco Mundial em 2016.

Quadro 4.2 Situação socioeconômica e o impacto do álcool

Um litro de álcool causa mais danos à saúde e mortalidade em pessoas de estratos socioeconômicos mais baixos do que nos ricos. Isso parece se dar independente da riqueza geral de um país. Um exemplo de país de alta renda seria a Escócia, onde pessoas com status socioeconômico mais baixo apresentam mortalidade 2 a 4 vezes maior (Katikireddi *et al.* 2017). Da mesma forma, nos Estados Unidos, apesar de índices comparáveis de consumo de álcool, índices mais altos de mortes por desespero atribuíveis ao álcool são encontradas em pessoas de menor escolaridade (Case e Deaton 2020). Cálculos semelhantes para a África do Sul (Probst *et al.* 2018) mostram que pessoas de baixo status socioeconômico apresentam uma taxa de mortalidade atribuível ao álcool aproximadamente 4,5 vezes maior, em comparação com pessoas de alto status socioeconômico, considerando que para todas as causas de mortalidade, o índice de nível socioeconômico mais baixo é 2,7 vezes maior. A mortalidade por doenças infecciosas foi responsável pela maior parte da diferença.

E dentro dos países (ver quadro 4.2), temos um fenômeno correspondente – o mesmo nível de consumo tem sido associado a uma maior carga de morbidade e lesões em estratos socioeconômicos mais baixos, em comparação com estratos socioeconômicos mais altos (por exemplo, Probst *et al.* 2014, 2020) em PARs (Bellis *et al.* 2016; Rehm e Probst 2018) e PBMRs (Probst *et al.* 2018).

4.3.9 Resumo do consumo de álcool e suas consequências para a saúde de quem bebe

Os resultados resumidos até agora apontam para as seguintes conclusões:

- O volume de bebida está ligado à maior parte dos desfechos de doenças por meio de relações especificamente relativas à dosagem e sua resposta. Essas relações podem ser quase lineares (como no caso do câncer de mama ou suicídio), aceleradas (como na cirrose hepática e acidentes automobilísticos) ou em forma de J (como no caso de DCC).
- Além do volume de consumo, o padrão de consumo também desempenha um papel importante tanto na carga de morbidade quanto nos benefícios do consumo do álcool para a saúde. Os padrões de consumo de álcool têm sido associados, principalmente, à proteção contra DCC e à ocorrência de acidentes automobilísticos e suicídio.

- O consumo leve a moderado tem resultados negativos e positivos para a saúde. Embora haja benefícios em termos de DCC para alguns indivíduos, o consumo leve a moderado também tem sido associado a um risco maior de câncer e outras morbidades. Em nível populacional, não há indícios de efeitos protetores do consumo de álcool.
- Os homens incorrem substancialmente em mais danos atribuíveis ao álcool do que as mulheres. O consumo de álcool é o fator de risco mais importante para a carga de morbidade e lesões no início da fase adulta até os 40 a 50 anos de idade.

O consumo de álcool interage fortemente com outros fatores de risco para causar mortalidade e carga de morbidade. Além das interações com outros fatores de risco comportamentais, como tabagismo e nutrição, o álcool interage fortemente com a pobreza e a riqueza.

4.4 Carga global de morbidade atribuível ao álcool

As seções anteriores descreveram a relação entre o consumo de álcool e alguns dos distúrbios sanitários mais importantes. O álcool, no entanto, também afeta a morbidade e a mortalidade por meio de muitas outras doenças. Desde o primeiro estudo da Carga Global de Morbidade na década de 1990 (Murray e Lopez 1996; Organização Mundial da Saúde 1999), houve atualizações sobre a mortalidade e a carga de morbidade causadas pelo consumo de álcool, muitas vezes como parte das chamadas avaliações comparativas de risco (ou seja, comparando os efeitos de todos os principais fatores de risco para a sobrecarga evitável) (sciencedirect.com 2020) e, em todos esses estudos, o consumo de álcool foi classificado entre os dez fatores de risco mais importantes (Rehm e Intiaz 2016; CGM 2019 Fatores que colaboraram com o risco 2020).

A Tabela 4.1 permite que se tenha um panorama geral das mortes atribuíveis ao álcool em 2019, conforme estimado pelo estudo Carga Global de Morbidade (Rede Colaborativa da Carga Global de Morbidade em 2020; consulte também os fatores que colaboraram com o risco em 2019 da CGM (2020)). Ao todo, mais de 2,4 milhões de mortes não teriam ocorrido sem o consumo do álcool, das quais 85% foram de homens. A esmagadora maioria (76%) dessas mortes deveu-se a doenças não transmissíveis e cerca de 24% foram devidas a doenças transmissíveis e lesões.

Um estudo recente associado à OMS também revelou uma alta mortalidade, com um total de cerca de 3 milhões de mortes (Shield *et al.* 2020), incluindo números muito mais altos de lesões atribuíveis ao álcool.

Os estudos da OMS e da Carga Global de Morbidade concordam que o consumo de álcool é um dos fatores de risco mais importantes para a carga global de mortalidade e morbidade, conforme medido no AVAI. No geral, mais de uma a cada 25 mortes devido a mortalidade prematura ou um ano de vida perdido devido a invalidez não teriam ocorrido sem o consumo de álcool. Os homens não apenas experimentam uma carga consideravelmente maior, mas também têm frações atribuíveis consideravelmente mais altas (mortalidade: mulheres 1,4%; homens 6,9%; AVAI: mulheres 1,1%; homens 5,9% – todos os números baseados na CGM 2019 (CGM 2019 fatores que colaboraram com o risco em 2020)).

Na maior parte dos países, mais de 90% de toda a carga atribuível ao álcool se deve a quatro grandes categorias de doenças: câncer (com um intervalo de tempo de 10 anos ou mais) (Grundy *et al.* 2016), doença cardiovascular, doença hepática e lesões (por exemplo, Shield *et al.* 2016a).

4.5 Consumo de álcool e danos sociais

Embora o embate público muitas vezes se concentre em problemas relacionados ao álcool, relativos a doenças e lesões, o consumo de álcool também está ligado a consequências na esfera social, que foram chamadas de “dimensão esquecida” (Klingemann e Gmel 2001). O quadro 4.3 lista as principais áreas incluídas nesta dimensão. Em contraste com a maior parte dos impactos relacionados à saúde pelo consumo de álcool, muitos dos danos sociais são arcados por outra pessoa que não o consumidor de álcool. Os danos sociais às próprias pessoas que bebem e aos demais serão tratados à parte, embora tais danos estejam, muitas vezes, relacionados de forma interativa, como no caso, por exemplo, da violência relacionada ao álcool.

Quadro 4.3 Categorias de danos sociais relacionados ao álcool

- Violência³
- Vandalismo
- Desordem pública
- Danos materiais
- Problemas familiares: divórcio/problemas conjugais
- Maus tratos infantis
- Outros problemas interpessoais
- Problemas financeiros
- Problemas relacionados ao trabalho que não sejam acidentes de trabalho⁵
- Dificuldades educacionais
- Custos sociais

^a Lesões por violência estão parcialmente incluídas em acidentes e lesões na Seção 4.3 (para discussão e quantificação, vide Cherpitel *et al* 2012).

^b Os acidentes relacionados com o trabalho estão incluídos em acidentes e lesões na Seção 4.3.

4.5.1 Consumo de álcool e danos sociais a quem bebe

Dois contextos principais em que danos sociais foram associados ao consumo de álcool são a vida familiar e o local de trabalho. Em ambas as áreas, o efeito principal parece ser sobre os outros e não sobre o próprio consumidor de álcool; no entanto, quem bebe também é afetado. Em termos de vida familiar, quer o consumo excessivo de álcool de um dos parceiros seja ou não uma causa formal para o divórcio, como tem sido em um momento ou outro em muitos países, o consumo excessivo de álcool costuma prejudicar ou interromper os relacionamentos familiares, muitas vezes contra a vontade e interesses de quem bebe.

Quanto ao local de trabalho, existem associações claras entre o consumo de álcool, especialmente o excessivo, e diferentes resultados, incluindo salários mais baixos e desemprego (Rehm e Rossow 2001; Anderson 2012). A direção e a natureza da causalidade, no entanto, normalmente não são claras. A maior parte das constatações sugere interações bastante complexas com características individuais e fatores ambientais,

incluindo o próprio tipo de trabalho ou características do local de trabalho (Rehm e Rossow 2001).

Alguns estudos no nível agregado, no entanto, descobriram que um aumento no consumo de álcool da população está associado a um aumento na ausência de doenças (para análise, consulte Rossow e Makela 2021). Além disso, uma análise sistemática e a metanálise mostraram que os consumidores que apresentam risco (20 a 40g de álcool/dia) e que apresentam alto risco (>40g de álcool/dia) apresentavam um elevado risco de ausência de doenças, quando comparados a pessoas que bebem em proporção média a moderada, para ambos os sexos. Aqueles que se abstiveram de álcool, tiveram um risco maior de ausência de doenças do que aqueles que beberam moderadamente (Marzan *et al.* 2022).

Por fim, muitas pesquisas mostram prejuízos financeiros para quem bebe, especialmente para os que consomem muito álcool. Isso também pode afetar outros membros da família ou da casa da pessoa que bebe.

4.5.2 Consumo de álcool e danos a terceiros

Se avaliados adequadamente, os danos do álcool a outras pessoas além daquele que bebe – também conhecidos como “efeitos passivos” ou “danos colaterais” do consumo de álcool (Connor e Casswell 2012) – representariam uma grande contribuição para os danos gerais advindos do consumo de álcool.

As principais áreas de saúde afetadas pelos danos do álcool a outras pessoas incluem a morte, lesões e invalidez devido à violência, acidentes de trânsito, exposição pré-natal e maus-tratos infantis. É necessário quantificar o aspecto de saúde dos danos advindos do álcool para os demais, a fim de informar as avaliações comparativas de risco. Atualmente, essas avaliações, como o estudo Carga Global de Morbidade ou o Relatório de status global (CGM 2019 Fatores que colaboram com o risco em 2020), incluem frações atribuíveis ao álcool que medem amplamente os danos causados apenas a quem bebe, subestimando, assim, o impacto total do consumo de álcool em todo o mundo e para os países individualmente (Huckle *et al.* 2019). É urgentemente necessário que sejam apresentados indicadores válidos de danos a terceiros apropriados

para avaliações comparativas, a fim de informar a tomada de decisões e fortalecer a política de controle do álcool.

Os consumidores de álcool podem causar uma série de problemas sociais para aqueles ao seu redor, incluindo parceiros íntimos, familiares, filhos, amigos, colegas e membros da comunidade (Laslett *et al.* 2019). O escopo dos problemas sociais também se estende aos danos econômicos e ao local de trabalho, à diminuição das comodidades da vizinhança e do acesso ao espaço público, bem como ao impacto no bem-estar e na qualidade de vida. Quantificar a natureza e o tamanho desses problemas sociais é importante, pois eles podem impactar na qualidade de vida das pessoas e afetar negativamente o tecido social da sociedade (Lange *et al.* 2017; Laslett *et al.* 2019).

4.5.2.1 A carga sanitária aos demais advinda do consumo de álcool

A contribuição total para a mortalidade advinda dos danos causados pelo álcool a outras pessoas não é conhecida atualmente. Na União Europeia, porém, em 2004 3,3% da carga total medida em mortes (3,1% para homens; 3,8% para mulheres) foram atribuíveis aos danos causados pelo álcool a outras pessoas por condução os efeitos do álcool, violência e efeitos fetais do álcool (Anderson e outros 2012).

Os danos do álcool a outras pessoas desempenham um papel considerável em algumas causas específicas de morte, incluindo homicídios, acidentes de trânsito e, em menor grau, mortes em incêndios. A proporção de homicídios relacionados ao consumo de álcool do perpetrador varia de 50% a 80%, embora proporções menores também tenham sido relatadas (Rossow e Bye 2013). Cerca de um terço das mortes por violência familiar são devidas ao consumo de álcool por parte de outra pessoa (Connor e Casswell 2012). Na Alemanha, 15% de todas as mortes por violência interpessoal são devidas ao consumo de álcool por outra pessoa (Kraus *et al.* 2019). Em 2016, 13% de todas as mortes no trânsito em todo o mundo foram atribuídas ao consumo de álcool por outra pessoa (Shield *et al.* 2020). Tanto para as mortes quanto para o AVAI, as frações atribuíveis ao álcool para danos no trânsito devido ao consumo de álcool por outras pessoas foram significativamente maiores para as mulheres, em comparação aos homens. Na Nova Zelândia, 24% dos mortos em incêndios relacionados ao álcool eram outras

peças que não o responsável pelo incêndio. Dessas mortes, 45% eram crianças (Connor e Casswell 2012).

Estudos sobre hospitalizações atribuíveis ao consumo de álcool de outra pessoa são relativamente escassos. Os estudos disponíveis fornecem evidências de uma grande contribuição do consumo de álcool de outras pessoas para hospitalizações relacionadas à violência (Rehm *et al.* 2017a). Um estudo, por exemplo, estimou que 45% das hospitalizações por agressão na Austrália são atribuíveis ao álcool consumido por outras pessoas (Laslett *et al.* 2010). Em departamentos de emergência de 14 países, 15% dos casos de lesões violentas em que o álcool foi relatado como a causa foram devidas ao consumo de álcool por outra pessoa. (Cherpitel *et al.* 2012).

4.5.2.2 Carga de saúde específica da criança

A **síndrome alcoólica fetal (SAF)** e os **transornos do espectro alcoólico fetal (TEAF)** são os principais defeitos congênitos evitáveis, incluindo deficiências intelectuais e de neurodesenvolvimento (Williams e Smith 2015). A prevalência mundial do TEAF entre crianças e jovens na população em geral foi estimada em 7,7 a cada 1000 (Lange *et al.* 2017). Há uma variação substancial em todo o mundo, sendo que a África do Sul apresentou a maior prevalência (111 a cada 1.000 habitantes), seguida pela Croácia (53 a cada 1.000 habitantes) e Irlanda (47 a cada 1.000 habitantes). Algumas populações – incluindo crianças adotadas, populações correcionais e algumas populações indígenas – apresentam índices consideravelmente mais altos de TEAF do que a população em geral (Lange *et al.* 2017). Para a SAF, a apresentação mais grave de TEAF, 1 em cada 67 mulheres que consomem álcool durante a gravidez dará à luz uma criança com SAF – traduzindo-se em mais de 100.000 crianças nascidas todos os anos com SAF (Popova *et al.* 2017a). A Tabela 4.2 descreve o predomínio estimado de TEAF e SAF entre crianças e jovens, em seis regiões do mundo.

Existem ligações claras entre o consumo de álcool e danos ao feto durante a gravidez. A relação causal entre as PBMOs durante a gravidez e o risco de SAF está bem estabelecida (Jones *et al.* 1973; Jacobson e Jacobson 1999; Sood *et al.* 2001; Kelly *et al.* 2009; Alvik *et al.* 2011). As PBMO também parece estar por trás do impacto do consumo de álcool para as TEAF, onde o tipo e a gravidade dos defeitos congênitos induzi-

dos pela exposição pré-natal ao álcool dependem em grande parte do padrão de exposição e da quantidade de álcool consumido (junto ao estágio de desenvolvimento do embrião no momento da exposição) (Lange *et al.* 2017). Populações com alta prevalência de PBMO têm alta prevalência de TEAF (Sood *et al.* 2001; May *et al.* 2005; Viljoen *et al.* 2005; Urban *et al.* 2008; Popova *et al.* 2017b).

Tabela 4.2 Predomínio estimado de TEAF e SAF entre crianças e jovens na população em geral

	Prevalência do consumo de álcool durante a gravidez	Estimativa de prevalência a cada 1000 habitantes	
		TEAF	SAF
Região africana	10.0%	7.8	1.5
Região do Mediterrâneo Oriental	0.2%	0.1	0.02
Região europeia	25.2%	19.8	3.7
Região das Américas	11.2%	8.8	1.7
Região do Sudeste Asiático	1.8%	1.4	0.27
Região do Pacífico Ocidental	8.6%	6.7	1.3
Todo o mundo	9.8%	7.7	1.5

Fontes: dados de Lange S, Probst C, Gmel G, *et al.* (2017) Predomínio global de transtorno do espectro alcoólico fetal entre crianças e jovens: uma análise sistemática e metanálise. *JAMA Pediatria*, 171, 948–956; e Popova S, Lange S, Shield KD, *et al.* (2019) Predomínio de transtorno do espectro alcoólico fetal entre subpopulações especiais: uma análise sistemática e metanálise. *Vício*, 114, 1150–1172.

O consumo em níveis considerados inferiores ao “beber excessivamente” durante a gravidez também pode provocar efeitos adversos no neurodesenvolvimento quando a mãe consome de 42 a 56 g de álcool absoluto por semana (Sood *et al.* 2001; Rehm *et al.* 2017a). Os estudos, no entanto, não demonstraram o risco aumentado de déficits comportamentais e de desenvolvimento em crianças para quantidades menores do consumo de álcool (8 a 28 g por ocasião) (Sood *et al.* 2001; Linnet *et al.* 2003; Testa *et al.* 2003; Gray e Henderson 2006; Kelly *et al.* 2009).

Segundo uma metanálise, o consumo excessivo de álcool aumenta os riscos de baixo peso ao nascer, parto prematuro e de tamanho abai-

xo da média para a idade gestacional (Patra et al. 2011). Outra metanálise encontrou evidências de que o consumo de álcool durante a gravidez está associado a um aumento mediado pela dosagem do risco de aborto espontâneo (Sundermann et al. 2019).

Maus tratos infantis e negligência devido ao consumo de outra pessoa também colocam as crianças em risco (Gilbert et al. 2009). Ao beber, os cuidadores podem perder a vigilância ou iniciar conflitos ou violência. A evidência mais forte é baseada em metanálises e na documentação objetiva do envolvimento do álcool em maus-tratos. Em uma metanálise, medidas de problemas mais graves com a bebida foram relacionadas a maus-tratos físicos envolvendo a criança (Stith et al. 2009). Quando os pais apresentam problemas graves com álcool durante uma internação hospitalar, as crianças apresentam uma chance 30% maior de sofrer violência, em comparação com filhos de pais que não apresentam tal problema (Christoffersen e Soothill 2003).

Aproximadamente 25% dos casos fatais de maus-tratos infantis na Inglaterra foram associados ao consumo indevido de álcool pelos pais (Sidlebotham et al. 2011). Esta percentagem é muito semelhante à das mortes por maus-tratos e hospitalizações na Austrália (Laslett et al. 2010) e à das mortes na Nova Zelândia. As porcentagens da Nova Zelândia (Comitê de Análise da Mortalidade Infantil e Juvenil 2011), não obstante, também incluem outras pessoas além dos pais. Para mortes infantis por lesões, que podem indicar negligência e falta de supervisão (Raitasalo et al. 2015), uma redução de 10% no consumo per capita foi associada a uma redução de 3,3% nas mortes por lesões infantis na Austrália (Laslett et al. 2018).

4.5.2.3 Danos sociais relacionados ao consumo de álcool por outras pessoas

4.5.2.3.1 Violência

O consumo de álcool é um fator causal importante na violência interpessoal e aumenta a probabilidade do comportamento agressivo (Giancola 2013). Apesar das evidências sólidas de que o consumo de álcool está envolvido em uma grande fração dos incidentes violentos (Rossow e Bye 2013), em muitos casos não há distinção clara entre o perpetrador e vítima, sendo que, muitas vezes, ambas as partes beberam (Pernanen et al. 2002). Isso complica a avaliação de lesões violentas atri-

buíveis ao consumo por parte de outra pessoa. A proporção estimada de homicídios ou lesões violentas não fatais relacionadas ao consumo de álcool do perpetrador difere substancialmente entre os estudos; alguns estão na magnitude de 15% (Kraus *et al.* 2019) e outros além desse número (Connor e Casswell 2012), até mesmo excedendo a metade de todos os incidentes violentos (Rossow e Bye 2013).

Assim como os efeitos agudos do álcool sobre quem bebe normalmente surgem da intoxicação, os danos do álcool a outras pessoas – particularmente a violência – podem resultar do mesmo mecanismo subjacente (Connor *et al.* 2015). A intoxicação frequente está associada a um maior risco de comportamento violento (Rossow e Bye 2013), sendo que o nível de intoxicação, em vez do envolvimento com álcool por porção, determina a gravidade da agressão (Wells e Graham 2003). Estudos de nível individual e agregado sugerem que os padrões de consumo “explosivos” (por exemplo, ocasiões irregulares e de consumo excessivo) estão ligados a uma maior incidência de homicídios (Rossow e Bye 2013).

Estudos de nível agregado sugerem que o volume médio de consumo no nível da população está relacionado à violência. Um aumento de 1 litro **no consumo anual per capita de álcool** (CPC), por exemplo, foi associado a um aumento de 8% no índice de homicídios na Austrália (Ramstedt 2011) e a um aumento de 9% nos Estados Unidos (Norström 2011). Constatações semelhantes são feitas em países europeus, com efeitos mais fortes em países nórdicos, onde a cultura tradicional de beber inclui ocasiões mais irregulares de excesso de bebida (Ramstedt 2002; Norström e Ramstedt 2005). Na antiga União Soviética, conhecida por seu padrão PBMO (Zaridze *et al.* 2014), as mortes por homicídio masculino diminuíram 40% quando o CPC caiu 25% (Shkolnikov e Nemtsov 1997).

4.5.2.3.2 Danos a outras pessoas da família

Mulheres e crianças carregam grande parte da carga dos danos devido ao consumo de álcool de outras pessoas na família. Os danos às mulheres vêm principalmente de parceiros íntimos e familiares do sexo masculino, enquanto os danos aos homens vêm mais frequentemente de amigos do sexo masculino, parentes distantes e conhecidos (Laslett *et al.* 2011; Huhtanen e Tigerstedt 2012; Stanesby *et al.* 2018). Os homens tam-

bém são mais propensos do que as mulheres a relatar que sua bebida causa danos a outras pessoas (Wilsnack *et al.* 2018).

O consumo de álcool aumenta a probabilidade de violência por parte de um parceiro íntimo, mais ainda para a perpetração por homens. Uma metanálise mostrou que o consumo excessivo de álcool estava associado à perpetração de violência por parceiros íntimos mais do que à frequência do consumo de álcool (Foran e O’Leary 2008). O padrão de PBMOs pode dobrar o risco de perpetração de agressão por parceiro íntimo (Connor *et al.* 2011). Em países com consumo substancial de álcool, quase metade dos incidentes de violência por parceiros íntimos envolvem perpetradores intoxicados (Fonseca *et al.* 2009), e o padrão PBMO prevê a perpetração de violência por um parceiro íntimo, cujo mecanismo subjacente é provavelmente a intoxicação (Connor *et al.* 2011). Meta-análises também descobriram que medidas de problemas mais graves com a bebida (por exemplo, **transtorno por consumo de álcool**) preveem perpetração de violência por parceiro íntimo (Stith *et al.* 2004) e têm **efeitos maiores** em relação a outras medidas de consumo (Foran e O’Leary 2008). Há um efeito pequeno para a associação entre o consumo de álcool e a violência entre mulheres e homens (Stith *et al.* 2004; Foran e O’Leary 2008). Quando ambos os parceiros estão bebendo, as taxas de vitimização e perpetração podem ser semelhantes para homens e mulheres (Connor *et al.* 2011). Em relacionamentos íntimos, as mulheres também são mais vítimas de violência sexual do que os homens (Smith 2018). Dez por cento dos australianos com parceiros relataram ter sido forçados ou pressionados a atividades sexuais devido ao consumo de álcool de seus parceiros (Laslett *et al.* 2015).

4.5.2.3.3 Agressão sexual

A contribuição do consumo de álcool para a agressão sexual é considerável. Embora as estimativas de violência sexual sejam quase sempre subestimadas visto que a maioria não é denunciada, cerca de 50% das agressões sexuais denunciadas são cometidas por homens que consumiram álcool (Connor *et al.* 2009). Embora os homens sofram violência sexual relacionada à bebida por parte de outras pessoas, os estudos dessa associação são extremamente raros. Menos de 5% dos homens relatam

ter sido forçados ou pressionados a fazer sexo devido à bebida por parte de um membro problemático da família (Laslett *et al.* 2015).

4.5.2.4 Outros danos causados

4.5.2.4.1 Qualidade subjetiva de vida e saúde

As classificações de qualidade de vida e estado de saúde subjetivas são mais baixas entre aqueles que bebem muito em sua vida (Livingston *et al.* 2010; Greenfield *et al.* 2016; Laslett *et al.* 2019). A percepção de bem-estar daqueles expostos a pessoas que bebem muito é semelhante à daqueles que cuidam de pessoas com alguma deficiência (Casswell *et al.* 2011b).

4.5.2.4.2 Diminuição do acesso às comodidades do bairro e ao espaço público

Pesquisas tanto nos PBMRs quanto nos PARs mostram que os impactos negativos sobre o uso do público em geral das comodidades locais e do espaço público são os danos mais comuns causados pelo consumo de álcool por outras pessoas (Laslett *et al.* 2011; Waleewong *et al.* 2018). Entre 32% e 43% das pessoas fazem de tudo para evitar pessoas alcoolizadas ou os locais onde bebem (Casswell *et al.* 2011a; Laslett *et al.* 2011). Os danos aos espaços públicos são maiores entre mulheres e jovens (Laslett *et al.* 2011) e em comunidades socialmente carentes.

4.5.3 Custo social do álcool

Os estudos sobre o custo social do álcool tentam estimar os custos econômicos totais do consumo do álcool de uma perspectiva social. Eles compreendem custos diretos e indiretos, onde o último inclui perdas de produtividade (por exemplo, por absenteísmo causado pelo álcool, invalidez ou mortalidade prematura) (Single *et al.* 2003). As categorias de custos diretos normalmente incluem serviços de saúde e custos legais (por exemplo, custos de policiamento, tribunal e prisão). Custos diretos são definidos como quaisquer custos incorridos por uma sociedade que não teriam ocorrido na ausência do álcool; assim, em alguns estudos, esforços de prevenção, pesquisa sobre o álcool ou custos de trânsito atribuíveis ao álcool foram incluídos. No geral, os custos do álcool são subs-

tanciais, com uma análise (Rehm *et al.* 2009) indicando um custo entre 0,7% e 2,4% do produto interno bruto (PIB), medido pela paridade do poder de compra (PPC).

Uma análise de 29 estudos de custos realizados desde 2010 (Manthey *et al.* 2021) constatou que a maior parte apresentou custos entre 1% e 2% do PIB. Em um cenário, porém, onde todos os custos para o consumidor de álcool seriam estimados, a proporção do PIB aumenta para 2,6%. Cerca de um terço dos custos (38,8%) foram incorridos por meio de custos diretos, enquanto a maioria dos custos foi devido a perdas de produtividade (61,2%). O quadro 4.4 descreve como os danos causados pelo álcool a outras pessoas podem aumentar ainda mais os custos econômicos.

Quadro 4.4 O custo dos danos do álcool para os outros é considerável

O custo do consumo de álcool para a sociedade normalmente é estimado para aquele que bebe, excluindo os custos resultantes do consumo de outros. À medida que novas pesquisas sobre os danos do álcool para as demais pessoas são disponibilizados, novas estimativas de custo surgem. Um estudo australiano permitiu uma primeira aproximação para estimar o custo social total dos danos causados pelo consumo de álcool de outras pessoas. Em 2016, os danos relacionados ao consumo de álcool por outras pessoas custaram US\$ 19,8 bilhões, sendo que os custos tangíveis representaram 58% dos custos totais, ou seja, 0,68% do PIB, tendo custado aproximadamente o mesmo que os danos aos próprios consumidores. Assim, os custos sociais do consumo alheio são da mesma ordem de grandeza dos custos que consumidores de álcool impõem a si mesmos.

Fonte: Jiang H, Doran CM, Room R, Chikritzhs T, Ferris J, Laslett AM, (2022) Além do consumidor de álcool: os custos ocultos do álcool em 2016, na Austrália. *Revista de estudos sobre álcool e drogas.*

Em resumo, os malefícios do álcool para os demais é um novo paradigma de pesquisa ainda em seus primórdios. Se as estimativas de custo forem levadas em consideração, em alguns países, o dano a terceiros pode ser tão importante quanto o dano a quem bebe. Embora os danos causados pelo álcool a outras pessoas sejam certamente muito importantes, ainda não podem ser quantificados tão claramente quanto os danos causados a quem bebe. Assim como a pesquisa sobre o papel do tabagismo passivo contribuiu para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes, que regem o uso do tabaco, os danos causados pelo álcool a outras pessoas podem ter um significado político considerável (Laslett *et al.* 2019).

4.6 Conclusão

O consumo de álcool é um fator de risco para uma ampla gama de questões envolvendo a saúde e problemas sociais. Os efeitos do consumo de álcool em quem bebe são responsáveis por aproximadamente 3 milhões de mortes em todo o mundo e 5% da carga global de morbidade (Shield et al. 2020), colocando-o ao lado do uso do tabaco como uma das principais causas evitáveis de morte e invalidez. Além dos danos à saúde e das consequências sociais para os próprios consumidores, o consumo do álcool causa danos significativos à sociedade e à saúde, particularmente a outras pessoas além de quem bebe, sendo que esses efeitos ainda não estão representados adequadamente nas estatísticas.

Os danos atribuíveis ao álcool não são distribuídos igualmente entre estratos sociais ou países de riqueza diferente. Para qualquer indivíduo, quanto mais baixo seu estrato e mais pobre for o país em que vive, maior o dano experimentado por litro de álcool consumido, sugerindo que uma política eficaz de álcool pode ser um importante fator contribuinte para resultados de saúde mais equitativos.

O nível de consumo de álcool importa para a saúde e o bem-estar social dos indivíduos e da população como um todo. Além disso, o padrão predominante de consumo de álcool em uma população pode ter grande influência na extensão e na natureza dos danos causados pelo consumo de álcool. Os padrões que parecem aumentar mais os danos são beber até a intoxicação, seja de forma intermitente ou frequente, por vezes associada ao consumo de bebidas com alto teor alcoólico (Rehm e Hasan 2020). Em suma, a conclusão geral para a política do álcool é que o álcool contribui tanto para o ônus social quanto para a saúde, e boas políticas públicas serão necessárias para reduzir esses ônus.

Referências

Alvik A, Torgersen AM, Aalen OO, and Lindemann R (2011) Binge alcohol exposure once a week in early pregnancy predicts temperament and sleeping problems in the infant. *Early Hum Dev*, 87, 827–33.

Anderson P, Møller L, and Galea G (2012) *Alcohol in the European Union: Consumption, Harm and Policy Approaches*. Copenhagen: World Health Organization.

Bagnardi V, Rota M, Botteri E, *et al.* (2015) Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer*, 112, 580–93.

Baliunas D, Rehm J, Irving H, *et al.* (2010) Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*, 55, 159–66.

Beard E, Marsden J, Brown J, *et al.* (2019) Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction*, 114, 1866–84.

Bellis MA, Hughes K, Nicholls J, *et al.* (2016) The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. *BMC Public Health*, 16, 111.

Borges G, Bagge CL, Cherpitel CJ, *et al.* (2017) A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychol Med*, 47, 949–57.

Carvalho AF, Heilig M, Perez A, *et al.* (2019) Alcohol use disorders. *Lancet*, 394, 781–92.

Case A and Deaton A (2020) *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. NJ: Princeton University Press.

Casswell S, Harding J, You RQ, *et al.* (2011a) Alcohol's harm to others: self-reports from a representative sample of New Zealanders. *N Z Med J*, 124, 75–84.

Casswell S, You RQ, and Huckle T (2011b) Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, 106, 1087–94.

Cherpitel C, Ye Y, Bond J, *et al.* (2012) Attribution of alcohol to violence-related injury: self and others' drinking in the event. *J Stud Alcohol Drugs*, 73, 277–84.

Child and Youth Mortality Review Committee (2011) *Special report: the involvement of alcohol consumption in the deaths of children and young people in New Zealand during the years 2005–2007*. Wellington: Child and Youth Mortality Review Committee.

Christoffersen M and Sothill K (2003) The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *J Subst Abuse Treat*, 25, 107–16.

Connor J and Casswell S (2012) Alcohol-related harm to others in New Zealand: evidence of the burden and gaps in knowledge. *N Z Med J*, 125, 11–27.

Connor J, Casswell S, and You R (2009) Alcohol-related harm to others: a survey of physical and sexual assault in New Zealand. *N Z Med J*, 122, 10–20.

Connor J, Kydd R, Shield K, *et al.* (2015) The burden of disease and injury attributable to alcohol in New Zealanders under 80 years of age: marked disparities by ethnicity and sex. *N Z Med J*, 128, 15–28.

Connor J, Kypri K, Bell M, *et al.* (2011) Alcohol involvement in aggression between intimate partners in New Zealand: a national cross-sectional study. *BMJ Open*, 1, e000065.

Criqui MH (1994) Alcohol and the heart: implications of present epidemiologic knowledge. *Contemp Drug Probl*, 21, 125–42.

Criqui MH (1996) Alcohol and coronary heart disease: consistent relationship and public health implications. *Clinica Chimica Acta*, 246, 51–7.

Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bagnardi V, *et al.* (2006) Alcohol dosing and total mortality in men and women: an updated meta-analysis of 34 prospective studies. *Arch Intern Med*, 166, 2437–45.

Fonseca A, Galduróz J, Tondowski C, *et al.* (2009) Alcohol-related domestic violence: a household survey in Brazil. *Rev Saude Publica*, 43, 743–9.

Foran HM and O’Leary KD (2008) Alcohol and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 28, 1222–34.

Galea S and Hernan MA (2020) Win-win: reconciling social epidemiology and causal inference. *Am J Epidemiol*, 189, 167–70.

GBD 2017 Causes of Death Collaborators (2018) 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. *Lancet*, 392, 1736–88.

GBD 2019 Risk Factors Collaborators (2020) Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396, 1223–49.

Giancola PR (2013) Alcohol and aggression: theories and mechanisms. In: McMurrin M (ed.) *Alcohol-Related Violence: Prevention and Treatment*. Chichester: John Wiley and Sons, pp. 35–59.

Gilbert R, Widom CS, Browne K, *et al.* (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81.

Global Burden of Disease Collaborative Network (2020) *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

Gmel G, Rehm J, Room R, *et al.* (2000) Dimensions of alcohol-related social and health consequences in survey research. *J Subst Abuse*, 12, 113–38.

Goerdts A, Koplan J, Robine J, *et al.* (1996) Non-fatal health outcomes: concepts, instruments and indicators. In: Murray C and Lopez A (eds.) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, pp. 201–46.

Gray R and Henderson J (2006) *Review of the Fetal Effects of Prenatal Alcohol Exposure*. Oxford: University of Oxford.

Greenfield TK, Karriker-Jaffe KJ, Kerr WC, *et al.* (2016) Those harmed by others' drinking in the US population are more depressed and distressed. *Drug Alcohol Rev*, 35, 22–9.

Grundy A, Poirier AE, Khandwala F, *et al.* (2016) Cancer incidence attributable to alcohol consumption in Alberta in 2012. *CMAJ Open*, 4, E507.

Hamajima N, Hirose K, Tajima K, *et al.* (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer— collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, 87, 1234–45.

Huckle T, Wong K, Parker K, *et al.* (2019) Increased use of police and health-related services among those with heavy drinkers in their lives in New Zealand. In: Laslett A-M, Room R, Waleewong O, Stanesby O, and Callinan S (eds.) *Harm to Others from Drinking: Patterns in Nine Societies*. Geneva: World Health Organization, pp. 197–212.

Huhtanen P and Tigerstedt C (2012) Women and young adults suffer most from other people's drinking. *Drug Alcohol Rev*, 31, 841–6.

International Agency for Research on Cancer (2019) All cancers (Source: Globocan 2018). Geneva: World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

Jacobson JL and Jacobson SW (1999) Drinking moderately and pregnancy. Effects on child development. *Alcohol Res Health*, 23, 25–30.

Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, *et al.* (1973) Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers. *Lancet*, 1, 1267–71.

Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, *et al.* (2017) Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *Lancet Public Health*, 2, e267–76.

Kelly Y, Sacker A, Gray R, *et al.* (2009) Light drinking in pregnancy, a risk for behavioural problems and cognitive deficits at 3 years of age? *Int J Epidemiol*, 38, 129–40.

Keyes KM and Galea S (2016) *Population Health Science*. Oxford: Oxford University Press. Klingemann H and Gmel G (2001) *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Kraus L, Seitz NN, Shield KD, *et al.* (2019) Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany: a register-based study. *BMC Med*, 17, 59.

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 28–41.

Lange S, Probst C, Gmel G, *et al.* (2017) Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 948–56.

Laslett A-M, Catalano P, Chikritzhs T, *et al.* (2010) *The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others*. Canberra: Canberra Alcohol Education and Rehabilitation Foundation.

Laslett A-M, Jiang H, and Chikritzhs T (2018) Child injury deaths linked with adult alcohol consumption: a time series analysis. *Drug Alcohol Depend*, 185, 360–6.

Laslett A-M, Mugavin J, Jiang H, *et al.* (2015) The hidden harm: alcohol's impact on children and families. [https://fare.org.au/the-hidden-harm-alcohols-impact-on-children-and-families/Laslett A-M, Room R, Ferris J, *et al.* \(2011\) Surveying the range and magnitude of alcohol's harm to others in Australia. *Addiction*, 106, 1603–11.](https://fare.org.au/the-hidden-harm-alcohols-impact-on-children-and-families/Laslett-A-M,Room-R,Ferris-J,et-al.-(2011)-Surveying-the-range-and-magnitude-of-alcohol's-harm-to-others-in-Australia)

Laslett A-M, Room R, Waleewong O, *et al.* (2019) *Harm to Others from Drinking: Patterns in Nine Societies*. Geneva: World Health Organization.

Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, *et al.* (1997) Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*, 350, 383–8.

Linnet KM, Dalsgaard S, Obel C, *et al.* (2003) Maternal lifestyle factors in pregnancy risk of attention deficit hyperactivity disorder and associated behaviors: review of the current evidence. *Am J Psychiatry*, 160, 1028–40.

Livingston M, Wilkinson C, and Laslett A-M (2010) Impact of heavy drinkers on others' health and well-being. *J Stud Alcohol Drugs*, 71, 778–85.

Llamosas-Falcón, L., Shield, K.D., Gelovany, M., Hasan, O.S.M., Manthey, J., Monteiro, M., Walsh, N. & Rehm, J. (2021). Impact of alcohol on the progression of HCV-related liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hepatology*, 75(3), 536–546. doi: 10.1016/j.jhep.2021.04.018

Manthey, J., Hasan, S.A., Carr, S., Kilian, C., Kuitunen-Paul, S., & Rehm, J. (2021). What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *PharmacoEconomics*, 39(7), 809–822. doi: 10.1007/s40273-021-01031-8

Marzan M, Callinan S, Livingston M, *et al.* (2021) Systematic review and dose-response meta-analysis on the relationship between alcohol consumption and sickness absence. *Alcohol Alcohol*, 57(1), 47–57.

May PA, Gossage JP, Brooke LE, *et al.* (2005) Maternal risk factors for fetal alcohol syndrome in the Western cape province of South Africa: a population-based study. *Am J Public Health*, 95, 1190–9.

Morgenstern H (2008) Ecological studies. In: Rothman K, Greenland S, and Lash T (eds.) *Modern Epidemiology*, 3rd ed.: Lippincott, Williams, and Wilkins, pp. 511–31.

Murray CJL and Lopez A (1996) Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factors. In: Murray CJL and Lopez AD (eds.) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Boston, MA: Harvard School of Public Health on Behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Neuenschwander M, Ballon A, Weber KS, *et al.* (2019) Role of diet in type 2 diabetes incidence: umbrella review of meta-analyses of prospective observational studies. *BMJ*, 366, l2368.

Neufeld M and Rehm J (2013) Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol Alcohol*, 48, 222–30.

Norström T (2011) Alcohol and homicide in the United States: Is the link dependent on wetness? *Drug Alcohol Rev*, 30, 458–65.

Norstrom T and Ramstedt M (2005) Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev*, 24, 537–47.

Norström T and Rossow I (2016) Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual and at the population level. *Arch Suicide Res*, 20, 489–506.

Patra J, Bakker R, Irving H, *et al.* (2011) Dose–response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG*, 118, 1411–21.

Pernanen K, Cousineau M-M, Brochu S, *et al.* (2002) *Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction.

Pithey A and Parry C (2009) Descriptive systematic review of Sub-Saharan African studies on the association between alcohol use and HIV infection. *SAHARA J*, 6, 155–69.

Popova S, Lange S, Probst C, *et al.* (2017a) Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*, 5, e290–9.

Popova S, Lange S, Probst C, *et al.* (2017b) Global prevalence of alcohol use and binge drinking during pregnancy, and fetal alcohol spectrum disorder. *Biochem Cell Biol*, 96, 237–40. Probst C, Kilian C, Sanchez S, *et al.* (2020) The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health*, 5, e324–32. Probst C, Parry CDH, Wittchen HU, *et al.* (2018) The socioeconomic profile of alcohol attributable mortality in South Africa: a modelling study. *BMC Med*, 16, 97.

Probst C, Roerecke M, Behrendt S, *et al.* (2014) Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*, 43, 1314–27.

Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, *et al.* (1999) Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors—a review. *Addiction*, 94, 649–63.

Puffer R and Griffith G (1967) *Patterns of Urban Mortality*, Scientific Publication No. 151. Washington, DC, Pan American Health Organization.

Raitasalo K, Holmila M, Autti-Rämö I, *et al.* (2015) Hospitalisations and out-of-home placements of children of substance-abusing mothers: a register-based cohort study. *Drug Alcohol Rev*, 34, 38–45.

Ramstedt M (2002) Alcohol-related mortality in 15 European countries in the postwar period. *Eur J Popul/Revue européenne de Démographie*, 18, 307–23.

Ramstedt M (2011) Population drinking and homicide in Australia: a time series analysis of the period 1950–2003. *Drug Alcohol Rev*, 30, 466–72.

Rehm, J (2019a) Alcohol consumption and all-cause mortality: Further implications. *Drug Alcohol Rev*, 38, 13–15.

Rehm J (2019b) Why the relationship between level of alcohol-use and all-cause mortality cannot be addressed with meta-analyses of cohort studies. *Drug Alcohol Rev*, 38, 3–4.

Rehm J, Crépault J-F, Hasan OSM, *et al.* (2019a) Regulatory policies for alcohol, other psycho-active substances and addictive behaviours: the role of level of use and potency. A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 3749.

Rehm J and Gmel G (2000) Gaps and needs in international alcohol epidemiology. *J Subst Use*, 5, 6–13.

Rehm J, Gmel GE, Gmel G, *et al.* (2017a) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112, 968–1001.

Rehm J, Gmel G, Room R, *et al.* (2001) Alcohol as a risk factor for burden of disease. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, and Murray CJL (eds.) *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Due to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization, pp. 959–1108.

Rehm J and Hasan OSM (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy. *Alcohol*, 82, 1–10.

Rehm J, Hasan OSM, Imtiaz S, *et al.* (2017b) Quantifying the contribution of alcohol to cardio myopathy: a systematic review. *Alcohol*, 61, 9–15.

Rehm J and Imtiaz S (2016) A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 11, 37.

Rehm J, Kilian C, Rovira P, *et al.* (2021) The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug Alcohol Rev*, 40, 161–5.

Rehm J, Marmet S, Anderson P, *et al.* (2013a) Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use? *Alcohol Alcohol*, 48, 633–40.

Rehm J, Mathers C, Popova S, *et al.* (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373, 2223–33.

Rehm J and Probst C (2018) Decreases of life expectancy despite decreases in non-communicable disease mortality: the role of substance use and socioeconomic status. *Eur Addict Res*, 24, 53–9. Rehm J, Probst C, Shield KD, *et al.* (2017c) Does alcohol use have a causal effect on HIV incidence and disease progression? A review of the literature and a modeling strategy for quantifying the effect. *Popul Health Metr*, 15, 4.

Rehm J and Roerecke M (2017) Cardiovascular effects of alcohol consumption. *Trends Cardiovasc Med*, 27, 534–8.

Rehm J, Room R, Graham K, *et al.* (2003) The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98, 1209–28. Rehm J and Rossow I (2001) The impact of alcohol consumption on work and education. In: Klingemann H and Gmel G (eds.) *Mapping Social Consequences of Alcohol Consumption*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 67–77.

Rehm J, Samokhvalov AV, and Shield KD (2013b) Global burden of alcoholic liver diseases. *J Hepatol*, 59, 160–8.

Rehm J and Shield KD (2019) Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 21, 10.

Rehm J and Shield KD (2020) Alcohol use and cancer in the European Union. *Eur Addict Res*, 27(1), 1–8.

Rehm J, Shield KD, Joharchi N, *et al.* (2012) Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction*, 107, 51–9.

Rehm J, Shield KD, and Weiderpass E (2020) Alcohol consumption: a leading risk factor for cancer. In: Wild CP, Weiderpass E, and Stewart BW (eds.) *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, pp. 68–76. Rehm J, Štelemėkas M, and Badaras R (2019b) Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol Alcohol*, 54, 112–18.

Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, *et al.* (2010) Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev*, 29, 437–45.

Roerecke M and Rehm J (2012) The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 107, 1246–60.

Roerecke M and Rehm J (2014) Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Med*, 12, 182.

Roerecke M, Vafaei A, Hasan OSM, *et al.* (2019) Alcohol consumption and risk of liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 114, 1574–86.

Room R (2001) Intoxication and bad behaviour: understanding cultural differences in the link. *Soc Sci Med*, 53, 189–98.

Room R, Janca A, Bennett LA, *et al.* (1996) WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorders: an overview of methods and selected results. *Addiction*, 91, 199–220.

Room R and Livingston M (2017) The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociological Perspectives*, 60, 10–22.

Rossow I and Bye EK (2013) The problem of alcohol-related violence: an epidemiological and public health perspective. In: McMurrin M (ed.) *Alcohol-Related Violence: Prevention and Treatment*. Chichester: Wiley, pp. 3–19.

Rossow I and Mäkelä P (2021) Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 9–17.

Rossow I, Mäkelä P, and Kerr W (2014) The collectivity of changes in alcohol consumption revisited. *Addiction*, 109, 1447–55.

Rossow I and Ramstedt M (2016) Challenges in estimating population impacts of alcohol's harm to others. *Nordic Studies on Alcohol*, 33, 503–13.

Rovira P and Rehm J (2020) Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health*, 31(3), 591–6.

Samokhvalov AV, Popova S, Room R, *et al.* (2010) Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res*, 34, 1871–8.

Schwarzinger M, Baillot S, Yazdanpanah Y, *et al.* (2017) Contribution of alcohol use disorders on the burden of chronic hepatitis C in France, 2008–2013: a nationwide retrospective cohort study. *J Hepatol*, 67, 454–61.

Sciencedirect.com (2020) Comparative risk assessment. Elsevier. [https://www.sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/comparative-risk-assessment#:~:text=Comparative%20risk%20assessment%20\(CRA\)%20involves,using%20consistent%20and%20comparable%20methods](https://www.sciencedirect.com/topics/agricultural-and-biological-sciences/comparative-risk-assessment#:~:text=Comparative%20risk%20assessment%20(CRA)%20involves,using%20consistent%20and%20comparable%20methods)

Scott-Sheldon LA, Carey KB, Cunningham K, *et al.* (2016) Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS Behav*, 20, S19–39.

Shaper AG (1990a) Alcohol and mortality: a review of prospective studies. *Br J Addict*, 85, 837–47; discussion 849–61.

Shaper AG (1990b) A response to commentaries: the effects of self-selection. *Br J Addict*, 85, 859–61.

Shield KD, Gmel G, Mäkelä P, *et al.* (2017) Risk, individual perception of risk and population health. *Addiction*, 112, 2272–3.

Shield KD, Mantey J, Rylett M, *et al.* (2020) National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*, 5, E51–61.

Shield KD and Rehm J (2015) Global risk factor rankings: the importance of age-based health loss inequities caused by alcohol and other risk factors. *BMC Res Notes*, 8, 231.

Shield KD and Rehm J (2019) Alcohol and the global burden of disease. *Lancet*, 393, 2390. Shield KD, Rylett M, and Rehm J (2016a) *Public Health Successes and Missed Opportunities. Trends in Alcohol Consumption and Attributable Mortality in the WHO European Region, 1990–2014*. Copenhagen: WHO European Region.

Shield KD, Soerjomataram I, and Rehm J (2016b) Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 1166–81.

Shkolnikov V and Nemtsov A (1997) The anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. In: Bobadilla J, Costello C, and Mitchell F (eds.) *Premature Death in the New Independent States*. Washington, DC: National Academy Press.

Shuper PA, Joharchi N, Monti PM, *et al.* (2017) Acute alcohol consumption directly increases HIV transmission risk: a randomized controlled experiment. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 76, 493–500.

Sidebotham P, Bailey S, Belderson P, *et al.* (2011) Fatal child maltreatment in England, 2005–2009. *Child Abuse Negl*, 35, 299–306.

Single E, Collins D, Easton B, *et al.* (2003) International guidelines for estimating the costs of substance abuse. Report No.: 9241545828. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42603>

Smith J (2018) *Twelve-Month Evaluation of the Banned Drinker Register in the Northern Territory: Part 1—Descriptive Analysis of Administrative Data*. Darwin: Menzies School of Health Research.

Soleman N, Chandramohan D, and Shibuya K (2006) Verbal autopsy: current practices and challenges. *Bull World Health Organ*, 84, 239–45.

Sood B, Delaney-Black V, Covington C, *et al.* (2001) Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose–response effect. *Pediatrics*, 108, E34.

Stanesby O, Callinan S, Graham K, *et al.* (2018) Harm from known others' drinking by relationship proximity to the harmful drinker and gender: a meta-analysis across 10 countries. *Alcohol Clin Exp Res*, 42, 1693–703.

Stith SM, Liu T, Davies L, *et al.* (2009) Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*, 14, 13–29.

Stith SM, Smith DB, Penn CE, *et al.* (2004) Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: a meta-analytic review. *Aggress Violent Behav*, 10, 65–98.

Sundermann AC, Zhao S, Young CL, *et al.* (2019) Alcohol use in pregnancy and miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 1606–16.

Tal E (2020) Measurement in Science. In: Zalta EN (ed.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Fall 2020 ed. Stanford, CA: The Metaphysics Research Lab, Center for the Study of Language and Information (CSLI), Stanford University.

Testa M, Quigley BM, and Eiden RD (2003) The effects of prenatal alcohol exposure on infant mental development: a meta-analytical review. *Alcohol Alcohol*, 38, 295–304.

Thomas LM, D'Ambruoso L, and Balabanova D (2018) Verbal autopsy in health policy and systems: a literature review. *BMJ Glob Health*, 3, e000639.

UNAIDS (2019) Global HIV and AIDS statistics: 2019 fact sheet. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

Urban M, Chersich MF, Fourie L-A, *et al.* (2008) Fetal alcohol syndrome among Grade 1 school-children in Northern Cape Province: prevalence and risk factors. *S Afr Med J*, 98, 877–82. Viljoen DL, Gossage JP, Brooke L, *et al.* (2005) Fetal alcohol syndrome epidemiology in a South African community: a second study of a very high prevalence area. *J Stud Alcohol*, 66, 593–604.

Waleewong O, Laslett A-M, Chenhall R, *et al.* (2018) Harm from others' drinking-related aggression, violence and misconduct in five Asian countries and the implications. *Int J Drug Policy*, 56, 101–7.

Wells S and Graham K (2003) Aggression involving alcohol: relationship to drinking patterns and social context. *Addiction*, 98, 33–42.

White AJ, Deroo LA, Weinberg CR, *et al.* (2017) Lifetime alcohol intake, binge drinking behaviors, and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*, 186, 541–9.

Wilcox HC, Conner KR, and Caine ED (2004) Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend*, 76 Suppl, S11–19.

Williams JF and Smith VC (2015) Fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*, 136, e1395–406. Wilsnack RW, Kristjanson AE, Wilsnack SC, *et al.* (2018) The harms that drinkers cause: regional variations within countries. *Int J Alcohol Drug Res*, 7, 30–6.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (2018) Diet, nutrition, physical activity and cancer: a global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. www.wcrf.org/dietandcancer

World Health Organization (1999) *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: Substance Abuse Department, World Health Organization.

World Health Organization (2018a) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2018b) ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Geneva: World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization (2019a) *Alcohol Policy Impact Case Study: The Effects of Alcohol Control Measures on Mortality and Life Expectancy in the Russian Federation*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2019b) Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. https://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

World Health Organization (2020) Health statistics and information systems: Disease burden and mortality estimates. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

Zakhari S (1997) Alcohol and the cardiovascular system: molecular mechanisms for beneficial and harmful action. *Alcohol Health Res World*, 21, 21–9.

Zaridze D, Lewington S, Boroda A, *et al.* (2014) Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151,000 adults. *Lancet*, 383, 1465–73.

Zhao J, Stockwell T, Roemer A, *et al.* (2017) Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *J Stud Alcohol Drugs*, 78, 375–86.

5

A INDÚSTRIA DO ÁLCOOL: UM VÍNCULO DE INFLUÊNCIA CONSIDERÁVEL

5.1 Introdução

A indústria do álcool compreende um vínculo de atores que controlam os processos comerciais essenciais de produção, comercialização e abastecimento. Suas práticas determinam, em grande parte, tendências de consumo e danos, e coletivamente exercem considerável influência na arena política. Neste capítulo, consideramos a estrutura e as funções de quatro desses atores: as empresas produtoras de álcool, particularmente as **grandes corporações transnacionais do álcool**⁵ (CTNAs); seus substitutos, especialmente os aspectos sociais, organizações e organizações comerciais; os profissionais de marketing, incluindo plataformas digitais e organizadores de eventos esportivos e culturais globais; e o setor de distribuição. Esses atores, grandes e pequenos, têm interesses divergentes, assim como interesses comuns em relação aos marcos políticos. O papel da indústria do álcool e seus substitutos no processo de formulação de políticas (Holden *et al.* 2012) será abordado nos Capítulos 14 e 15.

A estrutura e as práticas da indústria do álcool, assim como outras indústrias que produzem e comercializam determinantes comerciais da saúde (Kickbusch *et al.* 2016), são fundamentais para os desafios enfrentados por aqueles que promovem políticas de controle do álcool. No cerne do conflito entre a indústria do álcool e a comunidade de saúde pública está a dependência da indústria para crescer em mercados em expansão, resultando assim em maiores volumes de álcool consumido, bem como sua dependência do consumo intenso para vendas e lucros nos mercados existentes. O quadro 5.1 explica o conflito

5 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

de interesses da indústria em relação à sua dependência de vendas para com os maiores consumidores.

5.2 Setor de produção

Na Europa Oriental, nos países nórdicos e, mais recentemente, na Ásia, houve uma mudança marcante da propriedade estatal da produção de álcool em favor de empresas privadas. No Vietnã (Casswell 2022), aumentos substanciais no consumo de álcool registrados desde 1980 foram acompanhados por uma mudança para a propriedade privada. Essas empresas privadas respondem aos acionistas, com um conjunto de interesses muito diferente daqueles dos tomadores de decisões da parte da saúde pública. O porte e a lucratividade dessas empresas surgem e impulsionam a expansão global para garantir o crescimento futuro.

Quadro 5.1 O conflito de interesses da indústria do álcool

A Organização Mundial da Saúde define o consumo ocasional intenso usando um limite de mais de 6 bebidas para homens e mais de 4 bebidas para mulheres. A indústria do álcool depende do consumo mais intenso de álcool para grande parte de seus lucros. Em países de renda mais alta, as ocasiões de consumo mais intenso representam aproximadamente 65% das vendas e, em países de renda média, esse número chega perto de 75% (Casswell *et al.* 2016). É essa dependência do consumo mais intenso de álcool que sustenta o conflito entre os interesses das corporações transnacionais do álcool e os da saúde pública. É improvável que parcerias ou colaborações entre o governo, os formuladores de políticas e a indústria do álcool resultem em políticas eficazes, dado que o consumo excessivo de álcool oferece uma grande parcela das vendas e lucros da indústria. Esses conflitos de interesse militam contra o envolvimento da indústria do álcool na arena da política do álcool, devendo servir para garantir que seus esforços para influenciar a política sejam interpretados sob essa luz.

A consolidação da indústria, nacional e internacionalmente, aumentou muito a capacidade de promoção de marcas de álcool e a normalização do consumo em muitos contextos e configurações.

5.2.1 Consolidação mundial da produção de álcool

O mercado global de bebidas alcoólicas é dominado por um punhado de grandes corporações, sendo a maioria delas de caráter transnacional e altamente lucrativas. A AB InBev, a maior corporação de álcool em 2021, teve uma receita anual de US\$ 45,6 bilhões em 2017, o que a coloca à frente de metade dos países do mundo em termos de produto interno bruto (PIB) (Casswell 2019). Em janeiro de 2019, a lucratividade, com base na receita líquida, da indústria de bebidas alcoólicas era maior que a de bebidas não alcoólicas e de processamento de alimentos (menos lucrativa, porém, que o tabaco) (Damodaran 2019). Essa consolidação e lucratividade têm implicações para a saúde pública porque as economias de escala e o crescimento do lucro resultantes possibilitam que essas empresas tenham recursos sem precedentes para comprar em novos mercados, promover marcas de álcool, controlar a distribuição e influenciar políticas.

A maior parte das empresas globais tem suas origens nos séculos XIX e XX como pequenas cervejarias ou destilarias locais. Essas empresas cresceram por meio de fusões ou aquisições nas décadas de 1960 e 1970, começaram a operar internacionalmente e se consolidaram regionalmente na década de 1980, tornaram-se globais na década de 1990 e continuaram sua consolidação até a última década. As aquisições locais forneceram às CTNAs instalações de produção, redes de distribuição e conhecimento cultural para fins de marketing. Um caminho ainda mais rápido para novos mercados era comprar um concorrente global para obter suas marcas lucrativas e sua participação em mercados novos e estabelecidos, como a Pernod Ricard, Heineken, Carlsberg e Inbev fizeram em 2008.

O meganegócio que criou a AB InBev em 2016 permitiu um maior acesso a novos mercados em **países de baixa e média renda (PB-MRs)** (vide quadro 5.2). Apesar de algum aumento na produção artesanal local, como por exemplo de cerveja artesanal, CTNAs e grandes produtores chineses agora dominam a produção global de álcool, conforme indicado pelos dados de vendas e lucros apresentados na Tabela 5.1.

Quadro 5.2 Como surgiu a maior corporação de bebidas alcoólicas

Em 2004, a InBev foi criada por meio da fusão da AmBev e da Interbrew, um amálgama de interesses cervejeiros latino-americanos, canadenses e europeus. Em 2008, a Anheuser-Busch foi adquirida e as aquisições do Grupo Modelo em 2012 e da South Korea Oriental Brewing, em 2014, contribuíram para a penetração internacional. Em 2016, foi negociada uma fusão com a rival africana SABMiller para criar a AB InBev. A fusão da AB InBev foi a terceira maior da história corporativa, estabelecendo uma posição de mercado dominante em cerca de um terço de toda a cerveja vendida no mundo (Collin *et al.* 2015).

O tamanho da corporação AB InBev foi possível devido ao acesso a capital muito barato e às táticas de negócios da financeira brasileira 3G Capital, que esteve envolvida com os precursores da AB InBev por décadas (Dowd 2019; Wehring 2020b). O estudo de viabilidade para esta fusão baseou-se na exploração de pontos fortes geográficos complementares das duas empresas em regiões-chave com economias emergentes e fortes perspectivas de crescimento, incluindo a África, Ásia e América Central e do Sul. A África Subsaariana, em particular, foi considerada um fator crítico de crescimento para a empresa combinada (Collin *et al.* 2015). Isso reflete a herança sul-africana e os pontos fortes regionais da SAB Miller (Collin *et al.* 2015).

Tabela 5.1 As dez maiores corporações de álcool do mundo

	Nome da Empresa (país de registro)	Faturamento (US\$)	Lucros (US\$)
1	Anheuser-Busch InBev (Bélgica)	52,3 bilhões	9,1 bilhões
2	Diageo (Reino Unido)	16,8 bilhões	3,9 bilhões
3	Heineken (Holanda)	26,8 bilhões	1,2 bilhão
4	Kweichow Moutai (China)	11,3 bilhões	6,2 bilhões
5	Pernod Ricard (França)	10,6 bilhões	1,6 bilhão
6	Asahi Group Holdings (Japão)	19,2 bilhões	1,3 bilhão
7	Kirin Holdings (Japão)	17,8 bilhões	547,1 milhões
8	Carlsberg (Dinamarca)	9,9 bilhões	984,8 milhões
9	Wuliangye Yibin (China)	5,2 bilhões	2 bilhões
10	Constellation Brands (Estados Unidos)	8,3 bilhões	-11,8 milhões

Fonte: Empresas de capital aberto classificadas por pontuação composta de vendas, lucros, (Forbes Global 2000, em maio de 2020) (Murphy A, Tucker H, Coyne M, et al. (13 de maio de 2020) GLOBAL 2000: As maiores empresas públicas do mundo <https://www.forbes.com/global2000/#491698da335d>)

5.2.2 Indústria cervejeira

Mundialmente falando, a cerveja domina o mercado registrado de álcool, colocando as principais cervejarias do mundo na vanguarda da indústria e refletindo o tamanho das fusões e aquisições neste setor.

Quadro 5.3 Desenvolvimento de uma CTNA de um país de renda média

A ThaiBev expandiu as operações durante uma parceria de 5 anos com a Carlsberg, sendo agora uma das maiores empresas de bebidas do Sudeste Asiático. A ThaiBev foi listada na bolsa de valores de Cingapura em 2006, após uma tentativa de listagem na Tailândia, que foi contestada com sucesso por monges budistas e outros grupos da sociedade civil voltados para a saúde. A ThaiBev agora também possui operações significativas na Europa, produzindo uísque escocês, vodca, gim e licores em cinco destilarias na Escócia, no Reino Unido, além de possuir uma participação majoritária na Sabeco, uma cervejaria vietnamita. O logotipo da cerveja Chang, marca carro-chefe da ThaiBev, é visto em toda a Tailândia, ostensivamente anunciando a água mineral Chang, em um exemplo de **expansão da marca** para evitar as restrições da Tailândia à comercialização de bebidas alcoólicas. A ThaiBev, como outras CTNAs, também está envolvida com o marketing internacional por meio de **plataformas digitais** e branding de eventos esportivos (Inside World Football 2018).

Um aspecto da consolidação dos produtores é que ela cria maior controle sobre a distribuição, forçando outras marcas a ocuparem posições menos proeminentes nas prateleiras das lojas ou fora desses locais. No caso da AB InBev, isso permitiu o aumento de preços, o que levou ao aumento das margens de lucro (Hoiium 2018). Uma mudança dos consumidores para a cerveja artesanal, no entanto, contribuiu para a estagnação nos volumes de “big beer” (marcas de cerveja pertencentes a corporações como A-B InBev, MillerCoors, Molson Coors, Heineken, Constellation Brands e outras) consumidos nos últimos anos. A AB InBev gastou mais em vendas e marketing em 2017 do que há 10 anos, apenas para manter seu volume.

A maior parte das CTNAs desenvolveu-se a partir de corporações com sede em **países de renda alta** (PARs), mas nas últimas duas décadas houve o surgimento das CTNAs com sede em países de renda média. O quadro 5.3 descreve o desenvolvimento de uma CTNA de um país de renda média.

5.2.3 Indústria das bebidas destiladas

As bebidas destiladas, categoria que inclui uma série de bebidas alcoólicas destiladas (incluindo bebidas combinadas ou misturas), é o segundo segmento mais importante em valor no mercado global. Como a demanda de volume tem estado praticamente estável ou em queda em mercados maduros (Statista 2020a), nos últimos anos, as tendências de alta no valor foram impulsionadas, principalmente, pela **premiumização**, uma estratégia que incentiva os consumidores a buscar bebidas com preços mais altos.

A consolidação de produtores tem ocorrido no setor de bebidas destiladas, assim como no setor cervejeiro. Em 2006, a produção de bebidas destiladas ocidentais era dominada por apenas duas CTNAs, nomeadamente a Diageo e a Pernod Ricard, sendo esta última também proprietária de uma parte considerável da produção mundial de vinho. A Diageo continua sendo um importante player em bebidas destiladas. Sua participação no mercado global é o dobro da de seu concorrente CTNA mais próximo, a Pernod Ricard (Jernigan e Ross 2020). Em 2019, metade das vendas da Pernod Ricard estava nas Américas e na Ásia. Ela continua sendo uma influência dominante na Ásia e, em 2020, estava construindo uma nova destilaria na China. O objetivo é produzir um novo produto para a China, um tipo de uísque de malte para incentivar o consumo fora das refeições onde o **baijiu** – a bebida destilada nacional – é normalmente consumida (Morton 2019).

Tabela 5.2 Marcas de destilados mais valiosas em 2019

Marca	Valor da marca em 2019 (em US\$, bilhões)
1 Moutai	30,47
2 Wuliangye	16,04
3 Yanghe	9,06
4 Luzhou Laojiao	5,37
5 Johnnie Walker	4,64
6 Jack Daniel's	4,33
7 Hennessy	3,87

Marca	Valor da marca em 2019 (em US\$, bilhões)
8 Bacardi	3,66
9 Smirnoff	3,5
10 Gujing Gong Jiu	2,7

^a O valor da marca reflete informações financeiras e de marketing para fornecer estimativas do valor do ativo intangível – a marca.

Fonte: dados da Brand Finance (2019) Spirits 50 2019. <https://brandirectory.com/download-report/brand-finance-spirits-50-2019-preview.pdf>

As marcas nacionais de destilados chineses são mais valiosas do que as marcas das CTNAs, refletindo a grande população da China. As quatro marcas de destilados mais valiosas são chinesas, superando marcas globais bem conhecidas, como a Johnnie Walker. A Tabela 5.2 mostra as dez marcas de destilados mais valiosas no mundo em 2019. Esperava-se que o consumo de “destilados nacionais”, como a **baijiu** (China), **soju** (Coreia) e **shochu** (Japão), crescesse lentamente (ou seja, 2,1%) entre 2016 e 2021, sendo que acabaram por constituir, no entanto, quase metade dos destilados globais (The Spirits Business 2018).

Assim como as bebidas destiladas ocidentais emergiram de origens nacionais para se tornarem bebidas globais (o uísque escocês, por exemplo), alguns grandes produtores de destilados asiáticos estão procurando tornar-se globais, como o produtor de soju HiteJinro, que tem aspirações de unir-se à Diageo e à Pernod Ricard como empresas globais de destilados. Os grandes produtores de baijiu estão adaptando as bebidas para atender aos gostos ocidentais, fazendo parcerias com distribuidores e usando oportunidades de marketing global (ver Quadro 5.4).

5.2.4 Setor vitivinícola

Houve certa consolidação no setor do vinho, embora tenha sido muito menor do que nos setores da cerveja e nos destilados. As vinícolas se fundiram e as empresas de cerveja e destilados adquiriram vinícolas porque seus próprios mercados estavam estabilizando-se e a entrada no negócio de vinhos era vista como um mecanismo para reenergizar o crescimento da receita. Grandes empresas japonesas de bebidas, incluindo a

Kirin Holdings, Suntory e Sapporo, por exemplo, possuem vinícolas no Japão e têm cada vez mais mudado seu foco para o mercado internacional. A Suntory opera várias vinícolas na França e na Alemanha.

Quadro 5.4 Produtores de Baijiu tornando-se globais

A Luzhou Laojiao, quarta maior produtora de baijiu da China, promoveu seus coquetéis por meio de patrocínio na Copa do Mundo de Futebol e, em 2018, estabeleceu a Ming River, uma *joint venture* com sede em Nova York. Com o objetivo de colocar as bebidas destiladas industriais chinesa entre as marcas mundiais de coquetéis, a Ming River fez parceria com a unidade Hi-Spirits da Sazerac no Reino Unido e o distribuidor Southern Comfort e Buffalo Trace nos Estados Unidos. A Luzhou Laojiao baijiu também está à venda por meio de distribuidores locais na Alemanha, França, Japão e Indonésia (Morton 2020d). Em 2019, a Pernod Ricard concordou em distribuir a Wuliangye baijiu (a marca número dois, perdendo para a Moutai) em outros países do Sudeste Asiático, como parte das tentativas dos produtores de baijiu de estabelecer uma presença cada vez mais global (Woodward 2020).

Existem diferenças substanciais na estrutura da indústria do vinho em todo o mundo. Em 2011, havia 232.900 produtores de vinho na França, de modo que as dez maiores marcas controlavam apenas 4% do mercado. Em contraste, quatro empresas controlavam mais de 75% do mercado australiano de vinhos. No geral, há uma diferença marcante na estrutura da indústria entre os produtores do “Novo Mundo” (por exemplo, Austrália, Nova Zelândia, Chile, Estados Unidos) e as empresas do “Velho Mundo” (produtores europeus), em parte por razões históricas, mas também refletindo estratégias competitivas. A produção de vinho na Europa era tradicionalmente um assunto de família e ainda há mais empresas privadas na Europa, enquanto a maior parte dos maiores produtores de vinho nos Estados Unidos e na Austrália se tornaram empresas de capital aberto (Roberto 2011).

A consolidação por parte dos produtores e distribuidores de vinho pode ter sido uma resposta ao poder de mercado dos retalhistas e distribuidores, com o objetivo de ganhar espaço valioso nas prateleiras e conseguir condições de contratação favoráveis (Roberto 2011). A ênfase na imagem da marca e na publicidade cria o potencial para aumentar a escala e o escopo. As empresas mais imponentes possuem maior influência sobre os anunciantes e podem alavancar a imagem da marca, criando um vinho sofisticado de prestígio e, em seguida, estendendo a marca

para oferecer uma gama completa de vinhos a preços variados (Roberto 2011). Investidores de com participação acionária privada também estão entrando na indústria do vinho – em 2018, a Catalan Cava house Raventós Codorníu, a empresa vitivinícola mais antiga da Espanha, anunciou a venda de uma grande participação à Carlyle Group global, uma empresa de participação acionária privada (Pellechia 2018).

A passagem para as vendas on-line apoia o crescimento do setor vitivinícola, uma vez que vender e entregar vinho diretamente ao consumidor é uma estratégia eficaz. Grandes empresas estão começando a posicionar-se em operadoras on-line estabelecidas, também reconhecendo o valor dos dados que podem ser obtidos on-line (Rannekleiv e Castroviejo 2018). Reconhecendo a popularidade do e-commerce na China, a E & J Gallo Winery, a maior produtora de vinhos dos Estados Unidos (Thornton 2013) abriu uma loja principal na Tmall, uma plataforma de varejo de propriedade da Alibaba, o maior comércio on-line e móvel do mundo (E&J Gallo Winery 2018). Outras vinícolas internacionais também entraram no mercado chinês por meio das grandes plataformas de comércio eletrônico chinesas Tmall, Taobao e JD. Mais recentemente, a indústria do vinho tem usado o WeChat para promover e vender vinhos australianos (Young 2019). Embora o vinho importado continue sendo uma pequena parte do mercado chinês de álcool, ele está se expandindo no contexto de acordos comerciais e de investimento que permitem um acesso relativamente livre. O quadro 5.5 descreve como isso está acontecendo.

Quadro 5.5 Crescimento do mercado de vinhos na China

Com sua vasta população, apesar do consumo de vinho per capita relativamente baixo, a China é, atualmente, o maior consumidor de vinhos da Ásia, respondendo por cerca de 7% do total mundial. O país tem a segunda maior superfície de vinhedos entre os países vitícolas do mundo, embora a produção de vinho tenha diminuído desde 2015, em parte devido à concorrência de vinhos importados que, no momento, representam 40% do mercado chinês de vinhos.

Hong Kong tem servido como um importante centro de comércio e distribuição de vinhos para a China continental e à região da Ásia-Pacífico, após a eliminação de todas as taxas sobre o vinho em 2008. Acordos de livre comércio com a Nova Zelândia, Chile e Geórgia permitiram que o vinho pudesse ser importado para a China sob tarifas zero, enquanto as recentes guerras comerciais com os Estados Unidos levaram a tarifas totais de até 40% sobre os vinhos dos Estados Unidos.

5.3 Estratégias da indústria em resposta à estabilização do consumo em países de alta renda

As CTNAs estão respondendo à estabilização do consumo nos PARs, que eles descrevem como refletindo uma maior consciência de saúde, com o desenvolvimento de novas bebidas com baixo teor alcoólico e não alcoólicas e foco em questões como açúcar e teor calórico. Cervejeiros internacionais lançaram bebidas alcoólicas carbonatadas sob marcas recém-criadas. Nos Estados Unidos, Bud Light Seltzer, da AB InBev, juntou-se a Corona Seltzer, da Constellation Brands, e Coors Seltzer, da Molson Coors Beverage Co. A Coca Cola entrou no mercado de refrigerantes com álcool em 2021 em parceria com a Molson Coors (que também introduziu uma bebida sem álcool à base de maconha) (Hancock 2020).

Espera-se que o mercado de bebidas alcoólicas carbonatadas experimente um crescimento substancial, devido à crescente popularidade de bebidas alcoólicas de baixo teor entre a geração do milênio nas economias desenvolvidas, incluindo os Estados Unidos, Canadá e Austrália, auxiliadas por um forte marketing. Embora comercializados como uma bebida de baixo teor alcoólico, a maioria das bebidas alcoólicas carbonatadas são comparáveis à cerveja com 4,5 a 7% de álcool por volume (APV), mas normalmente têm 100 calorias por lata ou menos (Eads 2020). Outros tipos de bebidas alcoólicas comercializadas como sendo saudáveis incluem produtos sem açúcar, com baixo teor de açúcar, baixo teor calórico, baixo teor de carboidratos e sem glúten (Análise do mercado de bebidas IWSR 2020a).

As bebidas não alcoólicas são agora produzidas pela maioria das CTNAs. A Diageo, por exemplo, possui marcas não alcoólicas, incluindo a Seedlip e a Pure Brew, uma Guinness não alcoólica. A empresa também produz duas cervejas sem álcool sob a marca Guinness – Malta Guinness na África e Guinness Zero, na Indonésia.

Esta tendência de bebidas com baixo ou nenhum teor de álcool é apresentada em relatórios anuais aos acionistas como consistente com a estratégia de **responsabilidade social corporativa** (RSC) das CTNAs para promover o consumo responsável ou uma “cultura positiva de consumo”. Essas bebidas, no entanto, podem ser somadas, em vez de substituir, às marcas fortes. As bebidas alcoólicas carbonatadas são comercializadas como

sendo adequadas para todos aqueles que bebem e para o consumo ao longo do dia; a campanha de marketing para a *High Noon Sun Sips*, por exemplo, se concentrou no tema das ocasiões diurnas para beber e nos aficionados da marca, conhecidos como “nooners”, pelo fato de beberem ao meio-dia (Análise do mercado de bebidas IWSR 2020b). Dizia-se que a Heineken 0.0 trazia novos volumes e novas ocasiões, até mesmo substituindo o “copo de leite na hora do almoço” para alguns (Morton 2020a). A promoção de marcas sem álcool com o mesmo logotipo e embalagem também permite a expansão da marca, onde a publicidade das marcas de álcool é restrita.

Nos mercados dos PARs em estabilização, também há um forte foco na premiumização. Como os designs e as receitas de diferentes marcas de uma bebida são amplamente semelhantes, o que torna um produto “premium” é, em grande parte, uma estratégia de marketing voltada para o segmento superior do mercado. A imagem da marca é adaptada para atrair um grupo demográfico ou um nicho de mercado.

5.3.1 Visando o crescimento do volume nos mercados PRMB

Nos primeiros anos do século XXI, as CTNAs reportavam aos acionistas a importância estratégica da expansão para novos mercados e trabalhava para apoiar tratados comerciais e de investimento (ver a segunda edição deste livro). Embora a expansão para novos mercados em PBMRs e o apoio a acordos comerciais e de investimento não sejam mais apresentados como uma estratégia inovadora pelas CTNAs em seus relatórios anuais, isso continua sendo uma parte fundamental de sua plataforma comercial.

A estratégia da indústria de expansão para novos mercados foi possibilitada por altos lucros operacionais (7 a 12% ao ano no início dos anos 2000), o que significava que as empresas tinham dinheiro para gastar na entrada em novos mercados por meio de parceiros de distribuição, *joint ventures* quando necessário, compra de ações em empresas existentes, construindo novas fábricas ou, normalmente, simplesmente comprando o concorrente local.

O crescimento ocorreu por meio de vendas em novos mercados com economias em desenvolvimento ou em recuperação, classes médias crescentes e o crescimento populacional entre os jovens adultos. Na pri-

meira década do século XXI, houve um foco em novos mercados nos países desregulamentados da Europa Oriental e nas economias em crescimento da América Latina e da Ásia. A China, em particular, foi reconhecida como tendo grande potencial de vendas para os produtores de cerveja. Os produtores de destilados também visaram as economias dos BRICS em rápido crescimento – Brasil, Rússia, Índia e China. Em 2005, a Diageo informou que o volume de destilados aumentou 21%, 51%, 26% e 78%, respectivamente, nesses países, em comparação com os 3% no restante do mundo. Uma vez estabelecidas nesses países dos BRICS, as corporações globais relataram usar sua base para estender a produção, marketing, distribuição e vendas para cidades, estados ou países vizinhos da região.

A estabilização do consumo em países da Europa Ocidental, América do Norte, Australásia e Europa Oriental levou a um foco contínuo nos principais mercados de álcool para a expansão e investimento na América Latina, Ásia-Pacífico e agora no Oriente Médio e, cada vez mais, na África (Collin *et al.* 2014; Jernigan e Babor 2015; Robaina *et al.* 2020). Dentro do setor de destilados, a região da Ásia-Pacífico tem sido fundamental para a expansão do mercado, sendo os enormes mercados chinês e indiano os principais impulsionadores do crescimento. Em 2016, a região da Ásia-Pacífico foi responsável por cerca de 60% do crescimento do volume de destilados em todo o mundo; apenas as regiões muito menores do Oriente Médio e da África se expandiram mais em termos relativos (Euromonitor Internacional 2017h, citado em Collin e Hill 2019).

A demanda nos mercados emergentes ainda está crescendo, sendo que o crescimento em valor para a indústria vem desse crescimento em volume. A estratégia da indústria nos PBMRs inclui o desenvolvimento de bebidas baratas, conhecidas como “iniciativas de acessibilidade”, para competir com o álcool informal e proporcionar uma transição para marcas de preços mais elevados. Na América Latina e na África do Sul, elas também têm sido usadas para expandir o consumo para novas ocasiões e atrair novos consumidores, incluindo as mulheres (The Motley Fool 2020).

5.3.2 Mercado consumidor

O marketing tem sido a característica dominante da rede global de produção de álcool (Jernigan 2009). Mais detalhes sobre o marketing

do álcool e as políticas de controle de marketing podem ser encontrados no Capítulo 9. As atividades de marketing são controladas pela liderança corporativa e pelos departamentos de marketing localizados na sede global, muitas vezes nos PARs, mesmo quando realizados em colaboração com atores locais. Portanto, pode-se considerar que a maior parte do marketing moderno cruza as fronteiras nacionais (Jernigan e Ross 2020). A maior parte das CTNAs está sediada em PARs e os lucros retornam para lá, embora cada vez mais baseados, em parte, na expansão das vendas para os PBMRs, com aumentos associados de danos causados pelo álcool. Surgem questões de equidade, dada a lucratividade da venda de álcool e a extração dos lucros, normalmente para PARs e pessoas físicas, enquanto a responsabilidade de responder aos danos causados pelo álcool continua sendo dos governos nacionais nos PBMRs.

A importância do marketing é verificada pela proporção da receita destinada ao “investimento em marcas”. Em 2019, a AB InBev foi a décima primeira maior anunciante do mundo. Outras seis CTNAs estavam entre as 100 maiores anunciantes em 2019: Suntory, Heineken, Diageo, Pernod Ricard Kirin e Molson Coors (Adbrands 2018).

Com o advento do marketing por meio de plataformas digitais, as CTNAs rapidamente reconheceram o seu valor para comercializar os seus produtos. A Diageo agora conduz a maior parte de sua presença online por meio do Facebook e estava entre os 20 principais anunciantes do Facebook em 2019 (Joseph 2020). Em 2017, a Heineken concentrou seu orçamento de publicidade e marketing em plataformas digitais, principalmente o Google e Facebook, no lugar da transmissão tradicional (Joseph 2017). As estatísticas do setor mostram que as marcas de álcool obtiveram as maiores taxas de engajamento digital em comparações entre setores no Facebook e Twitter (Feehan 2019).

Nos mercados maduros de bebidas alcoólicas, o marketing digital está desempenhando um papel fundamental em relação aos consumidores mais jovens que vivem suas vidas por meio das mídias sociais, sendo usado para promover a premiumização e novas bebidas. “O grupo demográfico da Geração Z está ‘ditando o ritmo’ das bebidas sem álcool ou com baixo teor de álcool... e as marcas devem procurar criar novas ocasiões de consumo para as bebidas sem álcool e com baixo teor de álcool, ao mesmo tempo em que garantem que os produtos compartilhem

o mesmo espaço on-line que as bebidas alcoólicas consagradas” (Morton 2020b). Muitos produtos também visam o consumo em novas ocasiões sociais ou locais preferidos pelos jovens, incluindo o beber em casa.

O marketing digital também está desempenhando um papel importante nos mercados em crescimento nos PBMRs. Para citar apenas um exemplo, a Pernod Ricard fez uma parceria com o conglomerado chinês de tecnologias Tencent, que detém um imenso conjunto de dados de usuários da Internet utilizados para direcionar o marketing para grupos específicos. As duas empresas criaram muitas iniciativas de marketing, incluindo uma plataforma de bate-papo ao vivo integrada ao WeChat e um canal de música chinês local. A conectividade digital expandiu-se rapidamente para os PBMRs. Em 2020, mais da metade da população mundial era usuária da Internet (Hootsuite 2020), e o número aumentou rapidamente, sendo que 300 milhões de pessoas em todo o mundo acessaram a Internet pela primeira vez em 2019. Somente na África, onde a conectividade foi relativamente baixa, houve um aumento de 42 milhões de pessoas que acessaram a internet em 2019. As mídias sociais são uma parte importante do marketing digital; em todo o mundo, 3,8 bilhões de pessoas, ou seja, 49% da população mundial, eram usuários ativos das mídias sociais em 2019 (Hootsuite 2020). Com mais de 2,6 bilhões de usuários ativos mensalmente, o Facebook é a rede social mais popular do mundo. A maior parte da receita do Facebook é gerada por meio de publicidade e mais de 90% da receita de anúncios do Facebook vem do uso de telefones celulares. Como as CTNAs, as plataformas digitais não estão sujeitas a leis ou tratados internacionais (Kelsey 2020; Room e O’Brien 2021), sendo atualmente os principais atores na manutenção e expansão do consumo global de álcool.

Outro conjunto de atores importantes no vínculo das indústrias que promovem o consumo de álcool são os promotores de eventos globais, que agora são comumente marcados por produtos alcoólicos, muitas vezes substituindo os patrocínios do tabaco. A TV via satélite e as plataformas digitais são usadas para transmitir eventos esportivos internacionais, como a Copa do Mundo da FIFA e as corridas de Fórmula 1. As mídias sociais envolvem os fãs nesses eventos em uma extensão muito maior do que anteriormente. Da mesma forma, os festivais de música são oportunidades usadas para expor marcas de bebidas alcoólicas a jovens consumidores e aumentar seu envolvimento com as marcas.

As marcas de bebidas alcoólicas têm relacionamentos de longa data e um poder considerável para negociar as condições em que esses megaeventos são realizados. Além das imagens das marcas nos eventos, nos times e nos estádios, são impostas condições para garantir a venda de álcool como parte do evento. Antes da Copa do Mundo de futebol de 2014, o secretário-geral da FIFA, em visita ao Brasil para fazer lobby pela revogação de uma lei de décadas que impedia a venda de álcool em estádios de futebol, afirmou: as bebidas alcoólicas fazem parte da Copa do Mundo da FIFA, portanto, estamos vamos tê-las no evento. Desculpem-me se isso soar meio arrogante, mas é algo que não vamos negociar... O fato de termos o direito de vender cervejas deve fazer parte da lei” (BBC News 2012). Da mesma forma, na Rússia, as restrições de publicidade para cervejas foram afrouxadas para permitir o patrocínio da Copa do Mundo FIFA 2018 pela marca Budweiser da AB InBev, de modo que as autoridades municipais foram contestadas no tribunal para garantir que suas tentativas de manter estádios esportivos sem álcool fossem derrubadas (World Copa Rússia 2018). Outro requisito é que o governo anfitrião deve renunciar aos impostos sobre os lucros do patrocinador, o que significou um prejuízo estimado em £ 312 milhões para o governo brasileiro em 2014 (Gornall 2014).

5.3.3 Responsabilidade social corporativa

A RSC é uma estratégia primária para polir a imagem de cidadania corporativa das CTNAs e desviar a atenção das estratégias eficazes baseadas em evidências (Casswell 2019). Sempre que as atividades de RSC reduzem o impacto ambiental, como na área do uso da água (são necessários aproximadamente 300 litros de água para fazer um litro de cerveja de cevada) (Water Footprint Network, sem data), há resultados ambientais positivos. A Heineken ganhou prêmios por seus esforços para reduzir a utilização de água na produção de cervejas (Business Today 2019). O alinhamento da política de sustentabilidade das CTNAs, no entanto, com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas oferece oportunidades para que elas aumentem seu envolvimento e influência na arena de governança global (Casswell 2019). A RSC em questões de água também oferece oportunidades para destacar o apoio às comunidades por meio de iniciativas locais. A Diageo, por exemplo, opera programas

comunitários de água, saneamento e higiene na África e na Índia, que são áreas com escassez de água que fornecem suas matérias-primas.

Muitas atividades de RSC estão focadas em mitigar as ameaças inerentes ao produto, como a promoção de programas de “consumo responsável” em escolas presentes em sociedades com baixo predomínio de consumo de álcool entre jovens, onde as mensagens normalizam o consumo (Yoon e Lam 2013). Essas iniciativas foram criticadas pela ambiguidade de suas mensagens e pela falta de foco nas políticas de álcool baseadas em evidências e econômicas incluídas nas “melhores compras” por parte das Nações Unidas. Uma preocupação fundamental para a saúde pública é que tais iniciativas de RSC não apenas sufoquem as melhores compras, mas também se tornem concorrentes na oposição a elas. As estratégias de RSC agora incorporam o uso de mídia digital, incluindo mensagens sobre “beber com responsabilidade”, ao mesmo tempo em que oferecem dicas para beber e mensagens que aumentam a exposição à desinformação sobre os malefícios do álcool (Petticrew *et al.* 2020).

As atividades de RSC são promovidas pelas próprias CTNAs e pelas associações comerciais que representam os interesses da indústria do álcool para a mídia, o público e o governo, frequentemente operando além das fronteiras nacionais, regional e globalmente. Por vezes, elas são chamadas de **organizações de aspectos sociais e relações públicas** (OASRP) e foram estabelecidas para gerenciar questões que podem ser prejudiciais à indústria do álcool (Anderson 2004; Babor e Robaina 2013).

Organizações globais como a *International Alliance for Responsible Drinking* (IARD – Aliança Internacional para o Consumo Responsável) e fundações criadas pela CTNAs como a AB InBev (AB InBev Foundation 2020) são complementadas por organizações regionais como a *Cerveceros Latinoamericanos*, que representa cervejeiros de 18 países da região latino-americana e desempenha um papel fundamental no engajamento dos governos da América Latina na discussão relacionada ao **uso nocivo** do álcool, além de patrocinar atividades para reduzir os danos relacionados ao álcool (Robaina *et al.* 2020). Na região do Sudeste Asiático, a maior parte das CTNAs tem fundações de RSC que financiam treinamento, bolsas de estudo, pesquisa e empreendedorismo, bem como instituições de caridade e ajuda humanitária. Além das atividades de RSC de curto prazo e pontuais, a maioria das CTNAs e das fundações têm iniciativas de RSC

a longo prazo, as quais normalmente são realizadas todos os anos com parceiros no governo e organizações da sociedade civil (Amul 2020), estabelecendo relações de longo prazo – relacionamentos que são valiosos para aumentar a influência na arena política (Casswell 2020).

As CTNAs e seus representantes e grupos de interesse afiliados são *players* mundiais influentes, refletindo seu tamanho e lucratividade. Elas respondem às mudanças nas circunstâncias, como o aumento da consciência sanitária nos PARs e a pandemia do coronavírus (COVID-19). Conforme descrito no Quadro 5.6, as CTNAs empregam técnicas de marketing tanto para o consumidor quanto para as partes interessadas, visando manter a lucratividade.

Quadro 5.6 Pandemia de COVID-19 e a resposta da indústria do álcool

A pandemia do coronavírus (COVID-19) apresentou grandes desafios para a indústria do álcool, principalmente com o fechamento e redução das vendas de restaurantes, bares e pubs. Vários países, incluindo a África do Sul, Índia e Tailândia, introduziram proibições totais temporárias da venda de álcool (Neufeld *et al.* 2020).

Apesar de um aparente aumento nas vendas on-line de álcool, a pressão do declínio das vendas em estabelecimentos levou a indústria do álcool a buscar estratégias alternativas para manter os lucros. As CTNAs lançaram vários programas de apoio a empregos e equipamentos no setor hoteleiro. À medida que os governos implementavam restrições de bloqueio, a indústria do álcool enquadrava seus produtos como “essenciais” e fazia lobby para que os pontos de venda e os serviços de entrega a domicílio ou para viagem permanecessem abertos (Casswell 2020; Collin *et al.* 2020).

A indústria foi rápida em comercializar on-line no contexto das restrições da pandemia do coronavírus (COVID-19), particularmente ao movimento e aglomeração de pessoas. Um estudo mostrou que uma conta pessoal do Facebook e Instagram recebeu um anúncio de álcool a cada 35 segundos durante as restrições pandêmicas do coronavírus (COVID-19) (Fundação para Pesquisa e Educação sobre Álcool e Conselho de Câncer da Austrália Ocidental 2020). Anúncios da Budweiser, lamentando com os fãs a falta de eventos esportivos e da Guinness, condoendo-se sobre a não realização do evento do dia de São Patrício, responderam às frustrações experimentadas nos bloqueios. De acordo com o pesquisador que analisa esses anúncios, “a publicidade durante períodos de recessão não apenas protege as marcas de impactos a curto prazo, mas, mais importante ainda, gera uma plataforma que alcançará um crescimento exponencial a longo prazo” (Toppi 2020).

Muitas CTNAs fabricavam higienizadores e desinfetantes para as mãos à base de álcool, ambos produtos muito procurados, doando-os a organizações de saúde nos PBMRs. Uma marca combinou a finalidade desinfetante com o consumo. A Liviko, uma marca global de vodca com sede na Estônia, comercializou uma vodca “Travel Safe” (APV de 60%) embalada em pequenas garrafas para o Canal mundial de varejo para viagens, que pode funcionar como desinfetante e bebida (Wehring 2020c).

5.4 Varejistas de bebidas alcoólicas

O varejo de álcool é uma parte importante do vínculo da indústria, de modo que garantir o fácil acesso à compra de álcool é essencial para os produtores. O estudo *International Alcohol Control* (IAC – Controle Internacional de Álcool) relatou que era comum que consumidores de álcool em todos os dez países participantes, tanto de renda alta quanto de renda média, pudessem acessar o álcool em 10 minutos ou menos (Gray-Phillip *et al.* 2018). Uma parceria público-privada de RSC abortada entre a Heineken e o Fundo Global das Nações Unidas (a fim de facilitar a entrega de vacinas e medicamentos) foi baseada nas excelentes redes de distribuição da Heineken, na África rural, permitindo-lhe distribuir cervejas por todo o território e de forma eficiente (Cassiwell 2019).

O álcool é vendido para consumo em estabelecimentos e para viagem. Os PARs desenvolveram sistemas de licenciamento ou outras formas de regulamentação, como propriedade pública de pontos de venda.

Neles, uma distinção mais clara entre o licenciamento de varejo dentro e fora do estabelecimento comercial é aparente; no entanto, nos PBMRs, a distinção é menos clara, de modo que há mercearias/lanchonetes vendendo bebidas alcoólicas para viagem e para beber no local (inclusive em lugares informais externos) (Gray-Phillip *et al.* 2018).

Mundialmente falando, mais de 40% dos gastos com bebidas alcoólicas são atribuíveis ao consumo fora de casa, destacando a importância das vendas no estabelecimento para a indústria de produção (Statista 2020b). Refletindo isso, durante a pandemia do coronavírus (COVID-19), as CTNAs em todo o mundo apoiaram disposições para que os pontos de venda locais permanecessem abertos durante os bloqueios ou recuperassem seus prejuízos na América Latina, vendendo álcool de outras maneiras (Morton 2020c; Sousa 2020). Embora a receita das vendas no estabelecimento seja significativa, é comum que apenas uma minoria das vendas de álcool seja consumida em pontos de venda locais (Gray-Phillip *et al.* 2018).

Os países variam na medida em que o álcool para viagem, e por vezes uma bebida alcoólica específica, é vendido apenas em lojas específicas para bebidas alcoólicas e se as lojas de conveniência e supermercados, em geral, podem vender álcool. Nos países nórdicos (exceto a Dinamarca), por exemplo, que mantiveram alguma propriedade pública

do varejo de álcool, o álcool é vendido, principalmente, em pontos de venda específicos para o álcool, embora bebidas menos fortes sejam vendidas em supermercados e lojas de conveniência (Karlsson *et al.* 2020; Olsson e outros 2002). Em muitos outros países, é comum a venda de álcool juntamente com outras mercadorias. A expansão do álcool para os supermercados em alguns PARs aumentou o consumo (Zhang e Casswell 1999) e tornou-o mais palatável para as mulheres (Wyllie *et al.* 1993). Os supermercados anunciaram produtos baratos à base de álcool, sugerindo que estão sendo usados como “chamarizes” para atrair clientes com o fim de fazê-los comprar mantimentos na loja. Os supermercados tornaram-se um importante segmento de varejo em muitos países. No México, por exemplo, a Superama é a operadora líder no setor de hipermercados e superlojas e responde por quase metade de todas as vendas de álcool (Robaina *et al.* 2020). A Superama pertence ao Walmart, uma das maiores entidades corporativas do mundo, e foi classificada como a varejista número um em 2019, com base na receita, tamanho e investimentos da empresa em mercados on-line. Em 2020, o Walmart expandiu sua linha de produtos alcoólicos para incluir mais produtos *premium* nos Estados Unidos. O álcool também é amplamente vendido em lojas de conveniência. A maior rede global de lojas de conveniência 24 horas, a 7-Eleven (Lindenberg 2020), vende bebidas alcoólicas em muitos países e tem uma participação de mercado considerável.

Vários governos tentaram controlar até que ponto os interesses dos varejistas estão ligados aos dos principais produtores de álcool, por meio de acordos de fornecimento, empréstimos financeiros ou, por vezes, pela posse.

Os Estados Unidos estabeleceram um sistema de três níveis para separar produtores, atacadistas e varejistas. Em 2011, no entanto, a Costco, grande varejista que também atua como atacadista de outros produtos, conseguiu, após duas campanhas, que uma iniciativa de votação fosse aprovada pelos eleitores do estado de Washington, abolindo o monopólio de bebidas alcoólicas do estado, bem como nos três níveis deste estado (Jernigan e Ross 2020). A rápida disseminação da entrega on-line enfraquecerá ainda mais o sistema de três níveis dos Estados Unidos (Wehring 2020a).

A expansão da compra e entrega on-line, muitas vezes por terceiros, tem implicações para a saúde pública (vide o quadro 5.7). Mun-

dialmente falando, muitos consumidores experimentaram a entrega on-line pela primeira vez na pandemia do coronavírus (COVID-19). Na Nova Zelândia, por exemplo, 18% das pessoas recorreram à entrega on-line pela primeira vez durante as restrições da pandemia do coronavírus (COVID-19), sendo seu uso mais provável entre os maiores consumidores de álcool; a maioria relatou ver pelo menos um anúncio de entrega on-line todos os dias, de modo que um em cada quatro usuários e entregas on-line do sexo masculino relatou ter feito um novo pedido, depois de ficar sem álcool durante uma sessão de consumo de bebidas (Huckle *et al.* 2021).

Quadro 5.7 Ampliação da disponibilidade por meio de vendas on-line

A entrega de bebidas alcoólicas on-line é uma estratégia da indústria que está surgindo rapidamente, alinhada com as compras on-line em geral, tendo aumentado a disponibilidade de bebidas alcoólicas. O crescimento no varejo on-line ocorreu em países de renda alta, baixa e média, sendo que o mercado de entregas de álcool on-line da China cresceu 15% anualmente (Wang 2018). A entrega de álcool on-line está associada a um consumo maior, podendo facilitar o consumo mais intenso por meio da entrega rápida e repetida a consumidores de álcool já intoxicados (Mojica-Perez *et al.* 2019). Estudos demonstraram que as verificações da idade de destinatários mais jovens nem sempre são feitas. A entrega domiciliar de álcool é comumente promovida nas mídias sociais, proporcionando uma transição perfeita da mensagem de marketing para a compra. Uma expansão repentina da entrega de álcool on-line ocorreu em muitos países durante a pandemia do coronavírus (COVID-19), uma resposta do setor às restrições à venda de álcool por meio de outros pontos de venda durante os bloqueios (Huckle *et al.* 2021). O “Tienditas Cerca”, por exemplo, um programa conduzido pelo Grupo Modelo no México e Cervepar no Paraguai, ofereceu uma plataforma de pedidos on-line gratuita para serviços de entrega a domicílio para mais de 12.000 varejistas (Ze Delivery 2020). O aumento do uso de serviços de entrega on-line destacou um problema já existente – uma política insuficiente em vigor para mitigar os danos da entrega on-line de bebidas alcoólicas.

Lojas de varejo e bares há muito participam da comercialização de bebidas alcoólicas por meio da promoções de preços e eventos; no entanto, houve uma expansão do marketing por parte dos varejistas impulsionados pelas oportunidades da tecnologia digital. As plataformas digitais são infraestruturas de mercado multifacetadas que otimizam as relações entre consumidores, empresas e as plataformas (Nieborg e Helmond 2019) e combinam a venda de publicidade com plug-ins de varejo e distribuição (Carah e Brodmerkel 2021). Os dados coletados das compras

on-line são analisados para criar um perfil valioso do usuário (Stillman e Letang 2015; Martínez-Martínez *et al.* 2017) para fins de marketing, bem como para fornecer uma oportunidade de compra perfeita.

Enfatizando a importância do link com a entrega on-line, a Amazon, a principal plataforma de marketing global, lançou sua própria marca de álcool. A Amazon lançou seu rótulo de gin Tovess no segundo semestre de 2019, sinalizando as ambições da plataforma no espaço de destilados *premium* (Análise do mercado de bebidas IWSR 2020a).

As relações complexas entre produtores, atacadistas e varejistas significam que as indústrias de hospitalidade e varejo de álcool têm suas próprias perspectivas distintas em algumas questões regulatórias, alinhando-se, porém, com os produtores de álcool em outras.

5.5 Fornecimento de álcool não registrado

A produção informal faz parte do que costuma ser chamado de consumo “não registrado” – álcool não registrado na jurisdição onde ele é consumido (vide Capítulo 3). Os riscos à saúde devidos ao álcool informal normalmente recebem publicidade considerável; no entanto, a extensão desses riscos é frequentemente superestimada. A cobertura da mídia normalmente se refere ao envenenamento por metanol. Análises recentes (Okaru *et al.* 2019; Lachenmeier *et al.* 2021), porém, chegaram à conclusão de que, exceto pelo envenenamento por metanol, o impacto do álcool não registrado na saúde pública é semelhante ao do álcool registrado e depende, principalmente, do volume de álcool etanol consumido e os padrões de consumo.

Preços baixos e disponibilidade imediata de álcool informal ou ilegal são motivo de preocupação para os produtores comerciais, uma vez que prejudica seus produtos no mercado. A entrada das CTNAs em mercados dos PBMRs faz lobby para políticas contrárias aos produtos informais como parte de suas atividades de RSC. Elas enfatizam a qualidade de seus métodos de produção, oferecem assessoria técnica, apoiam a regulamentação e a tributação do álcool de todas as fontes (Aliança Internacional para o Consumo Responsável 2018) e pedem reduções de impostos para tirar a vantagem competitiva do álcool não registrado (Lachenmeier *et al.* 2021).

Algumas empresas globais também passaram a competir diretamente com produtores informais de bebidas, comercializando formas industrializadas de bebidas tradicionais e oferecendo produtos a preços competitivos. A SABMiller, por exemplo, desempenhou um papel ao trazer a produção e venda da tradicional cerveja “turva” feita de sorgo para o sistema de licenciamento da África do Sul (Parry 1998), produzindo no momento a cerveja de sorgo, bem como a cerveja de estilo europeu, em escala industrial. Também foram usadas estratégias de preços, por exemplo, para aumentar o consumo de marcas comerciais na África do Sul, onde a SABMiller precificou a cerveja igual ou abaixo da taxa de inflação de forma deliberada, com vistas a desafiar o consumo de álcool informal, tendo dobrado o mercado comercial (Bouckley 2012).

5.6 Conclusão

A globalização da indústria do álcool nas últimas décadas foi facilitada por acordos comerciais e de investimento e pela natureza altamente lucrativa dos produtos alcoólicos. As CTNAs, particularmente as maiores produtoras de cerveja e destilados, expandiu-se por meio de investimentos, fusões e aquisições para PBMRs na América Latina, Ásia-Pacífico, Oriente Médio e África, sendo que estes se tornaram cada vez mais importantes para seus mercados globais. No contexto de crescimento econômico, marketing extensivo e controles limitados da política de álcool a nível nacional, não havendo também nenhuma regulamentação a nível mundial, essa expansão para os países de baixa e média renda criou a “combinação perfeita”, a qual foi refletida no aumento do consumo e danos (Casswell 2020).

A estabilização no consumo de álcool nos PARs encorajou não apenas a expansão para novos mercados nos PBMRs, mas também um foco no aumento do valor nos PARs. Os lucros são aumentados pela premiumização, na qual os consumidores mudam para marcas com preços mais altos, e pelo desenvolvimento de novos produtos, como cervejas com nenhum teor e com baixo teor alcoólico, em resposta à crescente conscientização sanitária.

O marketing destinado a consumidores e partes interessadas continua sendo uma estratégia de importância crucial aplicada pela indús-

tria. O desenvolvimento de plataformas digitais na última década mudou drasticamente a natureza do marketing de bebidas alcoólicas e forneceu oportunidades poderosas para a indústria. Em 2019, foi relatado que as marcas de álcool obtiveram os maiores índices de engajamento digital em comparações entre setores nas principais plataformas de mídias sociais (Feehan 2019). O marketing digital oferece oportunidades cada vez mais contínuas para compras on-line, complementando os pontos de venda tradicionais e criando novos desafios para a política do álcool. O tamanho e a lucratividade das CTNAs e de suas organizações substitutas também apoiam extensas atividades de RSE para promover indiretamente os interesses políticos da indústria, como ficará claro nos Capítulos 14 e 15.

O lado da oferta e os desenvolvimentos de marketing descritos anteriormente têm implicações em como entendemos os mercados nacionais de álcool e a necessidade de políticas locais e nacionais eficazes de álcool serem apoiadas por respostas internacionais e regionais. O desafio que os países enfrentam nos esforços para reduzir os malefícios do álcool por meio das estratégias eficazes descritas nos Capítulos 7 a 13 é enfrentado por estratégias de marketing integradas, altamente sofisticadas, e outros esforços bem financiados da indústria para influenciar os resultados das políticas. A falta de regulamentação para proteger a saúde a nível global apresenta desafios consideráveis para pesquisadores, ao setor da saúde pública e aos governos. São necessárias respostas por meio da utilização de estratégias nacionais e mundiais da saúde pública a fim de minimizar as consequências para a saúde e os danos sociais resultantes do consumo expandido de bebidas alcoólicas.

Referências

AB InBev Foundation (2020) Harmful use of alcohol is a global problem that impacts communities around the world. <https://abinbevfoundation.org/>

Adbrands (2018) Worldwide advertisers agencies. <https://www.adbrands.net/top-global-ad-vertisers.htm>

Amul GG. 2020. Alcohol Advertising, Promotion, and Sponsorship: A Review of Regulatory Policies in the Association of Southeast Asian Nations. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 81(6), 697–709.

Anderson P (2004) The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction*, 99, 1376–7.

Babor TF and Robaina K (2013) Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *Am J Public Health*, 103, 206–14.

BBC News (2012) Beer 'must be sold' at Brazil World Cup, says FIFA. <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-16624823>

BouckleyB(2012)SABMillerchallengetohitAfricanbeer'sweetspot'.<https://www.beveragedaily.com/Article/2012/10/11/SAB-Miller-challenge-to-hit-African-beer-sweet-spot>

Business Today (2019) Heineken Malaysia Berhad wins Best Water Management at Sustainable Business Awards 2018. <https://www.businesstoday.com.my/2019/02/07/heineken-malaysia-berhad-wins-best-water-management-at-sustainable-business-awards-2018/>

Carah N and Brodmerkel S (2021) Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 18–27.

Casswell S (2019) Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed? *J Glob Health*, 9, 020305.

Casswell S (2020) Alcohol can make coronavirus worse—so why was it treated as essential in New Zealand's lockdown. *The Conversation*, 8 May, <https://theconversation.com/alcohol-can-make-coronavirus-worse-so-why-was-it-treated-as-essential-in-new-zealands-lockdown-137698>

Casswell S (2022) Development of alcohol control policy in Vietnam: transnational corporate interests at the policy table, global public health largely absent. *International Journal of Health Policy and Management*, doi:10.34172/ijhpm.2022.6625

Casswell S, Callinan S, Chaiyasong S, Cuong, *et al.* (2016) How the alcohol industry relies on harmful use of alcohol and works to protect its profits. *Drug Alcohol Rev*, 35, 661–4.

Collin J and Hill S (2019) Structure and tactics of the tobacco, alcohol, and sugary beverage industries. <https://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2019/04/Structure-and-Tactics-of-the-Tobacco-Alcohol-and-Sugary-Beverage-Industries.pdf>

Collin J, Hill S, and Smith K (2015) Merging alcohol giants threaten global health. *BMJ*, 351, h6087.

Collin J, Johnson E, and Smith S (2014) Government support for the alcohol industry: promoting exports, jeopardizing global health. *BMJ*, 348, g3648.

Collin J, Ralston R, Hill SE, *et al.* (2020) Signalling Virtue, Promoting Harm: Unhealthy commodity industries and COVID-19. NCD Alliance, SPECTRUM. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Signalling%20Virtue%2C%20Promoting%20Harm_Sept2020_FINALv.pdf

Damodaran A (2019) Profit margins (net, operating and EBITDA) – Global. http://people.stern.nyu.edu/adamodar/New_Home_Page/dataarchived.html

Dowd K (2019) How 3G Capital and a \$50B buyout turned Kraft Heinz upside down. Pitchbook. <https://pitchbook.com/news/articles/how-3g-capital-and-a-50b-buyout-turned-kraft-heinz-upside-down>

E&J Gallo Winery (2018) E&J Gallo Winery announces three-year strategic partnership with Alibaba Group [press release]. <https://www.gallo.com/press/2018-07-12-gallo-announces-three-year-strategic-partnership-with-alibaba>

Feehan B (2019) Social media industry benchmark report. Rival IQ. <https://www.rivaliq.com/blog/2019-social-media-benchmark-report/>

Foundation for Alcohol Research and Education, and Cancer Council Western Australia (2020) An alcohol ad every 35 seconds. A snapshot of how the alcohol industry is using a global pandemic as a marketing opportunity. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/2020-05-08-CCWA-FARE-An-alcohol-ad-every-35-seconds-A-snapshot-final.pdf>

Gornall J (2014) World Cup 2014: festival of football or alcohol. *BMJ*, 348, g3772.

Gray-Phillip G, Huckle T, Callinan S, *et al.* (2018) Availability of alcohol: location, time and ease of purchase in high-and middle-income countries: data from the International Alcohol Control Study. *Drug Alcohol Rev*, 37, S36–44.

Hancock E (2020) Coca-Cola unites with Molson Coors to launch hard seltzer. the drinks business. <https://www.thedrinksbusiness.com/2020/09/coca-cola-unites-with-molson-coors-to-launch-hard-seltzer/>

Hoiium T (2018) How the AB InBev buyout went wrong. <https://www.fool.com/investing/2018/11/03/how-the-ab-inbev-buyout-went-wrong.aspx>

Holden C, Hawkins B, and McCambridge J (2012) Cleavages and co-operation in the UK alcohol industry: a qualitative study. *BMC Public Health*, 12, 483.

Hootsuite (2020) Digital 2020 global digital overview: essential insights into how people around the world use the Internet, mobile devices, social media and Ecommerce. <https://wearesocial-net.s3-eu-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/common/reports/digital-2020/digital-2020-global.pdf>

Huckle T, Parker K, Romeo JS, *et al.* (2021) Online alcohol delivery is associated with heavier drinking during the first New Zealand COVID-19 pandemic restrictions. *Drug Alcohol Rev*, 40, 826–34. InsideWorldFootball(2018)Thai-BevbrandbaiSaigontorideonLeicesterCity'sshirtsleeveinmulti year deal. <http://www.insideworldfootball.com/2018/08/02/thaibev-brand-bai-saigon-ride-leicester-city-shirt-sleeve-multi-year-deal/> International Alliance for Responsible Drinking (2018) Policy review in brief: marketing of alcoholic beverages. <https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>

IWSR Drinks Market Analysis (2020a) IWSR's top 5 global beverage trends for 2020. <https://www.theiwsr.com/iwsrs-top-5-global-beverage-trends-for-2020/>

IWSR Drinks Market Analysis (2020b) Hard seltzers: a beverage alcohol category or lifestyle movement? <https://www.theiwsr.com/hard-seltzers-a-beverage-alcohol-category-or-lifestyle-movement/>

Jernigan D (2009) The global alcohol industry: an overview. *Addiction*, 104 (Suppl1), 6–12. Jernigan D and Babor TF (2015) The concentration of the global alcohol industry and its penetration in the African region. *Addiction*, 110, 551–60.

Jernigan D and Ross C (2020) The alcohol marketing landscape: alcohol industry size, structure, strategies, and public health responses. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 19, 13–25. doi: 10.15288/jsads.2020.s19.13

Joseph S (2017) Heineken prioritizes mass reach over hypertargeting on Google and Facebook. www.digiday.com

Joseph S (2020) As the Facebook boycott ends, brand advertisers are split on what happens next with their marketing budgets. <https://digiday.com/media/as-the-facebook-boycott-ends-brand-advertisers-are-split-on-what-happens-next-with-their-marketing-budgets/>

Karlsson D, Holmberg S, and Weibull L (2020) Solidarity or self-interest? Public opinion in relation to alcohol policies in Sweden. *Nordisk Alkohol Nark*, 37, 105–21.

Kelsey J (2020) How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *NZULR*, 29, 153–79.

Kickbusch I, Allen L, and Franz C (2016) The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*, 4, e895–6.

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 28–41.

Lindenberg G (2020) 7-Eleven reaches 70,000-store mark. <https://www.cspdaily-news.com/company-news/7-eleven-reaches-70000-store-mark>

Martínez-Martínez IJ, Aguado JM, and Boeykens Y (2017) Ethical implications of digital advertising automation: the case of programmatic advertising in Spain. *El Profesional De La Información (EPI)*, 26, 201–10.

Mojica-Perez Y, Callinan S, and Livingston M (2019) Alcohol home delivery services: an investigation of use and risk. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Alcohol-home-delivery-services.pdf>

Morton A (2019) Pernod Ricard's Chinese malt whisky distillery—just-drinks speaks to China MD Jean-Etienne Gourgues and Asia marketing head Tracy Kwan. https://www.just-drinks.com/interview/pernod-ricards-chinese-malt-whisky-distillery-just-drinks-speaks-to-china-md-jean-etienne-gourgues-and-asia-marketing-head-tracy-kwan_id129182.aspx

Morton A (2020a) Could lockdown cement low/no-alcohol status?—focus. https://www.just-drinks.com/analysis/could-lockdown-cement-lowno-alcohol-status-focus_id131156.aspx Morton A (2020b) Diageo to focus on Gen

Z, social media in no-and low-alcohol strategy. https://www.just-drinks.com/news/diageo-to-focus-on-gen-z-social-media-in-no--and-low-alcohol-strategy_id131919.aspx

Morton A (2020c) Beverage rivals join forces for US\$76m Brazil retail relief effort. https://www.just-drinks.com/news/beverage-rivals-join-forces-for-us76m-brazil-retail-relief-effort_id131125.aspx

Morton A (2020d) Sazerac, Luzhou Laojiao backing adds muscle to Ming River baijiu cocktail push. https://www.just-drinks.com/news/sazerac-luzhou-laojiao-backing-adds-muscle-to-ming-river-baijiu-cocktail-push_id132039.aspx?utm_source=daily-htmlandutm_medium=emailandutm_campaign=15-10-2020andutm_term=144588andutm_content=624285

Neufeld M, Lachenmeier DW, Ferreira-Borges C, *et al.* (2020) Is alcohol an ‘essential good’ during COVID-19? Yes, but only as a disinfectant! *Alcohol Clin Exp Res*, 44(9), 1906–9.

Nieborg DB and Helmond A (2019) The political economy of Facebook’s platformization in the mobile ecosystem: Facebook Messenger as a platform instance. *Media Cult Soc*, 41, 196–218. Okaru AO, Rehm J, Sommerfeld K, *et al.* (2019) The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu A and Holban A-M (eds.) *Alcoholic Beverages: 7. The Science of Beverages*. Cambridge, MA: Woodhead Publishing, pp. 1–34.

Olsson B, Ólafsdóttir H, and Room R (2002) Introduction: Nordic traditions of studying the impact of alcohol policies. In Room R (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Problems When Alcohol Controls Change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 5–11.

Parry CDH (1998) *Alcohol Policy and Public Health in South Africa*. Oxford: Oxford University Press.

Pellechia T (2018) The effects of recent global wine mergers and acquisitions on the industry. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/thomaspellechia/2018/08/06/global-wine-mergers-acquisitions-the-focus-of-rabobanks-3rd-quarter-2018-report/?sh=140ca8662176>

Petticrew M, Maani N, Pettigrew L, *et al.* (2020) Dark nudges and sludge in big alcohol: behavioral economics, cognitive biases, and alcohol industry corporate social responsibility. *The Milbank Quarterly*, 98(4), 1290–328.

Rannekleiv S and Castroviejo M (2018) Wine Quarterly Q4 2018: Does your consumer own your brand? RaboResearch. <https://research.rabobank.com/far/en/sectors/beverages/wine-quarterly.html>

Robaina K, Babor T, Pinsky I, *et al.* (2020) The alcohol industry's commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health. Geneva: NCD Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf

Roberto MA (2011) The changing structure of the global wine industry. *Int Bus Econ Res J*, 2(9). <https://doi.org/10.19030/iber.v2i9.3835>

Room R and O'Brien P (2021) Alcohol marketing and social media: a challenge for public health control. *Drug Alcohol Rev*, 40, 420–2.

Sousa R (2020) Pernod Ricard lends support to small-town cafes as France reopens on-premise. https://www.just-drinks.com/news/pernod-ricard-lends-support-to-small-town-cafes-as-france-reopens-on-premise_id131070.aspx

Statista (2020a) Spirits—Asia. <https://www.statista.com/outlook/10020000/101/spirits/>

Statista (2020b) Alcoholic drinks worldwide. <https://www.statista.com/outlook/10000000/100/alcoholic-drinks/worldwide#market-revenue>

Stillman L and Letang V (2015) Programmatic 2015: The path forward. <http://www.cadreon.com/wp-content/uploads/2015/10/Spring-2015-Programmatic-FINAL.pdf>

The Motley Fool (2020) Anheuser-Busch InBev SA/NV (BUD) Q4 2019 earnings call transcript. <https://www.fool.com/earnings/call-transcripts/2020/02/27/anheuser-busch-inbev-sanv-bud-q4-2019-earnings-cal.aspx>

The Spirits Business (2018) Local spirits brand champion 2018: Jinro. <https://www.thespiritsbusiness.com/2018/06/local-spirits-brand-champion-2018-jinro/>

Thornton JA (2013) *American Wine Economics: An Exploration of the US Wine Industry*. Berkeley, CA: University of California Press.

Toppi P (2020) Three learnings from alcohol brands for communicating during Covid-19. AdNews. <https://www.adnews.com.au/opinion/three-learnings-from-alcohol-brands-for-communicating-during-covid-19>

Wang N (2018) IWSR: China leads global online alcohol consumption. <https://www.thedrinksbusiness.com/2018/09/iwsr-china-leads-global-online-alcohol-consumption/>

Water Footprint Network (no date) Product Gallery—beer (from barley). <https://waterfootprint.org/en/resources/interactive-tools/product-gallery/>

Wehring O (2020a) ‘Company leaders really need to take a battlefield approach’—just-drinks speaks to Ross Colbert, KPMG Corporate Finance MD of global beverages—Part II— CORONAVIRUS SPECIAL. https://www.just-drinks.com/interview/company-leaders-really-need-to-take-a-battlefield-approach-just-drinks-speaks-to-ross-colbert-kpmg-corporate-finance-md-of-global-beverages-part-ii-coronavirus-special_id130876.aspx

Wehring O (2020b) ‘Zero-based budgeting hasn’t been successful in building brands’—just-drinks speaks to Ross Colbert, MD of global beverages at KPMG Corporate Finance—Part I. https://www.just-drinks.com/interview/zero-based-budgeting-hasnt-been-successful-in-building-brands-just-drinks-speaks-to-ross-colbert-md-of-global-beverages-at-kpmg-corporate-finance-part-i_id130869.aspx

Wehring O (2020c) Liviko launches 60% abv Travel Safe vodka/disinfectant for GTR. https://www.just-drinks.com/news/liviko-launches-60-abv-travel-safe-vodkadisinfectant-for-gtr_id131360.aspx

Woodward R (2020) What’s coming up in white spirits in 2020?—Predictions for the year ahead—comment. https://www.just-drinks.com/comment/whats-coming-up-in-white-spirits-in-2020-predictions-for-the-year-ahead-comment_id130154.aspx

World Cup Russia (2018) Beer Buzz: FIFA’s beer sponsor to sue 2018 World Cup Stadium. <https://www.rt.com/sport/416440-beer-world-cup-russia/>

Wyllie A, Holibar F, Jakob-Hoff M, *et al.* (1993) A qualitative investigation of the introduction of wine in New Zealand grocery outlets. *Contemporary Drug Problems*, 20, 33–49.

Yoon S and Lam T-H (2013) The illusion of righteousness: corporate social responsibility practices of the alcohol industry. *BMC Public Health*, 13, 630. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-1113-1630>

Young B (2019) How wine apps are taking over the Chinese market. *the drinks business*. <https://www.thedrinksbusiness.com/2019/07/how-wine-apps-are-taking-over-the-chinese-market/>

Ze Delivery (2020) Cadastrar como parceiro do Ze Delivery. <https://www.ze.delivery/cadastro-parceiro>

Zhang J-F and Casswell S (1999) The effects of real price and a change in the distribution system on alcohol consumption. *Drug Alcohol Rev*, 18, 371–8.

6

PANORAMA GERAL DAS ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PARA PREVENIR E REDUZIR OS DANOS RELACIONADOS COM O ÁLCOOL

6.1 Panorama geral

Segundo todos os relatos, o escopo global dos problemas relacionados ao álcool é enorme, representando uma das ameaças mais significativas e evitáveis à saúde da população em todo o mundo. Os capítulos anteriores deste livro exploraram as causas e consequências dos problemas relacionados ao álcool e as questões que precisam ser abordadas por motivos de saúde pública. Neste capítulo, preparamos o terreno para uma revisão da pesquisa de avaliação de políticas a ser descrita com mais detalhes nos capítulos 7 a 13.

A Tabela 6.1 apresenta um panorama geral das sete principais áreas políticas que constituem as atuais abordagens de saúde pública aos problemas relacionados ao álcool. Ela também descreve os pressupostos teóricos e os amplos objetivos políticos que fundamentam essas diferentes abordagens à política do álcool. As suposições sugerem que o consumo de álcool e os problemas relacionados ao álcool podem ser reduzidos por uma série de mecanismos, incluindo a redução da demanda, controle da oferta, restrições ambientais, dissuasão, pressão social, informações de saúde, restrições de marketing e serviços de tratamento. Os capítulos subsequentes documentam até que ponto essas suposições são apoiadas por evidências de pesquisa disponíveis.

Conforme indicado na última coluna da Tabela 6.1, muitas políticas e intervenções visam reverter os problemas resultantes das práticas da indústria do álcool (descrito no Capítulo 5). Essas práticas são resumidas pelos sete “Ps” do “complexo de marketing”, um termo que se refere aos produtos e serviços usados para desenvolver clientes fiéis e aumentar a lucratividade (Borden 1964; Gummesson 2008): (1) o Produto; (2) seu Preço; (3) seu Local (“place”) (como o produto é distribuído e

disponibilizado ao cliente); (4) a Promoção (como o cliente é identificado e persuadido a comprar); (5) as Pessoas (todos os que estão na cadeia de produção e abastecimento); (6) o Processo (os sistemas e processos que entregam o produto a um cliente, por exemplo, segmentação de “segmentos de mercado” suscetíveis); e (7) as características físicas (“physical characteristics”) (embalagem do produto e ambiente de vendas). A Tabela 6.1 especifica como as respostas às políticas do álcool são implícita ou explicitamente direcionadas a cada uma dessas práticas.

As estratégias de preços (vide Capítulo 7), muitas vezes implementadas por meio de políticas tributárias, podem ser usadas para controlar o consumo de álcool, reduzir problemas e aumentar as receitas para compensar os custos econômicos sociais impostos pelo álcool. As estratégias dirigidas à disponibilidade física do álcool (vide Capítulo 8) são traduzidas em leis e regulamentações que tornam o consumo de álcool menos conveniente e, assim, evitam as consequências a curto e longo prazo do consumo excessivo. Os controles sobre a comercialização de álcool são estratégias (vide Capítulo 9) destinadas a reduzir a atratividade do álcool, particularmente para os jovens e outras populações vulneráveis, de modo a interromper a normalização do consumo de álcool e os padrões de consumo intenso.

Tabela 6.1 Opções de políticas de saúde pública, pressupostos teóricos, objetivos políticos amplos e estratégias da indústria abordadas

Opções de saúde pública	Exemplos de estratégias e intervenções na saúde pública	Suposições teóricas e objetivos políticos amplos	Estratégias da indústria abordadas
Políticas de preços e tributação	Impostos sobre consumo de álcool; Preço mínimo; conjunto de descontos e promoções de preços; tributação adicional sobre bebidas voltadas para jovens	O aumento do custo econômico do álcool em relação a outras commodities e à renda disponível reduzirá a demanda por álcool diminuindo a acessibilidade do álcool	Uso de promoções de preços para aumentar as vendas e promover maiores quantidades de bebidas



Opções de saúde pública	Exemplos de estratégias e intervenções na saúde pública	Suposições teóricas e objetivos políticos amplos	Estratégias da indústria abordadas
Regulamentação da disponibilidade física	Restrições de horário, local e densidade de pontos de venda de bebidas alcoólicas; idade mínima legal de compra; monopólio governamental das vendas no varejo	A redução da oferta pela restrição da disponibilidade física aumentará o esforço para obter álcool e, assim, reduzirá o volume total consumido, bem como os problemas relacionados ao álcool	Quanto maior o número de locais onde os produtos alcoólicos podem ser vendidos e consumidos, maiores os lucros com o aumento das vendas
Regulamentação do marketing de bebidas alcoólicas	Proibição total; proibição parcial; restrição de idade no acesso a estabelecimentos da indústria do álcool	Reduzir a exposição ao marketing que normaliza o ato de beber e o relaciona com as aspirações sociais retardará o recrutamento de jovens que bebem muito e reduzirá o consumo excessivo de álcool	A promoção do álcool estimula a fidelidade à marca e as vendas
Educação e persuasão	Anúncios de serviço público; campanhas nas mídias sociais; rótulos de avisos; diretrizes de consumo de baixo risco; programas escolares e outros programas de educação para jovens; programas comunitários abrangentes	Informações sobre a saúde que aumentam o conhecimento e mudam atitudes podem prevenir problemas com a bebida	A promoção do álcool ajuda a recrutar novos consumidores, estimula a marca, fideliza e aumenta as vendas
Medidas preventivas para a condução sob efeito de álcool	Níveis baixos ou reduzidos de concentração de álcool no sangue (CAS); teste de respiração aleatória; pontos de verificação de sobriedade; suspensão de licença administrativa; severidade da punição; habilitação graduada para motoristas iniciantes; programas intensivos de supervisão; bloqueios	Dissuasão e punição, reduzirão a direção alcoolizada grupos de interesse público	Locais onde o álcool é servido a motoristas alcoolizados e as pessoas que os atendem representam lucros significativos para a indústria



Opções de saúde pública	Exemplos de estratégias e intervenções na saúde pública	Suposições teóricas e objetivos políticos amplos	Estratégias da indústria abordadas
Modificar o contexto do consumo	Intervenções focadas em pares; treinamento e políticas locais; aplicação reforçada; policiamento proativo e direcionado; coordenação regulatória; responsabilidade legal; regulamentações direcionadas; abordagens comunitárias abrangentes	Restrições ambientais e sociais limitarão o consumo do álcool e reduzirão os problemas relacionados ao álcool	Comportamentos dos funcionários (Pessoas, Processo) e as características contextuais (preço, local, promoção, processo, características físicas) podem aumentar as vendas em contextos de consumo comercial
Realizar rastreio e intervenção breve em contextos de cuidados de saúde; aumentar a disponibilidade de tratamento	Intervenção breve com consumidores de risco; auxílio mútuo/auto atendimento para auxiliar; tratamento obrigatório de reincidentes por condução sob efeito de álcool; desintoxicação médica e social; terapias por meio de diálogos; terapias farmacológicas	Os problemas com o álcool serão evitados motivando aqueles que bebem muito a beber moderadamente; várias intervenções terapêuticas aumentarão a abstinência ou reduzirão os níveis de consumo de bebidas entre pessoas com transtornos por consumo de álcool	Todos os itens acima

Além dessas estratégias universais dirigidas a toda a população, as opções de controle do álcool também incluem intervenções dirigidas a consumidores individuais de álcool, aos ambientes em que bebem e a problemas específicos, como dirigir sob o efeito do álcool (vide capítulos 10 a 13). As intervenções podem ser implementadas por uma série de organizações, incluindo agências governamentais, departamentos de saúde e organizações não governamentais. Tipos comuns de intervenção incluem aulas de prevenção em escolas, programas de triagem, serviços de tratamento, teste de bafômetro aleatório para motoristas de automóveis e controles impostos ao ambiente de bebida para prevenir intoxicação e problemas relacionados ao álcool.

Frequentemente, as intervenções são implementadas de maneira descoordenada, sem considerar possíveis efeitos sinérgicos (vide capítulo

16) ou suas consequências não intencionais. Isso pode ser especialmente verdadeiro para estratégias focadas em indivíduos e ambientes de consumo. Ironicamente, muitas dessas estratégias e intervenções podem ser vistas como tentativas diretas de reverter os problemas resultantes das práticas da indústria do álcool, conforme descrito no Capítulo 5.

Em alguns casos, as políticas persistem apesar das evidências de que a estratégia é falha ou o resultado é inconsequente, no que diz respeito à redução dos problemas relacionados ao álcool (por exemplo, a educação sobre o álcool como atividade de prevenção para adolescentes). Para entender por que as políticas são bem-sucedidas ou não em seus objetivos, a crescente área de pesquisa sobre políticas de álcool não apenas avalia a eficácia das políticas, mas também considera os mecanismos que explicam como as políticas estão relacionadas aos resultados. Na Seção 6.2, descrevemos as abordagens metodológicas e as regras de evidência que estabelecem a base científica para as estratégias e intervenções a serem discutidas com mais detalhes nos capítulos 7 a 13.

6.2 Abordagens metodológicas

Uma série de abordagens metodológicas tem sido usada para avaliar o impacto das estratégias de controle do álcool, bem como das intervenções de prevenção e tratamento relevantes para as políticas. Isso inclui estudos experimentais, pesquisa de levantamento, análise de estatísticas oficiais e de arquivo, **análises de séries temporais**,⁶ pesquisa qualitativa e **experimentos naturais**.

A adequação de qualquer método de pesquisa para avaliação de políticas de álcool depende da estratégia ou intervenção em estudo, do estado atual do conhecimento, da disponibilidade de procedimentos de medição válidos e das formas como as informações serão utilizadas (McKinlay 1992). A evidência mais conclusiva nas ciências comportamentais e médicas vem de **ensaios clínicos randomizados** (ECRs) ou experimentos randomizados em que indivíduos ou entidades (por exemplo, pessoas que bebem, bares, comunidades) são aleatoriamente designados para um

6 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

grupo de intervenção ou um grupo de controle não tratado, sendo os resultados comparados. Os ECRs são considerados o padrão diferencial na avaliação, visto que a atribuição aleatória exclui outras explicações para as diferenças encontradas entre as condições experimentais e de controle. Um exemplo do uso de um projeto ECR é a avaliação de uma intervenção preventiva com base na escola, em que alguns alunos ou escolas são designados aleatoriamente para um grupo de controle sem intervenção e outros alunos para um programa que ensina técnicas de resistência ao álcool. Tal como acontece com outras metodologias, os ECRs podem ter limitações, como falta de generalização (Greenland 2017), quando são usados programas com bons recursos que não são típicos do mundo real.

Embora sejam poucos, existem agora alguns estudos de intervenção que consideram a comunidade como a unidade a ser randomizada (por exemplo, Wagenaar *et al.* 2000). E, em casos muito raros, os estudos até testaram os efeitos de uma medida de controle do álcool por atribuição aleatória de diferentes regiões de um país à intervenção e à condição de controle (por exemplo, Rossow e Grøtting 2021). Os ECRs, no entanto, são difíceis de serem implementados em alguns tipos de intervenções. Normalmente, por exemplo, não é viável randomizar um grupo de comunidades para pagar impostos mais altos sobre o álcool, enquanto um grupo de comparação comunitária paga impostos mais baixos. Por essas razões, os pesquisadores costumam empregar métodos não experimentais (observacionais) para inferir o que acontece quando uma política é implementada ou alterada em uma determinada área, ou estudos transversais para comparar locais que possuem políticas diferentes. Esses estudos, porém, fornecem apenas evidências fracas de eficácia devido a fontes **potenciais de confusão**. Uma política, por exemplo, pode ser implementada quando o problema a ser resolvido é anormalmente alto e a redução observada no problema pode refletir o retorno do problema ao seu nível normal. Isso é conhecido como **regressão à média**. Da mesma forma, as descobertas de problemas menores associados a políticas que estão em uma comunidade, mas não em outra, podem refletir diferenças entre as comunidades que nada têm a ver com a política. A pesquisa quase experimental é usada quando os ECRs não são possíveis, viáveis e/ou éticos. Este método normalmente envolve a medição antes e depois de um grupo, comunidade ou outra jurisdição que está exposta a uma intervenção (condição experimental), com medição semelhante realiza-

da em grupos ou comunidades comparáveis onde nenhuma intervenção ocorreu (condição de controle). É chamado de “**quase-experimental**” porque não possui a atribuição aleatória de condições que fazem parte de um experimento verdadeiro e, portanto, não pode descartar diferenças pré-existentes entre as comunidades. Experimentos naturais, um tipo de projeto quase-experimental, têm desempenhado um papel importante na avaliação de muitas intervenções de políticas de álcool.

É chamado de experimento “natural” porque o pesquisador normalmente não tem controle sobre a mudança e quando ela acontece. Quando, por exemplo, são implementadas verificações de sobriedade (vide Capítulo 11) em uma jurisdição e não em outra adjacente, o impacto relativo do programa pode ser examinado por meio de uma análise comparativa de dados de arquivo, como índices de acidentes ou prisões por condução sob o efeito de álcool. Tais estudos têm credibilidade na medida em que são conduzidos em condições do mundo real; no entanto, não podemos extrair inferências causais deles com tanta confiança quanto podemos dos ECRs. Os estudos de experimentos naturais normalmente envolvem medições antes e depois de um grupo, comunidade ou outra jurisdição exposta a uma intervenção, em comparação com as mesmas medições em grupos comparáveis onde nenhuma intervenção ocorreu. Experimentos naturais têm desempenhado um papel importante na literatura de avaliação de políticas de álcool, apesar da possibilidade de vieses e confusão. Evidências relevantes para as políticas do álcool também vêm do estudo do que acontece quando uma intervenção é removida, em comparação com outro momento ou local em que não há mudança na intervenção, embora os efeitos da remoção de uma intervenção possam não ser simétricos com os efeitos de sua introdução.

Estudos que monitoram o processo de mudança por meio de métodos como a análise de séries temporais fornecem a evidência mais forte de experimentos naturais. O quadro 6.1 e a figura 6.1 descrevem o uso de análises de séries temporais interrompidas para avaliar mudanças na mortalidade e morbidade relacionadas ao álcool, após a implementação de uma política ou intervenção, e para ilustrar como este método de pesquisa pode ser usado para estudar os efeitos de curto e longo prazo de novas políticas.

Quadro 6.1 Metodologia de séries temporais interrompidas para avaliar as intervenções de controle do álcool

As políticas de controle do álcool são concebidas para reduzir danos atribuíveis, sendo a maneira mais simples de avaliar seus efeitos a comparação do consumo de álcool ou os danos relacionados ao álcool antes e depois da intervenção. Há uma série de problemas associados a esta abordagem prévia e posterior (Cook e Campbell 1979; Shadish *et al.* 2002):

Outros eventos podem ter acontecido ao mesmo tempo que tiveram impacto nas variáveis de resultado de interesse.

Tendências seculares (ou seja, atividades de mercado que provavelmente continuarão na mesma direção geral por um longo período de tempo) podem ter produzido diferentes independentemente das intervenções.

Se a intervenção tiver sido discutida publicamente, os efeitos podem começar mesmo antes da sua implementação.

Dependendo da política e de sua implementação, os efeitos podem ser retardados e, portanto, não mensuráveis logo após a mudança.

Uma metodologia capaz de controlar muitos desses problemas é a análise de séries temporais interrompidas (Bernal *et al.* 2017; Beard *et al.* 2019). As análises de séries temporais são métodos estatísticos baseados em regressão, usados para avaliar tendências em medições repetidas e suas associações com eventos, como uma nova política que devem “interromper” a tendência. Isso significa que as tendências seculares são identificadas como uma característica-chave. Os testes de séries temporais interrompidas também devem incluir detalhes sobre eventos externos que possam impactar a série temporal, além da implementação de uma política de controle de álcool. Em termos simples, estabelece uma tendência temporal antes da intervenção. A mortalidade atribuível ao álcool que, por exemplo, estava aumentando no Alasca antes do aumento de impostos de 1983, caiu drasticamente logo depois e depois aumentou gradualmente para os níveis antes dos impostos em um período de 20 anos (Wagenaar *et al.* 2009). Com análises de séries temporais interrompidas, foi possível quantificar o impacto da intervenção. Para tanto, foram identificados e removidos padrões sazonais (as taxas de mortalidade flutuam sazonalmente, de maneira sistemática), bem como tendências de longo prazo e potenciais fatores de confusão, como fatores econômicos. Para garantir que nenhum outro evento acontecendo ao mesmo tempo tenha impacto na série, muitas vezes são introduzidas séries de controle. Por exemplo, no exemplo acima citado sobre o Alasca (Wagenaar *et al.* 2009), os autores utilizaram todos os outros estados dos EUA como controle, sendo isso incorporado em suas análises. Da mesma forma, na primeira avaliação do efeito da implementação de um preço mínimo unitário nas compras de álcool na Escócia, dados do norte da Inglaterra, uma região semelhante sem esse tipo de mudança de política, foram empregados para a série de controle (vide Capítulo 7, assim como O'Donnell *et al.* 2019).

Em resumo, séries temporais interrompidas com uma série de controle, são a maneira ideal de avaliar o impacto a curto e longo prazo das políticas de álcool, de modo que seu uso crescente na pesquisa de álcool é uma indicação de como o rigor dos projetos experimentais pode ser combinado com a realidade prática de avaliar um experimento natural. Apesar dessas vantagens, nem sempre é possível contar com dados adequados para tais análises.

Os vários modos de coleta de dados empregados na pesquisa de avaliação de políticas apresentam diferentes vantagens e desvantagens. As pesquisas sociais, por exemplo, normalmente medem atitudes, intenções e comportamentos por meio de perguntas diretas. Estudos baseados em dados de pesquisas tendem a ser descritivos, correlacionais e sujeitos às limitações dos métodos de autorrelato, representatividade da amostra e não-resposta (Rehm *et al.* 2021b). Os dados coletados por agências sociais e de saúde (por exemplo, estatísticas policiais, dados de alta hospitalar, registros de mortalidade) apresentam diferentes pontos fortes e fracos. Por definição, eles viabilizam uma boa imagem da resposta da agência em uma área, sendo que os dados disponíveis, normalmente coletados para fins administrativos e não de pesquisa, são influenciados por percepções culturais, prioridades da agência e práticas de registro (podendo, também, ser reativos à própria intervenção. Ex.: os índices de prisão podem subir, mesmo quando o crime diminui, se uma intervenção fizer com que a polícia se sinta sob escrutínio). Os métodos de pesquisa quantitativa podem ser complementados por estudos qualitativos, como entrevistas etnográficas, observação participante, estudos de caso e entrevistas com grupos focais.

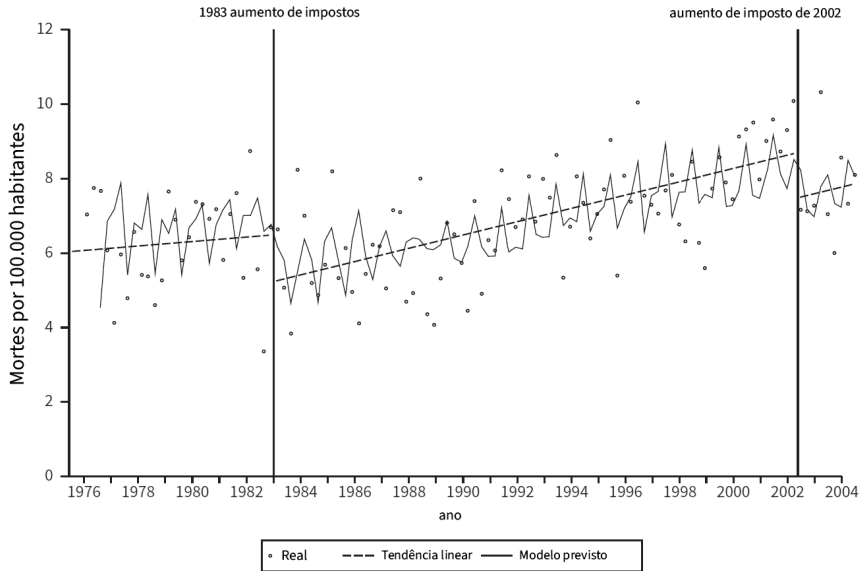


Figura 6.1 Exemplo de uma análise de série temporal interrompida, mostrando como os aumentos nos impostos sobre o consumo de álcool em 1983 e 2002 afetaram a taxa trimestral de mortalidade por doenças relacionadas ao álcool a cada 100.000 habitantes com 15 anos ou mais no estado do Alasca, Estados Unidos, entre 1976 e 2004.

Reproduzido com permissão de Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM e Wagenaar BH (2009a) Efeitos dos aumentos de impostos sobre o álcool na mortalidade relacionada ao álcool no Alasca: análises de séries temporais de 1976 a 2004. *American Journal of Public Health* 99, 1464–70.

Além de estudar se, e como, uma política funciona, também é valioso avaliar a eficácia de uma política e os benefícios sociais em relação aos seus custos. As duas formas mais amplamente utilizadas de avaliação econômica são a análise de custo-benefício (ACB) e a análise de custo-efetividade (ACE). Na ACB, a avaliação examina a relação entre os benefícios e os custos de uma política, com ambas as variáveis expressas em termos monetários, permitindo determinar se os benefícios monetários de uma determinada política excedem seus custos. Uma questão crucial na interpretação dessas análises é se os custos privados, bem como os custos para os governos, são medidos e incluídos. Na ACE, a avaliação se concentra na maneira menos dispendiosa de obter os benefícios de

uma política. Normalmente, essa forma de análise econômica compara políticas ou programas alternativos que podem ser usados para atingir o mesmo objetivo (por exemplo, pontos de controle de sobriedade versus testes aleatórios de bafômetro para quem dirige sob o efeito do álcool com os resultados expressos como custos necessários para produzir uma unidade de um resultado sanitário, como uma vida salva. Ambas as abordagens fornecem informações úteis para o formulador de políticas.

6.3 Normas probatórias

Com essas considerações metodológicas em mente, as estratégias e intervenções discutidas nos capítulos 7 a 13 foram sistematicamente avaliadas com base nas seguintes regras de evidência. Primeiro, a literatura mundial sobre cada área foi revisada e avaliada criticamente por um ou dois dos autores, tendo os demais atuado como revisores secundários. Foi dada uma atenção especial aos desenvolvimentos da pesquisa durante a última década, em parte por causa do aumento dramático na pesquisa desde a publicação da segunda edição deste livro. Sempre que foi apropriado, a ênfase foi dada a estudos com melhores desenhos de pesquisa.

A série de abordagens, o amplo escopo das pesquisas na literatura e o envolvimento de especialistas levaram a avaliações detalhadas e a uma ponderação cuidadosa das evidências existentes. Ainda assim, possíveis vieses podem estar presentes devido a estudos perdidos e a seletividade relativa às inclusões. Para algumas estratégias e intervenções, a base de pesquisa é relativamente pequena e, para outras, as conclusões tiradas de artigos revisados podem diferir dado que os autores se concentraram em diferentes partes da literatura ou usaram diferentes técnicas estatísticas. O quadro 6.2 oferece explicações adicionais para aparentes contradições nas avaliações da literatura.

Outra limitação de um empreendimento desse tipo é que a maior parte da pesquisa revisada nos capítulos 7 a 13 se originou em países europeus e de língua inglesa. Para compensar a relativa falta de pesquisa em outras partes do mundo, os autores consideraram cuidadosamente a generalização internacional das constatações de estudos específicos, de modo que foram contratados especialistas externos para analisar os desenvolvimentos de políticas e literatura científica relevante em países

(Gururaj *et al.* 2021) e regiões-chave (Medina-Mora *et al.* 2021; Morojele *et al.* 2021; Neufeld *et al.* 2021; Rehm *et al.* 2021a) onde a maioria da população que bebe no mundo pode ser encontrada; no entanto, há pouco na literatura em língua inglesa sobre a eficácia das políticas de álcool por lá. Por fim, os coautores do livro tiveram uma série de reuniões e teleconferências para analisar e criticar o conteúdo, as constatações, as avaliações das intervenções e as conclusões de cada capítulo.

Quadro 6.2 Contradições nas avaliações da literatura

A literatura científica sobre os efeitos das políticas de álcool compreende um grande número de estudos publicados. Em qualquer área de política específica em que a preponderância de evidências sugira eficácia, haverá estudos únicos que não mostram nenhum efeito ou até mesmo o efeito oposto.

O efeito de uma intervenção pode variar entre sociedades ou entre grupos populacionais, devido a diferenças nas circunstâncias locais ou enquadramentos culturais. Assim, constatações contraditórias em relação aos efeitos das políticas podem, por vezes, refletir diferenças reais.

A metodologia conservadora e tamanhos de efeito relativamente pequenos normalmente podem explicar por que estudos individuais não relataram nenhum efeito estatisticamente significativo. As **metanálises**, portanto, oferecem evidências mais robustas sobre a eficácia. Ademais, alguns estudos primários publicados relatam descobertas pautadas em metodologia inadequada. Portanto, uma análise crítica somada à avaliação dos estudos primários se faz essencial. Isso normalmente é feito em **análises sistemáticas**.

Entre as análises de literatura, também há exemplos de diferentes analistas da mesma literatura que chegaram a diferentes conclusões. A grande maioria das análises, por exemplo, conclui que a tributação e os preços afetam o consumo e os danos, mas existem algumas exceções. Há várias razões pelas quais os autores podem chegar a conclusões diferentes, incluindo diferenças na seleção de estudos primários e nas formas usadas para resumir os resultados.

Um fator subjacente são os interesses investidos nos resultados do estudo. A pesquisa financiada pela indústria do álcool costuma ser tendenciosa para os interesses da indústria (McCambridge e Mialon 2018). Da mesma forma, os desenvolvedores de programas de prevenção podem ter interesses econômicos ou outros na obtenção de resultados favoráveis ao avaliar seus próprios programas (Pape 2009). Infelizmente, fontes de financiamento que envolvem conflitos de interesses financeiros nem sempre são reveladas. Na formulação de políticas, há muitos exemplos de “escolhas seletivas” na literatura de pesquisa. Aqueles que procuram estudos que se encaixem em suas visões iniciais quase certamente encontrarão tais exemplos na literatura. Isso explica por que as descobertas em uma área específica raramente são consistentes.

Apesar das inconsistências na interpretação dos resultados da pesquisa, eventualmente a literatura cumulativa sobre muitas das estratégias e intervenções consideradas neste livro torna-se tão convincente que surge um claro consenso científico. Nenhuma quantidade de diferenças legítimas entre os resultados do estudo, vieses de pesquisas relacionados com fontes de financiamento ou escolhas de resultados pode negar a preponderância de evidências em muitas áreas de pesquisa de políticas do álcool, como ficará claro nos capítulos seguintes. Embora nunca se possa esperar que a ciência forneça respostas definitivas para todas as questões políticas, a confiança nos tipos de declarações causais que os formuladores de políticas esperam (ou seja, nas circunstâncias “C”, a intervenção “A” reduz a mortalidade relacionada ao álcool em X%) aumenta com o número de estudos de replicação, a qualidade da evidência da pesquisa e a plausibilidade da hipótese confirmada.

6.4 Conclusão

A pesquisa de avaliação é necessária para medir se uma política tem algum impacto e para oferecer uma “verificação da realidade” para as altas expectativas frequentemente associadas a novas iniciativas promissoras. A avaliação também precisa fazer parte do monitoramento contínuo. As evidências de um período de tempo podem não ser necessariamente aplicáveis a situações emergentes em outra época, e os efeitos das políticas podem desgastar-se com o tempo. Além disso, evidências de **países de alta renda** nem sempre podem ser aplicáveis a **países de baixa e média renda**, e vice-versa. Há também o fato de que os formuladores de políticas normalmente desejam evidências baseadas localmente, em vez de confiar em constatações de longe, temendo a falta de aplicabilidade das constatações em sua jurisdição.

Referências

Beard E, Marsden J, Brown J, *et al.* (2019) Understanding and using time series analyses in addiction research. *Addiction*, 114, 1866–84.

Bernal JL, Cummins S, and Gasparrini A (2017) Interrupted time series regression for the evaluation of public health interventions: a tutorial. *Int J Epidemiol*, 46, 348–55.

Borden NH (1964) The concept of the marketing mix. *J Advertising Res*, 4, 2–7.

Cook TD and Campbell DT (1979) *Quasi-experimentation: Design and Analysis for Field Settings*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.

Greenland S (2017) For and against methodologies: some perspectives on recent causal and statistical inference debates. *Eur J Epidemiol*, 32, 3–20.

Gummesson E (2008) *Total Relationship Marketing*, 3rd ed. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368–84.

McCambridge J and Mialon M (2018) Alcohol industry involvement in science: a systematic review of the perspectives of the alcohol research community. *Drug Alcohol Rev*, 37, 565–79. McKinlay JB (1992) Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can J Public Health*, 83 (Suppl), 11–19S.

Medina-Mora ME, Monteiro M, Rafful C, *et al.* (2021) Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug Alcohol Rev*, 40, 385–401.

Morojele NK, Dumbili EW, Obot IS, *et al.* (2021) Alcohol consumption, harms and policy developments in sub-Saharan Africa: the case for stronger national and regional responses. *Drug Alcohol Rev*, 40, 402–19.

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, *et al.* (2021) Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*, 40, 350–67.

O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, *et al.* (2019) Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ*, 366, l5274.

Pape H (2009) School-based programmes that seem to work: useful research on substance use prevention or suspicious stories of success? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 521–35.

Rehm J, Babor TF, Casswell S, *et al.* (2021a) Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: do policies make a difference? *Drug Alcohol Rev*, 40, 345–9.

Rehm J, Kilian C, Rovira P, *et al.* (2021b) The elusiveness of representativeness in general population surveys for alcohol. *Drug Alcohol Rev*, 40, 161–5.

Rossow I and Grøtting MW (2021) Evaluation of an alcohol policy measure employing a randomized controlled trial design: why was it possible? *Drug Alcohol Rev*, 40, 468–71.

Shadish WR, Cook TD, and Campbell DT (2002) *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*. New York, NY: Houghton Mifflin Company.

Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, and Wagenaar BH (2009) Effects of alcohol tax increases on alcohol-related mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *Am J Public Health*, 99, 1464–70.

Wagenaar AC, Murray DM, and Toomey TL (2000) Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 95, 209–17.

7

CONTROLANDO A ACESSIBILIDADE: ESTRATÉGIAS DE PREÇOS E TRIBUTAÇÃO

7.1 Introdução

Este capítulo considera os objetivos, mecanismos e efeitos da tributação do álcool e das políticas de preços, duas estratégias econômicas cruciais que têm implicações substanciais para a prevenção de problemas relacionados ao álcool. A pesquisa econômica e a teoria são analisadas para avaliar como os preços do álcool afetam o consumo de álcool e os danos associados, bem como quais outros fatores moderam os efeitos das mudanças de preço.

7.2 Objetivo dos controles formais sobre o preço das bebidas

Na ausência de quaisquer controles formais sobre a produção, distribuição e vendas, os preços das bebidas alcoólicas seriam fixados pelas condições de mercado puramente com base na oferta e na demanda; no entanto, 95% dos 164 países que informaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016 têm políticas que aumentam os preços de varejo das bebidas alcoólicas sobre seus custos de produção e distribuição, gerando receita para auxiliar na cobertura do custo dos danos atribuíveis ao álcool (vide Capítulo 4) (Organização Mundial da Saúde 2018, pp. 109–10).

No século XIX, a tributação das bebidas alcoólicas era uma fonte essencial de receita do estado (Room *et al.* 2002) em muitos **países de alta renda**⁷ (PARs), mas atualmente, a tributação do álcool representa cerca de 1 a 2% das receitas do estado nos PARs e uma proporção um pouco maior em **países de baixa e média renda** (PBMRs).

7 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

Além da geração de receita tributária, os governos também aplicam regulamentações tributárias e de preços como instrumentos de política para controlar o consumo de álcool e seus danos relacionados (Organização Mundial da Saúde 2013), uma vez que um preço mais alto incentiva o menor consumo por parte das pessoas que bebem e desencoraja a iniciação de beber por parte das pessoas que não bebem. Os impostos podem ser usados especificamente para cobrir os custos dos danos causados pelo álcool àquele que bebe e a outros, o que é conhecido como imposto Pigouviano (Sornpaisarn *et al.* 2017).

7.3 Mecanismos e terminologia: oferta, demanda, preço e fatores contextuais

A teoria econômica básica postula que um aumento nos preços das bebidas alcoólicas reduzirá o consumo de álcool, pois os consumidores com recursos limitados optarão por comprar menos.

Um estado pode impor ou aumentar os impostos especiais sobre o consumo de álcool ou aumentar o preço das bebidas alcoólicas de alguma outra forma. O aumento das taxas de impostos especiais de consumo normalmente leva a aumentos nos preços das bebidas alcoólicas (Nelson e Moran 2019), sendo que o aumento nos preços das bebidas normalmente leva a uma redução no consumo de álcool. O grau de resposta da demanda por bebidas alcoólicas às mudanças no preço determinará como a mudança afetará o consumo e os danos relacionados.

Os economistas usam o termo **elasticidade de preços** ao descrever como as mudanças no preço afetam o consumo. Este é definido como a variação percentual no consumo resultante de um aumento de 1% no seu preço, mantendo todos os outros fatores (por exemplo, renda, preço de outros produtos) constantes. A elasticidade-preço do álcool de -0,5, por exemplo, implica que um aumento de 1% em seu preço reduziria o consumo de álcool em 0,5%. Se a elasticidade-preço da demanda tiver um valor entre zero e -1,0, diz-se que a demanda por uma mercadoria é **inelástica ao preço** em relação ao seu próprio preço, pois uma mudança em seu preço resulta em uma mudança relativamente menor em seu consumo. Inversamente, com um valor inferior a -1,0, diz-se que a demanda é **elástica ao preço**, pois a variação do consumo é proporcional-

mente maior que a variação do preço. Um aumento no preço produzirá, portanto, alguma redução no consumo, mesmo que a mercadoria seja inelástica ao preço, desde que a elasticidade-preço da demanda não seja nula ou maior. Nessa situação, os impostos especiais de consumo sobre o álcool podem servir a dois propósitos: reduzir o consumo e os danos e aumentar a receita do governo.

A tributação do álcool normalmente difere de acordo com a bebida (Osterberg 2011), de modo que uma mudança de imposto normalmente se aplica a uma categoria de bebida. Um aumento resultante no preço de uma bebida pode não apenas resultar em menor demanda por essa bebida, mas também aumentar a demanda por outras bebidas alcoólicas. A magnitude desse efeito é denominada **elasticidade de preços da demanda**, sendo definida como a variação percentual na demanda por uma mercadoria (por exemplo, destilados) resultante de um aumento de 1% no preço de outra mercadoria (por exemplo, a cerveja) (Moffatt 2013). Uma elasticidade de preço cruzada de destilados em relação à cerveja de 0,5, por exemplo, implica que o consumo de destilados aumenta em 0,5% devido a um aumento de 1,0% no preço da cerveja. Os economistas descrevem duas mercadorias como substitutas se, quando o preço de A aumenta e a demanda por ela cai, os consumidores compram mais de B; contudo, se eles também compram menos de B, as mercadorias são chamadas de complementares.

Muitos fatores, incluindo impostos e outras regulamentações governamentais, influenciam os preços do álcool. A eficácia de um aumento do imposto sobre o álcool dependerá do **repasso do imposto** para o preço, que é influenciado pelas condições de mercado, heterogeneidade do produto, nível de preço e concentração e localização do varejista (Nelson e Moran 2019). Uma revisão sistemática e **metanálise** de pesquisas sobre repasse de impostos ao preço, usando 29 estudos conduzidos em muitos países, concluiu que os impostos de todas as categorias de bebidas alcoólicas normalmente são totalmente repassados aos preços, de modo que os efeitos do preço ocorrem dentro de 3 meses após as alterações nos impostos (Nelson e Moran 2019).

Outros fatores que influenciam a eficácia da tributação do álcool incluem acessibilidade, renda e inflação; estes são discutidos em mais detalhes na Seção 7.8.1. Embora tenha sido demonstrado que a tributação

funciona, em geral, para reduzir os danos atribuíveis ao álcool, ela é influenciada por uma série de fatores contextuais (Room *et al.* 2009). Frequentemente, os aumentos de impostos não cobrem a queda no valor da moeda devido à inflação; portanto, mesmo após os aumentos de impostos, a acessibilidade do álcool ainda aumenta. Entre os sete aumentos na tributação nas últimas duas décadas na Lituânia (Rehm *et al.* 2019b), por exemplo, apenas um deles (em 2017) levou a reduções na acessibilidade. Nem toda tributação é repassada para o preço. Por vezes, os produtores decidem não aumentar o preço proporcionalmente e, outras vezes, usam a tributação como desculpa para aumentar o preço de forma desproporcional (por exemplo, Ally *et al.* 2014).

7.4 Intervenções políticas que afetam a acessibilidade de bebidas alcoólicas

Uma série de intervenções de políticas do álcool pode influenciar a acessibilidade das bebidas alcoólicas. A **tributação especial de consumo** impõe um imposto sobre bens específicos, normalmente bens de luxo ou bens considerados como geradores de danos ou custos para terceiros (**externalidades negativas**), este último aplicável às bebidas alcoólicas (Cnossen 2005). O **preço unitário mínimo** proíbe a venda de bebidas alcoólicas aos consumidores abaixo de um preço designado por unidade de etanol (Sornpaisarn *et al.* 2017). Em alguns países, também existem preços mínimos para bebidas específicas frequentemente comercializadas para jovens e pessoas que bebem exageradamente. A proibição de vendas abaixo do custo impede que os vendedores definam o preço abaixo do custo comercial ou de algum outro preço próximo (Hunt *et al.* 2011). As restrições às promoções de vendas proíbem as estratégias de desconto para fins de marketing que os vendedores usam temporariamente com vistas a aumentar as vendas de álcool, como promoções do tipo “dois por um”, descontos por volume e *happy hours* (Hunt *et al.* 2011), todas atividades de marketing que facilitam o consumo de bebidas.

Existem enormes variações entre os países em todo o mundo na aplicação de tais estratégias políticas que afetam a acessibilidade. Dos 164 países em todo o mundo que responderam à Pesquisa Global sobre Álcool e Saúde de 2016, 95% empregam impostos especiais de consumo

para a cerveja, 7% utilizam preços unitários mínimos, 2% proíbem vendas abaixo do custo e 4% proíbem descontos por volume (Organização Mundial da Saúde 2018). Apenas 26%, no entanto, relataram ajustar seus impostos especiais de consumo pela inflação, apesar do fato de que uma alíquota fixa será reduzida pela inflação como um custo relativo.

7.5 Eficácia da tributação

Três tipos principais de tributação são utilizados para produtos alcoólicos: impostos gerais (por exemplo, impostos sobre valor agregado e impostos sobre vendas), impostos alfandegários (impostos sobre mercadorias importadas) e impostos especiais de consumo (impostos sobre mercadorias específicas, como álcool e tabaco) (vide detalhes em Sornpaisarn *et al.* 2017). Neste capítulo, o foco está na tributação especial de consumo, uma ferramenta política amplamente utilizada especificamente a produtos alcoólicos, não apenas por causa do potencial de geração de receita, mas também por causa das consequências prejudiciais do álcool no âmbito social e da saúde pública.

7.5.1 Efeitos das alterações de preços/impostos sobre o consumo de álcool

O efeito das mudanças de preço sobre o consumo de álcool tem sido amplamente investigado. Desde 2006, oito metanálises resumiram sistematicamente os resultados de estudos econométricos relevantes (Fogarty 2006, 2010; Gallet 2007; Wagenaar *et al.* 2009b; Collis *et al.* 2010; Elder *et al.* 2010; Nelson 2013a; Sornpaisarn *et al.* 2013). As análises cobriram principalmente estudos dos PARs, sendo que apenas uma análise examinou especificamente estudos dos PBMRs (Sornpaisarn *et al.* 2013). Todas as oito análises relataram consistentemente que um aumento de preço leva a uma diminuição no consumo e, quando os preços caem, o consumo aumenta. A Tabela 7.1 disponibiliza as medidas resumidas da elasticidade-preço da demanda por tipo de bebida dessas oito metanálises. No geral, o álcool total tem uma elasticidade de preço média de curto prazo de aproximadamente -0,5, sendo -0,4 para a cerveja e -0,7 para

vinhos e destilados. A elasticidade-preço tende a ser menor para a bebida alcoólica mais consumida em um país (Fogarty 2006). O valor mais baixo para a cerveja provavelmente reflete o fato de que a maioria dos estudos sobre a elasticidade do preço do álcool é de países que bebem cerveja. Estudos recentes da Austrália (Jiang *et al.* 2015, 2016), Chile (Araya e Paraje 2018), Equador, México e Venezuela (Medina-Mora *et al.* 2021), Índia (Kumar 2017; Gururaj *et al.* 2021) e Vietnã (Chelwa *et al.* 2019) corroboram consistentemente as constatações robustas de uma relação inversa entre preço e consumo de álcool. A Figura 7.1 apresenta uma ilustração dessa relação inversa na Ucrânia (Chaloupka *et al.* 2019).

As elasticidades de preços em PARs e PBMRs são semelhantes (ver Sornpaisarn *et al.* 2013). As estimativas de curto prazo são tipicamente mais inelásticas do que as estimativas de longo prazo (Gallet 2007; Nelson 2013b), o que significa que os consumidores reduzem o consumo de álcool mais a longo prazo do que a curto prazo após um aumento de impostos.

Embora as metanálises apresentem um quadro geral consistente da capacidade de resposta da demanda às mudanças nos preços do álcool, há uma grande variação nas estimativas de elasticidade de preços em estudos individuais (por exemplo, Fogarty 2010; Sornpaisarn *et al.* 2013; Medina-Mora *et al.* 2021). Algumas das variações podem refletir diferenças metodológicas entre os estudos. Há também exemplos em que as alterações tributárias não tiveram efeito sobre o consumo de álcool. Não houve aumento no consumo, por exemplo, após um corte de impostos na Dinamarca em 2003 (Room *et al.* 2009), sendo que o consumo aumentou, embora os preços tenham aumentado na Irlanda durante o período de 1969 a 1980 (Thom 1984) e no Sri Lanka (Selvanathan e Selvanathan 2005a). Nesses casos, porém, outros fatores têm surgido. Na Irlanda, houve um aumento substancial na renda nacional e na prosperidade durante esse período.

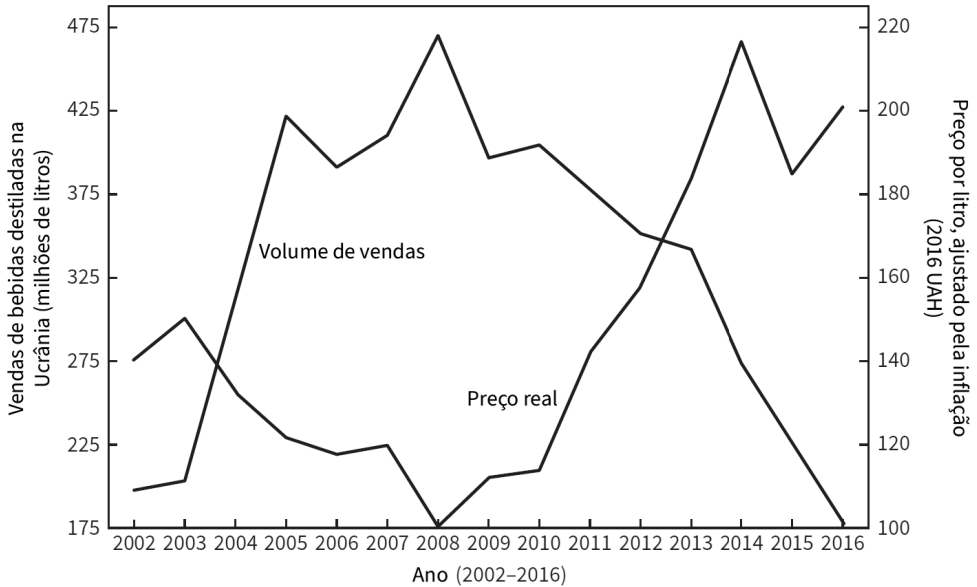
Estudos sugerem que os efeitos do preço sobre o consumo também podem ser afetados por outras medidas de controle do álcool, em vigor. Nos Estados Unidos, por exemplo, o álcool era normalmente menos elástico em relação ao preço em estados com controles restritivos de álcool (Trollidal e Ponicki 2005), sendo que o efeito do preço no consumo de álcool entre os jovens diminuiu após um aumento para 21

anos na idade mínima legal para consumir bebidas alcoólicas (Laixuthai e Chaloupka 1993).

As estimativas de elasticidade para uma determinada população variam ao longo do tempo, sendo que o álcool se tornou menos elástico em relação ao preço nos últimos anos (Fogarty 2006; Mazzocchi 2006; Gallet 2007). Essa tendência provavelmente reflete o aumento da riqueza, à medida que o álcool se torna mais acessível. (Blecher *et al.* 2018). A elasticidade também pode ser menor quando o consumo de álcool per capita é alto ou quando um tipo de bebida se torna mais popular (Babor *et al.* 2010, pp. 112–15).

Tabela 7.1 A elasticidade-preço da demanda por tipo de bebida e o número e série de publicações de estudos incluídos em oito metanálises

Relatório de metanálise	Número de estudos	Anos de estudos publicados	Parâmetro	Total de álcool	Cerveja	Vinho	Bebidas destiladas
Fogarty (2006)	64	1945–1993	Médio	ND	-0.38	-0.77	-0.70
Gallet (2007)	132	1942–2002	Mediano	ND	-0.28	-0.76	-0.59
Wagenaar <i>et al.</i> (2009b)	112	1972–2007	Mediano	-0.50	-0.36	-0.70	-0.68
Elder <i>et al.</i> (2010)	72	1972–2005	Médio	-0.51	-0.46	-0.69	-0.80
Fogarty (2010)	141	1948–2006	Mediano	-0.77	-0.50	-0.64	-0.79
			Médio	ND	-0.44	-0.65	-0.73
			Mediano	ND	-0.33	-0.55	-0.76
Collis <i>et al.</i> (2010)	33	1949–2005	Médio	ND	-0.56	-0.90	-0.75
Sornpaisarn <i>et al.</i> (2013)	10	1988–2010	Mediano	ND	-0.40	-0.86	-0.72
Nelson (2013a)	182	1958–2012	Médio	-0.64	-0.50	-0.79	
			Médio	-0.50	-0.30	-0.45	-0.55



Ano (2002–2016)

Figura 7.1 Vendas e preços de bebidas destiladas na Ucrânia, 2002–2016, ajustados pela inflação. Dados do Euromonitor, Banco Mundial e cálculos de Chaloupka *et al.* UAH, hryvnia ucraniano.

Reproduzido com permissão de Chaloupka FJ, Powell LM e Warner KE (2019). O uso de impostos especiais de consumo para reduzir o consumo de tabaco, álcool e bebidas açucaradas. *Análise Anual da Saúde Pública*, 40, 187–201. doi: 10.1146/annurev-pubhealth-040218-043816

7.5.2 Preços mais elásticos para grupos particulares de consumidores de bebidas alcoólicas

Em estudos econométricos baseados em dados de séries temporais, os valores da elasticidade de preços refletem as reações gerais das vendas às variações de preços. Na formulação de políticas do álcool, a preocupação com grupos particularmente de alto risco, incluindo jovens e pessoas que bebem exageradamente, implica a necessidade de saber como as mudanças de preços afetarão o consumo nesses grupos específicos. Uma metanálise (Gallet 2007) constatou que a elasticidade de preço mediana para jovens adultos que bebem era ligeiramente menor (-0,39) do que para adultos

(-0,56). Os efeitos das mudanças de preços para os jovens também se refletem nos índices de danos. Os aumentos de preços acarretam taxas reduzidas de suicídio, acidentes de trânsito e doenças sexualmente transmissíveis entre os jovens (Elder *et al.* 2010; Wagenaar *et al.* 2010).

Os consumidores adultos também respondem às mudanças nos preços do álcool e, portanto, um aumento de preço leva à redução do consumo entre aqueles que bebem exageradamente a uma redução do **consumo intenso ocasional**. Isso é demonstrado em vários estudos (Brennan *et al.* 2008; Wagenaar *et al.* 2009b; Elder *et al.* 2010; Jiang *et al.*, 2016; Sharma *et al.* 2017). Como um coeficiente de elasticidade, a mudança pode parecer menor entre aqueles que bebem exageradamente do que aqueles que bebem moderadamente. Embora uma mudança de cinco para três drinques por dia seja proporcionalmente menor do que uma mudança de dois para um drink por dia, a mudança das pessoas que bebem exageradamente é maior em termos absolutos e importa mais em termos de risco de danos. De fato, o efeito do preço sobre o consumo entre pessoas que bebem exageradamente também é aparente em estudos que mostram uma redução na mortalidade relacionada ao álcool em resposta a aumentos de preços (Wagenaar *et al.* 2010; Xu e Chaloupka 2011).

Uma análise da relação entre indicadores de preços ou impostos e consumo intenso ocasional (Nelson 2015) se desvia desse quadro geral ao relatar que em mais da metade dos estudos não houve associação ou resultados mistos foram encontrados. A análise incluiu estudos que empregavam medidas de pesquisa da associação entre consumo excessivo de álcool autorrelatado e qualquer variável disponível, relacionada a preços ou impostos, havendo sido utilizado um método de síntese de dados de “contagem de votos” (vide também o Quadro 6.3, Capítulo 6) que não leva em consideração a qualidade dos estudos, o tamanho das amostras ou o tamanho dos efeitos (Xuan *et al.* 2016). O argumento de Nelson é que muitos estudos não foram estatisticamente significativos com relação ao impacto dos aumentos de impostos sobre o consumo de álcool. Infelizmente, ele não usou a metanálise, o método mais apropriado para testar a consistência dos resultados onde relações isoladas não são significativas.

7.5.3 Preços diferenciados por bebida e substituição

Em muitos países, os sistemas tributários incorporam alíquotas variadas para diferentes categorias de bebidas (Osterberg 2011). Normalmente, isso implica em taxas de imposto por litro de álcool para bebidas destiladas mais altas do que para o vinho ou cerveja, refletindo preocupações específicas relacionadas ao consumo de bebidas destiladas e compensando os menores custos de produção e distribuição por centilitro de álcool etílico para bebidas destiladas. Da mesma forma, a substituição de bebidas com baixo teor alcoólico por alternativas com alto teor alcoólico é incentivada por meio de incentivos fiscais. Na Austrália e na Suécia, por exemplo, nenhum imposto sobre o álcool é cobrado sobre a cerveja que contiver um percentual muito baixo de álcool (Olsson *et al.* 2002; Econtech 2004).

As substituições do consumo de álcool podem ocorrer entre e dentro das categorias de bebidas (Gruenewald e Remer 2006). Na Califórnia, Treno *et al.* (1993) mostraram que mesmo entre os dez produtos mais populares em cada categoria de bebida, os preços variavam por um fator de 60. Ademais, os preços pagos pelo consumo no local (por exemplo, em um restaurante ou bar) são significativamente mais altos do que os pagos pelo álcool adquirido fora do estabelecimento comercial (Donnar e Jakee 2004; Gruenewald e Remer 2006). Em muitos países, essa disparidade de preços resultou em um “carregamento anterior” (por vezes também chamado de “aperitivo” ou “alta alcoólica”) entre os jovens, com consumo excessivo de álcool antes de frequentar locais como bares ou clubes (por exemplo, Wells *et al.* 2009). As provisões de preço unitário mínimo normalmente reduzem a diferença de preço entre o álcool dentro e fora do estabelecimento.

A tributação diferenciada das categorias de bebidas torna a substituição de bebidas cruzadas uma questão importante. Se os impostos são aumentados em uma determinada categoria de bebida, as pessoas que bebem simplesmente transferem seu consumo para uma bebida diferente ou é alcançada uma real redução no consumo? Não houve análises sistemáticas de elasticidades cruzadas de preços entre categorias de bebidas alcoólicas, sendo que a maior parte dos estudos se concentrou em mudanças graduais de preços ao longo do tempo ou mudanças de preços

em diferentes regiões. Selvanathan e Selvanathan (2005b) examinaram as elasticidades cruzadas de preços em dez países desenvolvidos ao longo de mais de 30 anos, encontrando elasticidades cruzadas de preços pequenas, mas estatisticamente significativas, sugerindo que os consumidores mudam seu consumo entre as bebidas quando os preços mudam, não sendo a substituição, porém, completa.

Esta constatação foi apoiada em vários outros estudos econométricos (Okello 2001; Osoro *et al.* 2001; Özgüven 2004; Ramful e Zhao 2008), embora alguns estudos não tenham encontrado evidências de um efeito de substituição (por exemplo, Huang 2003; Mangeloja e Pehkonen 2009). Além disso, grandes aumentos nos impostos sobre bebidas alcoólicas na Dinamarca em 1917 e na Suíça em 1999 resultaram em alguma substituição por outras bebidas; no entanto, isso representou apenas uma fração do consumo anterior (Heeb *et al.* 2003; Skog e Melberg 2006). Em suma, nenhum estudo flagrou a substituição completa entre os tipos de bebida após mudanças de preço, embora mudanças induzidas por impostos no preço relativo tenham alguma influência nas escolhas dos consumidores por tipos específicos de bebida alcoólica.

Em resposta às crescentes preocupações sobre o **uso prejudicial de refrigerantes alcoolizados**, também conhecidos como destilados pré-misturados, destilados prontos para beber (PPB) ou bebidas de grife, alguns países aumentaram os impostos sobre esses produtos para reduzir o risco de consumo por parte dos jovens. Na Austrália e na Suíça, essa tributação acarretou não só a reduções substanciais nas vendas de refrigerantes alcoolizados (Niederer *et al.* 2008; Chikritzhs *et al.* 2009), mas também as substituições parciais de bebidas cruzadas por outros tipos de bebidas alcoólicas (Niederer *et al.* 2008; Doren *et al.* 2011). Constatações mistas são relatadas a partir de estudos avaliando o impacto do imposto sobre os refrigerantes alcoolizados na Austrália devido aos danos relacionados ao álcool. Alguns estudos não encontraram nenhum efeito (Kisely *et al.* 2011, 2016) ou mesmo pequenos efeitos (Lensvelt *et al.* 2016), sendo que um estudo (Gale *et al.* 2015) constatou a relação inversa esperada entre mudanças fiscais e apresentações no departamento de emergência para problemas agudos de álcool entre os jovens. Embora os exemplos tratem principalmente de uma categoria específica de PPB – bebidas alcoólicas açucaradas frequentemente usadas para iniciação ao consumo

– a tributação diferenciada para PPB pode afetar outros grupos de consumidores com preferências semelhantes.

7.5.4 Preços do álcool e problemas relacionados ao seu consumo

Considerando que os dados de vendas do álcool não estão disponíveis rotineiramente para subgrupos da população, as medidas de problemas relacionados ao álcool são frequentemente mais específicas. Isso inclui estatísticas sobre morbidade e mortalidade com foco em doenças hepáticas relacionadas ao álcool, acidentes de trânsito, violência e suicídio. Assim, uma forma de estudar os efeitos da política de preços em alguns subgrupos populacionais, incluindo pessoas que bebem demasiadamente, é examinar os índices problemáticos relacionados ao consumo de álcool. Um benefício dessa abordagem é que ela leva em consideração a possível substituição de álcool registrado por **álcool não registrado** (vide Capítulo 3).

A evidência forte e consistente dos efeitos dos preços sobre o consumo de álcool é ainda mais evidente na literatura, demonstrando uma associação negativa entre preços e índices de danos para condições tipicamente associadas ao consumo de álcool; quando os preços sobem, os índices de danos diminuem e vice-versa. Isso é demonstrado por meio da violência, lesões no trânsito, suicídio, doenças sexualmente transmissíveis, roubos e outros crimes, conforme relatado em duas análises sistemáticas e metanálises (Elder *et al.* 2010; Wagenaar *et al.* 2010) e uma análise posterior (Xu e Chaloupka 2011). Estudos mais recentes contribuem para esse quadro. Um aumento do imposto sobre o álcool em Illinois em 2009 acarretou uma redução substancial nas mortes por acidentes de trânsito relacionados ao álcool (Wagenaar *et al.* 2015). Na Lituânia, a implementação do aumento da tributação em 2017 foi associada à redução da mortalidade adulta por todas as causas (Štelemėkas *et al.* 2021) (vide quadro 7.1). Esses estudos sugerem que o aumento do preço das bebidas alcoólicas provavelmente resultará em uma redução dos danos frequentemente causados pelo consumo de álcool.

Quadro 7.1 Tributação do álcool, mortalidade por todas as causas e expectativa de vida

A tributação do álcool pode ter efeitos marcantes na mortalidade ou em outros indicadores de saúde (Wagenaar *et al.* 2010). Até o presente momento, no entanto, não há evidências de que a tributação do álcool possa impactar as taxas de mortalidade por todas as causas de toda a população de um país. A experiência natural da Lituânia com a implementação de uma série de políticas escalonadas de controle do álcool (Rehm *et al.* 2019b) permitiu o estudo de tal efeito, especificamente para a mudança da tributação em 1º de março de 2017. Essa mudança implicou um aumento nos impostos especiais de consumo superior a 100% para o vinho, cerveja e produtos intermediários e de 23% para o álcool etílico, ficando mais ou menos alinhado com as taxas médias de tributação da União Europeia (Direção Geral de Tributação e União Aduaneira da Comissão Europeia 2020).

O efeito desta política na mortalidade por todas as causas foi estimado em análises de séries temporais interrompidas, num contexto de diminuição geral da taxa de mortalidade por todas as causas (Štelemėkas *et al.* 2021). Estimou-se que a mudança de tributação resultou em uma redução de 11,1 mortes por 100.000, o que se traduz em 1.452 mortes evitadas (intervalos de confiança de 95% -166 a -2.739) no ano seguinte à implementação da política. No geral, esta avaliação mostrou que aumentos de impostos sobre o álcool bem planejados podem ter um impacto imediato e duradouro na mortalidade por todas as causas e, portanto, na expectativa de vida.

A análise de custo-efetividade, uma ferramenta econômica usada para examinar os custos e ganhos de saúde a partir de intervenções alternativas, constatou que a tributação do álcool e as políticas de preços não são apenas medidas eficazes de controle do álcool, mas também altamente econômicas, em comparação com outras intervenções de controle do álcool (Anderson *et al.* 2009; Chisholm *et al.* 2018). Para grupos populacionais particularmente vulneráveis, como jovens e pessoas que bebem demasiadamente, os aumentos de impostos também podem reduzir os índices de danos. Há boas evidências de que, para os jovens, um aumento no preço promove índices reduzidos de suicídio, acidentes de trânsito e doenças sexualmente transmissíveis, com um efeito oposto na queda dos preços (Elder *et al.* 2010; Wagenaar *et al.* 2010). Os danos causados pelo álcool, que são normalmente atribuíveis ao consumo excessivo de álcool a longo prazo, também mudam em resposta às alterações nos impostos. Assim, os aumentos de impostos na Dinamarca em 1917 e no Alasca em 1993 e 2002 acarretaram reduções substanciais nos índices de mortalidade relacionados ao álcool (Skog e Melberg 2006; Wagenaar *et al.* 2009a), sendo que a redução de impostos na Finlândia em 2004 acarretou um aumento substancial na mortalidade relacionada ao álcool (Koski *et al.*

2007), particularmente em grupos socioeconômicos mais baixos (Herttua *et al.* 2008). De forma mais geral, o impacto das mudanças de preço na mortalidade relacionada ao álcool é demonstrado em análises sistemáticas (Brennan *et al.* 2008; Wagenaar *et al.* 2009b; Elder *et al.* 2010) e outros estudos (Jiang *et al.* 2016; Sharma *et al.* 2017), oferecendo assim mais evidências de que os efeitos das políticas de preços sobre o consumo também influenciam as pessoas que bebem demasiadamente na sociedade.

7.5.5 Consumo de álcool não registrado

Em muitas partes do mundo, existem diferenças substanciais de preços entre o álcool registrado e o não registrado e, particularmente nos PBMRs, o consumo não registrado constitui uma parte substancial do consumo total (vide Capítulo 3). A desvantagem mais significativa de aumentar os impostos sobre o álcool é a possibilidade de substituição por bebidas alcoólicas não tributadas, principalmente por meio de contrabando ilegal ou produção ilegal de álcool no país, o que é mais provável quando existem recursos para evasão fiscal. Estudos da África relataram que aumentos nos preços de mercado da cerveja produziram aumentos substanciais no consumo de cerveja local e, no Zimbábue, um aumento nos impostos sobre o álcool foi rapidamente rescindido após uma queda líquida na receita tributária devido a produtos alcoólicos ilegais, baratos e prontamente disponíveis (Jernigan 1999). Na Rússia, porém, um aumento de impostos no período de 2010 a 2012 foi seguido por uma redução no consumo de vodca legal registrada e bebidas destiladas não registradas (“samogon”) (Radaev 2015). A história recente com aumentos de impostos no Nordeste da Europa mostrou que o consumo não registrado não resulta necessariamente de aumentos de impostos, mas o potencial de aumentos no consumo não registrado deve ser neutralizado na implementação de tais aumentos (Lachenmeier *et al.* 2021).

Há algumas evidências sugerindo que os preços do álcool não registrado seguem os preços do álcool registrado ao longo do tempo. Na Tailândia, por exemplo, os preços médios dos produtos alcoólicos não registrados permaneceram sendo cerca da metade dos preços médios dos produtos registrados durante um período de 18 anos com vários aumentos de impostos (Laichuthai *et al.* 2001; Thaikla e Ratchusarnti 2015). Isso sugere que a estratégia de preços para vendedores de produtos alcoóli-

cos ilegais era estabelecer seus preços entre os preços antes e depois dos impostos dos produtos alcoólicos legais, de modo que os consumidores pagassem menos e os produtores ganhassem mais pelo produto ilegal.

Há exemplos de que mudanças tributárias em um país podem influenciar as compras transfronteiriças de álcool quando for relativamente conveniente (Smith 2005). Na Dinamarca, a redução do imposto de 45% sobre bebidas destiladas em 2003 reduziu as vendas de bebidas destiladas na Suécia em cerca de 2% (Asplund *et al.* 2007). Da mesma forma, os aumentos de impostos na Estônia e na Lituânia levaram a maiores compras internacionais, particularmente da Letônia (Neufeld *et al.* 2021).

O consumo não registrado, portanto, precisa ser considerado nas decisões fiscais se já houver um mercado estabelecido para o álcool não registrado em um país (Anderson *et al.* 2009). O exemplo da Rússia mostrou que aumentos acentuados no preço das bebidas alcoólicas não precisam necessariamente ser acompanhados por aumentos no consumo não registrado, caso outras medidas sejam tomadas paralelamente (Neufeld *et al.* 2020, 2021). As opções de políticas para lidar com o consumo de álcool não registrado são discutidas em publicações recentes (Neufeld e Rehm 2018; Lachenmeier *et al.* 2021). Também pode ser argumentado, como Chaloupka *et al.* (2019) fizeram com relação ao tabaco, que os aumentos de impostos produzem receita e benefícios à saúde mesmo na presença de produtos ilícitos, embora com benefícios menores do que com o cumprimento total das leis de vendas e impostos.

7.5.6 Tributação do álcool e iniciação ao consumo

A tributação do álcool e as medidas de preços que reduzem o consumo têm efeitos preventivos a curto e longo prazo, enquanto as políticas que impedem a iniciação ao consumo são, principalmente, políticas de prevenção a longo prazo (Sornpaisarn *et al.* 2012; Sornpaisarn *et al.* 2015b). Embora a predominância de abstêmios vitalícios seja alta em PBMRs (vide Capítulo 3), os estudiosos têm dado pouca atenção aos possíveis efeitos da tributação do álcool ou outras políticas de preços na prevenção da iniciação ao consumo de álcool (Sornpaisarn *et al.* 2013). Estudos da Tailândia (Sornpaisarn *et al.* 2015b) e do Chile (Paraje *et al.* 2020) constataram que os aumentos de impostos ou preços estavam associados ao atraso no início do consumo de álcool.

7.6 Eficácia do preço unitário mínimo

Consumidores habituais e compulsivos tendem a consumir as bebidas alcoólicas mais baratas (por exemplo, Callinan *et al.* 2015). O preço unitário mínimo (PUM) para o álcool recentemente recebeu atenção por ser uma política econômica que poderia atingir os consumidores compulsivos sem impor uma despesa adicional àqueles que bebem moderadamente devido ao aumento da tributação. Em 2012, o Parlamento escocês aprovou por unanimidade uma legislação para introduzir um PUM; no entanto, a implementação foi adiada até 2018 devido aos desafios da indústria do álcool (Sharma *et al.* 2016). O PUM na Escócia resultou em um aumento de 7,9% no preço médio (O'Donnell *et al.* 2019). Análises adicionais com a mesma metodologia, não obstante, indicaram que foram as mulheres – e não os consumidores compulsivos – que reduziram seu nível de consumo (Rehm *et al.*, in press).

Estudos das províncias canadenses e da Escócia (vide Quadro 7.2 e Figura 7.2) mostraram que aumentar ou introduzir preços mínimos pode reduzir significativamente o consumo de álcool e as mortes e internações hospitalares relacionadas ao álcool (Stockwell *et al.* 2011, 2012, 2013, 2015; Zhao *et al.* 2013; O'Donnell *et al.* 2019). No Canadá, esses efeitos foram mais significativos para vendas fora do estabelecimento comercial do que vendas locais e para cervejas de maior teor alcoólico (>6,5% de álcool por volume) do que cervejas de menor teor alcoólico (Stockwell *et al.* 2012).

Uma série de tipos de estudos apoiaram a ideia de que o PUM poderia reduzir o consumo de álcool por pessoas que bebem exageradamente e, posteriormente, reduzir os danos resultantes na Inglaterra (Brennan *et al.* 2008, 2014; Holmes *et al.* 2014; Sheron *et al.* 2014; Meier *et al.* 2016) e Austrália (Sharma *et al.* 2014; Vandenberg *et al.* 2016). O PUM, por exemplo, poderia ser usado para reduzir o consumo de álcool fora do estabelecimento entre os adolescentes (aperitivo) antes de irem beber nos estabelecimentos. A partir da análise de experiências práticas de aplicação do PUM em províncias canadenses, Thompson *et al.* (2017) sugeriram as seguintes recomendações para a implementação do PUM: (1) estabelecer preços mínimos para a venda de álcool dentro e fora dos estabelecimentos comerciais para todas as categorias de bebidas; (2) escolha cuidadosa do nível de PUM para afetar os produtos alcoólicos visados; (3) basear o cálculo

do PUM em volumes de litro de etanol para cada tipo de bebida; e (4) garantir que os preços sejam ajustados pela inflação pelo menos anualmente.

Quadro 7.2 Experiências canadenses e escocesas no emprego do preço unitário mínimo para o álcool

O Canadá aplicou o preço unitário mínimo (PUM) para bebidas alcoólicas a nível provincial desde a década de 1990, sendo que a Escócia iniciou seu PUM em 2018. Existem grandes variações no Canadá na maneira como cada província define preços mínimos em termos das taxas de PUM impostas, as diferenças por tipos de bebidas, se o PUM é ou não indexado ao custo de vida, e se se aplica a vendas dentro e fora do estabelecimento (Stockwell 2014), enquanto que na Escócia, há um valor simples por unidade e nada pode ser vendido abaixo desse preço (O'Donnell *et al.* 2019).

Canadá: Colúmbia Britânica

O governo da Colúmbia Britânica ajustou os preços mínimos para produtos alcoólicos de forma intermitente de 1989 a 2010. Uma avaliação de Stockwell *et al.* (2011) estimou que um aumento de 10% no PUM de álcool reduziu o consumo em 6,8% para destilados e licores, 8,9% para vinho, 13,9% para refrigerantes e sidras alcoólicas, 1,5% para cerveja e 3,4% para bebidas alcoólicas como um todo. Além disso, constatou-se que os aumentos periódicos nos preços mínimos do álcool durante o período de 2002 a 2009 foram associados à redução de hospitalizações atribuíveis ao álcool (Stockwell *et al.* 2013), mortes totalmente (100%) atribuíveis ao álcool (ou seja, psicose alcoólica e dependência) e reduções atrasadas (2 a 3 anos depois) em mortes agudas e crônicas atribuíveis ao álcool (Zhao *et al.* 2013), bem como reduções em infrações de trânsito e crimes relacionados ao álcool (Stockwell *et al.* 2015).

Canadá: Saskatchewan

A *Saskatchewan Liquor and Gaming Authority* (SLGA – Autoridade de jogos e bebidas de Saskatchewan) introduziu novos preços mínimos para licores, coquetéis e refrigerantes e aumentou os preços mínimos para destilados, vinhos e cervejas em abril de 2010. Uma avaliação constatou que um aumento de 10% nos preços mínimos reduziu significativamente o consumo de cerveja em 10,1%, bebidas destiladas em 5,9%, vinho em 4,6% e todas as bebidas combinadas em 8,4%. Esses efeitos foram mais significativos para as vendas fora do estabelecimento do que para as vendas no local, e para as cervejas de maior teor alcoólico (>6,5% de álcool por volume) do que as cervejas de menor teor alcoólico (redução de 22,0% e 8,2% no consumo, respectivamente) (Stockwell *et al.* 2012).

Escócia

A introdução do PUM de 50p por unidade do Reino Unido (6,25p por grama de álcool) na Escócia em 2018 foi seguida por um aumento no preço de compra de 0,64p por grama de álcool (um aumento de 7,9%) e uma redução nas compras semanais de 9,5 gramas de álcool por adulto a cada domicílio (uma redução de 7,6%) (vide a figura 7.2). O aumento no preço de compra pago foi maior nos domicílios de menor renda e nos domicílios que adquiriram a maior quantidade de álcool.

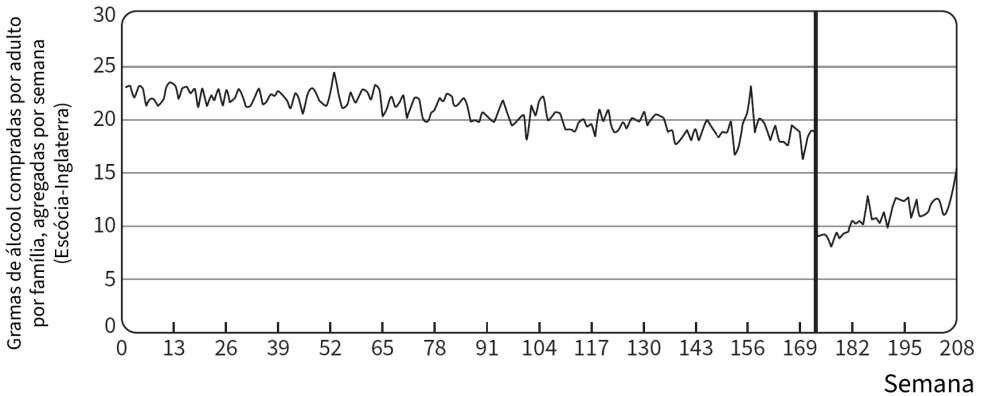


Figura 7.2 Gráfico da diferença entre a Escócia e a Inglaterra em gramas de álcool comprado por adulto a cada domicílio agregado por semana (1 = primeira semana de 2015; 208 = última semana de 2018). Linha vertical = introdução do preço unitário mínimo, semana 174.

Reproduzido com permissão de O'Donnell A, Anderson P, Janne-Llopis E, *et al.* (2019) Impacto imediato do preço unitário mínimo nas compras de álcool na Escócia: análise controlada de séries temporais interrompidas para 2015-18. *bmj*, 366, l5274. doi: 10.1136/bmj.l5274

Uma preocupação em relação ao PUM é que a receita adicional vai para os vendedores, ao contrário das receitas fiscais que vão para o governo (Sornpaisarn *et al.* 2017). Para lidar com essa preocupação, a tributação especial de consumo poderia servir ao mesmo propósito que o PUM, aumentando os preços dos produtos de álcool baratos, com a diferença entre o preço do PUM e o preço do produtor indo para o governo como receita tributária.

7.7 Eficácia das políticas que proíbem vendas abaixo do custo e restringem a promoção de vendas

O desconto de bebidas alcoólicas ocorre de várias maneiras. Em ambientes locais, o desconto de álcool normalmente assume a forma de *happy hours*, que são períodos de tempo em que o álcool é vendido a

preços mais baixos do que o normal. Há evidências consistentes de que essas promoções aumentam o consumo de álcool e os danos relacionados ao álcool (Puac-Polanco *et al.* 2020). Embora várias jurisdições tenham restringido ou banido as promoções de *happy hours*, tem havido poucas pesquisas bem elaboradas sobre os efeitos dessas restrições, de modo que as constatações do único estudo que avaliou uma lei específica são inconclusivas (Smart e Adlaf 1986; Puac-Polanco *et al.* 2020).

Em ambientes fora do estabelecimento comercial, principalmente quando vendido em cadeias de supermercados, o álcool costuma ter grandes descontos para encorajar os clientes a entrar na loja, agindo como um chamariz. No Reino Unido, esta prática tem sido generalizada, havendo mercearias que vendem álcool regularmente a preços abaixo do custo (Ação de Saúde Escocesa acerca de Problemas com o Álcool 2007). Estima-se que uma proibição total do desconto *off-trade* reduziria o consumo em 2,8% na Inglaterra (Brennan *et al.* 2008). A modelagem adicional, no entanto, sugeriu que havia um menor impacto da proibição da venda abaixo do custo do que da implementação de um PUM (Brennan *et al.* 2014).

7.8 Questões especiais sobre intervenções de política econômica

7.8.1 Renda, acessibilidade, inflação e consumo de álcool

A acessibilidade, resultado da renda de um indivíduo em relação aos preços do álcool, poderia prever o nível de consumo de álcool ainda melhor do que apenas o preço do álcool (Wall e Casswell 2013). Este capítulo revisou as fortes evidências da eficácia das políticas de tributação e preços, uma parte da acessibilidade, na redução do consumo de álcool e seus danos relacionados. A teoria econômica e os estudos empíricos sugerem que a renda, a outra parte da acessibilidade, também afetará o consumo de álcool porque o consumo tende a aumentar com a renda (Gallet 2007; Fogarty 2010; Nelson 2013a). A importância da acessibilidade para a saúde pública é ilustrada em um estudo da Bielorrússia, que constatou que cada aumento de 1% na acessibilidade da vodca (combinando mudanças de preço e renda) estava relacionado a um aumento de 0,3% no predomínio da dependência do álcool e no número de pacientes recebendo tratamento para dependência de álcool (Razvodovsky 2013).

A nível nacional, o consumo agregado de álcool é normalmente pró-cíclico; o consumo aumenta quando a economia cresce e diminui durante as recessões econômicas (Ruhm e Black 2002; Kruger e Svensson 2010). O consumo problemático, no entanto, pode ser anticíclico (Dee 2001; Johansson *et al.* 2006). Um estudo (Selvanathan e Selvanathan 2005a) constatou que a elasticidade de renda do álcool era substancialmente maior em PBMRs do que em PARs, sugerindo que os preços são mais eficazes na redução do consumo quando a renda agregada é baixa.

Em muitos países, os preços reais das bebidas alcoólicas caíram substancialmente desde 1950 (por exemplo, Xu e Chaloupka 2011; Blanchette *et al.* 2020). Nos Estados Unidos, por exemplo, aumentos de impostos insuficientes e pouco frequentes levaram a quedas substanciais no valor real dos impostos sobre o álcool entre 1970 e 2018 (Blanchette *et al.* 2020). Uma tendência semelhante foi observada na Europa entre 1996 e 2004 (Rabinovich *et al.* 2009). Uma das principais causas desse declínio é que a inflação reduz automaticamente o valor real do imposto, acarretando maior acessibilidade ao álcool. Uma forma de evitar a erosão dos efeitos benéficos das medidas fiscais é vincular as taxas de imposto sobre o álcool a um índice de custo de vida, em vez de amarrá-las a um valor fixo. Este é agora o caso na Austrália, onde as taxas de impostos especiais de consumo de álcool são ajustadas a cada 6 meses, segundo o Índice de Preços ao Consumidor (Departamento de impostos australianos 2006). Vários países da ex-União Soviética têm seus impostos ajustados pela inflação para todos ou alguns tipos de bebidas alcoólicas (Neufeld *et al.* 2021).

7.8.2 A questão da regressão: imposto sobre o álcool/ preço unitário mínimo e os menos favorecidos

Os economistas descrevem um imposto que tem efeitos maiores sobre os pobres do que sobre os ricos como sendo “regressivo”. Do ponto de vista da saúde pública, entretanto, tal efeito diferencial diminuiria a desigualdade na saúde, uma vez que um determinado nível de bebida exerce maiores efeitos sobre a saúde dos consumidores mais pobres do que dos ricos (vide Capítulo 4). As evidências normalmente sustentam a proposição de que os impostos sobre o álcool são regressivos, ou seja, apresentam um impacto fiscal

Maior sobre os mais pobres do que sobre os consumidores mais ricos. Estudos da Nova Zelândia (Ashton *et al.* 1989), países africanos (Younger 1993; Younger e Sahn 1999), Rússia (Decoster 2005) e Austrália (Vandenberg e Sharma 2016), contudo, constataram poucas evidências de efeitos regressivos dos impostos sobre o álcool na população inteira. A abstinência de álcool é mais comum entre os pobres, compensando o efeito maior sobre consumidores compulsivos que são pobres.

Estudos da Finlândia não encontraram nenhuma diferença sistemática entre grupos de renda no efeito de uma redução de impostos sobre o consumo de álcool (Makela e Osterberg 2009), mas aumentos substancialmente maiores na mortalidade relacionada ao álcool entre pessoas menos privilegiadas (Herttua *et al.* 2008). Correspondentemente, estudos de modelagem também sugerem que um aumento nos impostos pode reduzir a desigualdade social na saúde, reduzindo os danos relacionados ao álcool em maior grau entre pessoas economicamente desfavorecidas (Brennan *et al.* 2014; Meier *et al.* 2016).

7.8.3 Elisão e evasão fiscal

Comerciantes de álcool e consumidores normalmente tentam contornar parte da carga tributária imposta pelo governo sempre que possível (Sornpaisarn *et al.* 2017). A evasão fiscal é legal em certas situações, como quando os consumidores compram produtos alcoólicos em lojas *duty-free* ou cervejarias que produzem as cervejas menos tributadas. A evasão fiscal, por outro lado, envolve atividades ilegais destinadas a escapar do pagamento de impostos. Produtores ou importadores de álcool, por exemplo, podem descrever falsamente o produto ou subfaturar seu preço para reduzir o imposto sobre seu produto. A evasão fiscal também inclui o contrabando e a produção ilícita.

A elisão e a evasão fiscais podem reduzir a receita tributária e minar os benefícios para a saúde decorrentes do aumento da tributação do álcool. As estratégias disponíveis para os governos lidarem com a elisão e a evasão fiscais incluem uma licença eficaz e um sistema tributário para produtos alcoólicos e investir em um sistema de fiscalização sólido para produção, importação, distribuição e venda (vide detalhes em Sornpaisarn *et al.* 2017). Elas são semelhantes às estratégias usadas para reduzir o

comércio ilícito de tabaco: administração tributária fortalecida, fiscalização aprimorada e penalidades severas (Chaloupka *et al.* 2019).

7.8.4 Questões relativas à seleção do método de imposto

Existem variações significativas nos métodos de tributação usados pelos governos, conforme relatado na Pesquisa Global sobre Álcool e Saúde de 2012 (Rehm and Shield 2017). Entre os países que responderam à pesquisa, 46 usaram um sistema tributário *ad valorem*, 24 usaram um sistema tributário específico, cinco usaram um sistema tributário unitário e 63 usaram uma combinação de sistemas tributários (Rehm e Shield 2017). A tributação *ad valorem* é baseada no valor do álcool em termos de preço de atacado ou varejo. A tributação específica é baseada no teor de etanol e a tributação unitária é baseada no volume da bebida, qualquer que seja seu teor alcoólico. Exemplos de sistemas tributários complexos incluem a tributação *ad valorem* para o vinho e a tributação específica para todas as demais bebidas alcoólicas, além da tributação específica e a tributação *ad valorem* para cada produto alcoólico. A tributação *ad valorem* desacompanhada de qualquer outra é normalmente utilizada para fins de geração de receita tributária, mas não é apropriada para tributar produtos geradores de externalidades, como álcool e tabaco (Keen 1998; Cnossen 2005). A tributação unitária é comumente aplicada para o vinho em alguns países, muitas vezes justificada pela dificuldade em produzir um teor alcoólico preciso por volume (Richupan 2005; Comissão Jurídica da Nova Zelândia 2010). Nos países produtores de vinho, ela também concede aos vinhos baratos uma vantagem no segmento barato de alto volume do mercado de bebidas alcoólicas. As empresas de álcool normalmente possuem condições de ajustar seus produtos para reduzir a carga tributária correspondente aos métodos tributários que o governo emprega (Smith 2005; Malcolm 2011) (vide detalhes para atribuições de vários métodos tributários também em Sornpaisarn *et al.* 2015a, 2017).

Os métodos de tributação baseados no teor de etanol (tributação específica), e não no preço ou no volume da bebida, normalmente são as opções mais adequadas para a imposição de impostos sobre produtos alcoólicos do ponto de vista dos benefícios à saúde pública (Sornpaisarn *et al.* 2017; Rehm *et al.* 2019a). A tributação específica pode reduzir o consumo total ao fixar uma taxa mais elevada para bebidas mais fortes,

como as bebidas destiladas. Isso também pode reduzir a taxa de envenenamento por álcool e violência, que foram associados ao consumo de bebidas alcoólicas e à ingestão rápida de grandes quantidades de álcool (Makela *et al.* 2007; Rehm e Hasan 2020). Outra forma seria manter a tributação específica com base no teor de etanol, mas com tipos de bebidas privilegiando os produtos com menor teor alcoólico (Rehm *et al.* 2016).

Estudos dessas abordagens de tributação específicas indicam sucessos tanto nos PARs quanto nos PBMRs. Em resposta, por exemplo, a impostos específicos intimamente relacionados ao teor de álcool na Suécia, os consumidores mudaram de destilados para bebidas alcoólicas de baixo teor, resultando em uma redução no consumo total de álcool (Keen 1998). Na Tailândia, uma combinação de impostos específicos e impostos *ad valorem* levou à redução do consumo de produtos alcoólicos tributados e atrasou a iniciação do consumo entre os jovens (Sornpaisarn *et al.* 2012, 2016). A tributação específica aumentou o preço do etanol, enquanto o imposto *ad valorem* tornou mais onerosas as bebidas caras de estilo ocidental preferidas pelos jovens (Sornpaisarn *et al.* 2012, 2015b, 2017). Por fim, a Federação Russa fez uso de aumentos de impostos baseados, principalmente, no teor de álcool, mas com tributação mais pesada de destilados para reduzir o nível geral de consumo, além de mudar as preferências de bebidas de destilados para cerveja (Korotayev *et al.* 2018; Neufeld *et al.* 2020).

7.8.5 Políticas de preços do álcool, economia e empregos

Um argumento comum contra as políticas que aumentam o preço são seus supostos efeitos sobre a economia e o emprego na indústria do álcool. Anderson e Baumberg (2017) argumentaram que, se as pessoas gastam menos dinheiro com álcool, gastarão mais dinheiro em outros bens, o que criará empregos em outras partes da economia. Assim, os custos que devem ser considerados são apenas os custos de ajustamento a médio e curto prazo (ou seja, ao longo de alguns anos). Os custos do consumo de álcool para a sociedade (por exemplo, no que diz respeito aos cuidados de saúde, policiamento, tribunais, prisões, perda de produtividade, desemprego e mortalidade prematura) também devem ser levados em consideração. As políticas de álcool orientadas para a saúde pública provavelmente diminuirão os custos nessas áreas. Estima-se que essas re-

duções de custo superem em muito quaisquer desvantagens econômicas potenciais das políticas de preços do álcool.

7.8.6 Imposto de saúde ou impostos hipotecários

Em alguns locais, uma proporção dos impostos especiais de consumo de produtos alcoólicos (e outros produtos como o tabaco) é explicitamente alocada para financiar serviços de saúde (Javadinasab *et al.* 2019) e atividades de promoção da saúde e para controlar problemas causados pelo **uso nocivo de álcool** (Pongutta e outros 2019). Isso pode ser implementado por meio de um orçamento não legislativo pelo governo (chamado “imposto dedicado”) ou por legislação (chamado “imposto direcionado” ou “imposto hipotecário”). Os fundos podem ser alocados a partir de um imposto especial de consumo existente (destinado), por meio de uma cobrança adicional sobre o imposto especial de consumo existente (“sobretaxa”) (Sornpaisarn *et al.* 2017) ou, como na Suécia, como uma alocação dos lucros do monopólio governamental do álcool. Um número crescente de países adotou esse mecanismo financeiro após sua criação na Nova Zelândia para o álcool em 1976 (Casswell 1985). Vide o Quadro 7.3 para uma breve descrição de como este fundo foi estabelecido na Tailândia. Os governos podem considerar esta estratégia financeira para obter um mecanismo de financiamento sustentável a fim de controlar os problemas causados pelo consumo de álcool. Ademais, impostos hipotecários em todo o mundo poderiam apoiar esforços intergovernamentais e colaborativos para prevenir os danos causados pelo álcool em todo o mundo, além das políticas de controle do álcool em cada país.


Quadro 7.3 Estabelecimento da Fundação Tailandesa de Promoção da Saúde usando uma sobretaxa de impostos especiais de consumo sobre álcool e tabaco

A *Thai Health Promotion Foundation* (Thai Health – Fundação Tailandesa de Promoção da Saúde) é uma organização governamental autônoma na Tailândia (Pongutta *et al.* 2019). Foi estabelecida quando o parlamento da Tailândia promulgou a Lei da Fundação de Promoção da Saúde da Tailândia (B.E.2544) em 2001. A Saúde da Tailândia não faz parte do Ministério da Saúde Pública, mas está sob a supervisão direta do Primeiro Ministro. O orçamento da Fundação vem de uma sobretaxa de 2% cobrada sobre o imposto especial de consumo dos produtores de álcool e tabaco. Em média, seu faturamento anual é de US\$ 120 milhões. Este tipo de mecanismo de financiamento é o meio mais eficaz de garantir o apoio financeiro sustentável e de longo prazo para as atividades de promoção da saúde no país.

Usando seu orçamento, a Thai Health é um catalisador para a coordenação e capacitação de organizações parceiras no sentido de promover a saúde do povo tailandês (Pongutta *et al.* 2019). A Thai Health e suas alianças empregam estratégias de defesa da saúde, campanhas de mídia de massa e a mobilização da comunidade. O sucesso da estratégia de defesa da política do álcool é ilustrado pelo número de políticas nacionais do álcool na Tailândia, que aumentou de seis políticas no meio do século entre 1950 e 2001 para duas políticas por ano de 2003 a 2008. O “impacto coletivo” da Thai Health e suas alianças incluem uma redução no consumo anual de álcool per capita, que diminuiu de 8,1 litros de álcool puro em 2005 para 6,9 litros em 2014.

7.9 Resumo e conclusões: o impacto das políticas fiscais e de preços

Este capítulo avaliou o papel dos preços e impostos do álcool como meio de reduzir o consumo total de álcool e os problemas relacionados ao álcool. Centenas de estudos, conduzidos principalmente nos PARs, mas também em vários PBMRs, demonstraram que os preços do álcool têm efeito sobre o consumo de álcool e problemas relacionados, incluindo taxas de mortalidade, crimes e acidentes de trânsito.

Conforme descrito com mais detalhes no  apêndice on-line 1 e no Capítulo 6, as estratégias e intervenções analisadas neste capítulo foram avaliadas pelos autores em duas áreas principais: evidência de eficácia e quantidade de apoio à pesquisa. A Tabela 7.2 apresenta as classificações de consenso dos autores das opções de políticas analisadas neste capítulo. Essas avaliações também consideraram outras questões, como o alcance da população e o custo relativo da intervenção para os governos em termos de tempo, recursos e dinheiro. Estes são resumidos na seção de comentários da tabela.

A Tabela 7.2 mostra que há fortes evidências de eficácia e uma ampla série de apoio de pesquisas para a tributação do álcool na redu-

ção do consumo desse, bem como de problemas relacionados. O efeito se aplica a todos os grupos de consumidores, incluindo pessoas que bebem exageradamente e adolescentes. Além disso, o custo de implementação da tributação do álcool é baixo. Há alguma evidência de um efeito moderado do PUM no consumo de bebidas alcoólicas baratas e seus danos relacionados. Esta medida de controle de preços afeta particularmente os consumidores compulsivos e os menos favorecidos, que normalmente preferem o álcool barato. Há evidências moderadas mostrando que a tributação adicional sobre refrigerantes alcoolizados e bebidas voltadas para jovens reduz o consumo dessas bebidas tributadas. Há, porém, incerteza sobre sua capacidade de mitigar danos, visto que os adolescentes podem passar a consumir bebidas que são tributadas a uma taxa menor e que, portanto, são mais acessíveis. Existem poucas evidências que demonstrem a eficácia da proibição de descontos e promoções de preços e de valores diferenciados por bebida.

Além das taxas de impostos, alguns governos têm usado outros meios para influenciar o preço, como estabelecer preços mínimos de venda ou restringir vendas com desconto, a fim de reduzir os índices de problemas com álcool. As evidências apoiam a proposição de que aumentar o preço mínimo das bebidas mais baratas é especialmente eficaz para influenciar as pessoas que bebem exageradamente e reduzir os índices de danos. Há pouca evidência de que as proibições à venda abaixo do custo e as restrições à promoção de vendas tenham algum impacto sobre o consumo ou danos em nível agregado; no entanto, existem poucos estudos sobre esse assunto.

O quadro 7.4 apresenta uma orientação para a elaboração e implementação de políticas de tributação do álcool, com base nas evidências analisadas neste capítulo. Os impostos sobre o álcool são, portanto, um instrumento atrativo da política do álcool, pois podem ser usados tanto para gerar receita direta para o governo quanto para reduzir os danos relacionados ao álcool. Além de seu potencial de receita, eles estão entre as maneiras mais econômicas de um governo reduzir os danos relacionados ao álcool tanto nos PARs quanto nos PBMRs. O método tributário específico (tributação sobre o teor de etanol) é bom para controlar o consumo de álcool. Embora seja improvável que impostos restritivos e políticas de preços atrapalhem o desenvolvimento econômico, dado algum tempo para ajuste, a desvantagem mais crucial de aumentar os impostos sobre o álcool é a possibilidade de substituição por bebidas alcoólicas não tributadas,

principalmente por meio de contrabando ilegal ou produção ilegal de álcool no país. Os efeitos líquidos dos aumentos de impostos e preços, no entanto, tendem a ser uma redução no consumo de álcool e problemas relacionados.

Tabela 7.2 Classificações consensuais de estratégias e intervenções de preços e tributação relevantes para as políticas^c


Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Impostos sobre o álcool	+++	+++	O aumento de impostos reduz o consumo de álcool e prejudica toda a sociedade, incluindo pessoas que bebem em excesso e adolescentes. Há algumas evidências do benefício de retardar o início do consumo de álcool entre os adolescentes. Os efeitos dependem do imposto inicial, tamanho do aumento, supervisão do governo, controle da oferta total de álcool, renda disponível e efeito do aumento de impostos sobre a acessibilidade do álcool, que pode ser aprimorado pela indexação das taxas de imposto ao custo de vida. Amplo alcance populacional, mas altos impostos podem aumentar o consumo não registrado
Políticas de preço mínimo, que incluem preço unitário mínimo (PUM) como o principal exemplo	+ / ++	++	A evidência de eficácia de países que aplicam PUM é relativamente recente. Os PUM recém-impostos e aumentados podem reduzir o consumo de álcool e danos, mas não em todos os casos. Como os preços das bebidas no local influem os custos do serviço, o PUM afeta principalmente o álcool barato vendido para consumo fora do local, preferido por pessoas que bebem e, excesso e pelos pobres. A receita do aumento do preço do álcool barato não reverte para o governo e aumentará as margens de lucro da indústria, a menos que as vendas sejam feitas por meio de um monopólio estatal

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Proibição de descontos e promoções de preços	?	+	Numerosos estudos mostram que o <i>happy hour</i> , bebidas especiais e promoções de preços estão associados ao aumento do consumo de álcool e à intoxicação, mas quase nada se sabe sobre os efeitos das leis que restringem as bebidas especiais. A eficácia pode depender da aplicação da proibição e da existência de pontos de venda alternativos ou formas de álcool barato.
Preço diferencial por unidade de álcool por bebida	+	++	Preços mais altos para bebidas destiladas podem mudar o consumo para bebidas com menor teor alcoólico, o que pode resultar em menor consumo geral e reduzir a overdose de álcool. As evidências do impacto dos incentivos fiscais em produtos com baixo teor alcoólico são sugestivas, mas, poucos estudos foram realizados.
Tributação especial ou adicional sobre bebidas destinadas a jovens	+	++	Preços mais altos, reduzem o consumo de bebidas voltadas para jovens em indivíduos que bebem, sem causar substituição substancial

^a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se fazer um julgamento.

^b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem elaborados foram concluídos; +

+ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas não há nenhuma análise integrativa disponível ou nenhuma que inclua os PBMRs; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir análises integrativas da literatura ou metanálises, com alguns testes em PBMRs.

^c Para mais informações, consulte o apêndice  on-line 1

Quadro 7.4 Recomendações para a concepção e implementação de políticas de tributação do álcool

Impor impostos especiais de consumo sobre produtos alcoólicos para cobrir os custos das externalidades negativas do álcool. Para reduzir o uso nocivo do álcool e seus danos relacionados, o governo deve aumentar os impostos para tornar o álcool menos acessível, especialmente para aqueles que bebem muito.

Utilizar a opção de tributação específica (tributação sobre o teor de etanol) para reduzir o consumo total de álcool. Empregar o método misto combinando tributação específica (tributação sobre o teor de etanol) e tributação *ad valorem* (tributação sobre o preço do álcool) para reduzir simultaneamente o consumo total de álcool e evitar a iniciação ao consumo. A última abordagem é apropriada, especialmente para países com alta prevalência de abstinência vitalícia, caso a abstenção seja vista como uma opção importante e saudável a ser incentivada nesses países.

Aumentar regularmente as alíquotas de impostos para produtos alcoólicos ou vinculá-los à inflação para evitar que os preços reais do álcool caiam e a acessibilidade do álcool aumente com o tempo.

Investir na aplicação da lei para reduzir o mercado ilícito de álcool.

Referências

Ally AK, Meng Y, Chakraborty R, *et al.* (2014) Alcohol tax pass-through across the product and price range: do retailers treat cheap alcohol differently? *Addiction*, 109, 1994–2002.

Anderson P and Baumberg B (2017) Special issues concerning the implementation of alcohol taxation and pricing policies. In: Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, and Rehm J (eds.) *The Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva: World Health Organization, pp. 67–81.

Anderson P, Chisholm D, and Fuhr DC (2009) Alcohol and global health 2: effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373, 2234–46.

Araya D and Paraje G (2018) The impact of prices on alcoholic beverage consumption in Chile. *PLoS One*, 13, e0205932.

Ashton RH, Graul PR, and Newton JD (1989) Audit delay and timeliness of corporate reporting. *Contemporary Accounting Research*, 5, 657–73.

Asplund M, Friberg R, and Wilander F (2007) Demand and distance: evidence on cross-border shopping. *Journal of Public Economics*, 91, 141–57.

Australian Tax Office (2006) *The Alcohol Industry—Excise Technical Guidelines*. Canberra: Australian Tax Office.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, *et al.* (2010) *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.

Blanchette JG, Ross C, and Naimi TS (2020) The rise and fall of alcohol excise taxes in U.S. states, 1933–2018. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 331–8.

Blecher E (2008) The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ*, 27, 930–42.

Brennan A, Meng Y, Holmes J, *et al.* (2014) Potential benefits of minimum unit pricing for alcohol versus a ban on below cost selling in England 2014: a modelling study. *BMJ*, 349, g5452. Brennan A, Purshouse R, Taylor K, *et al.* (2008) Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion, part B: modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield alcohol policy model, version 2008(1-1). Sheffield: ScHARR, University of Sheffield. www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.95621!/file/PartB.pdf

Callinan S, Room R, Livingston MJ, *et al.* (2015) Who purchases low-cost alcohol in Australia? *Alcohol Alcohol*, 50, 647–53.

Casswell S (1985) The organizational politics of alcohol control policy. *Br J Addict*, 80, 357–61. Chaloupka FJ, Powell LM, and Warner KE (2019) The use of excise taxes to reduce tobacco, alcohol, and sugary beverage consumption. *Ann Rev Public Health*, 40, 187–201.

Chelwa G, Toan PN, Hien NTT, *et al.* (2019) Do beer and wine respond to price and tax changes in Vietnam? Evidence from the Vietnam Household Living Standards Survey. *BMJ Open*, 9, e027076.

Chikritzhs TN, Dietze PM, Allsop, SJ, *et al.* (2009) The ‘alcopops’ tax: heading in the right direction. *Med J Austr*, 190, 294–5.

Chisholm D, Moro D, Bertram M, *et al.* (2018) Are the ‘Best Buys’ for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 514–22.

Crossen S (2005) Economics and politics of excise taxation. In: Crossen S (ed.) *Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving*. New York, NY: Oxford University Press.

Collis J, Grayson A, and Joha S (2010) *Econometric Analysis of Alcohol Consumption in the UK*. London: HM Revenue and Customs.

Decoster A (2005) How progressive are indirect taxes in Russia? *Economics of Transition*, 13, 705029.

Dee TS (2001) Alcohol abuse and economic conditions: evidence from repeated cross-section of individual-level data. *Health Econ*, 10, 257–70.

Donnar R and Jakee K (2004) Australian beer wars and pub demand: how vertical restraints improved the drinking experience. *Applied Economics*, 36, 1613–22.

Doren CM and Digiusto E (2011) Using taxes to curb drinking: a report card on the Australian government's alcopops tax. *Drug Alcohol Rev*, 30, 677–80.

Econtech (2004) *Modelling Health-Related Reforms to Taxation of Alcoholic Beverages*. Canberra: Econtech.

Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, *et al.* (2010) The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*, 38, 217–29.

European Commission Directorate-General Taxation and Customs Union (2020) Excise duty tables. https://ec.europa.eu/taxation_customs/sites/taxation/files/resources/documents/taxation/excise_duties/alcoholic_beverages/rates/excise_duties-part_i_alcohol_en.pdf

Fogarty J (2006) The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *Br Food J*, 108, 316–32.

Fogarty J (2010) The demand for beer, wine and spirits: a survey of the literature. *Journal of Economic Surveys*, 24, 428–78.

Gale M, Muscatello DJ, Dinh M, *et al.* (2015) Alcopops, taxation and harm: a segmented time series analysis of emergency department presentations. *BMC Public Health*, 15, 468.

Gallet CA (2007) The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51, 121–35.

Gruenewald PJ and Remer I (2006) Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcohol Clin Exp Res*, 30, 1184–93.

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368–84.

Heeb J, Gmel G, Zurbrügg C, *et al.* (2003) Changes in alcohol consumption following a reduction in price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 98, 1433–46.

Herttua K, Mäkälä P, and Martikainen P (2008) Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction on alcohol prices: a natural experiment based on register data. *Am J Epidemiol*, 168, 1110–18.

Holmes J, Meng Y, Meier PS, *et al.* (2014) Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*, 383, 1655–64.

Huang CD (2003) *Econometric Models of Alcohol Demand in the UK*. Government Economic Service, Working Paper 140. London: UK Customs and Excise.

Hunt P, Rabinovich L, and Baumberg B (2011) *Preliminary Assessment of Economic Impacts of Alcohol Pricing Policy Options in the UK*. Cambridge: RAND.

Javadinasab H, Masoudi AI, Vosoogh-Moghaddam A, *et al.* (2019) Sustainable financing of health promotion services in selected countries: best experience for developing countries. *Med J Islam Repub Iran*, 5, 33–42.

Jernigan D (1999) Country profile on alcohol in Zimbabwe. In: Riley L and Marshall M (eds.) *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Publication WHO/HSC/SAB/99.9. Geneva: World Health Organization Substance Abuse Department, pp. 157–75.

Jiang H and Livingston M (2015) The dynamic effects of changes in prices and affordability on alcohol consumption: an impulse response analysis. *Alcohol Alcohol*, 50, 631–8.

Jiang H, Livingston M, Room R, *et al.* (2016) Price elasticity of on-and off-premises demand for alcoholic drinks: a Tobit analysis. *Drug Alcohol Depend*, 163, 222–8.

Johansson E, Böckerman P, Prättälä R, *et al.* (2006) Alcohol-related mortality, drinking behavior, and business cycles. *Eur J Health Econ*, 7, 212–17.

Keen M (1998) The balance between specific and ad valorem taxation. *Fiscal Studies*, 19, 1–37.

Kisely S and Lawrence D (2016) A time series analysis of alcohol-related presentations to emergency departments in Queensland following the increase in alcopops tax. *Epidemiol Community Health*, 70, 181–6.

Kisely S, Pais J, White A, *et al.* (2011) Effect of the increase in ‘alcopops’ tax on alcohol-related harms in young people: a controlled interrupted time series. *Med J Austr*, 195, 690–3.

Korotayev A, Khaltourina D, Meshcherina K, *et al.* (2018) Distilled spirits overconsumption as the most important factor of excessive adult male mortality in Europe. *Alcohol Alcohol*, 53, 742–52.

Koski A, Siren R, Vuori E, *et al.* (2007) Alcohol tax cuts and increase in alcohol-positive sudden deaths: a time-series intervention analysis. *Addiction*, 102, 362–8.

Krüger NA and Svensson M (2010) Good times are drinking times: empirical evidence on business cycles and alcohol sales in Sweden 1861–2000. *Applied Economics Letters*, 17, 543–6.

Kumar S (2017) Price elasticity of alcohol demand in India. *Alcohol Alcohol*, 52, 390–5.

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health—what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 28–41.

Laichuthai A, Siriwong-Na-Ayuthaya A, Posayachinda V, *et al.* (2001) *Alcohol in Thai Society: Studies Results of the Study Project to Find Alternative Solutions for Problems Caused by Alcohol Consumption*. [in Thai] Bangkok: Chulalongkorn University.

Laixuthai A and Chaloupka F (1993) Youth alcohol use and public policy. *Contemporary Economic Policy*, 11, 70–81.

Lensvelt E, Liang W, Gilmore W, *et al.* (2016) Effect of the Australian ‘Alcopops Tax’ on alcohol-related emergency department presentations for injury in two states. *J Stud Alcohol Drugs*, 77, 730–9.

Mäkelä P, Mustonen H, and Österberg E (2007) Does beverage type matter? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 24, 617e631.

Mäkelä P and Österberg E (2009) Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effect of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*, 104, 554–64.

Malcolm M (2011) Perfect competition. Course Hero. <https://www.coursehero.com/file/11376331/Lecture-3-Notes/>

Mangeloja E and Pehkonen J (2009) Availability and consumption of alcoholic beverages: evidence from Finland. *Applied Economics Letters*, 16, 425–9.

Mazzocchi M (2006) Time patterns in UK demand for alcohol and tobacco: an application of the EM algorithm. *Comput Stat Data Anal*, 50, 2191–205.

Medina-Mora ME, Monteiro M, Rafful C, *et al.* (2021) Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug Alcohol Rev*, 40, 385–401.

Meier PS, Holmes J, Angus C, *et al.* (2016) Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med*, 13, e1001963.

Moffatt M (2013) Cross-price elasticity of demand. ThoughtCo. http://economics.about.com/cs/microhelp/a/cross_price_d.htm

Nelson JP (2013a) Meta-analysis of alcohol price and income elasticities—with corrections for publication bias. *Health Econ Rev*, 3, 1–10.

Nelson JP (2013b) Robust demand elasticities for wine and distilled spirits: meta-analysis with corrections for outliers and publication bias. *Journal of Wine Economics*, 8, 294–317.

Nelson JP (2015) Binge drinking and alcohol prices: a systematic review of age-related results from econometric studies, natural experiments and field studies. *Health Econ Rev*, 5, 1–13. Nelson JP and Moran JR (2019) Are alcohol excise taxes overshifted to prices? Systematic review and meta-analysis of empirical

evidence from 29 studies. <https://ssrn.com/abstract=3354078> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3354078>

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, *et al.* (2021) Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*, 40, 350–67.

Neufeld M, Bunova A, Gornyi B, *et al.* (2020) Russia's national concept to reduce alcohol abuse and alcohol dependence in the population 2010–2020: which policy targets have been achieved? *Int J Environ Res Public Health*, 17, E8270.

Neufeld M and Rehm J (2018) Effectiveness of policy changes to reduce harm from unrecorded alcohol in Russia between 2005 and now. *Int J Drug Policy*, 51, 1–9.

New Zealand Law Commission (2010) *Alcohol in Our Lives: Curbing the Harm*. Wellington: New Zealand Law Commission.

Niederer R, Koen K, Lussmann D, *et al.* (2008) *Marktstudie und Befragung Junger Erwachsener zum Konsum Alkoholhaltiger Mischgetranke (Alcopops)*. Olten: Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit.

O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, *et al.* (2019) Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ*, 366, l5274.

Okello AK (2001) *An Analysis of Excise Taxation in Kenya*. African Economic Policy Discussion Paper No. 73. Arlington, VA: Equity and Growth through Economics Research.

Olsson B, Ólafsdóttir H, and Room R (2002) Introduction: Nordic traditions of studying the impact of alcohol policies. In Room R (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Problems When Alcohol Controls Change?* Helsinki, Finland, Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 5–11.

Osoro N, Mpango P, and Mwinyimvua H (2001) *An Analysis of Excise Taxation in Tanzania*. African Economic Policy Discussion Paper No. 72. Arlington, VA: Equity and Growth through Economic Research.

Österberg EL (2011) Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug Alcohol Rev*, 30, 124–9.

Özgüven C (2004) *Analysis of Demand and Pricing Policies in Turkey Beer Market*. [Dissertation] Ankara: Graduate School of Natural and Applied Sciences. Middle East Technical University. <http://etd.lib.metu.edu.tr/upload/e/12605208/index.pdf>

Paraje GR, Guindon GE, and Chaloupka FJ (2020) Prices, alcohol use initiation and heavy epi-sodic drinking among Chilean youth. *Addiction*, 116(3), 485–494. doi: 10.1111/add.15167. Pongutta S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, *et al.* (2019) Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bull World Health Organ*, 97, 213–20.

Puac-Polanco V, Keyes KM, Mauro PM, *et al.* (2020) A systematic review of drink specials, drink special laws, and alcohol-related outcomes. *Curr Epidemiol Rep*, 7(4), 300–314.

Rabinovich L, Brutscher PB, Vries HD, *et al.* (2009) *The Affordability of Alcoholic Beverages in the European Union: Understanding the Link Between Alcohol Affordability, Consumption and Harms*. Cambridge: Rand Europe. https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689.html

Radaev V (2015) Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia. *Alcohol Alcohol*, 50, 365–72.

Ramful P and Zhao X (2008) Individual heterogeneity in alcohol consumption: the case of beer, wine and spirits in Australia. *Econ Res*, 84, 207–22.

Razvodovsky YE (2013) Alcohol affordability and epidemiology of alcoholism in Belarus. *Alcoholism*, 49, 29–35.

Rehm J, Crépault J-F, Hasan OSM, *et al.* (2019a) Regulatory policies for alcohol, other psycho-active substances and addictive behaviours: the role of level of use and potency. A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 3749.

Rehm J and Hasan OSM (2020) Is burden of disease differentially linked to spirits? A systematic scoping review and implications for alcohol policy. *Alcohol*, 82, 1–10.

Rehm J, Lachenmeier DW, Jané Llopis E, *et al.* (2016) Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 1, 78–83.

Rehm J, O'Donnell A, Kaner E, *et al.* (in press) Differential impact of minimum unit pricing on alcohol consumption between Scottish men and women: controlled interrupted time series analysis. *BMJ Open*.

Rehm J and Shield KD (2017) Taxation and pricing policies among countries worldwide: results from the 2012 Global Survey on Alcohol and Health. In: Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, and Rehm J (eds.). *The Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva: World Health Organization, pp. 45–51.

Rehm J, Štelemėkas M, and Badaras R (2019b) Research protocol to evaluate the effects of alcohol policy changes in Lithuania. *Alcohol Alcohol*, 54, 112–18.

Richupan S (2005) *Alcohol Products Taxation: International Experiences and Selected Practices in Asia*. Bangkok: Siam Development Institute. http://apapaonline.org/data/Regional_Data/Other/International_Alcohol_Taxation.pdf

Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, *et al.* (2002) *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies and Geneva: World Health Organization.

Room R, Österberg E, Ramstedt M, *et al.* (2009) Explaining change and stasis in alcohol consumption. *Addiction Research and Theory*, 17, 562–76.

Ruhm CJ and Black WE (2002) Does drinking really decrease in bad times? *J Health Econ*, 21, 659–78.

Scottish Health Action on Alcohol Problems (2007) *Alcohol—Price, Policy and Public Health*. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems.

Selvanathan S and Selvanathan EA (2005a) *The Demand for Alcohol, Tobacco and Marijuana: International Evidence*. Burlington VT: Ashgate Publishing.

Selvanathan S and Selvanathan EA (2005b) Empirical regularities in cross-country alcohol consumption. *The Economic Record*, 81 (Suppl 1), 128–42.

Sharma A, Etile F, and Sinha K (2016) The effect of introducing a minimum price on the distribution of alcohol purchase: a counterfactual analysis. *Health Econ*, 25, 1182–200.

Sharma A, Sinha K, and Vandenberg B (2017) Pricing as a means of controlling alcohol consumption. *Br Med Bull*, 123(1), 1–10.

Sharma A, Vandenberg B, and Hollingworth B (2014) Minimum pricing of alcohol versus volumetric taxation: which policy will reduce heavy consumption without adversely affecting light and moderate consumers? *PLoS One*, 9, e80936.

Sheron N, Chilcott F, Matthews L, *et al.* (2014) Impact of minimum price per unit of alcohol on patients with liver disease in the UK. *Clin Med*, 14, 396–403.

Skog O-J and Melberg H (2006) Becker's rational addiction theory: an empirical test with price elasticities for distilled spirits in Denmark 1911–31. *Addiction*, 101, 1444–50.

Smart RG and Adlaf EM (1986) Banning happy hours: the impact on drinking and impaired driving changes in Ontario, Canada. *J Stud Alcohol*, 47, 256–8.

Smith S (2005) Economic issues in alcohol taxation. In: Cnossen S (ed) *Theory and Practice of Excise Taxation: Smoking, Drinking, Gambling, Polluting, and Driving*. New York, NY: Oxford University Press, pp. 61–87.

Sornpaisarn B, Kaewmungkun C, and Rehm J (2015a) Assessing patterns of alcohol taxes produced by various types of excise tax methods: a simulation study. *Alcohol Alcohol*, 50, 639–46.

Sornpaisarn B, Shield K, Cohen J, *et al.* (2013) Elasticity of alcohol consumption, alcohol related harms, and drinking initiation in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Alcohol Res*, 2, 1–14.

Sornpaisarn B, Shield KD, Cohen J, *et al.* (2015b) Can pricing deter adolescents and young adults from starting to drink: an analysis of the effect of alcohol taxation on drinking initiation among Thai adolescents and young adults. *J Epidemiol Glob Health*, 5(4 Suppl 1), S45–57.

Sornpaisarn B, Shield KD, Cohen J, *et al.* (2016) The association between taxation increases and changes in alcohol consumption and traffic fatalities in Thailand. *J Public Health*, 38, e4808.

Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, *et al.* (2017) *Resource Tool on Alcohol Taxation and Pricing Policies*. Geneva: World Health Organization.

Sornpaisarn B, Shield KD, and Rehm J (2012) Alcohol taxation policy in Thailand: implications for other low-to-middle income countries. *Addiction*, 107, 1372–84.

Štelemėkas M, Manthey J, Badaras R, *et al.* (2021) Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction*, 116(10), 2673–2684. doi: 10.1111/add.15470

Stockwell T (2014) Minimum unit pricing for alcohol. *BMJ*, 349, g5617.

Stockwell T, Auld MC, Zhao J, *et al.* (2011) Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*, 107, 912–20.

Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, *et al.* (2012) The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health*, 102, e103–10.

Stockwell T, Zhao J, Martin G, *et al.* (2013) Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health*, 103, 2014–20.

Stockwell T, Zhao J, Marzell M, *et al.* (2015) Relationships between minimum alcohol pricing and crime during the partial privatization of a Canadian Government Alcohol Monopoly. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 628–34.

Thaikla K and Ratchusarnti J (2015) *Community Distilled Spirits*. [in Thai] Bangkok: Thai Health Promotion Foundation.

Thom DR (1984) The demand for alcohol in Ireland. *The Economic and Social Review*, 15, 325–36.

Thompson K, Stockwell T, Wettlaufer A, *et al.* (2017) Minimum alcohol pricing policies in practice: a critical examination of implementation in Canada. *J Public Health Policy*, 38, 39–57. Treno AJ, Newpew TM, Ponicki WR, *et al.* (1993) Alcohol beverage price spectra: opportunities for substitution. *Alcohol Clin Exp Res*, 17, 675–80.

Trolldal B and Ponicki W (2005) Alcohol price elasticities in control and license states in the United States, 1982–99. *Addiction*, 100, 1158–65.

Vandenberg B and Sharma A (2016) Are alcohol taxation and pricing policies regressive? Product-level effects of a specific tax and a minimum unit price for alcohol. *Alcohol Alcohol*, 51, 493–502.

Wagenaar AC, Livingston MD, and Staras SS (2015) Effects of a 2009 Illinois alcohol tax increase on fatal motor vehicle crashes. *Am J Public Health*, 105, 1880–5.

Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, and Wagenaar BH (2009a) Effects of alcohol tax increases on alcohol-related mortality in Alaska: time-series analyses from 1976 to 2004. *Am J Public Health*, 99, 1464–70.

Wagenaar AC, Salois MJ, and Komro KA (2009b) Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104, 179–90.

Wagenaar AC, Tobler AL, and Komro KA (2010) Effects of alcohol tax price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health*, 100, 2270–8.

Wall M and Casswell S (2013) Affordability of alcohol as a key driver of alcohol demand in New Zealand: a co-integration analysis. *Addiction*, 108, 72–9.

Wells S, Graham K, and Purcell J (2009) Policy implications of the widespread practise of ‘predrinking’ or ‘pregaming’ before going to public drinking establishments: are current prevention strategies backfiring? *Addiction*, 104, 4–9.

World Health Organization (2013) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/94384>

World Health Organization (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Xu X and Chaloupka FJ (2011) The effects of prices on alcohol use and its consequences. *Alcohol Res Health*, 34, 236–45.

Xuan Z, Babor TF, Naimi TS, *et al.* (2016) Comment on ‘binge drinking and alcohol prices’. *Health Econ Rev*, 6, 1–2.

Younger SD (1993) *Estimating Tax Incidence in Ghana: An Exercise Using Household Data*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No. 48. Ithaca, NY: Cornell University. <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>

Younger SD and Sahn DE (1999) *Fiscal Incidence in Africa: Microeconomic Evidence*. Cornell Food and Nutrition Policy Program Working Paper No 91. Ithaca, NY: Cornell University. <http://www.cfnpp.cornell.edu/images/wp48.pdf>

Zhao J, Stockwell T, Martin G, *et al.* (2013) The relationship between minimum alcohol prices, outlet densities and alcohol-attributable deaths in British Columbia, 2002–09. *Addiction*, 108, 1059–69.

8

REGULAMENTANDO A DISPONIBILIDADE FÍSICA DO ÁLCOOL

8.1 Introdução

A pesquisa normalmente indica que, quando o álcool está prontamente disponível, o consumo e os problemas associados aumentam, ao passo que diminuem quando são impostas restrições à disponibilidade (Fitterer *et al.* 2015). Os controles sobre a disponibilidade podem ser impostos em nível populacional (por exemplo, horário de venda) ou individual (por exemplo, restrições por idade ou por ordem judicial).

Os mercados de álcool são normalmente regulados pelo governo, seja em nível comunitário, regional e nacional. A regulamentação do álcool normalmente é separada e mais extensa do que para outras mercadorias, refletindo as preocupações de saúde e bem-estar específicas do consumo de álcool. A bebida alcoólica produzida ou distribuída fora da regulamentação e supervisão do governo é descrita como álcool **não registrado**⁸ ou “álcool informal”. O álcool informal constitui cerca de 25 a 30% da oferta mundial de álcool (Okaru *et al.* 2019), sendo especialmente predominante em alguns **países de baixa e média renda** (PBMRs), respondendo em alguns lugares por até 90% do consumo total (Room *et al.* 2002). Os mercados informais diminuem a eficácia das regulamentações de disponibilidade. Embora existam várias opções de políticas para abordar os mercados informais (Okaru *et al.* 2019), as evidências de pesquisa sobre sua eficácia ou custo-benefício são relativamente escassas. Portanto, este capítulo aborda, principalmente, a regulamentação da disponibilidade de álcool registrado.

8 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

8.1.1 O sistema geral de controle do álcool

Existem três opções de governança do mercado de álcool: proibição total; monopólio governamental do álcool; e licenciamento e regulamentação do governo. Diferentes opções podem coexistir na mesma jurisdição para diferentes tipos de bebidas alcoólicas e para vendas fora do estabelecimento versus compra e consumo no estabelecimento comercial.

A proibição total recebeu atenção considerável em todo o mundo entre as décadas de 1830 e 1930 e ainda existe em algumas jurisdições. As leis de proibição foram aprovadas no início do século XX em 13 países autônomos (Schrad 2010) e foram impostas por governos coloniais e colonos a muitos povos indígenas (por exemplo, Brady 2000) ou, posteriormente, pelos próprios povos indígenas (Lee *et al.* 2018). As proibições em nível nacional foram normalmente revogadas na década de 1930, e outras proibições desapareceram, principalmente, na década de 1960. Refletindo, porém, uma tradição muito mais longa com autoridade religiosa, a proibição continua em vigor em vários países de maioria muçulmana (Al-Ansari *et al.* 2016).

Uma segunda abordagem para a disponibilidade de álcool é o monopólio governamental do mercado. Isso não apenas fornece um meio de receita do governo, mas também pode ser usado como meio de controlar a disponibilidade do álcool no interesse da saúde pública e da ordem social (Room e Cisneros Ornberg 2019). Embora agora seja menos comum, continua a haver monopólios governamentais em algum nível (importação, produção, atacado ou varejo) em 50 países (Organização Mundial da Saúde 2018). Monopólios de varejo fora do estabelecimento comercial, por exemplo, operam na Noruega, Suécia, Finlândia e Islândia, bem como na Europa Oriental (por exemplo, Rússia), sul da África, Costa Rica, vários estados indianos, na maioria das províncias canadenses e nos vários países estados dos EUA.

Um terceiro sistema de governança da disponibilidade de álcool se dá por meio de um **licenciamento** para vender álcool. Em 2016, 141 dos 164 países que responderam a uma pesquisa da Organização Mundial da Saúde relataram ter esse sistema de licenciamento (Organização Mundial da Saúde 2018). Esses sistemas normalmente incluem **limitações de horas e dias de venda**, limites mínimos de idade para beber e

penalidades civis, incluindo suspensão de licença por violação de regulamentações. A extensão e aplicação da regulamentação do mercado de álcool, no entanto, varia muito; em muitos PBMRs, a disponibilidade de álcool, não é efetivamente regulamentada (Pinsky e Laranjeira 2007; Organização Mundial da Saúde 2018).

As bebidas alcoólicas são normalmente vendidas para consumo no estabelecimento (por exemplo, em um bar, cafeteria ou restaurante) ou para levar para consumo fora do estabelecimento (por exemplo, quando compradas em uma loja de bebidas ou supermercado). Em mercados de álcool maduros, tanto as vendas “no estabelecimento” quanto “fora do estabelecimento”, exceto por um monopólio do governo, são normalmente reguladas por meio de um **sistema de licenciamento** que especifica quem pode vender álcool, para quem o álcool pode ser vendido (por exemplo, para menores ou clientes embriagados), as condições de venda (por exemplo, quotas de compra ou vendas no balcão) e dias ou horas de negociação. Para vendas no estabelecimento, há oportunidades adicionais para a regulamentação dentro dele (vide Capítulo 10). As vendas externas oferecem menos oportunidades de influenciar o comportamento real de consumo; no entanto, o tipo, dosagem, embalagem e preço podem ser regulados, bem como o posicionamento na loja (por exemplo, não perto da entrada ou do balcão de vendas), a quantidade de compra permitida e o número e tipos de pontos de venda que estão autorizados a vender álcool (por exemplo, se a loja vende apenas álcool, se as vendas são permitidas em supermercados ou em postos de gasolina).

Este capítulo descreve os efeitos das mudanças na disponibilidade de álcool sobre o consumo de álcool e problemas relacionados. Abrange mudanças na disponibilidade de varejo (quando, onde e para quem o álcool é vendido); nas restrições sobre quem pode comprar álcool (por exemplo, por idade); e em outros fatores que influenciam a disponibilidade de álcool, como a concentração de diferentes tipos de bebidas alcoólicas e tipos de recipientes de álcool, bem como o autoatendimento e a disponibilidade social.

8.2 Mudanças na disponibilidade de varejo

8.2.1 Banimentos totais ou parciais

A proibição total da venda de álcool em todo o país está atualmente limitada a alguns países islâmicos, mas a proibição é mais comum em jurisdições subnacionais.

Entre os estados indianos, por exemplo, Gujarat foi proibido desde 1947, assim como outros estados por períodos mais curtos (Benegal 2005). A proibição local persiste em partes substanciais da área terrestre dos Estados Unidos, embora principalmente em áreas menos populosas (Associação Nacional para o Controle de Bebidas Alcoólicas 2016). No Canadá, Austrália e Estados Unidos, muitas comunidades indígenas em áreas rurais e remotas implementaram a proibição do álcool (Muhunthan *et al.* 2017).

Embora a proibição nunca seja completamente eficaz em limitar a disponibilidade de álcool, avaliações históricas dos períodos de proibição na América do Norte e nos países nórdicos (por exemplo, Blocker 2006) mostram que a proibição total da venda de álcool pode reduzir os problemas relacionados ao álcool. Pesquisas na Índia indicam que o consumo geral de álcool diminuiu substancialmente com a proibição total e que a proibição da **araca**, a bebida alcoólica local, reduz seu consumo em até 76% (Rahman 2003); mas, onde houver uma demanda substancial por álcool, ela será atendida em parte por operadores ilegais (Lee *et al.* 2018) e a ilegalidade do mercado pode trazer suas próprias consequências adversas – por exemplo, embora a proibição nos Estados Unidos tenha reduzido o consumo de álcool, as taxas de homicídio subiram (Jensen 2000).

A proibição é mais fácil de ser aplicada em ilhas e em outras áreas isoladas onde as importações de álcool podem ser efetivamente controladas, tendo muitas vezes ocorrido em comunidades isoladas que possuem problemas de álcool particularmente graves (e normalmente em populações indígenas significativas) (Brady 2000). Com a proibição, por exemplo, da posse ou importação de álcool na pequena cidade de Barrow, no Alasca, o número de consultas hospitalares ambulatoriais por causas relacionadas ao álcool caiu significativamente. Quando a proibição foi suspensa, o número de consultas ambulatoriais voltaram a subir, tendo caído novamente com a reintrodução da proibição (Chiu *et al.* 1997). A

proibição total do álcool em algumas comunidades australianas remotas produziu reduções nos problemas relacionados ao álcool (Chikritzhs *et al.* 2007). Tais restrições em comunidades remotas têm sido frequentemente implementadas como parte de um programa abrangente, parecendo ser mais bem-sucedidas quando implementadas com total apoio da comunidade (Brady 2000; Muhunthan *et al.* 2017).

Embora na maior parte do mundo a proibição total normalmente não seja uma opção politicamente aceitável, o impacto da pandemia do coronavírus (COVID-19) mostrou que ela continua sendo uma opção em alguns lugares. Conforme descrito no quadro 8.1, em 2020, a África do Sul implementou uma proibição abrangente de 4 meses da venda de álcool para liberar espaço no sistema de saúde com vistas a lidar com a pandemia.

Proibições parciais, incluindo a limitação do consumo por um sistema de **racionamento**, também foram iniciadas em alguns lugares e circunstâncias, particularmente em tempos de emergência nacional, como as duas Guerras Mundiais. O racionamento pode reduzir substancialmente o consumo de álcool de pessoas que bebem muito (Room e Livingston 2017). O sistema sueco *motbok* implementado em 1916 combinou um sistema geral de racionamento com controles individualizados, para pessoas que bebem muito e são problemáticas. Após sua abolição em 1955, as mortes por *delirium tremens* aumentaram de 160 para mais de 700 por ano e, em 1980, a mortalidade masculina por cirrose quadruplicou (Bruun e Frånberg 1985, p. 331; Norström 1987). Outras evidências históricas da Groenlândia (Bruun e Frånberg 1985) e da Polônia (Moskalewicz e Świątkiewicz 2000) apoiam a eficácia dos sistemas de racionamento. Embora o racionamento, no entanto, reduza o consumo exacerbado e seus problemas, normalmente ele é visto como uma violação inaceitável da livre escolha individual.

Quadro 8.1 COVID-19 e proibições de álcool na África do Sul

Devido à pandemia do coronavírus (COVID-19), a África do Sul teve dois períodos em 2020, totalizando 3 meses, de bloqueio abrangente, viagens restritas, escolas e universidades fechadas e distanciamento social obrigatório. Os residentes podiam sair de casa apenas para acessar serviços de saúde ou comprar itens essenciais, tendo o álcool sido definido como não essencial e a venda de álcool proibida. Desvincular o impacto da proibição de vendas de outras restrições relacionadas à pandemia é um desafio, mas está claro que a África do Sul testemunhou quedas substanciais nos danos relacionados ao álcool durante esse período. Uma avaliação inicial identificou uma queda nas mortes não naturais de mais de 50% e um grande declínio no número de pessoas hospitalizadas em um hospital rural por agressões, acidentes e ferimentos (Reuter *et al.* 2020) (consulte a Figura 8.2 na página 257).

8.2.2 Monopólios do álcool

Monopólios de álcool no varejo podem ser uma maneira eficaz de influenciar o consumo de álcool. Ao remover o motivo do lucro privado para aumentar as vendas, os monopólios tendem a ter menos pontos de venda, horários de venda mais curtos e menos publicidade e promoção do que nos sistemas privatizados.

Evidências da Finlândia sugerem que remover até mesmo uma única bebida do controle monopolista do governo pode ter impactos dramáticos. Em 1969, a cerveja com até 4,7% de álcool podia ser vendida em mercearias e também ficou mais fácil obter uma licença de restaurante para vender cervejas e vinho. O número de pontos de venda fora de estabelecimentos comerciais para tais bebidas aumentou de 130 para cerca de 17.600, e os pontos de venda locais passaram de 940 para mais de 4.000. O consumo geral de álcool aumentou 46% de 1968 a 1969 (Mangeloja e Pehkonen 2009). Nos 5 anos seguintes, a mortalidade por cirrose hepática aumentou 50%, as internações hospitalares por psicose alcoólica aumentaram 110% para homens e 130% para mulheres, sendo que as prisões por embriaguez aumentaram 80% para homens e 160% para mulheres (Poikolainen 1980). Modelando o impacto potencial da privatização do monopólio do álcool na Suécia, incluindo o impacto potencial sobre preços, densidade de pontos de venda, horário de funcionamento, publicidade e marketing, Stockwell *et al.* (2018) estimaram que a privatização poderia levar a aumentos no consumo entre 20% e 31% e na mortalidade de até 80%.

A privatização, não obstante, nem sempre leva a um maior consumo de álcool. Após a privatização do monopólio de bebidas alcoólicas no estado de Washington, nos Estados Unidos, houve pouco impacto líquido no consumo de álcool nas estatísticas ou pesquisas oficiais (Kerr *et al.* 2018; mas consulte Barnett *et al.* 2020). Isso provavelmente reflete o comum compromisso político norte-americano sobre a privatização das vendas de álcool no varejo de que o governo não perderia receita (Her *et al.* 1999). Isso significava que os preços de varejo normalmente subiam com a adição de lucro privado e custos de lojas extras e horas de operação no sistema privatizado, contrariando, assim, o efeito potencial do aumento da disponibilidade física (Horverak e Österberg 1992).

A falta de lucro privado dos monopólios pode ter efeitos mais amplos. Rossow *et al.* (2008), por exemplo, constataram que as lojas de monopólio na Finlândia e na Noruega tinham um terço a mais de probabilidade do que as lojas particulares de vender álcool para menores de 18 anos sem verificar a identificação (vide Capítulo 10 sobre fiscalização).

8.2.3 Densidade dos pontos de venda

Restringir o número e a localização dos pontos de venda de bebidas alcoólicas tem sido amplamente utilizado para reduzir os problemas relacionados ao álcool, limitando o consumo. Regulamentações desse tipo são, muitas vezes, retratadas como anticompetitivas e, em muitas jurisdições, foram enfraquecidas, com aumentos correspondentes nas densidades de pontos de venda (Moskalewicz e Simpura 2000). Limitar as licenças aumenta o incentivo para que os licenciados cumpram as restrições de vendas a menores de idade ou pessoas alcoolizadas pelo aumento do valor de uma licença, enquanto que o aumento da concorrência com a pronta disponibilidade de licenças aumenta o incentivo para reduzir as restrições.

Limitar o número de pontos de venda pode afetar o consumo de álcool, aumentando o custo real da compra de bebidas alcoólicas por meio do aumento do tempo ou esforço necessário para acessá-las, aumentando assim, de forma potencial o custo monetário devido à redução da concorrência (Stockwell e Gruenewald 2004). Densidades crescentes de pontos de venda de álcool (especialmente bares, pubs e boates) podem influenciar os índices de danos por meio de outros mecanismos, como

oportunidades de interação social entre vítimas e perpetradores em potencial ou concentrando tipos específicos das pessoas que bebem muito em determinados locais (Gruenewald 2007; Livingston *et al.* 2007). A densidade dos pontos de venda pode referir-se não apenas ao número de pontos de venda dentro de uma área específica, mas também à proximidade dos pontos de venda entre si, sendo que adicionar novas licenças pode aumentar a violência nas ruas entre as multidões de pubs, dentro daquilo que se torna um “bairro de entretenimento”. Estudos que encontraram uma relação entre a densidade de pontos de venda e os danos, mesmo quando as vendas de álcool foram controladas (por exemplo, Hobday *et al.* 2015), podem estar refletindo problemas decorrentes de clientes que vão de um local ao outro, além de outros fatores associados a um grande número de locais próximos (vide Capítulo 10 sobre o contexto de consumo). É importante ressaltar que o impacto das mudanças na densidade é mediado por fatores sociais, culturais e de mercado, de modo que as mudanças na disponibilidade física podem não ter efeitos uniformes em configurações ou períodos de tempo (Holmes *et al.* 2014).

Uma análise sistemática que aplica critérios de qualidade rigorosos encontrou quatro estudos de experimentos naturais de grandes mudanças na densidade de venda de álcool no varejo que examinaram os resultados do consumo (Sherk *et al.* 2018), com três constatações de que os aumentos (ou reduções) na disponibilidade levaram a aumentos (ou reduções) no consumo. A base de evidências mais ampla, predominantemente de mercados altamente regulamentados, apoia as conclusões desta análise, incluindo estudos que constatarem aumento de danos (por exemplo, Room 2002).

Estudos de privatização parcial das vendas no varejo dentro da Colúmbia Britânica, Canadá, descobriram que o aumento na densidade de pontos de venda por meio de lojas de bebidas privadas levou ao incremento do consumo (Stockwell *et al.* 2009), à morbidade e à mortalidade (Stockwell *et al.* 2013). A dramática expansão da densidade de pontos de venda no estado de Washington nos Estados Unidos, após a privatização, foi seguida por aumentos semelhantes na violência, com claros vínculos espaciais com os novos pontos de venda (Tabb *et al.* 2016), apesar da evidência mista de efeitos sobre o consumo (Barnett *et al.* 2020). Grandes mudanças na política de álcool russa em meados dos anos 2000 acarretaram reduções acentuadas na disponibilidade por meio da introdução de

requisitos de licenciamento e uma série de restrições sobre onde o álcool poderia ser vendido, levando a uma redução estimada de mais de 8.000 mortes por ano (Pridemore *et al.* 2014), embora fatores econômicos também possam ter feito a diferença nesse caso (Nemtsov *et al.* 2019). As reduções na disponibilidade de álcool na Lituânia e em Genebra, Suíça, por meio da proibição da venda de álcool em postos de gasolina, foram associadas a reduções em uma série de resultados nocivos (Wicki e Gmel 2011; Rehm *et al.* 2020), embora em ambos os casos, as intervenções de disponibilidade tenham sido confundidas com outras mudanças de política. Assim, as evidências são normalmente consistentes – grandes mudanças envolvendo um maior acesso por meio de um maior número de pontos de venda de álcool influenciam tanto o consumo de álcool quanto os danos.

Outras investigações estudaram a variação não planejada na densidade ao longo do tempo e do espaço, explorando as mudanças na densidade do ponto de venda de álcool no nível local. Eles normalmente encontraram ligações entre a densidade de pontos de venda e uma ampla gama de resultados, incluindo violência nas ruas (Mair *et al.* 2013) e a violência doméstica (Livingston 2011a), doenças crônicas (Livingston 2011b), doenças sexualmente transmissíveis (Cohen *et al.* 2006), acidentes de trânsito (Lipton *et al.* 2018), consumo de álcool entre jovens (Rowland *et al.* 2016) e lesões (Hobday *et al.* 2015). Esses estudos concentram-se amplamente na densidade de pontos de venda de álcool como seu indicador de disponibilidade, medido como o número de pontos de venda de vários tipos per capita (ou algum outro denominador relevante, como área ou quilômetros de rodovias). Embora Gmel *et al.* (2016) tenham notado inconsistências nas constatações desta literatura, a evidência é normalmente mais consistente para estudos com elaborações de alta qualidade (Morrison *et al.* 2016). A seguir, analisamos estudos de alta qualidade que examinaram as mudanças na densidade de saída do álcool ao longo do tempo.

Embora a evidência do experimento natural mostre associações razoavelmente consistentes entre grandes mudanças na disponibilidade de álcool e nos níveis de consumo, a evidência é menos clara para mudanças menores e mais graduais. Estudos de longo prazo que podem usar métodos robustos de **séries temporais** para fornecer melhores evidências de causalidade são relativamente raros. Usando dados de quatro províncias canadenses durante um período de 50 anos, Trolldal (2005) encontrou poucas

evidências de que a disponibilidade influenciasse o consumo uma vez que o preço fosse contabilizado, enquanto um estudo econométrico do Reino Unido descobriu que o consumo de vinho e cerveja, mas não de bebidas destiladas, estava associado à disponibilidade (Godfrey 1988).

Em um raro estudo longitudinal de disponibilidade e consumo em nível local, Fone *et al.* (2016) constataram que mudanças na densidade dos pontos de venda de álcool que podiam ser acessados caminhando por 10 minutos após sair da casa de alguém foram associadas a mudanças de consumo, sendo que medidas de densidade mais distais (por exemplo, mudanças para trajetos percorridos em 10 minutos de carro) não o foram. Um estudo de coorte finlandês examinou as mudanças de consumo para indivíduos que mudaram de endereço residencial (Halonen *et al.* 2013), constatando que aproximar-se de um bar aumentava o risco de consumo excessivo de álcool para homens e mulheres, enquanto que mudar-se para perto de pontos de venda externos aumentava o consumo apenas para mulheres. Estudos focados explicitamente no consumo de álcool por jovens constataram que a disponibilidade na vizinhança está associada ao consumo de álcool por adolescentes (por exemplo, Chen *et al.* 2009; Rowland *et al.* 2016). Assim, as evidências, embora relativamente fracas, normalmente sugerem que mudanças graduais na disponibilidade local afetam o consumo de álcool.

Há muito mais evidências relacionando a disponibilidade local de álcool com os índices de danos, por intermédio de dados administrativos da polícia e dos serviços de saúde. Uma análise sistemática da literatura de 2015 constatou que mais de 90% dos estudos sobre a ligação entre a densidade de pontos de venda e a violência encontraram relações positivas significativas (Fitterer *et al.* 2015). Os principais estudos envolvendo o aspecto espacial dos Estados Unidos, País de Gales e Austrália, juntamente com um experimento natural exclusivo da Califórnia (Yu *et al.* 2008), fornecem a evidência mais robusta. Todos constataram associações positivas significativas para pontos de venda mais associados ao consumo de bebidas no local (bares, pubs), mas a maioria também constatou associações positivas para pontos de venda fora do estabelecimento (por exemplo, Gruenewald e Remer 2006; Yu *et al.* 2008; Livingston 2011b). Há alguma evidência de que as associações são mais fortes em áreas desfavorecidas ou de alta densidade populacional. No geral, esses estudos apontam para um efeito no nível da comunidade da política de

licenciamento sobre a violência, que é apoiado por um estudo **quase experimental** mostrando maiores reduções no crime violento onde as autoridades locais implementaram políticas para restringir a disponibilidade física (De Vocht *et al.* 2017).

Há menos estudos de alta qualidade para outros resultados. Dois estudos longitudinais de violência doméstica usando projetos amplamente semelhantes encontraram associações em direções opostas para pontos de venda fora do estabelecimento (Livingston 2011a; Cunradi *et al.* 2012). Análises longitudinais de resultados de acidentes rodoviários constatarem associações mistas que variaram, dependendo do tipo de saída e escala espacial usada; no entanto, elas oferecem algum apoio para uma relação positiva entre a densidade de pontos de venda no local e os índices de acidentes (Lipton *et al.* 2018), especialmente em áreas locais (Fone *et al.* 2016). Estudos usando sistemas de dados de saúde para examinar a associação entre a disponibilidade de álcool e internações hospitalares ou apresentações de emergência também encontraram associações positivas (Hobday *et al.* 2015), incluindo um estudo de alta qualidade sobre mudanças na política de licenciamento em nível local no Reino Unido, que visava limitar novas licenças, especialmente em aglomerados densos de disponibilidade existente (de Vocht *et al.* 2016). Em resumo, há boas evidências de que a disponibilidade de álcool em estabelecimentos esteja associada a danos relacionados ao álcool, especialmente à violência, embora as relações específicas provavelmente variem entre os locais, sendo que a maior parte da pesquisa longitudinal de alta qualidade vem de apenas alguns poucos **países de alta renda**.

Embora haja uma literatura substancial ligando densidade ao consumo e danos, as constatações nessa área estão sendo cada vez mais desafiadas por mudanças no mercado varejista de álcool. Na Austrália, por exemplo, houve uma mudança para superlojas varejistas de bebidas com captações e volumes de vendas muito maiores do que os pontos de venda externos existentes (Livingston 2017). Isso provavelmente complica as relações simples traçadas entre densidades de saída e índices de danos na maior parte dos estudos. De fato, os raros estudos que incorporam dados de vendas normalmente mostram que as vendas são mais importantes do que a densidade de lojas para pontos de venda externos (por exemplo, Hobday *et al.* 2015). Uma mudança ainda maior está em andamento, com o crescimento acentuado das vendas on-line de álcool

(normalmente envolvendo entregas a domicílio) em muitos países (All-day 2017). Embora a proporção de álcool vendido dessa forma tenha sido relativamente baixa, houve um aumento acentuado em alguns países durante a pandemia do coronavírus (COVID-19). Há pouca pesquisa sobre o impacto de novas formas de disponibilidade, com alguns estudos iniciais apontando para riscos potenciais (Huckle *et al.* 2021). Isso claramente complica as relações espaciais simples nas quais se baseia grande parte da literatura sobre a densidade de saída.

Embora haja uma literatura substancial ligando a densidade ao consumo e danos, as constatações nessa área estão sendo cada vez mais desafiadas por mudanças no mercado de varejo em vista do álcool. Estudos de experimentos naturais, especialmente de mudanças em larga escala na disponibilidade, mostram um impacto relativamente consistente no consumo e nos índices de danos. Estudos de alta qualidade que exploram mudanças mais graduais na disponibilidade também apoiam amplamente uma relação entre a densidade de pontos de venda e os danos, especialmente a violência, de modo que alguns estudos bem elaborados apontam para efeitos sobre o consumo a nível local. Uma consideração importante para os formuladores de políticas a nível local é a desigualdade generalizada na exposição a pontos de venda de bebidas alcoólicas, com base na demografia do bairro e em outras características (por exemplo, Morrison *et al.* 2015). Lojas de bebidas e pubs são potencialmente perturbadores para a vizinhança imediata, sendo que os residentes de bairros de status mais alto tendem a ter muito mais influência para mantê-los afastados (Romley *et al.* 2007). Essas desigualdades provavelmente contribuem para as contínuas disparidades socioeconômicas observadas nos índices de danos relacionados ao álcool.

8.2.4 Horários e dias de comércio

Restringir os dias e horários de venda de álcool reduz as oportunidades de compra de álcool. Essas restrições podem ser focadas na redução do consumo na população em geral (por exemplo, restringindo as vendas para o consumo de álcool fora dos estabelecimentos em determinados dias da semana) ou na redução de problemas específicos relacionados ao álcool, como violência e a conduta desordeira relacionada

ao entretenimento em recintos noturnos (por exemplo, restringindo o horário noturno para pubs, bares e casas noturnas).

8.2.4.1 Dias de venda

Uma recente análise sistemática e metanálise examinou o impacto das restrições temporais nos resultados do consumo (Sherk *et al.* 2018), com base em seis estudos bem elaborados da Suécia, Estados Unidos e Canadá, examinando o impacto de permitir um dia a mais por semana para as vendas de álcool fora dos estabelecimentos. Todos, exceto um desses estudos, constataram aumentos significativos no consumo per capita após a implementação do dia a mais de venda. Combinados, eles estimaram que o dia adicional de venda por semana estava associado a um aumento de 3,4% no consumo per capita – 5,3% (cerveja), 2,6% (vinho) e 2,6% (destilados).

Em termos de danos, uma análise de 2010 constatou que as mudanças nos dias de venda, especialmente para vendas no local, correlacionam-se com os índices de danos (Middleton *et al.* 2010). Mais recentemente, um estudo sobre o efeito da abertura de lojas monopolistas suecas aos sábados constatou um aumento na experiência autorreferida de crimes (Grönqvist e Niknami 2014); no entanto, as estatísticas oficiais não mostraram nenhuma mudança significativa após a negociação do sábado (Norström e Skog 2005). Um estudo dos EUA em 14 estados onde os dias de venda fora do estabelecimento comercial aumentaram, constatou um aumento correspondente nas mortes no trânsito em apenas um estado (Stehr 2010). Um estudo sobre os resultados do crime na Virgínia, no entanto, sugeriu que o aumento da criminalidade entre 5% e 10% ocorreu quando o comércio fora do local do estabelecimento aos domingos foi permitido (Heaton 2012). Embora as evidências sejam inconsistentes, os resultados sugerem que permitir ou restringir a venda de álcool em determinados dias pode afetar os níveis de consumo da população e, possivelmente, influenciar também os índices de danos.

8.2.4.2 Horários para as vendas

As restrições aos horários permitidos para se vender álcool normalmente se concentram na redução das horas disponíveis tarde da noite.

Isso pode destinar-se às vendas fora do estabelecimento, onde o objetivo é reduzir as compras a pessoas que já estão regando a noite com bebidas, ou para vendas no estabelecimento, onde a redução de problemas noturnos em recintos destinados ao entretenimento é o objetivo comum.

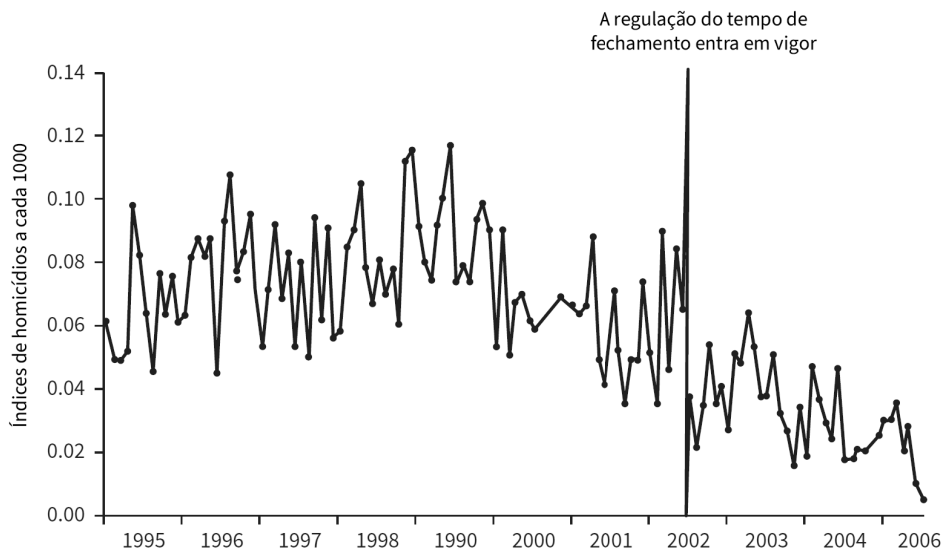
Apenas alguns estudos recentes abordaram a alteração das horas permitidas de venda para consumo fora do estabelecimento comercial. Um estudo concentrou-se na implementação de restrições nos horários permitidos de comércio fora do estabelecimento comercial em 72 (de 83) regiões da Rússia em 2010, constatando que as restrições – especialmente tarde da noite – estavam associadas a níveis mais baixos de consumo (Kolosnitsyna *et al.* 2014). Estudos de restrições noturnas às vendas fora do estabelecimento comercial na Suíça (Wicki e Gmel 2011; Wicki *et al.* 2020) e na Alemanha (Marcus e Siedler 2015) constataram reduções significativas nas internações hospitalares por intoxicação alcoólica, especialmente para jovens. Restrições semelhantes na Lituânia foram associadas a reduções de acidentes de trânsito e lesões relacionadas ao álcool (Rehm *et al.* 2020).

Em contraste, há pesquisas substanciais sobre a regulamentação do horário de negociação noturno para pontos de venda locais, com análises sistemáticas (por exemplo, Wilkinson *et al.* 2016; Nepal *et al.* 2020) que constataram evidências consistentes de que as mudanças no horário de comercialização normalmente levam a mudanças nos índices de danos (nenhum estudo examinou os resultados do consumo). Nepal *et al.* (2020), por exemplo, identificaram 22 estudos de alta qualidade (incluindo três de horários de comercialização fora do estabelecimento comercial) e concluíram que as extensões do horário de comercialização foram seguidas por aumentos de danos (agressão, lesão, condução sob o efeito de álcool), enquanto as restrições do horário de comercialização foram normalmente seguidas por reduções de danos. Em termos de tamanho do efeito, um estudo de 18 cidades na Noruega que implementou uma série de extensões e restrições do comércio noturno (Rossow e Norström 2012) constatou que cada hora adicional de comércio estava associada a um aumento nas agressões relatadas pela polícia de cerca de 16% (com reduções semelhantes quando os horários foram reduzidos). Da mesma forma, Kypri *et al.* (2014) mostraram que a redução nos horários permitidos para o comércio em Newcastle, Austrália, passando a ser das 5h para

3h30, resultaram em uma redução do número de agressões em torno de 33%, tendo tal efeito sido mantido ao longo de 5 anos.

Existem, contudo, variações substanciais em diferentes configurações e concepções de estudos, sugerindo que a relação não é fixa. Em uma avaliação recente, por exemplo, envolvendo duas áreas centrais de Sydney, na Austrália, as agressões na área de Kings Cross caíram 38%, em comparação com apenas 10% no distrito comercial central de Sydney (Kypri e Livingston 2020). No Reino Unido, o relaxamento das restrições do horário de funcionamento após a Lei de Licenciamento de 2003 teve pouco impacto nos danos (Callan e Boyle 2018), embora os estudos fossem normalmente de baixa qualidade e o grau em que a disponibilidade realmente aumentou variasse substancialmente (Humphreys e Eisner 2014). Existe também a possibilidade de que, em algum momento, o fechamento antecipado possa criar mais problemas do que soluções, levando a um consumo mais rápido em um local inseguro (Graham 2012). Por fim, o impacto das mudanças de horário de funcionamento também dependerá do número de instalações afetadas. Um estudo recente da Nova Zelândia, por exemplo, sobre novas leis que proíbem as vendas após as 23:00h (para pontos de venda externos) e 4:00h (para pontos de venda locais) constatou que a proibição afetou as práticas comerciais de menos de 10% dos pontos de venda (Huckle *et al.* 2020).

Há pouca pesquisa sobre a restrição do horário de vendas fora das jurisdições anglo/nórdicas, com exceção de um estudo de Diadema, Brasil (uma cidade industrial perto de São Paulo), onde a cidade mudou o horário de fechamento de 00:00h no local para 23:00h. (Duailibi *et al.* 2007). A análise de séries temporais constatou uma redução de quase nove assassinatos por mês e uma redução não significativa nas agressões a mulheres após a implementação (vide a Figura 8.1).



Nota: O índice de homicídios de julho de 2005 é baseada em dados de meio mês

Figura 8.1 Índice de homicídios em Diadema, Brasil, antes e depois do fechamento dos bares às 23:00h.

Reproduzido com permissão de Duailibi S, Ponicki W, Grube J, *et al.* (2007) “O efeito de restringir o horário de funcionamento na violência relacionada ao álcool”. *Jornal Americano de Saúde Pública* 97(12): 2276–2280.

Em relação a outros tipos de venda de álcool, não houve estudos sobre os efeitos da alteração dos horários em que as entregas domiciliares de álcool são permitidas, embora o trabalho exploratório sugira que as entregas noturnas estejam frequentemente ligadas a ocasiões de consumo de alto risco (Huckle *et al.* 2021) .

Em suma, há evidências fortes e razoavelmente consistentes de vários países de que as mudanças nos horários ou dias de comércio exerçam um impacto significativo no volume de álcool consumido e nos índices de problemas relacionados ao álcool. Quando aumentam as horas e os dias de venda, aumentam o consumo e os prejuízos, e vice-versa.

8.3 Status e restrições individuais sobre a elegibilidade para comprar álcool

No decorrer do século XX, os controles de nível individual e de status sobre o consumo de álcool eram comuns em muitas sociedades, particularmente onde os sistemas inicialmente restritivos de disponibilidade de álcool foram estabelecidos como uma alternativa à proibição geral do álcool. Exceto nas áreas específicas de contramedidas para menores de idade beberem e dirigirem alcoolizados, esses controles passaram a ser vistos em muitos lugares como infrações burocráticas dos direitos individuais, tendo a maioria deles sido abolida. Assim, as restrições mais comuns à venda no início do século XXI são a proibição da venda de bebidas alcoólicas a crianças e jovens e a proibição da venda a alguém que esteja embriagado.

8.3.1 Limitando a disponibilidade por status: leis de idade mínima para compra de álcool

Quase todos os países têm restrições legais sobre a idade em que os jovens podem comprar, portar ou consumir álcool em locais públicos. Essas restrições variam amplamente, variando de 13 a 25 anos de idade, embora a maior parte seja definida em 18 (Organização Mundial da Saúde 2018). Em geral, os termos **idade mínima legal para beber** (IMLB) e **idade mínima legal para compra** (IMLC) são usados de forma intercambiável e, em muitas jurisdições, são definidos no mesmo nível. Usamos “leis IMLB” aqui, a menos que haja problemas específicos relacionados à compra. Do ponto de vista da política, porém, a diferença importa - uma IMLC implica que a fiscalização será focada nos vendedores de álcool, o que provavelmente será mais eficaz na redução do acesso de menores de idade ao álcool do que a fiscalização no nível do consumidor implícita pelas restrições das IMLB.

Uma análise abrangente (Wagenaar e Toomey 2002), baseada em 135 estudos sobre a idade legal para beber - a maior parte deles dos Estados Unidos - publicada entre 1960 e 2000, concluiu que aumentar a idade legal para a compra e consumo de álcool para 21 anos é a estratégia mais eficaz para reduzir o alcoolismo e os problemas com a bebida entre

alunos do ensino médio, universitários e outros jovens, em comparação com uma ampla gama de outros programas e iniciativas. Uma análise da literatura de 2006 a 2013 constatou resultados semelhantes, ou seja, aumentos na IMLB em muitos estados dos EUA durante a década de 1980 reduziram o consumo de álcool e os danos aos jovens, especialmente os danos relacionados ao trânsito (DeJong e Blanchette 2014).

Em dois dos estudos recentes mais abrangentes, Carpenter e Dobkin (2011, 2015) estimaram os efeitos da mudança da idade para beber nos Estados Unidos sobre a saúde pública e o crime, estimando que o aumento de 18 para 21 anos na idade para beber reduziu o tráfego noturno e as mortes no trânsito entre jovens de 18 a 20 anos em 17%, reduziu a mortalidade por suicídio e teve impactos substanciais nos índices de prisão em uma ampla gama de crimes, incluindo direção sob efeito de álcool, agressão e roubo. Carpenter e Dobkin também constataram que as mudanças na IMLB nos Estados Unidos reduziram a participação de jovens de 18 a 20 anos em 6,1%, o consumo intenso ocasional em 3,4% e a frequência do consumo no mês anterior em 17%.

Estudos de fora da América do Norte mostram resultados semelhantes. Møller (2002) constatou que o consumo de álcool para jovens de 11 a 14 anos na Dinamarca caiu 36% após a introdução de um limite mínimo de idade de 15 anos para compras fora do estabelecimento comercial, embora o estudo careça de dados de controle ou ajustes para tendências a longo prazo. Na Austrália, vários estudos (Smith e Burvill 1987; Jiang *et al.* 2015) constataram que a redução da idade para beber para 18 anos em três estados australianos foi associada ao aumento de mortes relacionadas ao trânsito, internações hospitalares e índices de crimes juvenis. Da mesma forma, reduzir a idade na Nova Zelândia de 20 para 18 foi associado ao aumento de problemas com álcool para jovens de 16 a 19 anos (Gruenewald *et al.* 2015), lesões no trânsito entre jovens de 15 a 19 anos (Huckle e Parker 2014) e processos por crimes de desordem entre jovens de 14 a 15 anos (Huckle *et al.* 2006).

O impacto da IMLB e IMLC em danos específicos provavelmente é influenciado pelo contexto mais amplo. Assim, por exemplo, um estudo de New South Wales, na Austrália, constatou pouco impacto nos danos relacionados ao trânsito quando as pessoas chegavam aos 18 anos, mas aumentos substanciais no consumo de álcool e nas internações hospitalares,

provavelmente refletindo a eficácia das restrições existentes na Austrália sobre a condução sob efeito de álcool (Lindo *et al.* 2016) (vide Capítulo 11).

É claro que todos os benefícios de uma maior idade para beber só são percebidos se a lei for aplicada. Pesquisas sugerem que mesmo aumentos moderados na fiscalização podem reduzir as vendas e a intoxicação entre menores (Wagenaar *et al.* 2005). Consequentemente, o aumento da aplicação das leis de idade mínima tem sido o foco de várias intervenções baseadas na comunidade. O projeto *US Communities Mobilizing for Change on Alcohol* (CMCA – Comunidades dos Estados Unidos mobilizando-se para mudanças referentes ao álcool), por exemplo, que se concentrou em restringir o acesso ao álcool em lojas e festas fora do estabelecimento comercial, resultou em reduções nas detenções por condução sob o efeito do álcool e conduta desordeira entre consumidores menores de idade (Wagenaar e outros 2000). O uso crescente de entregas on-line também representará uma ameaça considerável à aplicação de restrições de idade para a compra. Na Nova Zelândia, a maior parte das pessoas com menos de 25 anos não relatou nenhuma verificação de idade nas vendas on-line (Huckle *et al.* 2021). Algumas jurisdições estabelecem limites sobre quem pode vender álcool, normalmente com base na idade. Embora haja alguma evidência de que os vendedores mais jovens são mais propensos a vender álcool a compradores menores de idade (por exemplo, Rossow *et al.* 2008), não houve avaliações de restrições nesta área.

Intervenções como o reforço da fiscalização e o treinamento de servidores para limitar o acesso de pessoas sem a idade mínima legal para beber também podem ser incluídas como um componente de programas comunitários maiores para prevenir o consumo de álcool por menores, como no projeto CMCA e outros projetos (por exemplo, Komro *et al.* 2017). Recentemente, várias intervenções comunitárias na Europa se concentraram na redução do acesso ao álcool entre os jovens (Quigg *et al.* 2019). Seguindo o modelo do projeto STAD sueco (descrito no capítulo 10), as intervenções utilizaram várias estratégias, como formar um comitê gestor local, treinar servidores alcoólatras, conduzir campanhas comunitárias e aumentar a fiscalização. As primeiras constatações relataram resultados mistos, com evidências de maior verificação de identidade e recusa de entrada de menores de idade em alguns países, enquanto outros países mostraram pouco impacto. Apesar dos resultados desiguais do projeto, as evidências sugerem o potencial de abordagens de mobili-

zação comunitária para prevenir o consumo de álcool por menores em diferentes países (Quigg *et al.* 2019).

8.3.2 Limitar ou proibir a venda de bebidas alcoólicas a grupos específicos de pessoas

À medida que os índices de problemas relacionados ao álcool aumentaram no final do século XX, os políticos e outras partes interessadas tenderam a se concentrar mais nos controles a nível individual – particularmente porque os interesses da indústria do álcool foram bem-sucedidos em resistir à alternativa de aumentar os controles a nível populacional (Room 2012). Uma retórica recorrente dos interesses da indústria, de fato, tem sido apontar deficiências na pessoa que bebe, e não no produto, ao discutir como reduzir os danos relacionados ao álcool (Room 2004).

Søgaard (2018), por exemplo, menciona a agitação da indústria do álcool dinamarquesa por controles mais eficazes sobre as “pessoas que bebem de forma irresponsável”. As subpopulações visadas por restrições individuais incluem estudantes universitários, comunidades indígenas e pessoas condenadas por crimes relacionados ao álcool. A literatura sobre tais medidas não é bem desenvolvida e as evidências sobre sua eficácia permanecem relativamente escassas.

8.3.2.1 Sistemas de licenças individualizadas

Antes da década de 1960, existiam sistemas em que apenas aqueles com licença podiam comprar álcool em vários sistemas de monopólio do governo – incluindo Ontário (Thompson e Genosko 2009, *pp.* 94–100), Finlândia (Lanu 1956) e Suécia (Tigerstedt 2000), embora os estudos de avaliação sejam raros e os resultados mistos (Mäkelä *et al.* 2002; Room 2012).

Nos últimos anos, os sistemas de licenças têm se concentrado em populações especiais, particularmente os povos indígenas. Um Registro de Bebidas Proibidas (RBP), por exemplo, foi reinstituído em setembro de 2017 no Território do Norte da Austrália, onde cerca de 30% da população é aborígine. Qualquer pessoa que comprar álcool fora do estabelecimento comercial no Território do Norte deverá apresentar uma identificação digitalizável eletronicamente para ser verificada no RBP. As

pessoas são colocadas no RBP pela polícia, tribunais ou serviços sociais e de saúde. Apenas avaliações preliminares do RBP estão disponíveis, com resultados pouco claros (Smith 2018).

8.3.2.2 Suspensões preventivas pós-condenação e execução

Atualmente, os controles de nível individual sobre o consumo de álcool são impostos principalmente após o processo legal, muitas vezes como suspensão condicional da pena e liberdade. A elaboração de tais proibições de acompanhamento e fiscalização é mais desenvolvida para a condução sob efeito de álcool (vide Capítulo 11). Estudos sobre a proibição de beber ao dirigir nos Estados Unidos sugerem que essas medidas podem reduzir os danos relacionados ao álcool de forma mais ampla. O Projeto de Sobriedade 24/7 de Dakota do Sul exigia que os condenados por dirigirem embriagados fizessem o teste do bafômetro duas vezes ao dia ou usassem um monitor de álcool por um período específico. Testes reprovados (ou seja, que apresentassem consumo de álcool) resultaram em prisão por um ou dois dias. Além de uma redução de 12% nas prisões repetidas por dirigir alcoolizado, houve também uma redução de 9% nas prisões por violência doméstica (Kilmer *et al.* 2013) e reduções detectáveis na mortalidade da população (Nicosia *et al.* 2016). Uma tentativa, porém, de replicar os vários elementos do programa para o sul de Londres sugeriu que a resistência local e a incompatibilidade estrutural podem limitar sua transferibilidade e eficácia (Bainbridge 2019).

8.3.2.3 Instalações individualizadas e proibição zonal

Nas últimas décadas do século XX, as proibições individualizadas relacionadas ao consumo de álcool foram instituídas como uma medida de prevenção secundária para a violência e distúrbios relacionados ao consumo de álcool em vários lugares. As proibições podem ser aplicadas a instalações específicas, grupos de instalações ou recintos inteiros. As evidências de que esses esquemas são eficazes na redução de problemas relacionados ao álcool em recintos de entretenimento são escassas, independentemente de as proibições serem implementadas por grupos de licenciados (por exemplo, *Pubwatch* no Reino Unido (*National Pubwatch*

2012), *Liquor Accords* na Austrália (Manton e Zajdow 2014)) ou via ordem policial (Søgaard 2018). Vide o capítulo 10 para obter mais detalhes.

8.4 Outras abordagens para disponibilidade

8.4.1 A força das bebidas alcoólicas

As bebidas com menor teor alcoólico foram incentivadas em alguns países por meio de políticas que as tornaram mais disponíveis ou mais acessíveis (vide Capítulo 8). Nos países nórdicos com monopólios de álcool, por exemplo, apenas bebidas com baixo teor alcoólico podem ser vendidas fora dos monopólios (por exemplo, em supermercados) e, portanto, a disponibilidade é marcadamente menor para todas as bebidas acima de um determinado limite de álcool. Conforme discutido nas seções anteriores, houve vários exemplos de cervejas mais fortes sendo introduzidas (e removidas) dos supermercados nos países nórdicos, com avaliações normalmente (mas nem sempre) constatando que o consumo geral aumentou quando cervejas mais fortes foram disponibilizadas (e reduzidas quando se tornaram menos disponíveis) (Ramstedt 2002).

Nos últimos anos, houve maior atenção à redução do teor alcoólico como forma de reduzir o impacto do álcool na saúde da população (Rehm *et al.* 2016). Pequenas reduções no teor de álcool de determinadas bebidas resultariam em menor consumo de álcool puro, se o volume e a velocidade do consumo permanecessem os mesmos (Lachenmeier *et al.* 2014). De fato, Rehm e seus colegas (2016) argumentam que as reduções no teor alcoólico podem propiciar uma situação rara em que os interesses da saúde pública e os da indústria do álcool podem se sobrepor. As evidências, porém, permanecem pouco convincentes. No Reino Unido, o governo e a indústria fizeram parceria no Acordo de Responsabilidade pela Saúde Pública (ARSP), envolvendo uma promoção significativa de produtos com baixo teor alcoólico (Knai *et al.* 2015). Embora o consumo tenha caído, é mais provável que esse declínio seja atribuído a outros impulsionadores do consumo (por exemplo, mudanças fiscais em 2011 e tendências subjacentes nas preferências de consumo) (Holmes *et al.* 2015). Os pesquisadores também argumentaram que o ARSP permitiu que os interesses da indústria resistissem com sucesso a mais interven-

ções baseadas em evidências, como preços unitários mínimos (Hawkins e McCambridge 2019).

A nível local, muitos conselhos no Reino Unido implementaram iniciativas destinadas a reduzir a disponibilidade de produtos alcoólicos de alto teor alcoólico (por exemplo, a cidra branca) sob o slogan “Reduzindo a força”.

Uma avaliação de um desses esforços envolvendo uma grande rede varejista encontrou poucas evidências de que o consumo de álcool foi afetado pela retirada da cerveja e da sidra acima de 6,5% de álcool por volume (Pliakas *et al.* 2018). Por outro lado, as restrições à venda de bebidas de malte de dosagem única (normalmente > 6% de álcool por volume) impostas pelas cidades dos EUA em pontos de venda externos levaram à redução da criminalidade (McKee *et al.* 2017). Em PBMRs, como Vietnã e China, onde a cerveja tem sido fortemente comercializada e seu consumo aumentou, isso não ocorreu às custas das bebidas mais fortes disponíveis (Organização Mundial da Saúde 2020).

8.4.2 Restrições de recipientes

Alterar a embalagem do álcool no varejo pode influenciar no consumo e prejudicar. A pesquisa sueca mostrou que o crescimento de produtos de vinho de caixa (normalmente 3 litros ou mais) contribuiu para um aumento no consumo de vinho (Ramstedt e Trolldal 2017). Nos Estados Unidos, há alguma evidência de que as vendas de cerveja em grandes recipientes (>12 oz, 355 ml) contribuem para índices mais altos de fatalidade no trânsito (Hoke e Cotti 2015). Da mesma forma, a pesquisa australiana mostrou que as restrições a recipientes de grande volume em comunidades remotas podem reduzir os índices de danos (por exemplo, Midford *et al.* 2010), embora essa constatação possa ser atribuída mais ao preço do que à disponibilidade, pois as restrições se aplicam, principalmente, ao vinho em barril, a bebida alcoólica mais barata da Austrália.

8.4.3 Autoatendimento

As vendas sem receita (onde a compra de álcool deve ser solicitada a um balconista) tem sido outra forma de restringir a disponibilidade

do álcool, principalmente dentro dos monopólios estatais de varejo em vários países. Estima-se que a transição de vendas de balcão para vendas de autoatendimento na Suécia e na Noruega aumentou as vendas em cerca de 10% (Skog 2000).

8.4.4 Disponibilidade não comercial

Viciados em bebidas alcoólicas, especialmente os jovens que bebem muito, usam várias fontes para obter álcool. Fontes sociais podem ser particularmente importantes para menores de idade que bebem muito, de modo que as fontes não comerciais (por exemplo, pais, irmãos, amigos) constituem a maior parte da oferta para jovens em muitos ambientes (Friese *et al.* 2011; Mattick *et al.* 2017). Assim, as políticas voltadas para a redução da oferta de álcool para os jovens não podem concentrar-se exclusivamente na oferta comercial, mas também devem contemplar a oferta social.

Algumas jurisdições promulgaram leis que proíbem o fornecimento de álcool a menores de idade por qualquer pessoa, exceto seus pais (Roche *et al.* 2013), ou tornam os adultos que fornecem álcool a menores responsáveis por qualquer lesão ou dano que eles causem posteriormente (Grube e Nygaard 2005). Há poucas avaliações dessas políticas, com estudos americanos sobre leis de responsabilidade social do anfitrião fornecendo evidências mistas de eficácia (Whetten-Goldstein *et al.* 2000; Dills 2010). Uma avaliação inicial das leis que impedem o abastecimento social na Nova Zelândia encontrou evidências de pequenas reduções no abastecimento autorrelatado (Huckle *et al.* 2019). Essas constatações mistas podem refletir a falta de um programa abrangente que torne os anfitriões sociais cientes de sua potencial responsabilidade e da aplicação da lei. A responsabilidade do anfitrião social deve ser efetivamente comunicada e aplicada para ter um efeito de dissuasão.

8.4.5 Restrições de vendas em configurações específicas


As políticas também podem visar eventos ou locais específicos onde ocorre o consumo de álcool, como beber em parques, locais recreativos ou no local de trabalho. As restrições baseadas em eventos foram es-

tudadas, principalmente, no contexto de instalações esportivas. Bormann e Stone (2001) constataram declínios dramáticos em prisões, agressões e expulsões do estádio da Universidade do Colorado em 1996, após a proibição da venda de álcool. Da mesma forma, um estudo de sete estádios de futebol universitário constatou índices mais baixos de incidentes criminais onde havia restrições ao álcool (Menaker e Chaney 2014). Essa literatura permanece relativamente fraca, embora as restrições ao álcool sejam comuns em estádios esportivos em todo o mundo (Bormann e Stone 2001).

As restrições baseadas no local normalmente se concentram em ambientes públicos. Tais restrições têm o potencial de afetar o consumo de álcool em particular pelos jovens, uma vez que os jovens costumam usar locais públicos (por exemplo, parques públicos, praias, lagos etc.) para beber (Hibell *et al.* 2004). A proibição de beber em tais locais também pode reduzir o acesso social ao álcool (Conway 2002). Uma análise, porém, das proibições de beber em público constatou que, embora elas melhorem as percepções da comunidade sobre segurança e comodidade, há poucas evidências de que reduzam o consumo de álcool ou seus danos, sendo, muitas vezes, aplicadas de maneiras que impactam negativamente grupos já marginalizados (Pennay e Room 2012).

8.5 Resumindo o impacto da regulamentação da disponibilidade de álcool

A pesquisa apoia a conclusão de que as restrições à disponibilidade de álcool podem contribuir para a redução dos problemas relacionados ao álcool, especialmente quando as mudanças na disponibilidade são substanciais. Mais comumente, a disponibilidade muda gradualmente ou as restrições são implementadas juntamente com uma série de outras intervenções políticas, o que dificulta a determinação da atribuição causal. A implementação de uma série de políticas de disponibilidade baseadas em evidências pode ter impactos substanciais na saúde, principalmente quando outras intervenções (por exemplo, no preço) também são utilizadas. A Lituânia apresenta uma ilustração convincente, conforme descrito no quadro 8.2.

Conforme descrito no Capítulo 6 e no  apêndice on-line 1, as estratégias e intervenções analisadas neste capítulo foram avaliadas pelos

autores em termos de sua evidência de eficácia e quantidade de apoio à pesquisa. A Tabela 8.1 apresenta as classificações de consenso dos autores para as estratégias para as quais há um número mínimo de estudos de avaliação (vide Capítulo 7). Há uma série de intervenções com evidências relativamente fortes de eficácia, mas muitas vezes são inviáveis por razões políticas e sociais. Isso inclui sistemas gerais de racionamento, criação de monopólios governamentais de varejo e proibições totais de vendas. Embora as proibições totais sejam impraticáveis na maioria dos países, elas são possíveis em algumas circunstâncias, conforme mostrado na Fig. 8.2 e descrito com mais detalhes no quadro 8.1

Quadro 8.2 Intervenções abrangentes de políticas de álcool na Lituânia

A partir de 2001, uma série de intervenções relacionadas ao álcool com orientação para a saúde pública foram implementadas na Lituânia. Isso incluiu aumentos de impostos, mudanças nas leis de álcool e direção, restrições de publicidade e uma série de intervenções destinadas a reduzir a disponibilidade. As restrições de disponibilidade incluíam a remoção de vendas de álcool em postos de gasolina, restrições no horário de comércio para pontos de venda fora do estabelecimento e aumentos para a idade mínima legal para beber (Stelemekas *et al.* 2021). A pesquisa identificou grandes reduções nos danos relacionados ao álcool devido a essas medidas (Stumbrys *et al.* 2020), grandes o suficiente para resultar em declínios na mortalidade por todas as causas na população. Análises cuidadosamente conduzidas mostraram que as restrições de disponibilidade foram um componente-chave no declínio, juntamente com as intervenções relacionadas aos preços. Os resultados da Lituânia apresentam evidências claras de que intervenções abrangentes de políticas de álcool podem ter impactos dramáticos na saúde da população.

Tabela 8.1 Classificações de consenso de estratégias e intervenções para controlar a disponibilidade de álcool^c

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Banimentos totais	++	++	Pode reduzir o consumo e prejudicar substancialmente, mas em alguns casos, com efeitos colaterais adversos do mercado negro, que é caro para ser suprimido. Ineficaz sem aplicação

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Sistemas de racionamento	++	+	Evidência em grande parte de vários exemplos históricos em alguns países. Pode afetar, particularmente, pessoas que bebem em excesso e são problemáticos. A aplicação de racionamentos requer um mercado altamente regulamentado.
Proibição de consumo em locais públicos	?	+	Normalmente focado em pessoas que bebem em excesso e de alto risco, jovens ou marginalizados; pode reduzir temporariamente o consumo e os danos, mas também pode deslocar os danos sem necessariamente reduzi-los. Os custos associados à execução podem ser substanciais.
Restrição de dias de venda	++	++	As análises normalmente encontram evidências de que a expansão (ou redução) dos dias de venda aumenta (ou diminui) o consumo e alguns danos associados (por exemplo, acidentes de trânsito). Os estudos são em grande parte da América do Norte e dos países nórdicos. Provavelmente terão um amplo alcance populacional
Restrição de horário de venda para bares, pubs etc.	++	++	Evidência clara de que a violência em torno de recintos de entretenimento é afetada por mudanças nos horários permitidos para comercialização, tarde da noite
Restrição de horário de venda para pontos de venda externos	++	+	Relativamente poucos estudos bem elaborados, principalmente de países de alta renda. Efeitos sobre os danos causados pelo consumo de álcool (por exemplo, lesões, intoxicação), especialmente entre os jovens. Provavelmente terão um amplo alcance populacional




Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Políticas que afetam a densidade de venda de álcool	+ / ++	+++	Mudanças importantes na densidade de pontos de venda (por exemplo, permitir ou restringir as vendas em supermercados) afetam claramente o consumo e os índices de danos. As evidências de mudanças graduais variam entre jurisdições, tipos de licença e resultados, sendo mais fortes para a violência. Políticas específicas para moldar mudanças graduais na densidade são raramente avaliadas.
Monopólios de varejo do governo	++	++	Maneira eficaz de limitar o consumo de álcool e danos. A prioridade dada aos objetivos de saúde pública e ordem pública aumenta os efeitos benéficos. Terá um amplo alcance da população.
Leis de idade mínima para compra de álcool	+++	++	Evidências claras e consistentes em vários países. Eficaz na redução de fatalidades no trânsito e outros danos com fiscalização mínima, mas a fiscalização aumenta substancialmente a eficácia e o custo. Programas comunitários que aumentam a adesão têm sido eficazes. Evidências principalmente dos Estados Unidos sobre mudanças dos 18 aos 21 anos
Sistemas de permissão individualizada	+	+	Evidências limitadas de sistemas de permissão históricos no Canadá e nos países nórdicos, muitas vezes combinadas com racionamento. Algumas evidências de que o consumo e os danos aumentam com a abolição dos sistemas.
suspensões preventivas pós-condenação e aplicação	++	+	Intervenção intensiva que requer monitoramento abrangente de indivíduos banidos. Implementado em grande parte em torno de infrações por dirigir alcoolizado, mas reduções em outros danos detectados no nível da população em alguns casos.

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Proibição de instalações de nível individual e distrito de entretenimento	?	+	Vários sistemas focados em restringir o acesso a locais de entretenimento noturno (pubs, bares) ou recintos para indivíduos problemáticos. Normalmente mal avaliado.
Políticas de disponibilidade incentivando bebidas com baixo teor alcoólico	+	+	Testado principalmente para cerveja nos países nórdicos, com cerveja de baixo teor alcoólico mais amplamente disponível do que bebidas fortes ou outras bebidas alcoólicas. Evidências da Suécia de que a disponibilidade diferenciada reduziu os índices de hospitalização entre adolescentes.
Restrições de tamanhos/tipos de recipientes	?	+	Poucos estudos, nenhum bem elaborado, sugerem que a disponibilidade de recipientes maiores (por exemplo, vinho em caixa) pode influenciar o consumo. Provavelmente relacionado ao menor preço por unidade.
Restrições de vendas em configurações específicas (por exemplo, estádios esportivos)	+	+	Poucos estudos, mas evidências promissoras em contextos específicos de que as restrições podem reduzir os danos (por exemplo, proibir o álcool em estádios esportivos pode reduzir a embriaguez/lesões).

^a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ evidência de forte efeito sobre consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se fazer um julgamento.

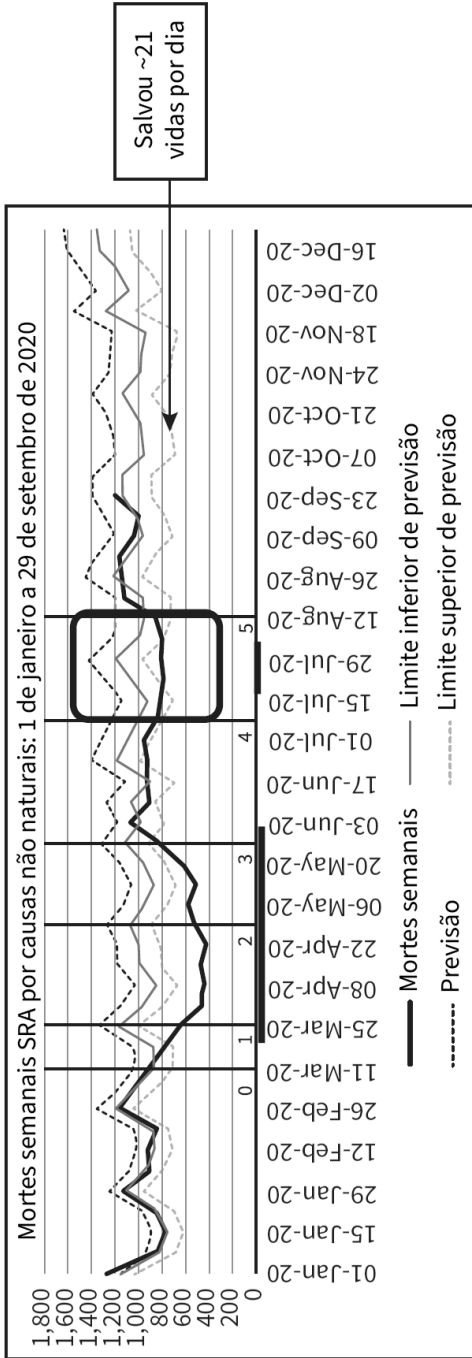
^b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem elaborados concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas nenhuma análise integrativa disponível ou nenhuma que inclua PBMRs; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir análises integrativas da literatura ou metanálises, com alguns testes em PBMRs.

^c Para mais informações, consulte o  apêndice on-line 1.

Políticas mais viáveis com fortes evidências incluem restrições na disponibilidade espacial e temporal de álcool, que estão consistentemente associadas a reduções no consumo de álcool e nos problemas relacionados ao álcool. Isso é especialmente verdadeiro para políticas que levam a grandes mudanças na disponibilidade física de álcool e aquelas que restringem a disponibilidade de álcool tarde da noite. É provável que mudanças mais graduais na disponibilidade a nível local influenciem alguns índices de danos, especialmente a violência, mas as inconsistências na literatura destacam a necessidade de evidências de uma ampla gama de configurações com elaborações mais fortes.

Para os jovens, as leis que aumentam a idade mínima legal para a compra reduzem a venda de álcool e problemas relacionados. Esta estratégia tem forte apoio empírico, sendo que dezenas de estudos constataam um impacto substancial no trânsito e em outras fatalidades devido à mudança na idade mínima para consumo de bebidas alcoólicas. As intervenções que melhoram a aplicação das restrições existentes sobre as idades de compra também são eficazes.

Nas últimas décadas, tem havido uma série de esquemas que aplicam controles de nível individual seletivamente com base em um evento problemático. Como mostra o Projeto de Sobriedade 24/7 da Dakota do Sul (Kilmer *et al.* 2013), quando o critério para o sucesso em tal intervenção pode ser aplicado abertamente e monitorado com precisão, como com um requisito de abstinência por um período especificado, ele pode ter efeitos substanciais. A experiência sugere que os efeitos das restrições focadas individualmente são silenciados, na melhor das hipóteses, em circunstâncias aquém disso.



Linhas do tempo verticais:

- 0. Lei de Gestão da Semana implementada
- 1. Nível 5 de confinamento semanal introduzido
- 2. Confinamento semanal alterado para nível 4 com toque de recolher
- 3. Confinamento semanal passou para o nível 3, incluindo a proibição da venda de álcool
- 4. Proibição semanal da venda de bebidas alcoólicas e reintrodução do toque de recolher
- 5. Confinamento semanal alterado para nível 2, incluindo proibição de álcool

Os números foram dimensionados para o número real estimado de mortes e, na última semana, foram ajustados para registros atrasados

Figura 8.2 O impacto das restrições ao álcool nos índices de mortes não naturais na África do Sul.

Reproduzido com permissão de Duailibi S, Ponicki W, Grube J, et al. (2007) "O efeito de restringir o horário de funcionamento sobre a violência relacionada ao álcool". *Jornal Americano de Saúde Pública* 97(12): 2276–2280.

Embora a maior parte da pesquisa sobre a restrição da disponibilidade física venha de países economicamente mais desenvolvidos, evidências transversais sugerem que o consumo de álcool é menor em PBMRs quando as regulamentações de disponibilidade física são fortes (Cook *et al.* 2014). Assim, é provável que as políticas de disponibilidade física sejam importantes na gestão dos problemas relacionados ao álcool à medida que o consumo cresce com o crescimento econômico nos PBMRs.

O custo de restringir a disponibilidade física do álcool é baixo, em relação aos custos sociais e de saúde relacionados ao consumo, especialmente o consumo excessivo. As análises de custo-efetividade normalmente mostram que as reduções na densidade de pontos de venda e nos dias/horários de comércio e os aumentos na idade mínima legal para beber são opções políticas com boa relação custo-benefício (Burton *et al.* 2017). A regulamentação da disponibilidade, apoiada pela fiscalização, pode ser eficaz e econômica na redução do consumo e dos problemas de álcool.

Referências

Al-Ansari B, Thow A-M, Day CA, *et al.* (2016) Extent of alcohol prohibition in civil policy in Muslim majority countries: the impact of globalization. *Addiction*, 111, 1703–13.

Allday A (2017) *IBISWorld Industry Report OD4087 Online Beer, Wine and Liquor Sales in Australia*. Melbourne: IBISWorld.

Bainbridge L (2019) Transferring 24/7 Sobriety from South Dakota to South London: the case of MOPAC's alcohol abstinence monitoring requirement pilot. *Addiction*, 114, 1696–705.

Barnett SBL, Coe NB, Harris JR, *et al.* (2020) Washington's privatization of liquor: effects on household alcohol purchases from Initiative 1183. *Addiction*, 115, 681–9. Benegal V (2005) India: alcohol and public health. *Addiction*, 100, 1051–6.

Blocker JS, Jr (2006) Did prohibition really work? Alcohol prohibition as a public health innovation. *Am J Public Health*, 96, 233–43.

Bormann CA and Stone MH (2001) The effects of eliminating alcohol in a college stadium: the Folsom Field beer ban. *J Am Coll Health*, 50, 81–8.

Brady M (2000) Alcohol policy issues for Indigenous people in the United States, Canada, Australia and New Zealand. *Contemporary Drug Problems*, 27, 435–509.

Bruun K and Frånberg P (1985) *Den Svenska Supen: En Historia om Brännvinn, Bratt och Byråkrati [The Swedish Snaps: A History of Booze, Bratt and Bureaucracy]*. Stockholm: Prisma.

Burton R, Henn C, Lavoie D, *et al.* (2017) A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective. *Lancet* 389, 1558–80.

Callan CM and Boyle AA (2018) Has the Licensing Act 2003 affected violence rates in England and Wales? A systematic review of hospital and police studies. *Eur J Emerg Med*, 25, 304–11. Carpenter C and Dobkin C (2011) The minimum legal drinking age and public health. *J Econ Perspect*, 25, 133–56.

Carpenter C and Dobkin C (2015) The minimum legal drinking age and crime. *Rev Econ Stat*, 97, 521–4.

Chen MJ, Gruenewald PJ, and Remer LG (2009) Does alcohol outlet density affect youth access to alcohol? *J Adolesc Health*, 44, 582–9.

Chikritzhs T, Gray D, Lyons Z, *et al.* (2007) *Restrictions on the Sale and Supply of Alcohol: Evidence and Outcomes*. Perth, National Drug Research Institute.

Chiu AY, Perez PE, and Parker RN (1997) Impact of banning alcohol on outpatient visits in Barrow, Alaska. *JAMA*, 278, 1775–7.

Cohen DA, Ghosh-Dastidar B, Scribner RA, *et al.* (2006) Alcohol outlets, gonorrhoea, and the Los Angeles civil unrest: a longitudinal analysis. *Soc Sci Med*, 62, 3062–71.

Conway K (2002) Booze and beach bans: turning the tide through community action in New Zealand. *Health Promot Int*, 17, 171–7.

Cook WK, Bond J, and Greenfield TK (2014) Are alcohol policies associated with alcohol consumption in low- and middle-income countries? *Addiction*, 109, 1081–90.

Cunradi CB, Mair C, Ponicki W, *et al.* (2012) Alcohol outlet density and intimate partner violence-related emergency department visits. *Alcohol Clin Exp Res*, 36, 847–53.

DeJong W and Blanchette J (2014) Case closed: research evidence on the positive public health impact of the age 21 minimum legal drinking age in the United States. *J Stud Alcohol Drugs Supplement*, 75 (Suppl 17), 108–15.

De Vocht F, Heron J, Angus C, *et al.* (2016) Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. *J Epidemiol Community Health*, 70, 231–7.

De Vocht F, Heron J, Campbell R, *et al.* (2017) Testing the impact of local alcohol licencing policies on reported crime rates in England. *J Epidemiol Community Health*, 71, 137–45.

Dills AK (2010) Social host liability for minors and underage drunk-driving accidents. *J Health Econ*, 29, 241–9.

Duailibi S, Ponicki W, Grube J, *et al.* (2007) The effect of restricting opening hours on alcohol related violence. *Am J Public Health*, 97, 2276–80.

Fitterer JL, Nelson TA, and Stockwell T (2015) A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Front Public Health*, 3, 253.

Fone DL, Morgan J, Fry JR, *et al.* (2016) Change in alcohol outlet density and alcohol-related harm to population health (CHALICE): a comprehensive record-linked database study in Wales. *Public Health Research* 4(3), 1–186.

Friese B, Grube JW, Seninger S, *et al.* (2011) Drinking behavior and sources of alcohol: differences between Native American and white youths. *J Stud Alcohol Drugs* 72, 53–60.

Gmel G, Holmes J, and Studer J (2016) Are alcohol outlet densities strongly associated with alcohol-related outcomes? A critical review of recent evidence. *Drug Alcohol Rev*, 35, 40–54.

Godfrey C (1988) Licensing and the demand for alcohol. *Applied Economics*, 20, 1541–8. Graham K (2012) Commentary on Rossow and Norström (2012): when should bars close? *Addiction*, 107, 538–9.

Grönqvist H and Niknami S (2014) Alcohol availability and crime: lessons from liberalized weekend sales restrictions. *Journal of Urban Economics*, 81, 77–84.

Grube JW and Nygaard P (2005) Alcohol policy and youth drinking: overview of effective interventions for young people. In: Stockwell T, *et al.* (eds.) *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*. New York, NY: Wiley, pp. 113–27.

Gruenewald P (2007) The spatial ecology of alcohol problems: niche theory and assortative drinking. *Addiction*, 102, 870–8.

Gruenewald PJ and Remer I (2006) Changes in outlet densities affect violence rates. *Alcohol Clin Exp Res*, 30, 1184–93.

Gruenewald PJ, Treno AJ, Ponicki WR, *et al.* (2015) Impacts of New Zealand's lowered minimum purchase age on context-specific drinking and related risks. *Addiction*, 110, 1757–66.

Halonen JI, Kivimäki M, Virtanen M, *et al.* (2013) Proximity of off-premise alcohol outlets and heavy alcohol consumption: a cohort study. *Drug Alcohol Depend*, 132, 295–300.

Hawkins B and McCambridge J (2019) Public-private partnerships and the politics of alcohol policy in England: the Coalition Government's Public Health 'Responsibility Deal'. *BMC Public Health*, 19, 1477.

Heaton P (2012) Sunday liquor laws and crime. *Journal of Public Economics*, 96, 42–52.

Her M, Giesbrecht N, Room R, *et al.* (1999) Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction*, 94, 1125–39.

Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, *et al.* (2004) *The 2003 ESPAD report: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

Hobday M, Chikritzhs T, Liang W, *et al.* (2015) The effect of alcohol outlets, sales and trading hours on alcohol-related injuries presenting at emergency departments in Perth, Australia, from 2002 to 2010. *Addiction*, 110, 1901–9.

Hoke O and Cotti C (2015) The impact of large container beer purchases on alcohol-related fatal vehicle accidents. *Contemporary Economic Policy*, 33, 477–87.

Holmes J, Angus C, and Meier PS (2015) UK alcohol industry's 'billion units pledge': interim evaluation flawed. *BMJ*, 350, h1301.

Holmes J, Guo Y, Maheswaran R, *et al.* (2014) The impact of spatial and temporal availability of alcohol on its consumption and related harms: a critical review in the context of UK licensing policies. *Drug Alcohol Rev*, 33, 515–25.

Horverak Ø and Österberg E (1992) The prices of alcoholic beverages in the Nordic countries. *Br J Addict*, 87, 1393–408.

Huckle T and Parker K (2014) Long-term impact on alcohol-involved crashes of lowering the minimum purchase age in New Zealand. *Am J Public Health*, 104, 1087–91.

Huckle T, Parker K, Mavoa S, *et al.* (2020) Reduction in late-night violence following the introduction of National New Zealand trading hour restrictions. *Alcohol Clin Exp Res*, 44, 722–8. Huckle T, Parker K, Romeo JS, *et al.* (2021) Online alcohol delivery is associated with heavier drinking during the first New Zealand COVID-19 pandemic restrictions. *Drug Alcohol Rev*, 40, 826–34.

Huckle T, Pledger M, and Casswell S (2006) Trends in alcohol-related harms and offences in a liberalized alcohol environment. *Addiction*, 101, 232–40.

Huckle T, Romeo P, and Casswell S (2019) A restrictive alcohol social supply law change is associated with less supply to friends under 18 years. *Drug Alcohol Rev*, 38, 737–43.

Humphreys DK and Eisner MP (2014) Do flexible alcohol trading hours reduce violence? A theory-based natural experiment in alcohol policy. *Soc Sci Med*, 102, 1–9.

Jensen GF (2000) Prohibition, alcohol, and murder: untangling countervailing mechanisms. *Homicide Studies*, 4, 18–36.

Jiang H and Livingston M (2015) The dynamic effects of changes in prices and affordability on alcohol consumption: an impulse response analysis. *Alcohol Alcohol*, 50, 631–8.

Kerr WC, Williams E, Ye Y, *et al.* (2018) Survey estimates of changes in alcohol use patterns following the 2012 privatization of the Washington liquor monopoly. *Alcohol Alcohol*, 53, 470–6.

Kilmer B, Nicosia N, Heaton P, *et al.* (2013) Efficacy of frequent monitoring with swift, certain, and modest sanctions for violations: insights from South Dakota's 24/7 Sobriety Project. *Am J Public Health*, 103, e37–43.

Knai C, Petticrew M, Durand MA, *et al.* (2015) The public health responsibility deal: has a public–private partnership brought about action on alcohol reduction? *Addiction*, 110, 1217–25.

Kolosnitsyna M, Sitdikov M, and Khorkina N (2014) Availability restrictions and alcohol consumption: a case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. *Int J Alcohol Drug Res*, 3, 193–201.

Komro KA, Livingston MD, Wagenaar AC, *et al.* (2017) Multilevel prevention trial of alcohol use among American Indian and white high school students in the Cherokee Nation. *Am J Public Health*, 107, 453–9.

8Kypri K and Livingston M (2020) Incidence of assault in Sydney, Australia, throughout 5 years of alcohol trading hour restrictions: controlled before-and-after study. *Addiction*, 115, 2045–54.

Kypri K, McElduff P, and Miller P (2014) Restrictions in pub closing times and lockouts in Newcastle, Australia five years on. *Drug and Alcohol Rev*, 33, 323–6.

Lachenmeier DW, Kanteres F, and Rehm J (2014) Alcoholic beverage strength discrimination by taste may have an upper threshold. *Alcohol Clin Exp Res*, 38, 2460–7.

Lanu KE (1956) *Poikkeavan Alkoholiläyhtäyty Misen Kontrolli: Kokeellinen Tutkimus Muodollisen Kontrollin Vaikutuksesta Alkoholikäyttäytymiseen* [Control of Drinking Behaviour: An Experimental Study in the Effect of Formal Control over Drinking Behavior]. Helsinki: Väkuhuomakysymyksen tutkimussäätiö.

Lee JP, Pagano A, Moore RS, *et al.* (2018) Impacts of alcohol availability on Tribal lands where alcohol is prohibited: a community-partnered qualitative investigation. *Int J Drug Policy*, 54, 77–86.

Lindo JM, Siminski P, and Yerokhin O (2016) Breaking the link between legal access to alcohol and motor vehicle accidents: evidence from New South Wales. *Health Econ*, 25, 908–28.

Lipton R, Ponicki WR, Gruenewald PJ, *et al.* (2018) Space–time analyses of alcohol outlets and related motor vehicle crashes: associations at city and census block-group levels. *Alcohol Clin Exp Res*, 42, 1113–21.

Livingston M (2011a) A longitudinal analysis of alcohol outlet density and domestic violence. *Addiction*, 106, 919–25.

Livingston M (2011b) Alcohol outlet density and harm: comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug Alcohol Rev*, 30, 515–23.

Livingston M (2017) *Packaged liquor in Victoria: 2001–2016*. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education. <https://fare.org.au/wp-content/uploads/Packaged-liquor-in-Victoria-2001-to-2016.pdf>

Livingston, M., Chikritzhs, T. & Room, R. (2007). Changing the density of alcohol outlets to reduce alcohol-related problems. *Drug and Alcohol Review*. 26, 557–566.

Mair C, Gruenewald PJ, Ponicki WR, *et al.* (2013) Varying impacts of alcohol outlet densities on violent assaults: explaining differences across neighborhoods. *J Stud Alcohol Drugs*, 74, 50.

Mäkelä P, Rossow I, and Tryggvesson K (2002) Who drinks more and less when policies change?

In: Room R (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm when Policies Change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 13–41.

Mangeloja E and Pehkonen J (2009) Availability and consumption of alcoholic beverages: evidence from Finland. *Applied Economics Letters*, 16, 425–9.

Manton E and Zajdow G (2014) Liquor accords: do they work? In: Manton E, *et al.* (eds.) *Stemming the Tide of Alcohol: Liquor Licensing and the Public Interest*. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, pp. 158–66.

Marcus J and Siedler T (2015) Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *J Public Econ*, 123, 55–77.

Mattick R, Wadolowski M, Aiken A, *et al.* (2017)

Parental supply of alcohol and alcohol consumption in adolescence: prospective cohort study. *Psychol Med*, 47, 267–78.

McKee P, Erickson DJ, Toomey T, *et al.* (2017) The impact of single-container malt liquor sales restrictions on urban crime. *Journal of Urban Health*, 94, 289–300.

Menaker BE and Chaney BH (2014) College football game day stadium incidents: policy and environmental effects on alcohol-related ejections and crime. *Journal of Policy Research in Tourism, Leisure and Events*, 6, 119–34.

Middleton JC, Hahn RA, Kuzara JL, *et al.* (2010) Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*, 39, 575–89.

Midford R, Young D, Chikritzhs T, *et al.* (2010) The effect of alcohol sales and advertising restrictions on a remote Australian community. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17, 21–41.

Møller L (2002) Legal restrictions resulted in a reduction of alcohol consumption among young people in Denmark. In: Room R (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm when Policies Change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 155–66.

Morrison C, Cerda M, Gorman D, *et al.* (2016) Commentary on Gmel *et al.*, (2016): are alcohol outlet densities strongly associated with alcohol-related outcomes? *Drug Alcohol Rev*, 35, 55–7.

Morrison C, Gruenewald PJ, and Ponicki WR (2015) Socioeconomic determinants of exposure to alcohol outlets. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 439–46.

Moskalewicz J and Simpura J (2000) Alcohol and alcohol policy in eastern European transitions. *J Subst Use*, 5, 30–8.

Moskalewicz J and Świątkiewicz G (2000) Malczyce, Poland: a multifaceted community action project in Eastern Europe in a time of rapid economic change. *Subst Use Misuse*, 35(1–2), 189–202.

Muhunthan J, Angell B, Hackett ML, *et al.* (2017) Global systematic review of Indigenous community-led legal interventions to control alcohol. *BMJ Open*, 7, e013932.

National Alcoholic Beverages Control Association (2016) *Dry America in the 21st Century*. Alexandria, VA: National Alcoholic Beverage Control Association.

National Pubwatch (2012) Licensees view Pubwatch banning orders as 92% effective. London: National Pubwatch. <https://www.nationalpubwatch.org.uk/news/licensees-view-pubwatch-banning-orders-as-92-effective/>

Nemtsov N, Neufeld M, and Rehm J (2019) Are trends in alcohol consumption and cause-specific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs*, 80, 489–498.

Nepal S, Kypri K, Tekelab T, *et al.* (2020) Effects of extensions and restrictions in alcohol trading hours on the incidence of assault and unintentional injury: systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 5–23.

Nicosia N, Kilmer B, and Heaton P (2016) Can a criminal justice alcohol abstinence programme with swift, certain, and modest sanctions (24/7 Sobriety) reduce population mortality? A retrospective observational study. *Lancet Psychiatry*, 3, 226–32.

Norström T (1987) The abolition of the Swedish alcohol rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality. *Br J Addict*, 82, 67–75.

Norström T and Skog O-J (2005) Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. *Addiction*, 100, 767–76.

Okaru AO, Rehm J, Sommerfeld K, *et al.* (2019) The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu A and Holban A-M (eds.) *Alcoholic Beverages: 7. The Science of Beverages*. Cambridge, MA: Woodhead Publishing, pp. 1–34.

Pennay A and Room R (2012) Prohibiting public drinking in urban public spaces: a review of the evidence. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19, 91–101.

Pinsky I and Laranjeira R (2007) Ethics of an unregulated alcohol market. *Addiction*, 102, 1038–9.

Pliakas T, Lock K, Jones A, *et al.* (2018) Getting shops to voluntarily stop selling cheap, strong beers and ciders: a time-series analysis evaluating impacts on alcohol availability and purchasing. *J Public Health*, 41, 110–18.

Poikolainen K (1980) Increase in alcohol-related hospitalizations in Finland 1969–1975. *Br J Addict*, 75, 281–91.

Pridemore WA, Chamlin MB, Kaylen MT, *et al.* (2014) The effects of the 2006 Russian alcohol policy on alcohol-related mortality: an interrupted time series analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 38, 257–66.

Quigg Z, Butler N, Bates R, *et al.* (2019) STADin Europe (Evaluation Report). Liverpool: Liverpool John Moores University. <http://stadineurope.eu/resources/publications-2-2/>

Rahman L (2003) *Alcohol Prohibition and Addictive Consumption in India*. London: London School of Economics.

Ramstedt M (2002) The repeal of medium-strength beer in grocery stores in Sweden—the impact on alcohol-related hospitalizations in different age groups. In: Room R (ed.) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm when Control Systems Change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research, pp. 117–31.

Ramstedt M and Trolldal B (2017) *Vilken Roll Har Bag-in-Box Spelat för den Ökade Vinkonsumtionen i Sverige?* [What Role Has Bag-in-Box Played in the Increased Wine Consumption in Sweden?]. Stockholm: Centralförbundet för alkoholorch narkotikaupplysning (CAN).

Rehm J, Lachenmeier DW, Jané Llopis E, *et al.* (2016) Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *Lancet Gastroenterol Hepatol*, 1, 78–83.

Rehm J, Manthey J, Lange S, *et al.* (2020) Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*, 115, 655–65.

Reuter H, Jenkins LS, De Jong M, *et al.* (2020) Prohibiting alcohol sales during the coronavirus disease 2019 pandemic has positive effects on health services in South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*, 12, e1–4.

Roche AM, Steenson T, and Andrew R (2013) Alcohol and young people: what the legislation says about access and secondary supply. *Drug Alcohol Rev*, 32, 124–32.

Romley JA, Cohen D, Ringel J, *et al.* (2007) Alcohol and environmental justice: the density of liquor stores and bars in urban neighborhoods in the United Sta-

tes. *J Stud Alcohol*, 68, 48–55. Room R (ed.) (2002) *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking and Harm When Control Systems Change?* Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Room R (2004) Disabling the public interest: alcohol strategies and policies for England. *Addiction*, 99, 1083–9.

Room R (2012) Individualised control of drinkers: back to the future? *Contemporary Drug Problems*, 39, 311–43.

Room R and Cisneros Örnberg J (2019) Government monopoly as an instrument for public health and welfare: lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *Int J Drug Policy*, 74, 223–8.

Room R, Jernigan D, Carlini-Marlatt B, *et al.* (2002) *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies and Geneva: World Health Organization.

Room R and Livingston M (2017) The distribution of customary behavior in a population: the total consumption model and alcohol policy. *Sociological Perspectives*, 60, 10–22.

Rossow I, Karlsson T, and Raitasalo K (2008) Old enough for a beer? Compliance with minimum legal age for alcohol purchases in monopoly and other off-premise outlets in Finland and Norway. *Addiction*, 103, 1468–73.

Rossow I and Norström T (2012) The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, 107, 530–7.

Rowland B, Evans-Whipp T, Hemphill S, *et al.* (2016) The density of alcohol outlets and adolescent alcohol consumption: an Australian longitudinal analysis. *Health Place*, 37, 43–9. Schrad ML (2010) *The Political Power of Bad Ideas: Networks, Institutions and the Global Prohibition Wave*. Oxford: Oxford University Press.

Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, *et al.* (2018) Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 58–67.

Skog O-J (2000) An experimental study of a change from over-the-counter to self-service sales of alcoholic beverages in monopoly outlets. *J Stud Alcohol*, 61, 95–100.

Smith J (2018) *Twelve-Month Evaluation of the Banned Drinker Register in the Northern Territory: Part 1—Descriptive Analysis of Administrative Data*. Darwin: Menzies School of Health Research.

Smith DI and Burvill P (1987) Effect on juvenile crime of lowering the drinking age in three Australian states. *Addiction*, 82, 181–8.

Søgaard TF (2018) Voices of the banned: emergent causality and the unforeseen consequences of patron banning policies. *Contemporary Drug Problems*, 45, 15–32.

Stehr MF (2010) The effect of Sunday sales of alcohol on highway crash fatalities. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 10, Article 73.

Stockwell T and Gruenewald PJ (2004) Controls on the physical availability of alcohol. In: Heather N and Stockwell T (eds.) *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol*. Chichester: John Wiley and Sons, pp. 213–33.

Stockwell T, Sherk A, Norström T, *et al.* (2018) Estimating the public health impact of disbanding a government alcohol monopoly: application of new methods to the case of Sweden. *BMC Public Health*, 18, 1400.

Stockwell T, Zhao J, Macdonald S, *et al.* (2009) Changes in per capita alcohol sales during the partial privatization of British Columbia's retail alcohol monopoly: a multi-level local area analysis. *Addiction*, 104, 1827–36.

Stockwell T, Zhao J, Martin G, *et al.* (2013) Minimum alcohol prices and outlet densities in British Columbia, Canada: estimated impacts on alcohol-attributable hospital admissions. *Am J Public Health*, 103, 2014–20.

Stumbrys D, Telksnys T, Jasilionis D, *et al.* (2020) Alcohol-related male mortality in the context of changing alcohol control policy in Lithuania 2000–2017. *Drug Alcohol Rev*, 39, 818–26.

Štelemėkas, M., J. Manthey, R. Badaras, *et al.* (2021). Alcohol control policy measures and all-cause mortality in Lithuania: an interrupted time-series analysis. *Addiction* 116(10), 2673–2684.

Tabb LP, Ballester L, and Grubestic TH (2016) The spatio-temporal relationship between alcohol outlets and violence before and after privatization: a natural experiment, Seattle, Wa 2010–2013. *Spat Spatiotemporal Epidemiol*, 19, 115–24.

Thompson S and Genosko G (2009) *Punched Drunk: Alcohol, Surveillance, and the LCBO, 1927–75*. Halifax: Fernwood Publishers.

Tigerstedt C (2000) Discipline and public health. In: Sulkunen P *et al.* (eds.) *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD), pp. 93–112.

Trolldal B (2005) Availability and sales of alcohol in four Canadian provinces: a time-series analysis. *Contemporary Drug Problems*, 32, 343–72.

Wagenaar AC, Murray DM, and Toomey TL (2000) Communities Mobilizing for Change on Alcohol (CMCA): effects of a randomized trial on arrests and traffic crashes. *Addiction*, 95, 209–17.

Wagenaar AC and Toomey TL (2002) Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl* 14, 206–25.

Wagenaar AC, Toomey TL and Erickson DJ (2005) Complying with the minimum drinking age: effects of enforcement and training interventions. *Alcohol Clin Exp Res*, 29, 255–62.

Whetten-Goldstein K, Sloan FA, Stout EM, *et al.* (2000) Civil liability, criminal law, and other policies and alcohol-related motor vehicle fatalities in the United States, 1984–1995. *Accid Anal Prev*, 32, 723–33.

Wicki M, Bertholet N, and Gmel G (2020) Estimated changes in hospital admissions for alcohol intoxication after partial bans on off-premises sales of alcoholic beverages in the canton of Vaud, Switzerland: an interrupted time-series analysis. *Addiction*, 115, 1459–69.

Wicki M and Gmel G (2011) Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug Alcohol Depend*, 118(2–3): 209–15.

Wilkinson C, Livingston M, and Room R (2016) Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Res Pract*, 26(4), 1–7.

World Health Organization (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2020) Global information system on alcohol and health. <https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.GISAHhome?showonly=GISAH>

Yu Q, Scribner R, Carlin BP, *et al.* (2008) Multilevel spatio-temporal dual changepoint models for relating alcohol outlet destruction and changes in neighbourhood rates of assaultive violence. *Geospatial Health*, 2, 161–72.

9

RESTRIÇÕES AO MARKETING

9.1 Introdução

O marketing se refere a todos os elementos do esforço para vender álcool produzido comercialmente. Juntamente com a publicidade e outras promoções, o marketing engloba o design do produto, o preço cobrado, o local e a facilidade de acesso. Também são reconhecidos como parte do *mix* de marketing moderno as pessoas que estão em contato com os consumidores, os processos de entrega, como o acesso on-line, e os elementos do ambiente físico que o cliente experimenta. Tudo isso faz parte do *mix* de marketing há muito tempo, mas o desenvolvimento da tecnologia digital no século XXI forneceu novas ferramentas poderosas para campanhas de marketing integradas. Em particular, o marketing digital permite um direcionamento altamente eficaz de mensagens de marketing (Carah 2017). O esforço de marketing agora é quase onipresente em todo o mundo e o álcool é anunciado cerca de três vezes mais do que os demais produtos o são, em média (Saffer 2020).

A difusão do marketing em **plataformas digitais** aumentou a intensidade do marketing internacional. Isso tem implicações para as políticas de saúde pública, uma vez que o marketing é essencial para a expansão dos mercados das **corporações transnacionais do álcool**⁹ (CTNAs) em regiões, países e grupos populacionais que ainda não são grandes usuários de produtos alcoólicos comerciais. O marketing transfronteiriço também é usado para combater a estabilização do consumo de álcool em alguns setores **dos países de alta renda** (PARs). Atores globais, grandes e poderosos, estão envolvidos no marketing internacional, incluindo as CTNAs e suas operações de relações públicas, empresas de TV via satélite, plataformas digitais, organizações esportivas mundiais e o setor de varejo de viagem.

9 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

Houve poucos exemplos de mudanças políticas abrangentes nesta área. Os regulamentos de nível nacional para controlar a exposição ao marketing em geral ou a tipos específicos de conteúdo em particular normalmente afetam apenas parte do cenário de marketing. As operações de rápido desenvolvimento das plataformas digitais não são visíveis nem bem compreendidas, sendo que nenhuma restrição política efetiva foi implementada (Carah e Brodmerkel 2021). As indústrias do álcool e da publicidade e, mais recentemente, as plataformas digitais têm enviado esforços consideráveis no estabelecimento de códigos voluntários ineficazes, no quadro da autorregulação (Noel *et al.* 2017a, b).

Os efeitos do marketing nas crenças e normas sociais sobre o álcool neutralizam os possíveis efeitos das atividades de promoção da saúde (Wallack 1983; Alhabash *et al.* 2015). O marketing generalizado tanto nos PARs quanto nos **de baixa e média renda** (PBMRs) promovendo o álcool como um elemento positivo e comum da vida cotidiana pode, por sua vez, afetar a aceitabilidade de políticas e práticas mais restritivas. Na verdade, o marketing é uma força para garantir que o álcool seja tratado como se fosse uma mercadoria comum (Casswell 1997).

Neste capítulo, primeiro apresentamos uma breve introdução ao estado atual do marketing de bebidas alcoólicas; em segundo lugar, avalia-se o impacto do marketing e, em terceiro lugar, avaliam-se diferentes abordagens políticas quanto ao seu impacto sobre o consumo e os danos. O potencial de marketing das atividades de responsabilidade social das empresas (RSE) é tratado no Capítulo 5.

9.2 Práticas de comercialização de bebidas alcoólicas

9.2.1 Campanhas integradas de marketing

Campanhas de marketing integradas anteriormente focadas em garantir mensagens publicitárias consistentes em vários canais, incluindo a transmissão da mídia impressa, outdoors e malas diretas em massa. A integração agora incorpora os componentes analíticos “de competências técnicas” de marketing (pesquisa e análise de dados para segmentação, design de produto, design de paisagem de serviço, design de distribuição)

com os elementos culturais e comunicativos “pessoais”, como publicidade, relações públicas e RSC (Cara 2017).

A análise de dados permite que o marketing alcance consumidores-alvo em momentos específicos, incluindo estados afetivos específicos, identificando vínculos entre consumidores e produtos ou enviando convites de compra direta direcionados a horários específicos e respondendo ao humor, expressões ou localização dos consumidores (Carah e Brodmerkel 2021). A resposta do espectador ao marketing (por exemplo, o clique no botão “comprar”) fornece novos dados. Desta forma, um recurso de marketing cada vez mais poderoso é desenvolvido. As plataformas agora dependem menos de postagens públicas e mais de táticas efêmeras e orientadas para **influenciadores**, muitas das quais são mais “obscuras” (ou seja, confusas) para os outros do que para aqueles que são direcionados (Carah e Brodmerkel 2021). Influenciadores (especialmente usuários de mídias sociais com muitos seguidores) fazem parceria com marcas para promover produtos, em muitos casos incorporando o produto em seu conteúdo sem divulgar claramente sua relação financeira com a marca ou o vendedor. Uma análise de conteúdo de postagens de influenciadores no Instagram em 2019 mostrou que a maioria postou sobre álcool recentemente, e apenas algumas dessas postagens divulgaram isso como um anúncio. Postagens sem divulgações de patrocínio renderam mais curtidas e comentários do que postagens com tais divulgações (Hendriks *et al.* 2020).

9.2.2 A indústria do álcool e o marketing digital

A indústria do álcool foi uma das primeiras a adotar o marketing digital, com a Diageo, uma das maiores produtoras mundiais de destilados e cervejas, firmando um acordo com o Facebook em 2011 (Shearman 2011) com diretorias e nomeações cruzadas, permitindo o compartilhamento de conhecimento (Bevnet 2014). Em 2012, foi relatado que as marcas de bebidas alcoólicas tinham o maior índice de engajamento de todos os setores no Facebook (Social Bakers 2012). Em 2017, as CTNAs e a Heineken concentraram seus orçamentos de publicidade e marketing em plataformas digitais, no lugar da transmissão tradicional (Joseph 2017).

A transferência de grande parte das despesas de marketing das CTNAs para as plataformas digitais baseia-se na sua eficácia na rápida expansão da conectividade digital. Em 2020, mais da metade da população mundial era composta por usuários da Internet e 49% da população eram usuários ativos de mídias sociais (Hootsuite 2020). Os telefones inteligentes são um modo primário de marketing digital. Nos PBMRs, é mais provável que eles pertençam aos principais alvos do marketing do álcool, ou seja, pessoas mais jovens, mais educadas e de maior renda (Silver 2019). Na Ásia, um importante mercado-alvo das CTNAs, mais da metade da população da maioria dos países, usa mídias sociais (Statista 2020).

A África tem penetração mais baixa, mas está aumentando rapidamente e a tecnologia digital complementa outras abordagens de marketing. Na Nigéria, por exemplo, a marca Guinness da Diageo é amplamente divulgada em centros de exibição de futebol, locais comerciais nos quais são fornecidas instalações de internet para permitir que aqueles sem conexão privada acompanhem os jogos de futebol ao vivo (Dumbili e Williams 2017).

9.2.3 Imagem da marca por meio de patrocínio e extensão da marca

Eventos esportivos e culturais, principalmente aqueles com apelo para os jovens, são amplamente patrocinados e marcados por empresas de bebidas alcoólicas. Eventos esportivos de marca oferecem a oportunidade de incorporar a marca à experiência do evento por meio de comentários esportivos e sinalização em roupas, campos esportivos e produtos vendidos aos torcedores. As ativações de mídias sociais, por exemplo, usando aplicativos de realidade aumentada, expandiram enormemente o alcance dos patrocínios e sua capacidade de aumentar o envolvimento com as marcas (consulte o quadro 9.1). Os esportes praticados integralmente no mundo digital oferecem novas oportunidades para as marcas de bebidas alcoólicas (consulte o quadro 9.2).

Quadro 9.1 Eventos esportivos internacionais como oportunidades de marketing

As marcas de álcool substituíram os patrocínios de tabaco após o sucesso da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. Em 2018, os patrocinadores da Fórmula 1 incluíam quatro marcas de álcool (Martini, Chandon, Singha e Kingfisher) marcando equipes específicas, sendo que a Johnnie Walker e Heineken eram patrocinadoras da Fórmula 1 (Rencken 2018).

A Fórmula 1 expandiu sua audiência e base de fãs, incentivando os participantes a usar as mídias sociais para divulgar as atividades dos bastidores (Professor de Marketing Global 2019), com a introdução de um canal de assinatura digital global que oferece transmissões ao vivo de cada corrida, sem anúncios, com câmeras *on-board* mostrando conteúdo ao vivo, do ponto de vista do piloto.

Esses gigantescos eventos esportivos internacionais também permitem que as CTNAs promovam suas atividades de RSE. A marca de bebidas de propriedade da Bacardi, Martini, compartilhou o conteúdo do Facebook, Twitter e Instagram sobre a equipe e seus pilotos antes de cada corrida e enfatizou seu compromisso com o consumo responsável por meio de um acordo com a Fórmula 1 em 2014. A Heineken também usou seu principal patrocínio da Fórmula 1 para promulgar uma mensagem “Se beber, não dirija” em mercados emergentes como o Vietnã (Lim 2019).

Quadro 9.2 Nova oportunidade para imagens corporativas no mundo digital— eSports

A marca de cerveja mais antiga da China, a Harbin, tem como alvo homens de 18 a 29 anos por meio de uma série de colaborações e patrocínios das ligas de eSports da China. A marca de propriedade da Anheuser-Busch InBev é a marca de cerveja doméstica de maior sucesso na China.

A fim de reposicionar a cerveja, a AB InBev lançou uma nova campanha de marketing em torno dos eSports (eventos de videogame), que são populares entre os jovens consumidores chineses da geração do milênio. Alega-se que a estratégia de marketing inovadora da AB InBev aumentou drasticamente os volumes de vendas da Harbin em um momento em que as vendas domésticas de cerveja estavam desacelerando, atraindo com sucesso os homens chineses da geração do milênio que estão dispostos a gastar mais em produtos *premium* de cerveja.

Um diretor sênior de marketing da AB InBev comentou: “Não poupamos esforços para atingir pessoas com interesses diferentes, seja música ou eSports. Acreditamos que os jovens não se concentram mais em comerciais de TV chatos, pois muitos não estão mais assistindo TV” (Kuiler 2017).

Os patrocínios também oferecem oportunidades para iniciativas de RSC, como a promoção da igualdade de gênero e, ao mesmo tempo, aumentam o consumo de álcool pelas mulheres (consulte o quadro 9.3).

Nos festivais de música, as marcas criam espaços temáticos onde os consumidores são incentivados a circular imagens e vídeos que inte-

gram as marcas nas histórias que contam sobre si mesmas usando seus smartphones. Essas imagens e vídeos fornecem às marcas dados que são usados para melhor direcioná-los (Carah e Brodmerkel 2021).

É comum a **expansão da marca**, o uso de logotipos de marcas de álcool em produtos não alcoólicos, o que permite contornar as restrições à comercialização de álcool. Na Rússia, que restringe muitas formas de comercialização de bebidas alcoólicas, no entanto, a legislação permite a promoção de marcas de bebidas alcoólicas por meio de produtos não alcoólicos, como o sorvete. O quadro 9.4 descreve o uso dessa prática em vários outros países.

Quadro 9.3 Marketing para aumentar o consumo de álcool pelas mulheres

Estratégias de marketing para aumentar e normalizar o consumo de álcool por mulheres são usadas em todo o mundo, tanto nos PBMRs quanto nos PARs. Isso inclui o desenvolvimento e embalagem de produtos como bebidas prontas, incluindo a Snapp, anunciada como uma “bebida alcoólica com sabor de frutas naturalmente refrescante para a mulher moderna, sofisticada e elegante” e promovida no continente africano em 2012.

Mais recentemente, algumas empresas de bebidas alcoólicas passaram a usar temas de empoderamento feminino (Tunney 2018; Emslie 2019) e responsabilidade social de comercializar para mulheres (Mart e Giesbrecht 2015). Em 2018, por exemplo, a Smirnoff fez parceria com o serviço de música digital Spotify para criar a lista de reprodução *Smirnoff Equalizer* que tem uma proporção igual de artistas masculinos e femininos (Diageo 2018). O *Smirnoff Equalizer* visa aumentar a representação das mulheres na música usando um algoritmo para sugerir músicas de artistas femininas que correspondam às preferências musicais da ouvinte. A associação da Smirnoff com a igualdade das mulheres os apresenta como uma empresa socialmente consciente que aborda questões que afetam diretamente as mulheres, ao mesmo tempo em que promove seus produtos.

Quadro 9.4 Implicações do marketing da cerveja sem álcool

A Heineken trocou o patrocínio da Liga Europa da União da Associação Europeia de Futebol de sua marca Amstel para a Heineken 0.0 (Sousa 2020), com a retomada da competição em 2020 até junho de 2024. Isso reflete a força da tendência sem álcool. A parceria foi o maior acordo de patrocínio envolvendo uma única marca de cerveja sem álcool.

Foram levantadas implicações para a regulamentação do marketing do álcool: “A Heineken 0.0 pode ser uma variante sem álcool, mas ainda é uma cerveja feita pela Heineken. Dado seu nome e pintura, qualquer publicidade ou promoção da Heineken 0.0 também beneficia a marca principal da Heineken” (Cooper 2020).

O fato de a cerveja sem álcool ser uma forma de promover a cerveja alcoólica é algo que tem sido debatido na Malásia, um país predominantemente muçulmano onde a Heineken 0.0 foi promovida em lojas de conveniência, e na Tailândia, que tem restrições relativamente rígidas à comercialização de bebidas alcoólicas. (Neo 2019).

9.2.4 Exibição de produtos

O valor de marketing da colocação de produtos é sugerido por relatos de que a Heineken pagou cerca de US\$ 45 milhões pela sua exibição no filme de James Bond de 2012, *Skyfall*, no qual Bond não bebe mais Martini, mas Heineken (McKee 2014). As exibições ocorrem em mídia digital, como videogames baseados em console, jogos on-line, aplicativos para celular, videoclipes e sites de mídias sociais (Eagle e Dahl 2018). Entre 2005 e 2007, uma em cada cinco canções cantadas da música pop dos Estados Unidos tinha referências explícitas ao álcool. Um quarto deles mencionou uma marca. As referências eram comumente associadas a riqueza, sexo, festas e outras drogas (Primack et al. 2012). Descobriu-se que os vídeos do YouTube, incluindo aqueles que contêm imagens corporativas, encorajam abertamente o consumo excessivo de álcool e a embriaguez (Cranwell et al. 2017).

9.2.5 Projeto do produto

O aumento da conscientização sobre a saúde é percebido pelos analistas da indústria como uma tendência que afeta fortemente a indústria do álcool, sendo abordado por meio do desenvolvimento e marketing de produtos em relação à prevenção de açúcar e conservantes e à adição de nutrientes e promoção de bebidas menos fortes, incluindo produtos sem álcool (Keric e Stafford 2019). A Molson Coors promoveu uma cerveja com baixo teor alcoólico em resposta ao engajamento popular no *Dry January*, um mês de abstinência de álcool voltado para o consumidor, que foi reformulado em sua campanha nas mídias sociais: “Por que parar totalmente de beber se você pode beber de boas?” (Indústria de Bebidas 2019).

9.2.6 Distribuição

O marketing no local da venda tornou-se cada vez mais importante, expandindo-se para as vendas de álcool em mais pontos de venda e fazendo com que os varejistas desempenhem um papel maior no marketing (White et al. 2015). O álcool está cada vez mais disponível por meio de vendas on-line, com plataformas digitais oferecendo uma oportu-

tunidade perfeita para fazer uma compra em conexão com promoções personalizadas (Carah e Brodmerkel 2021). A análise das vendas on-line na Austrália mostrou que os varejistas oferecem produtos baratos, acompanhados de grandes promoções e descontos de preço, sem verificação de idade adequada (Colbert et al. 2020).

9.2.7 Resumo

Como um dos produtos mais anunciados, as marcas de bebidas alcoólicas aproveitam todas as oportunidades promocionais. O design e a distribuição do produto são partes integrantes do marketing do álcool e há uma marca para cada preferência e faixa de preço, disponibilizada da maneira mais fácil possível. Cada vez mais, os profissionais de marketing usam o marketing digital, sendo que a coleta de dados digitais aumentou drasticamente o nível de segmentação potencial, levantando preocupações sobre o aumento do risco para pessoas que já enfrentam problemas com o consumo de álcool, bem como para pessoas mais jovens. Os PBMRs são mercados importantes para o crescimento e o marketing é uma parte essencial disso. A Seção 9.3 analisa a extensa pesquisa sobre o impacto do marketing do álcool.

9.3 Impactos do marketing do álcool

9.3.1 Evidência empírica dos efeitos do marketing do álcool

Uma série de estudos econométricos investigando o impacto do marketing no consumo total da população foi realizada entre 1970 e 2010, muitas vezes usando gastos com a mídia medida como um substituto para a exposição à publicidade. Eles relataram resultados mistos. Uma **metanálise** de 132 estudos econométricos encontrou uma pequena **elasticidade** positiva entre a publicidade e o consumo de álcool que foi significativa, mas apenas em relação à publicidade de bebidas destiladas (Gallet 2007). Pequenos **efeitos** de marketing no nível agregado foram encontrados em estudos econométricos mais bem elaborados (Saffer 2020). Estudos econométricos, porém, têm sido criticados por vários motivos, incluindo a presunção de que o gasto é equivalente ao poder da

propaganda e a falta de identificação de subgrupos como consumidores mais jovens (Saffer 1998, 2020; Hastings *et al.* 2005). Gastos com a mídia medida, normalmente a televisão e a mídia impressa, também eram conhecidos por subestimar a atividade de marketing (Stewart e Rice, 1995). A análise de nível agregado por meio de gastos com publicidade com o passar dos anos foi limitada pela quantidade mínima de variabilidade ao longo do tempo nos níveis de marketing em relação ao esforço total de marketing, especialmente nos PARs. A segmentação de mensagens é parte integrante do marketing. A exposição a mensagens que não são pertinentes, significa que efeitos de pequenos tamanho encontrados em estudos que dependem de medidas agregadas de exposição e **consumo per capita de álcool** (CPC) também podem ser causados por desenhos de estudo inadequados (Meier 2011; Niederdeppe *et al.* 2021).

Métodos experimentais investigaram o efeito da exposição de curto prazo ao marketing do álcool. Uma metanálise integrando sete estudos realizados com estudantes descobriu que ver anúncios de álcool aumentou o consumo imediato do álcool, em relação à visualização de anúncios não alcoólicos (Stautz *et al.* 2016). Um estudo experimental subsequente comparou as respostas dos alunos após a exposição a anúncios no Facebook para cerveja ou água. Os participantes eram mais propensos a selecionar um vale-presente para um bar do que para uma cafeteria após a exposição a anúncios de cerveja (Alhabash *et al.* 2016).

A evidência dos impactos a curto prazo do marketing do álcool é importante, mas o efeito total da exposição a anúncios com mensagens consistentes provavelmente será cumulativo ao longo do tempo, os efeitos provavelmente serão maiores (Gerbner 1995; Zwarun *et al.* 2006; Stautz *et al.* 2016; Martino *et al.* 2018). Efeitos a longo prazo, ao longo de vários anos, também foram relatados em estudos de caso da indústria sobre efeitos de marketing do álcool (Hessari *et al.* 2019).

Estudos longitudinais são especialmente valiosos para investigar o efeito cumulativo do marketing. Uma análise sistemática de estudos longitudinais publicados entre 2008 e 2016 concluiu que os jovens que têm maior exposição ao marketing do álcool parecem ter maior probabilidade posterior de iniciar o consumo de álcool e envolver-se em balbúrdias e **bebedeiras perigosas** (Jernigan *et al.* 2017), apoiando análises anteriores de estudos longitudinais anteriores (por exemplo, Anderson *et al.* 2009; Gordon *et al.* 2010).

Uma análise sistemática de estudos transversais de 1980 a 2015 constatou que a exposição ao marketing do álcool estava associada a comportamentos de consumo de álcool por adolescentes e adultos jovens. Essas associações positivas foram observadas nas últimas quatro décadas, em muitos países diferentes e com amostras pequenas e grandes (Finan *et al.* 2020). Esta análise de estudos transversais sugeriu, em geral, que as promoções de álcool como amostras grátis e posse de mercadorias relacionadas ao álcool, estavam mais consistentemente relacionadas ao aumento do consumo de álcool do que outros tipos de exposição à publicidade (Finan *et al.* 2020). A mercadoria com marca de álcool tem uma vida útil mais longa do que outras formas de marketing do álcool e tem o potencial de integrar-se à autoidentidade das pessoas. Uma análise da propriedade de mercadorias com marcas de álcool encontrou associações com o consumo atual e futuro (Jones 2016). Na Tailândia, a posse de mercadorias com marca do álcool, disponível apesar das restrições à comercialização do álcool, mostrou uma relação com o consumo excessivo de álcool (Jauchuen *et al.* 2015). Amostras grátis dadas a jovens em dois PBMRs, foram associadas a relatórios de pesquisa de intoxicação (Swahn *et al.* 2011, 2013). Na África do Sul, um país de renda média, a exposição a promoções e publicidade de bebidas alcoólicas por meio de mensagens por SMS e ofertas gratuitas na compra de álcool impactaram o consumo intenso (Petersen Williams *et al.* 2019).

Um resumo de análises sistemáticas e narrativas de extensa pesquisa sobre os impactos do marketing (principalmente não digital) relacionado ao consumo por parte de jovens concluiu que a pesquisa conduzida em vários países usando elaborações de pesquisa diferentes, mas complementares, é consistente com o julgamento de que a associação entre marketing do álcool e consumo por jovens é causal (Sargent e Babor 2020).

Conclusões semelhantes podem ser tiradas de análises da literatura de marketing digital. Estudos de marketing digital sugerem que a exposição e o envolvimento com o marketing do álcool estão positivamente associados ao aumento do consumo de álcool e ao aumento da compulsão ou do comportamento de consumo perigoso. Uma meta-análise de 19 estudos sobre os impactos das mídias sociais no consumo de álcool entre adolescentes e jovens adultos descobriu que um maior engajamento nas mídias sociais relacionado ao álcool estava correlacio-

nado com o consumo autorreferido maior e com os problemas relacionados ao álcool (Curtis *et al.* 2018).

Uma análise de 15 estudos relatou que a exposição a conteúdo relacionado ao álcool baseado na Internet foi associada a intenções de beber e atitudes positivas em relação ao consumo de álcool entre os jovens (Gupta *et al.* 2016).

Na mídia digital, os influenciadores, pessoas pagas para promover produtos, são os principais contribuintes para postagens de álcool que mostram um contexto social positivo e, portanto, provavelmente afetam os comportamentos de consumo de álcool da mesma forma que as postagens de usuários (Hendriks *et al.* 2020). Os relatórios da indústria confirmam o valor de seu investimento; compradores influentes em Nova York e Toronto recrutados para se tornarem “embaixadores” da Stella Artois foram descritos como a força de vendas mais poderosa da marca (WARC 2011).

9.3.2 Mecanismos de impacto de marketing

Um modelo neurobiológico, que considerou fatores de risco para o neurodesenvolvimento, influências sociais e sensibilização de recompensa a sinais de álcool, sugeriu que a exposição de jovens ao marketing do álcool poderia influenciar de forma plausível, o consumo de álcool por menores ao sensibilizar os circuitos de recompensa pré-frontal (Courtney *et al.* 2020). Muita publicidade é processada usando baixo envolvimento cognitivo (Heath 2001) e a mera exposição aumenta a simpatia (Grimes 2008); assim, a preferência pode ser criada simplesmente repetindo a exposição da mensagem, sem envolvimento cognitivo ativo (Zhu *et al.* 2015). A exposição no contexto de um evento esportivo ou cultural emocionante e dinâmico aumentou as atitudes positivas em relação ao álcool, bem como em relação à marca específica. Esses efeitos parecem depender de processos automáticos não conscientes (Zerhouni *et al.* 2019). Uma análise sistemática da pesquisa sobre o patrocínio esportivo com a marca do álcool encontrou associações positivas consistentes entre a exposição ao patrocínio do álcool e o aumento dos níveis de consumo, incluindo consumo de risco entre esportistas adultos e crianças em idade escolar (Brown 2016).

A exposição ao marketing é um precursor essencial dos efeitos do marketing. Além das evidências dos efeitos da “mera exposição” (Alhabash *et al.* 2016), o engajamento (ou seja, a exigência de maior envolvimento cognitivo e emocional) tornou-se um dos principais objetivos do marketing. O engajamento é refletido no mundo físico (por exemplo, a propriedade da mercadoria de marca) (Jones *et al.* 2016) e no mundo digital (por exemplo, curtir, compartilhar, comentar sobre o material de marcas do álcool e cocriar material de marketing) (Alhabash *et al.* 2015; Carrotte *et al.* 2016; Buchanan *et al.* 2018). Uma análise sistemática da literatura até 2017 revelou mais evidências de um efeito no aumento do consumo de álcool a partir da participação e engajamento no marketing digital em detrimento da exposição a formas mais tradicionais de marketing (Noel *et al.* 2020). A pesquisa publicada desde a análise sistemática apoia a importância dos aspectos participativos das mídias sociais para o marketing comercial e o impacto da promoção criada pelo usuário no consumo de alto risco e na identificação da marca (Critchlow *et al.* 2019).

Relacionamentos interativos com marcas específicas, resultando em uma fidelização à marca, previram um consumo mais elevado posteriormente na vida (Casswell e Zhang 1998; Jernigan *et al.* 2017). O marketing também impacta a percepção das regras dos pares, que, por sua vez, está relacionada ao problema com o consumo de álcool (McClure *et al.* 2013). O comportamento e as atitudes dos pares são usados para avaliar se as próprias ações de um indivíduo são consistentes com as regras do grupo (de Gregorio e Sung 2010; Atkinson *et al.* 2017). Vídeos do YouTube, por exemplo, contendo promoção de marcas de bebidas alcoólicas e apresentando jovens adultos que parecem estar abaixo da idade legal para consumo de álcool (Barry *et al.* 2015) provavelmente influenciarão as regras sobre o consumo juvenil (Eagle e Dahl 2018). Grande parte do marketing direcionado aos jovens é impulsionado pela compreensão da importância do consumo de álcool para a formação da identidade. A publicidade é concebida para oferecer humor, ideias, imagens, frases e outros recursos que são usados no processo de interação ponto a ponto, conforme a identidade é formada e comunicada (McCreanor *et al.* 2005). Foi constatado que crianças de até 14 anos selecionam marcas com as quais se engajar nas mídias sociais para comunicar identidade (Purves *et al.* 2018).

9.3.3 Mercados-alvo e vulnerabilidade

O impacto do marketing do álcool é maior em alguns subgrupos populacionais e pode refletir características do público e sua exposição desproporcional. A pesquisa de marketing sugere que o efeito cumulativo da exposição repetida, juntamente com outros fatores sociopsicológicos, contribui para o aumento do consumo de álcool entre populações vulneráveis (Alhabash *et al.* 2016, p. 56). Embora as primeiras pesquisas conduzidas pela Anheuser-Busch visassem aumentar a força da publicidade vinculando produtos aos tipos de personalidade dos consumidores (Ackoff e Emshoff 1975a, b), a segmentação mudou para novos níveis, dadas as oportunidades de usar dados digitais para identificar indivíduos e subgrupos mais suscetíveis, a fim de adequar o marketing a eles.

Muitas pesquisas sobre o marketing do álcool têm se concentrado em crianças e adolescentes. Conforme descrito anteriormente, análises sistemáticas de exposição e engajamento com marketing tradicional e digital mostraram um impacto do marketing nas atitudes e comportamentos de consumo de álcool dos jovens. O uso intensivo de álcool entre aqueles com uso extensivo de mídias sociais sugere que essas plataformas on-line são arenas onde os adolescentes são expostos a preferências positivas de álcool e publicidade de álcool sem a supervisão dos pais (Larm *et al.* 2019).

Embora os jovens tenham sido objeto da maioria das pesquisas, também há evidências crescentes de que o marketing também influencia os adultos. A exposição a anúncios de TV entre adultos nos Estados Unidos foi consistentemente associada à probabilidade de beber no último mês e de beber mais álcool (Niederdeppe *et al.* 2021). Curtir ou seguir páginas de marketing digital de álcool é comum, independentemente da idade, tendo sido associado a um consumo de álcool mais arriscado em um estudo com jovens australianos adultos (Carrotte *et al.* 2016). Em outro estudo (Critchlow *et al.* 2016), o marketing digital foi associado ao aumento da frequência de **consumo intenso ocasional** (CIO) em adultos jovens, tendo sido mais bem-sucedido do que a mídia tradicional na realização do feito.

Foi constatado que adultos que bebem em excesso são mais receptivos ao marketing do álcool, o que os torna mais vulneráveis aos seus efeitos. Um estudo experimental, por exemplo, de exposição a anúncios de cer-

veja no Facebook revelou que os anúncios tiveram efeitos mais fortes sobre as intenções de consumir álcool entre aqueles com pontuações mais altas em uma medida de envolvimento com álcool e aqueles com maior familiaridade com a marca exibida (Alhabash *et al.* 2016). Alunos com histórico de uso intenso de álcool perceberam maiores quantidades de álcool sendo consumidas em anúncios de álcool, em comparação com aqueles sem esse histórico, tendo percebido esse consumo, que muitas vezes se encaixava na definição de CIO, como “responsável” (Noel *et al.* 2018). A exposição ao marketing teve impactos mais fortes entre pessoas que bebem com mais frequência (Koordeman *et al.* 2011), bem como sobre os consumidores que se arriscam mais (Alhabash *et al.* 2016). A pesquisa qualitativa mostrou impactos negativos do marketing do álcool naqueles que tentam reduzir o consumo excessivo (Thomson *et al.* 1997). É provável que os modelos algorítmicos de plataformas digitais, que são projetados para aprender as preferências e vulnerabilidades dos consumidores, sejam usados para identificar consumidores de alto volume e direcioná-los com produtos alcoólicos com desconto (Carah e Brodmerkel 2021).

Em mercados emergentes, o recrutamento de adultos que não bebem, para se tornarem pessoas que bebem com frequência é uma função de marketing extremamente importante para a indústria do álcool (Benegal 2005), de modo que o marketing também contribui para a normalização do consumo de álcool em uma gama cada vez maior de ocasiões (Walls *et al.* 2020).

Tanto nos mercados maduros quanto nos emergentes, as mulheres são um setor inexplorado para o qual o marketing pode desempenhar um papel importante na expansão da base de clientes do setor. A exposição a anúncios de álcool foi relacionada ao consumo perigoso entre as mulheres sul-africanas (Amanuel *et al.* 2018), que também relatam gostar mais de marketing do que os homens (Petersen Williams *et al.* 2019). Em muitas jurisdições, há evidências claras de marketing direcionado diretamente às mulheres por meio do desenvolvimento de bebidas, embalagens e campanhas voltadas para mulheres (Emslie 2019) (quadro 9.3).

9.3.4 Normalização do consumo de álcool

Os modelos de processos de interpretação de mensagens preveem que, com a exposição repetida, as mensagens de marketing do álcool percebidas como relevantes se tornarão progressivamente internalizadas, de modo que estejam cognitivamente mais disponíveis durante a situação real de tomada de decisão. Este é um processo de normalização, em que o álcool aparece onipresente e fazendo parte da vida normal (Meier 2011), o que pode, por sua vez, ter efeitos mais amplos na justificativa da falta de regulamentação específica do álcool (Casswell 2012).

9.3.5 Resumo

Há pesquisas consideráveis mostrando o impacto das técnicas de marketing tradicionais e digitais. Um dos pontos fortes desta pesquisa é a série de metodologias empregadas (evitando a dependência excessiva de qualquer método), o rigor com que foram empregadas e a ampla gama de contextos em que a pesquisa ocorreu.

A pesquisa mostra efeitos consistentes em muitos PARs e evidências crescentes de PBMRs. Existem mecanismos plausíveis para explicar como o marketing impacta o comportamento de consumo de álcool por meio da simples exposição e da construção do engajamento, resultando em impactos adversos sobre os jovens e outras populações vulneráveis.

9.4 Abordagens atuais para restringir o marketing

Um estudo das políticas de combate às doenças não transmissíveis (DNT) em 151 países, mostrou que, as restrições governamentais à comercialização de bebidas alcoólicas são uma das estratégias menos implementadas (Allen *et al.* 2020). Além das proibições parciais e totais da comercialização de bebidas alcoólicas, uma terceira opção não governamental tem sido a autorregulamentação da indústria.

9.4.1 Resposta de interesses investidos: autorregulação

Interesses investidos (ou seja, grupos como a indústria do álcool que mais se beneficiam com as vendas de álcool) têm promovido amplamente alternativas às abordagens regulatórias de saúde pública. Uma dessas respostas são as mensagens RSC. A maioria das empresas tem mensagens promocionais em seus sites e anúncios de marca dizendo a seus clientes para “beber com responsabilidade”. Essas mensagens, porém, são ambíguas, de modo que os estudos concluíram que as mensagens aparentemente pró-saúde podem servir para promover sutilmente as vendas de álcool e os objetivos de relações públicas (Smith *et al.* 2006; Hessari e Petticrew 2017).

Outros elementos da mensagem da indústria do álcool questionam a eficácia da regulamentação do marketing e promovem códigos voluntários em toda a indústria como uma alternativa (Savell *et al.* 2016). Esses códigos, escritos e implementados por interesses investidos, visam substituir a regulamentação governamental por “autorregulação” (vide, por exemplo, a Aliança Internacional para o Consumo Responsável 2018). A avaliação de códigos voluntários mostrou baixa conformidade (Noel *et al.* 2017), instabilidade inerente (Hill e Casswell 2004) e ineficácia na prevenção da exposição a conteúdo potencialmente prejudicial (Noel *et al.* 2017). A publicidade televisiva mantém seu apelo para os jovens, apesar de ter sido aprovada por sistemas baseados em códigos de conteúdo. O humor é um aspecto importante de muitos anúncios altamente apreciados e, normalmente, não é coberto pelos códigos (McCrea-nor *et al.* 2005). A pesquisa também demonstrou o fracasso dos códigos voluntários, conforme aplicados à mídia digital, para impedir que conteúdo censurável e não compatível atraia os jovens (Barry *et al.* 2018).

Além dos controles de conteúdo, outra abordagem comum incluída nos códigos voluntários é a promessa de limitar a exposição de pessoas mais jovens, não transmitindo ou exibindo anúncios para um público em que a proporção de menores de idade exceda uma certa porcentagem (por exemplo, 30%). Uma restrição, porém, enquadrada em termos de porcentagem de jovens na plateia não impede a exposição de um número significativo de jovens (Jernigan *et al.* 2005; Pierce *et al.* 2019). Estimou-se, por exemplo, que aproximadamente 325 milhões de

jovens com menos de 16 anos poderiam ter sido expostos a imagens de marketing do álcool durante os jogos da Copa do Mundo FIFA de 2014, a maioria dos quais (86%) teve pelo menos uma violação do código de marketing voluntário da indústria (Noel *et al.* 2017b).

Códigos voluntários (e regulamentações parciais semelhantes) normalmente incluem um tempo limite, por exemplo 21h, antes do qual não pode ser veiculada publicidade ao álcool na televisão. A avaliação de tal política na Holanda constatou que, enquanto a exposição aos espectadores mais jovens foi reduzida, houve aumento à exposição por parte da população adolescente de alto risco (Ross *et al.* 2013). A expansão do marketing digital do álcool resultou em interesses investidos expandindo seus códigos voluntários para incluir a mídia digital, com forte foco na eliminação da exposição a jovens abaixo da idade legal de compra (Aliança Internacional para o Consumo Responsável 2019). Estudos de restrição de idade em plataformas como o YouTube, Twitter e Instagram mostraram a ineficácia da tecnologia de verificação de idade (Noel *et al.* 2020).

9.4.2 Restrições parciais

Em muitas jurisdições, são impostas restrições parciais relacionadas a mídias específicas ou bebidas específicas, e poucas têm restrições ao marketing digital (Aliança Global de Advogados de Publicidade de 2015).

A *Loi Evin* da França foi apresentada como um modelo de restrição parcial, refletindo o uso de uma lista positiva identificando locais e mídias em que o marketing era permitido, em vez de identificar aqueles em que não era, além de controles sobre o conteúdo que impediam a publicidade do estilo de vida. Desde a sua promulgação em 1991, a *Loi Evin* foi progressivamente enfraquecida pelo lobby ativo de produtores e varejistas. Em 2009, a publicidade on-line foi permitida. De acordo com uma análise (Gallopel-Morvan *et al.* 2017), até 2016, a lei não protegia efetivamente os jovens da exposição à publicidade do álcool na França.

A legislação finlandesa promulgada em 2015 proibiu a publicidade do álcool em jogos, loterias e competições em qualquer meio, inclusive on-line. Também proibiu os profissionais de marketing de usar qualquer material gerado pelo consumidor em publicidade e de criar material para transmissão ponto a ponto (Montonen e Tuominen 2017). Uma avaliação

mostrou que não houve impacto na capacidade das marcas finlandesas de se envolver com os consumidores (Kauppila *et al.* 2019), refletindo, entre outras coisas, a falha em restringir o uso de opções de curtir e compartilhar.

As mudanças na política da publicidade ao longo do século passado também foram avaliadas por meio da análise econométrica do consumo per capita de álcool. As conclusões tiradas desses estudos, no entanto, são limitadas pela complexidade e natureza parcial das mudanças políticas avaliadas. Um estudo de consumo CPC, por exemplo, nos países da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico) entre 1975 e 2000 criou duas variáveis dicotômicas, nas quais a proibição da propaganda do álcool na TV foi usada como um indicador da proibição total, sendo que a proibição da publicidade de bebidas destiladas na TV foi caracterizada como uma proibição parcial. O autor concluiu que não houve efeito da proibição da publicidade de bebidas alcoólicas em consumo per capita de álcool (Nelson 2010). Esta análise, que incluiu alguns problemas metodológicos, não considera muitos outros aspectos do marketing do álcool e, portanto, não avaliou uma proibição abrangente. Um estudo econométrico adicional dos países da OCDE de 1970 a 1995, que usou o número de mídias proibindo bebidas específicas ou todos os anúncios de álcool, constatou que o aumento de uma proibição de publicidade poderia reduzir o consumo per capital de álcool em 5 a 8% (Saffer e Dave 2002).

Comparações transversais de diversas jurisdições com diferentes níveis de restrição relataram que menos restrições de marketing estavam ligadas a um maior consumo. Isso foi relatado em relação ao consumo per capital de álcool em uma amostra de 12 países (Casswell *et al.* 2022) e em relação a dados de pesquisa de alunos em 84 países (Noel 2019), de adolescentes latino-americanos em 13 países (Noel 2020), de indivíduos com idade entre 18 e 65 anos em 15 PBMRs (Cook *et al.* 2014) e de adultos europeus mais velhos (Bosque Prous *et al.* 2014). A direção do efeito, porém, não é estabelecida nesses estudos transversais porque outras condições podem ser responsáveis tanto pela falta de restrições de marketing quanto pelos altos níveis de consumo.

9.4.3 Proibições abrangentes

Existem exemplos de proibições completas do marketing do álcool em alguns países islâmicos, mas, os efeitos de sua implementação ou remoção no consumo de álcool não foram avaliados.

A Rússia, que já proibia a publicidade em 1995, introduziu a proibição da publicidade de álcool pela Internet em 2012. De acordo com um estudo, houve uma grande diminuição no consumo agregado como resultado da proibição (Matyusova *et al.* 2019), embora a contribuição da proibição de comercialização não possa ser diferenciada de outras mudanças de política no mesmo período. A Lituânia introduziu uma proibição abrangente em 2018, mas isso ainda não foi avaliado. Essa proibição ocorreu de forma semelhante junto a outras mudanças de política, assim como a introdução de restrições bastante abrangentes da Tailândia como parte da Lei de Controle do Alcool de 2008 e as restrições parciais mais recentes ao marketing incluídas na legislação de controle de álcool no Vietnã em 2020.

As proibições abrangentes em alguns dos países nórdicos tornaram-se mais parciais à medida que entraram em acordos comerciais com a União Europeia e à medida que o marketing digital se expandiu sem quaisquer restrições. Na Noruega, contudo, uma proibição abrangente permanece em vigor e se aplica também ao marketing digital. Uma avaliação de série temporal interrompida da introdução da proibição em 1975, portanto, fornece uma importante contribuição para esta literatura. Ela mostrou uma redução de 3% na prevalência de consumo de álcool entre os 15 a 16 anos e uma diminuição de 3% nas vendas de álcool. Quando o preço e a renda foram levados em consideração em uma análise do período entre 1965 e 2002, parece ter havido uma redução de 7% nas vendas de álcool após a proibição (Rossow 2021a, b).

9.4.4 Efeitos estimados de proibições de marketing do álcool a partir de estudos de exposição

As estimativas dos tamanhos de efeito das restrições foram derivadas de estudos observacionais de diferentes níveis de exposição ao marketing do álcool nos Estados Unidos, controlando possíveis fatores de confusão entre adultos e mais jovens que bebem, usando diferentes

medidas de resultado. Um estudo de adultos usando bancos de dados de exposição na TV a anúncios de álcool sugeriu que cada aumento de 1% na exposição nos últimos 12 meses estava associado a uma probabilidade 11% maior de beber no mês anterior e a um aumento de 5% no número de bebidas consumidas. (Niederdeppe *et al.* 2021). Entre as pessoas mais jovens que bebem, um estudo comparando 24 diferentes mercados de mídia de 1999 a 2001 mostrou um aumento de 1% nas bebidas consumidas para cada anúncio adicional e que o consumo de álcool aumentou mais acentuadamente ao longo do tempo em mercados com mais anúncios de álcool (Snyder *et al.* 2006). A exposição à publicidade do álcool na TV também pode ter efeitos maiores em níveis mais altos de exposição, de modo que há outro estudo de pessoas mais jovens que bebem sugerindo que um aumento de um desvio padrão de exposição no nível mais alto foi associado a um aumento de 56 bebidas no mês passado (Naimi e outros 2016). Os resultados de uma análise do uso de revistas e televisão sugeriram que uma redução de 50% na exposição média a revistas e televisão resultaria em uma redução de 3,3% na prevalência de consumo de álcool entre os jovens (Molloy 2016). Saffer e Dave (2006) compararam regiões com diferentes níveis de exposição e estimaram que uma redução de 28% no total de publicidade reduziria o predomínio mensal de consumo excessivo de álcool por menores de 1% a 4%.

Os dados de um estudo de 15 PBMRs (Cook *et al.* 2014) foram usados para estimar o custo-benefício das restrições de publicidade. Com base no tamanho do efeito de uma redução de 7% no consumo de álcool resultante do aumento das restrições, concluiu-se que as restrições eram uma política altamente econômica (Chisolm *et al.* 2018). Da mesma forma, estimativas da relação custo-benefício da proibição de publicidade em um PAR, com base em uma redução estimada de 4% no consumo, descobriram que a redução nos anos de vida perdidos por invalidez seria maior do que um aumento de 30% na tributação (Holm *et al.* 2014).

9.5 Lições tiradas das proibições de marketing de tabaco

A experiência da proibição da comercialização do tabaco é relevante para a consideração do provável impacto de uma proibição da comercialização do álcool. Antes da adoção da Convenção-Quadro da

Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco (CQCT), banimentos abrangentes, mas não parciais, reduziam o consumo de tabaco nos PARs e proibições abrangentes e parciais reduziam o consumo em PBMRs (Blecher 2008). No Brasil, o início da proibição da publicidade (bem como das advertências de saúde) foi acompanhado por uma queda no tabagismo entre os jovens (Galduroz *et al.* 2007). As regulamentações de marketing nos PARs foram associadas a reduções significativas na consciência relatada pelos fumantes de sinais pró-tabagismo que são conhecidos por promover o tabagismo (Kasza *et al.* 2011).

Após a adoção da CQCT, 22 países adotaram o mais alto nível de proibições de publicidade do tabaco em toda a publicidade direta e indireta. As proporções dos efeitos com base em análises da literatura e painéis de especialistas projetaram aproximadamente 3,7 milhões a menos de mortes atribuíveis ao tabagismo devido a essas medidas (Levy *et al.* 2018).

Comparações foram feitas entre a comercialização do álcool e do tabaco nas plataformas digitais, uma vez que a CQCT preconiza restrições generalizadas, embora não universais, à comercialização de tabaco. As comparações sugerem níveis mais baixos de tabaco do que o marketing do álcool. A exposição estimada, por exemplo, de adultos e adolescentes britânicos ao conteúdo de tabaco e álcool de vídeos musicais populares do YouTube foi cerca de cinco vezes maior para o álcool do que para o tabaco (Cranwell *et al.* 2016). Uma análise sistemática do marketing digital de produtos não saudáveis, descobriu que o marketing do álcool tinha os efeitos adversos mais consistentes, enquanto os efeitos do tabaco eram inconsistentes, talvez refletindo políticas de controle do tabaco mais fortes nos países pesquisados (Buchanan *et al.* 2018).

9.6 Conclusões e implicações políticas

O marketing do álcool mudou significativamente na última década. Campanhas de marketing integradas, incluindo as mídias digitais, tornaram-se um foco importante para a indústria do álcool. O uso expandido da mídia que cruza as fronteiras nacionais ocorre em um ambiente internacionalmente não regulamentado, no qual as cláusulas de comércio digital em acordos internacionais de comércio e investimento protegem a natureza opaca das mídias digitais (vide Capítulo 15). Cada

vez mais, o marketing digital não é apenas obscuro por causa do direcionamento empregado, mas também efêmero porque nenhum registro sobrevive em algumas plataformas. Isso, além do modelo de negócios baseado em dados que permite o direcionamento de pessoas que bebem maiores quantidades, torna improvável a regulamentação do marketing do álcool por meio das plataformas. Os códigos voluntários estabelecidos pelos grupos de interesse adquiridos não são eficazes para quebrar a cadeia de influência do marketing. Recursos consideráveis estão sendo empregados pelas CTNAs para manter os mercados em PARs e expandir os mercados em PBMRs.

Ao contrário do tabaco, não há acordo internacional para restringir o marketing do álcool, mas as evidências sugerem que essa abordagem reduziu a exposição ao marketing do tabaco. A proibição do marketing do tabaco pode interromper os caminhos que promovem o fumo e que foram efetivamente traduzidas para plataformas digitais. Tanto os anunciantes quanto as plataformas impedem efetivamente a circulação de publicidade por meio de canais digitais em países onde existem restrições legais, apoiadas pelo Artigo 13 da CQCT, que exige proibições abrangentes a nível nacional e sob o qual um protocolo para uma proibição abrangente de transações transfronteiriças publicidade, promoção e patrocínio estão em desenvolvimento (Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco em 2018). As comparações com o marketing do tabaco nas mídias digitais sugerem que o impacto do marketing é muito menor para o tabaco do que para o álcool, devido às restrições globais e nacionais ao marketing do tabaco.

A evidência mostra que o marketing do álcool acelera o início do consumo, aumenta a quantidade consumida por aqueles que já bebem e está associado ao consumo problemático de álcool. Foi medida uma relação dosagem-resposta e identificados mecanismos neurobiológicos e psicossociais plausíveis. Menos estudos de mídias digitais estão disponíveis, mas mostram os mesmos efeitos e sugerem que as mídias digitais podem ser mais poderosas. O marketing sem dúvida, contribui causalmente para o recrutamento contínuo de jovens para substituir pessoas que bebem, perdidos para a indústria por desgaste, para responder à estabilização do consumo em mercados maduros e para expandir a população que bebe em mercados emergentes. Também há evidências do impacto do marketing além dos jovens, incluindo aqueles com padrões de consumo já

problemáticos. A identificação das características do consumidor nas mídias digitais, como um histórico de consumo excessivo de álcool, permite atingir os consumidores em uma extensão muito maior do que era possível anteriormente.

É mais difícil isolar o efeito do marketing na normalização do consumo de álcool, mas o marketing sem dúvida tem uma influência cumulativa, conforme indicado pelos resultados de estudos longitudinais (Jernigan, *et al.* 2017). Os comentaristas sugeriram que esse pode ser um dos efeitos mais poderosos, o que pode explicar a firme oposição das CT-NAs a quaisquer restrições ao marketing (Sargent e Babor 2020).

Tabela 9.1 Classificações de consenso de intervenções destinadas a limitar ou proibir o marketing do álcool⁴


Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Proibição total da comercialização de bebidas alcoólicas	++ ^c	++	Poucos estudos examinaram o efeito direto de uma proibição total. Existem, porém, muitos dados que mostram o impacto do marketing do álcool sobre o consumo de álcool, particularmente a iniciação precoce e o consumo mais intenso entre os jovens, e evidências da eficácia da proibição do marketing do tabaco. Apesar da extensa evidência de impactos e mecanismos plausíveis, a falta de avaliação de proibições abrangentes limita a amplitude do apoio à pesquisa.
Proibições parciais da comercialização de bebidas alcoólicas	+	+	As proibições parciais variam nos tipos de marketing abordados e no alcance da proibição. Embora as proibições parciais tenham sido bem-sucedidas em limitar as exposições em determinadas mídias e durante determinados horários do dia, a capacidade de transferir recursos para o marketing digital irrestrito sugere eficácia mínima.


Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Códigos de correção e autorregulação voluntária	?	?	Não há nenhuma pesquisa sobre o impacto dos códigos voluntários relativos ao consumo de álcool e seus danos. Uma quantidade substancial de pesquisas demonstrou que as diretrizes de exposição voluntária e os códigos de conteúdo são ineficazes na prevenção da exposição e comunicação de mensagens persuasivas.

a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para fazer um julgamento.

b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem desenhados concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas nenhuma revisão integrativa disponível ou nenhuma que inclua PBMRs; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir análises integrativas da literatura ou metanálises, com alguns testes em PBMRs.

c Esta classificação ++ em eficácia reflete evidências indiretas dos efeitos da propaganda de álcool sobre o consumo e evidências dos efeitos da proibição da propaganda de tabaco sobre o consumo.

d Para mais informações, consulte o  Apêndice on-line 1.

A Tabela 9.1 fornece um resumo das classificações das intervenções consideradas neste capítulo. Conforme descrito no  apêndice on-line 1, elas foram avaliadas pelos autores em termos de evidência de eficácia e quantidade de apoio à pesquisa. No caso do marketing do álcool, a raridade de proibições abrangentes e a falta de avaliações significam que o julgamento da eficácia é limitado por sua confiança na evidência dos efeitos do marketing no consumo de álcool. A transferência de conhecimento dos estudos de proibições de marketing de tabaco, que mostraram que as proibições reduzem a exposição, também foi levada em consideração.

A extensão e a amplitude da pesquisa revisada são consideráveis. A análise utiliza uma série de metodologias, sendo consistente em mostrar

efeitos em estudos experimentais e observacionais. Dada a força das evidências que sustentam uma relação causal entre a exposição ao marketing do álcool e o consumo de álcool, estudos mostrando que as proibições de marketing reduzem a exposição em circunstâncias comparáveis e, os resultados da única avaliação disponível de uma proibição total de marketing, é razoável concluir que, uma política que previna a exposição ao marketing em nível populacional reduziria o consumo de álcool tanto a curto quanto a longo prazo. Com base nos tamanhos de efeito extraídos de estudos de diferentes níveis de exposição à publicidade e estudos de modelagem usando esses tamanhos de efeito, as proibições foram consideradas uma intervenção muito econômica. Portanto, uma proibição abrangente da comercialização do álcool é justificada como uma contribuição para a saúde da população. O domínio do mercado global pelas CTNAs sugere que apenas uma abordagem internacional coordenada conseguirá isso.

O caso de uma proibição total do marketing do álcool é ainda mais fortalecido pela falta de uma estratégia alternativa. A Tabela 9.1 mostra que, embora as proibições parciais possam limitar a exposição em determinadas mídias e durante determinados horários do dia, a capacidade do setor de transferir recursos para o marketing digital irrestrito sugere eficácia mínima. Da mesma forma, a autorregulamentação voluntária pela indústria, que muitas vezes é combinada com proibições parciais em uma estrutura de correção governamental da indústria, não foi avaliada em termos de seu impacto no consumo e danos ao álcool; no entanto, tem havido pesquisas consideráveis demonstrando sua invalidez de restringir a exposição dos jovens e impedir o uso de conteúdo censurável. Isso sugere que a autorregulação voluntária não é uma alternativa viável à proibição total da comercialização de bebidas alcoólicas.

Referências

Ackoff R and Emshoff J (1975a) Advertising research at Anheuser-Busch, Inc. (1963–68). *Sloan Management Review*, 16, 1–15.

Ackoff R and Emshoff J (1975b) Advertising research at Anheuser-Busch, Inc. (1968–74). *Sloan Management Review*, 16, 1–14.

Alhabash S, McAlister A, Quilliam E, *et al.* (2015) Alcohol's getting a bit more social: when alcohol marketing messages on Facebook increase young adults' intentions to imbibe. *Mass Communication and Society*, 18, 350–75.

Alhabash S, McAlister A, Wonkyung K, *et al.* (2016) Saw it in Facebook, drank it at the bar: effects of exposure to Facebook alcohol ads on alcohol-related behaviors. *Journal of Interactive Advertising*, 16, 44–58.

Allen L, Nicholson B, Yeung B, *et al.* (2020) Implementation of non-communicable disease policies: a geopolitical analysis of 151 countries. *Lancet Glob Health*, 8, e50–8.

Amanuel H, Morojele N, and London L (2018) The health and social impacts of easy access to alcohol and exposure to alcohol advertisements among women of childbearing age in urban and rural South Africa. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 302–8.

Anderson P, de Bruijn A, Angus K, *et al.* (2009) Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*, 44, 229–43.

Atkinson A, Ross-Houle K, Begley E, *et al.* (2017) An exploration of alcohol advertising on social networking sites: an analysis of content, interactions and young people's perspectives. *Addiction Research and Theory*, 25, 91–102.

Barry A, Johnson E, Rabre A, *et al.* (2015) Underage access to online alcohol marketing content: a YouTube case study. *Alcohol Alcohol*, 50, 89–94.

Barry AE, Valdez D, Padon AA, *et al.* (2018) Alcohol advertising on Twitter—a topic model. *Am J Health Educ*, 49, 256–63.

Benegal V (2005) India: alcohol and public health. *Addiction*, 100, 1051–6.

Beverage Industry (2019) Miller64 launches Dryish January campaign. <https://www.bevindustry.com/articles/92678-miller64-launches-dry-ish-january-campaign>

Bevnet (2014) Diageo adds Facebook executive to its Board of Directors. <https://www.bevnet.com/spirits/2014/diageo-adds-facebook-executive-to-its-board-of-directors>

Blecher E (2008) The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ*, 27, 930–42.

Bosque-Prous M, Espelt A, Guitart A, *et al.* (2014) Association between stricter alcohol advertising regulations and lower hazardous drinking across European countries. *Addiction*, 109, 1634–43.

Brown K (2016) Association between alcohol sports sponsorship and consumption: a systematic review. *Alcohol Alcohol*, 51, 747–55.

Buchanan L, Kelly B, Yeatman H, *et al.* (2018) The effects of digital marketing of unhealthy commodities on young people: a systematic review. *Nutrients*, 10, 148.

Carah N (2017) Alcohol corporations and marketing in social media. In: Lyons A, McCreanor T, Goodwin I, and Moewaka Barnes H (eds.) *Youth Drinking Cultures in a Digital World: Alcohol, Social Media and Cultures of Intoxication*. London: Routledge, pp. 115–131.

Carah N and Brodmerkel S (2021) Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drug*, 82, 18–27.

Carrotte E, Dietze P, Wright C, *et al.* (2016) Who ‘likes’ alcohol? Young Australians’ engagement with alcohol marketing via social media and related alcohol consumption patterns. *Aust N Z J Public Health*, 40, 474–9.

Casswell S (1997) Public discourse on alcohol. *Health Promotion International*, 12, 251–7.

Casswell S (2012) Current status of alcohol marketing policy—an urgent challenge for global governance. *Addiction*, 107, 478–85.

Casswell S, Huckle T, Parker K, *et al.* (2022, in press) Benchmarking alcohol policy based on stringency and impact: The International Alcohol Control (IAC) Policy Index. *PLOS Glob Public Health*. doi: 10.1371/journal.pgph.0000109

Casswell S and Zhang J (1998) Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study. *Addiction*, 93, 1209–17.

Chisholm D, Moro D, Bertram M, *et al.* (2018) Are the “Best Buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost-effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 514–22.

Colbert S, Thornton L, and Richmond R (2020) Content analysis of websites selling alcohol online in Australia. *Drug Alcohol Rev*, 39, 162–9.

Cook WK, Bond J, and Greenfield TK (2014) Are alcohol policies associated with alcohol consumption in low-and middle-income countries? *Addiction*, 109, 1081–90.

Cooper B (2020) Why no-and low-alcohol is a good news story but not free from controversy— sustainability spotlight. https://www.just-drinks.com/analysis/why-no--and-low-alcohol-is-a-good-news-story-but-not-free-from-controversy--sustainability-spotlight_id131645.aspx?utm_source=daily-htmlandutm_medium=emailandutm_campaign=28-08-2020andutm_term=141591andutm_content=624285

Courtney AL, Casey BJ, and Rapuano KM (2020) A neurobiological model of alcohol marketing effects on underage drinking. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 19 (Suppl 19), 68–80. Cranwell J, Britton J, and Bains M (2017) ‘F*uck it! Let’s get to drinking—poison our livers!’: a the-matic analysis of alcohol content in contemporary YouTube music videos. *Int J Behav Med*, 24, 66–76.

Cranwell J, Opazo-Breton M, and Britton J (2016) Adult and adolescent exposure to tobacco and alcohol in You Tube music videos in Great Britain: a population estimate. *J Epidemiol Community Health*, 70, 488–92.

Critchlow N, MacKintosh AM, Hooper L, *et al.* (2019) Participation with alcohol marketing and user-created promotion on social media, and the association with higher-risk alcohol consumption and brand identification among adolescents in the UK. *Addict Res Theory*, 27, 515–26.

Critchlow N, Moodie C, Bauld L, *et al.* (2016) Awareness of, and participation with, digital alcohol marketing, and the association with frequency of high episodic drinking among young adults. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 23, 328–36.

Curtis BL, Lookatch SJ, Ramo DE, *et al.* (2018) Meta-analysis of the association of alcohol-related Social media use with alcohol consumption and alcohol-related problems in adolescents and young adults. *Alcohol Clin Exp Res*, 42, 978–86.

de Gregorio F and Sung Y (2010) Understanding attitudes toward and behaviors in response to product placement. *Journal of Advertising*, 39, 83–96.

Diageo (2018) Smirnoff and Spotify team up to promote equality for women musicians around the world. <https://www.diageo.com/en/news-and-media/features/>

smirnoff-and-spotify-team-up-to-promote-equality-for-women-musicians-around-the-world/

Dumbili EW and Williams C (2017) Awareness of alcohol advertisements and perceived influence on alcohol consumption: a qualitative study of Nigerian university students. *Addict Res Theory*, 25, 74–82.

Eagle L and Dahl S (2018) Product placement in old and new media: examining the evidence for concern. *Journal of Business Ethics*, 147, 605–18.

Emslie C (2019) How alcohol companies are using International Women's Day to sell more drinks to women [Online]. *The Conversation*. <https://theconversation.com/how-alcohol-companies-are-using-international-womens-day-to-sell-more-drinks-to-women-113081>

Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, *et al.* (2020) Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: a systematic review of cross-sectional studies. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 19 (Suppl 19), 42–56.

Galduróz JC, Fonseca AM, Noto R, *et al.* (2007) Decrease in tobacco use among Brazilian students: a possible consequence of the ban on cigarette advertising? *Addict Behav*, 32, 1309–13. Gallet CA (2007) The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51, 121–35.

Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, *et al.* (2017) France's Evin Law on the control of alcohol advertising: content, effectiveness and limitations. *Addiction*, 112, 86–93.

Gerbner G (1995) Alcohol in American culture. In: Martin S (ed.) *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda, MD: NIAAA, US Department of Health and Human Services, pp. 3–29.

Global Advertising Lawyers Alliance (2015) *Alcohol Advertising: A Global Legal Perspective*. New York, NY: Global Advertising Lawyers Alliance.

Global Marketing Professor (2019) The rise of Formula 1 through global social media marketing. <https://globalmarketingprofessor.com/the-rise-of-formula-1-through-global-social-media-marketing/>

Gordon R, Mackintosh A, and Moodie C (2010) The impact of alcohol marketing on youth drinking behaviour: a two-stage cohort study. *Alcohol Alcohol*, 45, 470–80.

Grimes A (2008) Towards an integrated model of low attention advertising effects: a perceptual - conceptual framework. *European Journal of Marketing*, 42, 69–86.

Gupta H, Pettigrew S, Lam T, *et al.* (2016) A systematic review of the impact of exposure to Internet-based alcohol-related content on young people's alcohol use behaviours. *Alcohol Alcohol*, 51, 763–71.

Hastings G, Anderson S, Cooke E, *et al.* (2005) Alcohol marketing and young people's drinking: a review of the research. *J Public Health Policy*, 26, 296–311.

Heath R (2001) Low involvement processing – a new model of brand communication. *Journal of Marketing Communications*, 7, 27–33.

Hendriks H, Wilmsen D, van Dalen W, *et al.* (2020) Picture me drinking: alcohol-related posts by Instagram influencers popular among adolescents and young adults. *Front Psychol*, 10, 2991.

Hessari NM, Bertscher A, Critchlow N, *et al.* (2019) Recruiting the 'heavy-using loyalists of tomorrow': an analysis of the aims, effects and mechanisms of alcohol advertising, based on advertising industry evaluations. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 4092.

Hessari NM and Petticrew M (2017) What does the alcohol industry mean by 'responsible drinking'? A comparative analysis. *J Public Health*, 40, 90–7.

Hill L and Casswell S (2004) Alcohol advertising and sponsorship: commercial freedom or control in the public interest? In: Heather N and Stockwell T (eds.) *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Chichester: John Wiley and Sons, pp. 339–359.

Holm AL, Veerman L, Cobiac L, *et al.* (2014) Cost-effectiveness of preventive interventions to reduce alcohol consumption in Denmark. *PLoS One*, 9, e88041.

Hootsuite (2020) Digital 2020 global digital overview: essential insights into how people around the world use the Internet, mobile devices, social media and Ecommerce. <https://wearesocial-net.s3-eu-west-1.amazonaws.com/wp-content/uploads/common/reports/digital-2020/digital-2020-global.pdf>

International Alliance for Responsible Drinking (2018) Policy review in brief: marketing of alcoholic beverages. <https://www.iard.org/getattachment/9e1ca-412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>

International Alliance for Responsible Drinking (2019) Leading beer, wine, and spirits producers and world's prominent digital platforms put in place further safeguards to prevent minors seeing alcohol marketing online. <http://iardwebprod.azurewebsites.net/getattachment/7f6a8a2a-7351-4501-84ce-c7ef95559f84/communique-between-iard-and-digital-platforms-2019.pdf>

Jauchuen N, Naseub S, Chaiyasong S, *et al.* (2015) Alcohol-branded merchandise and alcohol consumption in Thai youth: a loophole for brand advertising and legislation's crisis in Thailand. *Journal of Communication Arts*, 33, 81–94.

Jernigan D (1999) Country profile on alcohol in Zimbabwe. In: Riley L and Marshall M (eds.) *Alcohol and Public Health in 8 Developing Countries*. Publication WHO/HSC/SAB/99.9. Geneva: World Health Organization Substance Abuse Department, pp. 157–75.

Jernigan D, Noel J, Landon J, *et al.* (2017) Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*, 112, 7–20.

Jernigan D, Ostroff J, and Ross C (2005) Alcohol advertising and youth: a measured approach. *J Public Health Policy*, 26, 312–25.

Jones S, Andrews K, and Caputi P (2016) Alcohol-branded merchandise: association with Australian adolescents' drinking and parent attitudes. *Health Promot Int*, 31, 314–24.

Joseph S (2017) Heineken prioritizes mass reach over hypertargeting on Google and Facebook. www.digiday.com

Kasza KA, Hyland AJ, Brown A, *et al.* (2011) The effectiveness of tobacco marketing regulations on reducing smokers' exposure to advertising and promotion: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Int J Environ Res Public Health*, 8, 321–40.

Kauppara E, Lindeman M, Svensson J, *et al.* (2019) *Alcohol Marketing on Social Media Sites in Finland and Sweden: A Comparative Audit Study of Brands' Pre-*

sence and Content, and the Impact of a Legislative Change. Helsinki: University of Helsinki Centre for Research on Addiction, Control and Governance (CEACG). Publications of the Faculty of Social Sciences 113 (2019). https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/303690/Alcohol_marketing_on_social_media_sites_in_Finland_and_Sweden_2019.pdf?sequence=1

Keric D and Stafford J (2019) Proliferation of ‘healthy’ alcohol products in Australia: implications for policy. *Public Health Res Pract*, 29, e28231808.

Koordeman R, Anschutz D, and Engels R (2011) Exposure to alcohol commercials in movie theaters affects actual alcohol consumption in young adult high weekly drinkers: an experimental study. *Am J Addict*, 20, 285–91.

Kuiler A (2017) How Harbin Beer has won millennials in the Chinese beverage market. <https://www.linkedin.com/pulse/how-harbin-beer-has-won-millennials-chinese-beverage-market-kuiler>

Larm P, Raninen J, Aslund C, *et al.* (2019) The increased trend of non-drinking alcohol adolescents: what role do internet activities have? *Eur J Public Health*, 29, 27–32.

Levy DT, Yuan Z, Luo Y, *et al.* (2018) Seven years of progress in tobacco control: an evaluation of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014. *Tobacco Control*, 27, 50–7.

Lim S (2019) Heineken races to become official beer of the first Vietnam Grand Prix. <https://www.thedrum.com/news/2019/12/24/heineken-races-become-official-beer-the-first-vietnam-grand-prix>

Mart S and Giesbrecht N (2015) Red flags on pinkwashed drinks: contradictions and dangers in marketing alcohol to prevent cancer. *Addiction*, 110, 1541–8.

Martino S, Setodji C, Collins R, *et al.* (2018) Persistence of shifts in beliefs associated with exposure to alcohol advertising among adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 399–407.

Matyusova AI, Buzin VN, Salagay OO, *et al.* (2019) The impact of restrictions and prohibitions on advertising alcohol, beer and tobacco on the advertising market in the Russian Federation. *Profilakticheskaya Meditsina*, 22, 29–34.

McClure A, Stoolmiller M, Tanski S, *et al.* (2013) Alcohol marketing receptivity, marketing-specific cognitions, and underage binge drinking. *Alcohol Clin Exp Res*, 37, E404–13. McCreanor T, Moewaka Barnes H, Gregory A, *et al.* (2005) Consuming identities: alcohol marketing and the comodification of youth. *Addiction Research and Theory*, 13, 579–90.

McKee M (2014) Time to revisit product placement in films and on television to promote health damaging products. *BMJ*, 384, g324.

Meier P (2011) Alcohol marketing research: the need for a new agenda. *Addiction*, 106, 466–71.

Molloy E (2016) This ad is for you: targeting and the effect of alcohol advertising on youth drinking. *Health Econ*, 25, 148–64.

Montonen M and Tuominen I (2017) Restricting alcohol marketing on social media in Finland. In: Lyons A, McCreanor T, Goodwin I, and Moewaka Barnes M (eds.) *Youth Drinking Cultures in a Digital World: Alcohol, Social Media and Cultures of Intoxication*. London: Routledge, pp. 202–217.

Naimi T, Ross CS, Siegel MB, *et al.* (2016) Amount of televised alcohol advertising exposure and the quantity of alcohol consumed by youth. *J Stud Alcohol Drugs*, 77, 723–9.

Nelson J (2010) Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975–2000. *Applied Economics*, 42, 803–23.

Neo P (2019) Zero halal: Heineken clarifies its zero-alcohol beer is for non-Muslims only. <https://www.foodnavigator-asia.com/Article/2019/07/29/Zero-halal-Heineken-clarifies-its-zero-alcohol-beer-is-for-non-Muslims-only>

Niederdeppe J, Avery RJ, Tabor E, *et al.* (2021) Estimated televised alcohol advertising exposure in the past year and associations with past 30-day drinking behavior among American adults: results from a secondary analysis of large-scale advertising and survey data. *Addiction*, 116, 280–9.

Noel J (2019) Associations between alcohol policies and adolescent alcohol use: a pooled analysis of GSHS and ESPAD data. *Alcohol Alcohol*, 54, 639–46.

Noel J (2020) Alcohol marketing policy and advertising exposure in low and middle income Latin American countries. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27, 479–487. Available: 10.1080/09687637.2020.1733931

Noel J, Babor T, and Robaina K (2017a) Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction*, 112, 28–50.

Noel J, Babor T, Robaina K, *et al.* (2017b) Alcohol marketing in the Americas and Spain during the 2014 FIFA World Cup tournament. *Addiction*, 112, 64–73.

Noel J, Sammartino C, and Rosenthal S (2020) Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 19, 57–67.

Noel J, Xuan Z, and Babor T (2018) Perceptions of alcohol advertising among high risk drinkers. *Subst Use Misuse*, 53, 1403–10.

Petersen Williams P, Morojele N, Londani M, *et al.* (2019) Alcohol advertising, affordability and availability, and the effect on adult heavy drinking and symptoms of alcohol problems. *International Alcohol Control Study (South Africa)*. *Subst Use Misuse*, 54, 1751–62.

Pierce H, Stafford J, Pettigrew S, *et al.* (2019) Regulation of alcohol marketing in Australia: a critical review of the Alcohol Beverages Advertising Code Scheme's new Placement Rules. *Drug Alcohol Rev*, 38, 16–24.

Primack B, Nuzzo E, Rice K, *et al.* (2012) Alcohol brand appearances in US popular music. *Addiction*, 107, 557–66.

Purves RI, Stead M, and Eadie D (2018) 'I wouldn't be friends with someone if they were liking too much rubbish': a qualitative study of alcohol brands, youth identity and social media. *Int J Environ Res Public Health*, 15(2), 349. Available: 10.3390/ijerph15020349

Rencken D (2018) The rise of 'dark races': why alcohol sponsorship will go the way of tobacco. <https://www.racefans.net/2018/06/27/the-rise-of-dark-races-why-alcohol-sponsorship-will-go-the-way-of-tobacco/>

Ross C, de Bruijn A, and Jernigan D (2013) Do time restrictions on alcohol advertising reduce youth exposure? *J Public Affairs*, 13, 123–9.

Rossow I (2021a). The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug Alcohol Rev*, 40, 1392–1395, early view. DOI: 10.1111/dar.13289

Rossow I (2021b) The alcohol advertising ban in Norway: response to Nelson's comments. *Drug Alcohol Rev*, 40, 1399–1401, early view. DOI: 10.1111/dar.13349

Saffer H (1998) Economic issues in cigarette and alcohol advertising. *Journal of Drug Issues*, 28, 781–93.

Saffer H (2020) Evaluating econometric studies of alcohol advertising. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 19, 106–22.

Saffer H and Dave D (2002) Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Econ*, 34, 1325–34.

Saffer H and Dave D (2006) Alcohol advertising and alcohol consumption by adolescents. *Health Econ*, 15, 617–37.

Sargent JD and Babor TF (2020) The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 19, 113–24.

Savell E, Fooks G, and Gilmore A (2016) How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 11, 18–32.

Shearman S (2011) Diageo strikes multimillion-dollar ad deal with Facebook. https://www.campaignlive.co.uk/article/diageo-strikes-multimillion-dollar-ad-deal-facebook/1093267?src_site=marketingmagazine

Silver L (2019) Smartphone ownership is growing rapidly around the world, but not always equally. <https://www.pewresearch.org/global/2019/02/05/smartphone-ownership-is-growing-rapidly-around-the-world-but-not-always-equally/>

Smith S, Atkin C, and Roznowski J (2006) Are 'drink responsibly' alcohol campaigns strategically ambiguous? *Health Communication*, 20, 1–111.

Snyder L, Milici F, Slater M, *et al.* (2006) Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160, 18–24.

Social Bakers (2012) Automotive and alcohol brands TOP the engagement. <https://www.socialbakers.com/blog/527-finally-here-the-biggest-global-social-media-report-on-facebook-industries>

Sousa R (2020) Heineken hands Europa League sponsorship to Heineken 0.0. https://www.just-drinks.com/news/heineken-hands-europa-league-sponsorship-to-heineken-00_id131511.aspx

Statista (2020) Leading countries based on Facebook audience size as of October 2020. <https://www.statista.com/statistics/268136/top-15-countries-based-on-number-of-facebook-users/>

Stautz K, Brown KG, King SE, *et al.* (2016) Immediate effects of alcohol marketing communications and media portrayals on consumption and cognition: a systematic review and meta-analysis of experimental studies. *BMC Public Health*, 16, 465.

Stewart DW and Rice R (1995) Non-traditional media and promotions in the marketing of alcoholic beverages. In: Martin SE and Mail P (eds.) *The Effects of the Mass Media on the Use and Abuse of Alcohol*. Bethesda, MD: US Dept of Health and Human Services, pp. 209–238.

Swahn MH, Ali B, Palmier JB, *et al.* (2011) Alcohol marketing, drunkenness, and problem drinking among Zambian youth: findings from the 2004 Global School-Based Student Health Survey. *J Environ Public Health*, 2011, 497827.

Swahn MH, Palmier JB, Benegas-Segarra A, *et al.* (2013) Alcohol marketing and drunkenness among students in the Philippines: findings from the nationally representative Global School-Based Student Health Survey. *BMC Public Health*, 13, 1159. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1159>

Thomson A, Bradley E, Casswell S, *et al.* (1997) A qualitative investigation of the responses of in treatment and recovering heavy drinkers to alcohol advertising on New Zealand television. *Contemporary Drug Problems*, 24, 133–46.

Tunney C (2018) We're ignoring Canada's alcohol problem, chief public health officer warns. *CBS News*. <https://www.cbc.ca/news/politics/alcohol-drinking-women-1.4890268>

Wallack L (1983) Mass media campaigns in a hostile environment: advertising as anti-health education. *J Drug Addict*, 28, 51–63.

Walls H, Cooks S, Matzopoulos R, *et al.* (2020) Advancing alcohol research in low-income and middle-income countries: a global environment framework. *BMJ Glob Health*, 5, e001958.

WARC (2011) AB-Inbev adapts to digital. https://www.warc.com/newsandopinion/news/ab_inbev_adapts_to_digital/28412

White V, Faulkner A, Coomber K, *et al.* (2015) How has alcohol advertising in traditional and online media in Australia changed? Trends in advertising expenditure 1997–2011. *Drug Alcohol Rev*, 34, 521–30.

WHO Framework Convention on Tobacco Control (2018) Tobacco advertising, promotion and sponsorship: depiction of tobacco in entertainment media. Decision, 8th Session, 9th Plenary Meeting, 6 October. FCTC/COPS(17). Geneva: World Health Organization. [https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8\(17\).pdf](https://www.who.int/fctc/cop/sessions/cop8/FCTC_COP8(17).pdf)

Zerhouni O, Begue S, and O'Brien K (2019) How alcohol advertising and sponsorship works: effects through indirect measures. *Drug Alcohol Rev*, 38, 391–8.

Zhu DH, Wuhan P, and Chang YP (2015) Effects of interactions and product information on initial purchase intention in product placement in social games: the moderating effect of product familiarity. *Electronic Commerce Research*, 16, 22–33.

Zwarun L, Linz D, Metzger M, *et al.* (2006) Effects of showing risk in beer commercials to young drinkers. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 50, 52–77.

10

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO E PERSUASÃO

10.1 Introdução

As estratégias de educação e persuasão estão entre as abordagens mais populares para a prevenção de problemas relacionados ao álcool. Mesmo que o comportamento relativo à bebida seja definido normativamente como uma questão de escolha pessoal para adultos, normalmente será visto como algo legítimo para os interesses da saúde pública encorajar os adultos a evitar danos causados pelo consumo de álcool e persuadir as crianças a adiar o início do consumo de álcool. Tanto as campanhas publicitárias de interesse público quanto a educação escolar sobre o álcool são, portanto, comuns e amplamente aceitas, havendo literaturas bem desenvolvidas (embora de uma gama limitada de países) avaliando seus efeitos.

A educação e a persuasão no interesse público em relação ao álcool, no entanto, não costumam despontar sem oposição; em muitas sociedades modernas, o marketing comercial visando o aumento das vendas de álcool é uma forte força contrária a elas (vide o capítulo 9). Do ponto de vista comercial, a publicidade e outras promoções são um custo intrínseco ao fazer negócios, contabilizado na hora de definir o preço de venda do produto e, normalmente, apontado como dedutível da receita líquida no pagamento dos impostos corporativos. O resultado é que tanto o marketing social voltado para a saúde pública quanto os programas de educação sobre o álcool são, essencialmente, campanhas de **contrapublicidade**¹⁰, competindo por atenção com uma enxurrada de promoções voltadas ao álcool e com base em interesses comerciais. Ademais, muitas vezes os interesses comerciais passaram para a integrar o espaço do interesse público com programas de **responsabilidade social corporativa** (RSC) (Mialon e McCambridge 2018), que pode estar, essencialmente, atuando como um atrativo para ala-

10 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum encontram-se identificados no glossário ao final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

vancar mais vendas do produto por meio de uma aparência de interesse público (de Bruijn 2008) ou tendo como objetivo persuadir o público a tirar o foco do produto a fim de não enxergar os problemas associados – como com o slogan “beba com responsabilidade”, amplamente utilizado por empresas transnacionais de bebidas alcoólicas (Barry e Goodson 2010; Pantani *et al.* 2012; Jones *et al.* 2017) para apontar o consumidor de álcool como a fonte de quaisquer problemas.

Neste capítulo, estratégias de educação e persuasão voltadas para a saúde pública são examinadas em vários contextos e ambientes, incluindo escolas, faculdades, comunidades e a população em geral. Embora em alguns programas escolares o foco tenha sido o álcool, as drogas ilícitas e o tabaco como sendo um pacote, nós nos centramos aqui nos resultados relacionados ao álcool. O capítulo está organizado em quatro seções principais: iniciativas voltadas para os consumidores envolvendo a mídia, programas escolares, programas baseados no ensino superior e iniciativas destinadas a influenciar escolhas políticas sobre o controle de disponibilidade e a promoção.

As estratégias voltadas para o consumidor normalmente envolvem um ou mais dos seguintes objetivos: (1) mudar o conhecimento sobre o álcool e os riscos relacionados ao consumo; (2) mudar as intenções de beber com vistas a diminuir os riscos; (3) mudar o próprio comportamento de consumo de álcool (por exemplo, retardando o início do hábito de beber entre os jovens); e (4) diminuir a frequência ou a gravidade dos problemas relacionados à bebida. Na análise a seguir, uma intervenção específica foi considerada como tendo um impacto positivo caso as evidências demonstrem que ela poderia exercer algum efeito na prevenção do consumo de álcool por menores, retardando o início do consumo ou reduzindo a prevalência de consumo de bebidas de alto risco e danos relacionados ao álcool. As estratégias voltadas para escolhas políticas têm como objetivo principal mudar as atitudes públicas a fim de aumentar o apoio às políticas contrárias ao álcool (vide Midford e Shakeshaft 2017; Reynolds *et al.* 2020).

10.2 Iniciativas envolvendo a mídia

10.2.1 Campanhas de informações sobre a saúde na mídia

Em resposta à ampla promoção de bebidas alcoólicas em muitos países, governos e organizações privadas patrocinaram campanhas de informação. Elas assumiram várias formas, incluindo a do **marketing social**, também denominadas **anúncios de utilidade pública** (AUPs), e a de divulgação de mensagens de alerta em anúncios não virtuais. Essas mensagens de marketing social são preparadas por governos, organizações não governamentais, agências de saúde e organizações da mídia com o objetivo de disponibilizar informações importantes para o benefício de um público específico. Em alguns casos, os AUPs dependem do tempo ou espaço doados para serem distribuídos ao público. As mensagens dos AUPs veiculadas por meio de agências oficiais são, muitas vezes, limitadas por pressões daqueles com interesse econômico na venda de álcool. Empresas da indústria do álcool – e organizações sociais financiadas por elas – também produzem ativamente campanhas de marketing social, com mensagens que frequentemente defendem o ato de **beber com responsabilidade**.

A contrapublicidade envolve a divulgação de informações sobre um produto, seus efeitos e a indústria que o promove, a fim de diminuir sua atratividade e consumo. É diferente de outros tipos de campanhas informativas, visto que aborda diretamente o fato de que a mercadoria específica é promovida por meio de publicidade (Agostinelli e Grube 2002).

O marketing social ou os AUPs fazem uso de vários veículos da mídia – televisão ou rádio, contra-anúncios pagos ou obrigatórios, outdoors, revistas e jornais e notícias ou reportagens na televisão e no rádio – a fim de oferecer informações sobre os riscos e complicações associados com a bebida. Com o advento da mídia digital e social, o conceito foi expandido para o “contramarketing social” (Bellew *et al.* 2017). Embora o objetivo seja que essas mensagens tenham um efeito direto no comportamento do público-alvo, ele raramente se materializa em resultados concretos. As táticas vão dos **rótulos de alerta** nas embalagens dos produtos aos esforços **empreendidos por meio dos veículos de comunicação** para aumentar a conscientização pública acerca das táticas de publicidade de um setor, bem como mensagens de prevenção em vários canais midiáti-

cos. Young e seus colegas (2018) avaliaram a eficácia das mensagens dos veículos de comunicação de massa para reduzir o consumo do álcool e os danos relacionados. Eles analisaram 24 estudos de campanhas realizadas, principalmente, em **países de alta renda** (PARs). Embora as campanhas de conscientização sobre o álcool, realizadas pelos meios de comunicação de massa, fossem, muitas vezes lembradas pelas pessoas de modo que a exposição a campanhas tenha sido associada a um maior conhecimento sobre o álcool, houve pouca evidência de reduções em seu consumo. Em outra análise sistemática de campanhas empreendidas por meios de comunicação em massa sobre o álcool, Stead *et al.* (2019) encontraram evidências de que o conhecimento relacionado ao álcool aumentou, incluindo a conscientização acerca do risco de câncer e do consumo do álcool durante a gravidez; no entanto, as evidências do impacto sobre o consumo do álcool foram limitadas. Eles também avaliaram as evidências em outras áreas da saúde e encontraram um impacto misto no uso do tabaco e na prática de atividades física, porém nenhum impacto no uso de drogas ilícitas.

Anteriormente, o número dos AUPs e contrapublicidade de bebidas alcoólicas era, na melhor das hipóteses, uma pequena fração do volume total de propagandas de bebidas alcoólicas (ver Wyllie *et al.* 1996).

Além disso, o conteúdo das campanhas informativas não pode desafiar facilmente as outras influências persuasivas e, muitas vezes, sutis que apoiam o consumo do álcool, por exemplo, nas redes sociais. Uma solução para o desequilíbrio com o número de propagandas pró-álcool tem sido exigir que os anúncios pró-álcool sejam acompanhados por uma contra mensagem de alerta. Embora as iniciativas legislativas de colocar alertas diretamente nas propagandas de bebidas alcoólicas nunca tenham sido bem sucedidas nos Estados Unidos (Giesbrecht 2000), em 2016, cerca de um terço (56) dos 164 países que responderam a um questionário da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre políticas de conscientização a respeito do álcool informaram que exigiam mensagens de alerta nas propagandas de bebidas alcoólicas (Organização Mundial da Saúde 2018, pág. 112). Anúncios de bebidas alcoólicas na França são obrigados, desde 1991, a transmitir a mensagem “o consumo excessivo de álcool faz mal à saúde”; os anunciantes de bebidas alcoólicas costumam acrescentar a isso sua própria mensagem: “consuma com moderação” (Dossou *et al.* 2017). Anúncios em outdoors no México são acompanhados de alertas

gerais direcionados ao consumo moderado do álcool. Os anúncios de jornais na Suécia devem, obrigatoriamente, ser acompanhados de uma das 11 alertas suficientemente grandes a ponto de ocupar um oitavo do anúncio (Wilkinson e Room 2009). Tem havido pouco estudo sobre os efeitos de tais requisitos. Um estudo qualitativo da mensagem de alerta francesa teve poucos resultados, possivelmente por causa de seu pequeno tamanho e falta de visibilidade (Dossou *et al.* 2017).

A contrapublicidade tem um apelo intuitivo e pode ser uma opção política mais realista do que a de buscar a proibição da propaganda das bebidas alcoólicas (Saffer 2002). A experiência do tabaco nos Estados Unidos incluiu programas de contrapublicidade contundentes, com mensagens do tipo “as empresas de cigarros estão matando você”. Esses programas podem ser eficazes como parte de uma estratégia de prevenção abrangente (Rohrbach *et al.* 2002).

Existem, porém, limitações quanto à extensão em que a postura de confronto na experiência de controle do tabaco pode ser transferida para o contexto do álcool. A contrapublicidade do álcool normalmente não oferece resultados plausíveis dentro dos orçamentos realisticamente disponíveis.

Beber em situações de alto risco, como na gravidez ou ao volante, tem sido comumente o foco de campanhas de meios de comunicação de massa. Uma análise sistemática de 19 estudos de campanhas para combater a prática de consumo de álcool ao volante em cinco países (13 dos Estados Unidos) constatou uma redução de 8% no número final ao ser implementada uma fiscalização concomitante, embora, de forma intrigante, tenha havido uma redução de 15% sem a aplicação de tal fiscalização (Yadav e Kobayashi 2015). Nenhum dos estudos, contudo, foi classificado como sendo de “boa” qualidade, de modo que os efeitos resumidos, calculados com base em sete estudos, não mostraram evidências de que as campanhas realizadas por veículos de comunicação em massa tenham reduzido o risco de lesões ou mortes relacionadas ao álcool. Por outro lado, um estudo da Etiópia constatou efeitos positivos e significativos no conhecimento, atitudes e comportamentos relativos ao consumo de bebidas alcoólicas ao volante (Negi *et al.* 2020). Os efeitos das campanhas das mídias de massa para reduzir o consumo de álcool durante a gravidez constataram, sobretudo, melhorias na conscientização, sem que elas tivessem resultado, porém, em um impacto significativo no consumo de álcool (Crawford-Williams *et al.* 2015).

10.2.2 Rótulos de alerta

Em 2016, 47 países responderam a um questionário da OMS que exigia rótulos de alerta de saúde em garrafas ou recipientes de bebidas alcoólicas (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 112). Em mais alguns países (por exemplo, China e Japão), essas alertas de saúde são opcionais (Wilkinson e Room 2009; Martin-Moreno *et al.* 2013). O conteúdo dos rótulos de alerta varia entre os países. Na França e na Austrália, a ênfase é dada apenas aos riscos relativos ao consumo de álcool durante a gravidez, enquanto que na África do Sul, os rótulos de alerta devem conter, pelo menos, uma das sete mensagens de saúde (incluindo riscos de lesões corporais e dependência) (Wilkinson e Room 2009; Martin-Moreno *et al.* 2013). As **corporações transnacionais do álcool** passaram a incluir nos acordos comerciais internacionais restrições aos requisitos nacionais para rótulos de alerta nos recipientes, vendo tais requisitos como uma restrição ao uso do valioso “espaço” no rótulo para seu material promocional. (O’Brien *et al.* 2018; vide o Capítulo 15).

Há evidências de que os rótulos de alerta impactam o conhecimento, a conscientização, as intenções e as percepções (Wilkinson e Room 2009; Scholes-Balog *et al.* 2012; Thomas *et al.* 2014; Schoueri-Mychasiw *et al.* 2021), porém as evidências acerca dos efeitos do comportamento gerado pelo álcool têm sido, muitas vezes, ambíguas. Análises recentes (Wilkinson e Room 2009; Knai *et al.* 2015) concluem que os rótulos de alerta costumam exercer um impacto imediato e limitado no tocante ao consumo de álcool e aos comportamentos de risco. Ao analisar os estudos sobre rótulos ligados ao álcool e à gravidez, Thomas *et al.* (2014) constataram um efeito limitado sobre o consumo de álcool entre mulheres grávidas. Correspondentemente, Scholes-Balog *et al.* (2012) concluíram que, entre os adolescentes, é improvável que a exposição a rótulos de alerta mude os comportamentos de consumo ou as crenças relativas aos riscos envolvendo o álcool. Um estudo posterior (Zhao *et al.* 2020), não obstante, constatou que os rótulos de alerta rotativos adotados por um tempo no território de Yukon, Canadá, exerceram um efeito na redução das vendas de álcool (vide o Quadro 10.1). E constatou-se que os rótulos de alerta nos produtos de tabaco promovem a cessação do tabagismo e evitam sua iniciação (vide Wilkinson e Room 2009; Scholes-Balog *et al.* 2012 para acessar análises).

Os estudos que citamos sobre os efeitos dos rótulos de alerta foram centrados em seu efeito mais ou menos imediato na mudança do

comportamento do consumo de álcool. A imagem implícita do efeito é a de um potencial comprador pegando uma garrafa em uma loja de bebidas ou levantando-a para encher seu copo, o qual após ver a alerta no rótulo, para e pensa, terminando por colocá-la de volta na mesa. Ou talvez, em um período de tempo um pouco mais longo, conversando sobre o consumo de bebidas alcoólicas com uma criança que leu o rótulo de uma garrafa na geladeira da família. Tal modelo de efeito é adequadamente testado no período de tempo relativamente curto do antes e depois dos estudos convencionais. Há, no entanto, outra função potencial de um rótulo de alerta exigido pelo governo – ele diferencia a bebida alcoólica de outras mercadorias, declarando-a um produto perigoso ou problemático. Isso muda a posição cultural da mercadoria (Room e Mäkelä 2000) – uma mudança da aceitação impensada no cotidiano para uma consideração mais distante e equilibrada, análoga à mudança do tabaco, no que tange seu antigo posicionamento como um produto seguro. Essa dimensão do posicionamento cultural do álcool, que possivelmente só ocorrerá durante um período de tempo considerável, não pode ser medida no prazo de estudos de avaliação convencionais, de modo que faltam, portanto, evidências sobre a extensão da existência de tal efeito.

Quadro 10.1 Atenção: a indústria do álcool pode ser prejudicial à pesquisa de alertas à saúde

Cientistas da saúde pública do Instituto Canadense para a Pesquisa do Uso de Substâncias e da Saúde Pública de Ontário conduziram uma série de estudos altamente relevantes para a política de rotulagem do álcool, à pesquisa de rótulos e para a teoria preventiva. Os pesquisadores elaboraram um conjunto de mensagens que incluíam: (1) uma alerta ao risco de câncer (vide a Figura 10.1); (2) diretrizes de consumo de baixo risco; e (3) mensagens padrão referentes às bebidas. Eles, então, testaram seus efeitos em várias comunidades no norte do Canadá. O estabelecimento onde houve intervenção aplicou rótulos com as mensagens em receptáculos de álcool em sua loja de bebidas governamental, enquanto que os estabelecimentos escolhidos para fins de comparação não o fizeram. Em comparação com os estabelecimentos de controle, as vendas per capita de produtos rotulados diminuíram 6,6% na comunidade onde houve a intervenção (Zhao *et al.* 2020). A lembrança de todas as três mensagens por parte dos clientes da loja de bebidas aumentou em maior medida nos estabelecimentos onde houve intervenção, em relação aos estabelecimentos onde não houve a intervenção (Hobin *et al.* 2020). A conscientização, por exemplo, sobre as diretrizes de consumo aumentou de 30,7% antes para 67,0% após a intervenção (Schoueri-Mychasiw *et al.* 2020).

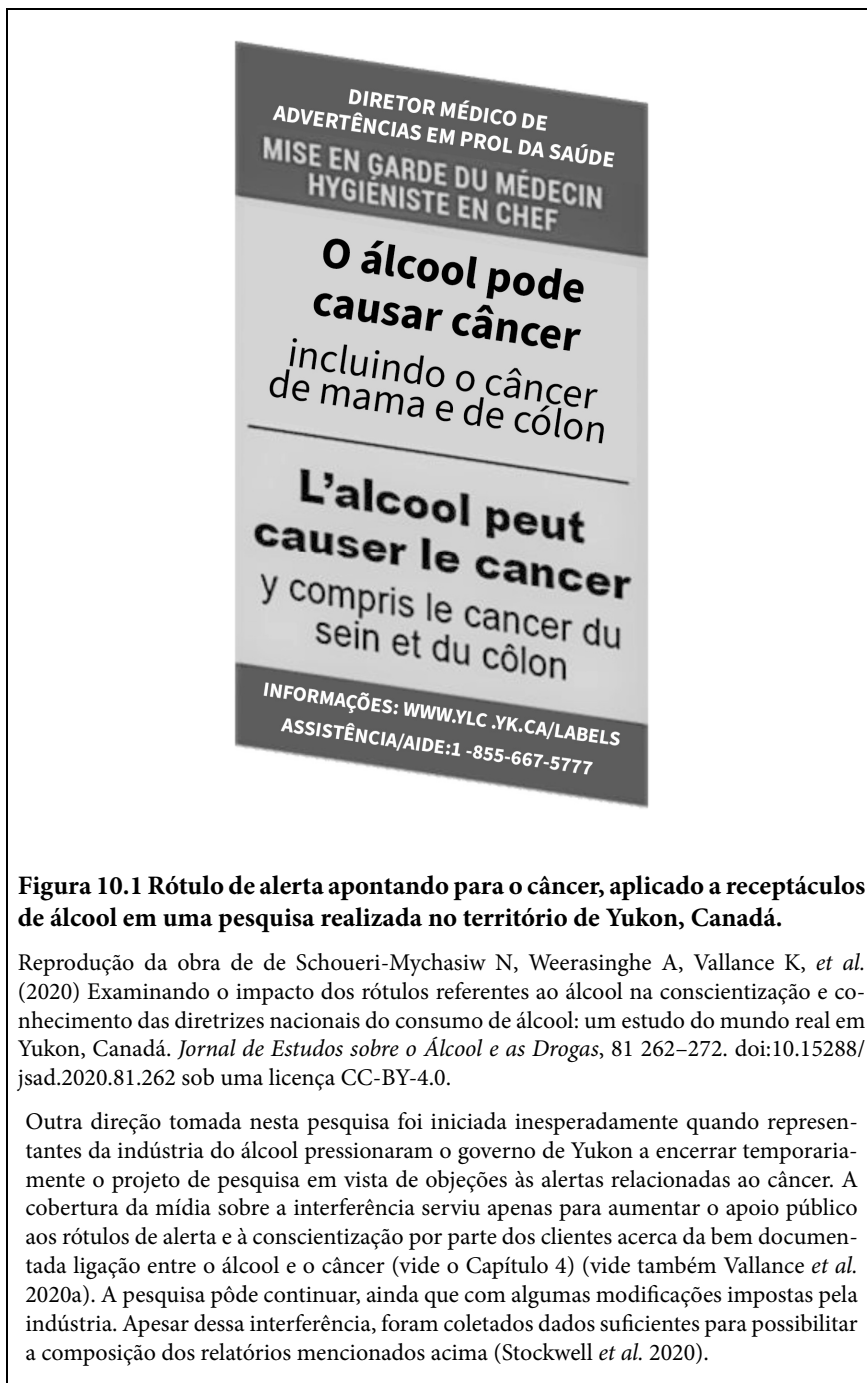


Figura 10.1 Rótulo de alerta apontando para o câncer, aplicado a receptáculos de álcool em uma pesquisa realizada no território de Yukon, Canadá.

Reprodução da obra de de Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, *et al.* (2020) Examinando o impacto dos rótulos referentes ao álcool na conscientização e conhecimento das diretrizes nacionais do consumo de álcool: um estudo do mundo real em Yukon, Canadá. *Jornal de Estudos sobre o Álcool e as Drogas*, 81 262–272. doi:10.15288/jsad.2020.81.262 sob uma licença CC-BY-4.0.

Outra direção tomada nesta pesquisa foi iniciada inesperadamente quando representantes da indústria do álcool pressionaram o governo de Yukon a encerrar temporariamente o projeto de pesquisa em vista de objeções às alertas relacionadas ao câncer. A cobertura da mídia sobre a interferência serviu apenas para aumentar o apoio público aos rótulos de alerta e à conscientização por parte dos clientes acerca da bem documentada ligação entre o álcool e o câncer (vide o Capítulo 4) (vide também Vallance *et al.* 2020a). A pesquisa pôde continuar, ainda que com algumas modificações impostas pela indústria. Apesar dessa interferência, foram coletados dados suficientes para possibilitar a composição dos relatórios mencionados acima (Stockwell *et al.* 2020).

De maneira semelhante, as reclamações da indústria na Coreia do Sul ajudaram a enfraquecer a implementação de alertas relativos ao câncer no país e, na Irlanda, as alertas referentes ao câncer enfrentaram contínua oposição jurídica e expressa da parte de órgãos regionais e mundiais (Vallance *et al.* 2020b).

Este conjunto de estudos inter-relacionados mostra que rótulos altamente visíveis com mensagens impactantes podem ser uma estratégia populacional eficaz para aumentar o conhecimento das diretrizes nacionais acerca do consumo de álcool, promover a conscientização sobre os riscos de câncer e diminuir as compras de bebidas alcoólicas. A pesquisa também mostra que a pesquisa científica sobre rótulos de alerta pode ser uma questão controversa quando envolve “o direito do consumidor de saber, a responsabilidade do governo de informar e o poder da indústria de impedir” (Stockwell *et al.* 2020).

10.2.3 Diretrizes do consumo de álcool que oferece baixo risco

Várias jurisdições em países de alta renda (PARs) divulgaram diretrizes de consumo de baixo risco. Dadas as considerações complexas subjacentes a tais diretrizes, não surpreende o fato de que inicialmente as diretrizes variassem consideravelmente de um país para outro (Kalinowski e Humphreys 2016), embora haja sinais de convergência para limites relativamente baixos (por exemplo, o Conselho Nacional de Saúde e de Pesquisas Médicas 2020). Há pouca pesquisa realizada sobre o impacto dessas mensagens (Knai *et al.* 2015). Quando, porém, as diretrizes australianas de 2009 reduziram pela metade a orientação referente à quantidade máxima por ocasião para os homens, elevando-a para o mesmo nível que para as mulheres, houve uma queda maior para os homens do que para as mulheres, com relação a quanto os entrevistados em pesquisas nacionais achavam que alguém do seu gênero poderia beber sem colocar sua saúde em risco (Livingston 2012). Seja por meio das próprias novas diretrizes ou da atenção e controvérsia do público quando foram colocadas para comentários e adotadas (Wilkinson 2012), houve uma mudança nas opiniões sobre os limites do consumo de baixo risco. Um estudo quase experimental de rótulos de alerta ao álcool que incluíam diretrizes de baixo risco e informações padrão sobre bebidas (Hobin *et al.* 2020) (consulte Quadro 10.1) mostrou que rótulos aprimorados em bebidas alcoólicas são notados e podem vir a ser uma estratégia eficaz a nível populacional para aumentar a conscientização e conhecimento das diretrizes de consumo de baixo risco. Não está claro se essas mensagens devem levar a uma

diminuição geral no consumo de álcool e aos problemas relacionados a ele (Casswell 1993). As diretrizes, por exemplo, podem ser mal interpretadas pelo público, o que pode fazer com que alguns abstêmios comecem a beber e influenciar os consumidores de álcool moderados a beber mais. Pode-se argumentar que a divulgação de diretrizes de baixo risco é uma ação apropriada de informação aos consumidores, mas há pouca evidência sobre seu efeito no consumo ou em relação aos problemas.

10.3 Programas escolares e outros programas educacionais para jovens

As iniciativas de prevenção voltadas a adolescentes e **programas escolares de prevenção** ao álcool têm vários objetivos: aumentar o conhecimento e a conscientização sobre o álcool por parte dos adolescentes (Cuijpers 2003); mudar as crenças, atitudes e comportamentos de consumo dos adolescentes; modificar fatores como habilidades sociais gerais e autoestima que supostamente fundamentam o consumo de álcool pelos adolescentes (Paglia e Room 1999); retardar o início do consumo de álcool; reduzir o consumo de álcool; reduzir o consumo de alto risco; e minimizar os danos causados pela bebida (vide Cuijpers 2003). Em ambientes escolares, os programas com **uma estratégia universal** de prevenção normalmente incluem a educação voltada à conscientização sobre o álcool, habilidades sociais e de resistência entre colegas, avaliações normativas ou o desenvolvimento de normas comportamentais e afiliações positivas entre colegas (Foxcroft e Tsertsvadze 2012). Há, porém, uma variação considerável na idade do grupo-alvo (de 5 a 18 anos) e na duração do programa (de uma única sessão a 3 anos) (Foxcroft e Tsertsvadze 2012). Existem também programas escolares de educação sobre o álcool patrocinados pela indústria do álcool, como o *Smashed*, que são amplamente utilizados, mas que precisam ser avaliados de forma independente (Jackson e Dixon 2020).

Várias análises sistemáticas de ensaios controlados e randomizados, provenientes de programas de prevenção com base em escolas, foram publicadas na última década. Foxcroft e Tsertsvadze (2011a) constataram que mais da metade (29/53) dos estudos não relataram efeitos referentes ao consumo de álcool ou problemas relacionados, ao passo

que 21 estudos relataram efeitos estatisticamente significativos em um ou vários resultados. Entre os 39 estudos que avaliaram programas genéricos de prevenção, 24 estudos não constataram efeitos estatisticamente significativos ligados ao consumo do álcool ou problemas relacionados, enquanto 15 estudos puderam constatá-los. Aqueles baseados em abordagens psicossociais ou de desenvolvimento (habilidades para a vida, habilidades e normas sociais ou desenvolvimento de normas de comportamento e afiliação de pares) eram mais propensos a relatar efeitos ao longo de vários anos. Não está claro, porém, por que alguns programas de prevenção parecem funcionar em alguns ambientes e não em outros (Foxcroft e Tsertsvadze 2011a).

Uma metanálise dos resultados informados e medidos em uma escala contínua revelou um pequeno efeito geral favorável das intervenções preventivas até 1 ano após a implementação do programa, enquanto o tamanho do **efeito** para resultados categóricos não foi estatisticamente significativo. Lee e outros colaboradores (2016) analisaram 70 estudos de 40 programas escolares de educação sobre o álcool. Eles constataram que três desses programas tinham boas evidências de um efeito positivo; em 29 programas, as evidências foram inconclusivas e dois programas apresentaram resultados negativos. Uma análise sistemática adicional de 16 estudos também apresentou resultados mistos (Dietrich *et al.* 2016), comentando que seus resultados destacam que a maior parte dos programas escolares usa uma abordagem “generalista”, em vez de adaptar suas mensagens para diferentes segmentos entre os alunos.

Hodder e colegas (2017) analisaram as intervenções universais de “resiliência” com base na escola para obterem um espectro mais amplo de uso de substâncias (álcool, tabaco ou drogas ilícitas) entre os adolescentes. Eles identificaram 17 ensaios clínicos randomizados que relataram os resultados do consumo de álcool, não tendo constatado um efeito geral de intervenção para o consumo do álcool.

Como o uso de substâncias (álcool, tabaco, drogas ilícitas) e outros comportamentos de risco muitas vezes ocorrem conjuntamente entre os adolescentes, alguns programas escolares universais visam prevenir múltiplos comportamentos de risco. Em uma análise sistemática de ensaios clínicos randomizados de tais programas, MacArthur e colegas (2018) conduziram uma metanálise de oito estudos apresentando os re-

sultados do consumo de álcool. Eles constataram um menor consumo de álcool entre aqueles expostos a intervenções escolares que visam múltiplos comportamentos de risco, em comparação com aqueles expostos à prática usual (ou nenhuma intervenção).

Desde o início dos anos 2000, programas universais de prevenção foram adaptados para plataformas digitais. Como a grande maioria dos adolescentes, em muitas partes do mundo, são usuários intensivos da Internet, as intervenções *eHealth* (programas de prevenção via Internet em computadores, telefones celulares etc.) podem ser realizadas em ambientes escolares. Alguns desses programas têm, portanto, a escola como base. Em comparação com os programas de prevenção tradicionais, os programas *eHealth* oferecem várias vantagens potenciais, incluindo maior fidelidade e escalabilidade (Champion *et al.* 2016). Em uma análise sistemática, Champion e colegas (2013) constataram quatro ensaios de programas de álcool e outras drogas, incluindo o álcool, tendo notado em todos os quatro uma redução “considerável, ainda que modesta” no consumo de álcool. Em uma análise sistemática posterior de 22 estudos vinculados a ensaios de 16 programas universais de prevenção on-line, Champion *et al.* (2019) incluíram quatro estudos com um elemento focado no álcool, mas não encontraram um efeito relacionado ao comportamento decorrente do álcool em nenhum deles. Podemos concluir, provisoriamente, que esta modalidade de prevenção merece um estudo mais aprofundado, mas até agora mostrou ser apenas uma promessa limitada.

Embora os esforços de prevenção contra o álcool nas escolas tendam a ser aplicados de forma geral e não seletiva (de escopo universal), a pesquisa sugere que as abordagens direcionadas (prevenção **seletiva e indicada**) são mais eficazes. Uma metanálise de 161 programas de prevenção tendo as escolas com base, constatou efeitos relativamente pequenos para ambas as abordagens, mas concluiu que programas direcionados (tamanho do efeito -0,13, intervalos de confiança de 95% -0,18, -0,09) foram mais eficazes do que os programas universais (tamanho do efeito -0,08, intervalos de confiança de 95% -0,10, -0,05) na prevenção ou redução do consumo indevido de álcool entre os adolescentes (Lammers *et al.* 2019, p. 34). Jovens adolescentes que já haviam começado a consumir álcool em tenra idade pareciam beneficiar-se mais de estratégias de prevenção direcionadas. Outros grupos de risco que pareciam beneficiar-se mais dos programas de prevenção direcionada incluíam adolescentes

com traços de personalidade específicos (vide também Edalati e Conrod 2019 para uma análise) ou comportamentos problemáticos. Há, não obstante, alguma variação nos resultados entre os estudos. Um estudo australiano comparando resultados de programas com uma abordagem universal, seletiva e combinada constatou que o programa somente universal teve o efeito mais forte (Teesson *et al.* 2017).

O risco elevado de consumo precoce ou intenso de substâncias, incluindo o álcool, em populações de minorias indígenas (vide o Capítulo 3) acarretou o desenvolvimento de programas de prevenção voltados especificamente para adolescentes dessas populações. Ao analisar estudos de avaliação de tais programas na Austrália, Canadá e Estados Unidos, Snijder e colegas (2020, Apêndice Tabela 3) constataram que cinco de nove estudos apresentaram algum efeito benéfico no consumo de álcool, sendo que um estudo relatou efeitos adversos. Nos programas avaliados, o aprimoramento cultural e a aquisição de habilidades foram comuns. Nenhum componente específico do programa, contudo, pareceu aumentar a probabilidade de um efeito benéfico do programa.

10.4 Programas de educação e intervenção inclusivos, com base na família e na comunidade

Alguns programas incluem a educação em nível individual e intervenções em nível familiar ou comunitário. Programas que têm os pais com bases, destinados a prevenir o consumo de álcool por parte das crianças, podem ter efeitos benéficos nas habilidades e comportamento dos pais (Kuntsche e Kuntsche 2016; Hurley *et al.* 2019). Newton e colegas (2017, Tabela 1) analisaram as publicações de dez ensaios de intervenções universais combinadas para estudantes e seus pais, que visavam prevenir ou reduzir o consumo de álcool. Os resultados foram mistos, de modo que três programas apresentaram efeitos benéficos bastante uniformes em termos de retardar ou reduzir o consumo de álcool por adolescentes, apesar de três que não mostraram efeitos significativos e outros quatro nos quais alguns resultados relativos ao álcool foram significativos e outros não. Uma análise sistemática anterior de Foxcroft e Tsertsvadze (2011b), com alguma sobreposição nos estudos incluídos, examinou a eficácia de programas de múltiplos componentes universais para a pre-

venção do álcool em jovens, que normalmente combinam a intervenção com base na escola e nos pais. Embora 12 desses ensaios tenham mostrado certa evidência de eficácia tanto a curto quanto a longo prazo, sete dos ensaios não constataram nenhum efeito significativo, de modo que em um deles o efeito foi marginal. Sete dos ensaios avaliaram se havia um benefício adicional de múltiplos componentes versus apenas um componente escolar, familiar ou comunitário; apenas um mostrou um benefício claro de vários componentes.

10.5 Conclusões, limitações e desafios: programas de educação escolar e comunitária

Uma série de metanálises, bem como de análises narrativas e sistemáticas, foram publicadas nos últimos anos, avaliando centenas de programas de educação ou intervenção voltados para jovens em que o álcool era o foco principal ou se encontrava incluído entre as substâncias examinadas. Vários temas emergem dessa literatura. Primeiramente, embora a população adolescente seja o foco central dos estudos originais, várias intervenções estendem seu escopo além da sala de aula para incluir ambientes pautados na comunidade e instituições, envolvendo famílias e pais nos programas de intervenção (Emmers *et al.* 2015).

Em segundo lugar, os efeitos benéficos relatados nos estudos de avaliação podem passar uma imagem excessivamente otimista da capacidade de sucesso das intervenções (Pape 2009; Gorman 2015). A maior parte dos estudos de avaliação é realizada em condições ideais, enquanto que, na realidade, com uma disseminação mais ampla do programa, professores e outros responsáveis por ele, muitas vezes, não conseguem implementar o programa como pretendem, o que, por sua vez, implica em menor probabilidade de efeitos benéficos advindos do programa (Pape 2009; Ennett *et al.* 2011). Outra questão é o problema do viés de publicação e viés de relato de resultados, o que leva à superestimação dos efeitos positivos da intervenção (Dwan *et al.* 2008), uma vez que os resultados de programas em que a constatação não tem efeitos ou, ainda, possui efeitos opostos aos pretendidos apresentam uma menor probabilidade de serem publicados (McCambridge 2007; Rossow e Pape 2008; Pape 2009). Nesse campo de trabalho, os desenvolvedores de programas frequentemente

avaliam seus próprios programas (Gandhi *et al.* 2007) e, portanto, podem ter interesses financeiros ou outros na hora de escolher se apresentarão os resultados e quais deles apresentarão. Outro problema é o rigor metodológico insuficiente e a análise de dados flexível, o que pode ter inclinado os resultados para o lado mais favorável (Gorman 2015).

Em terceiro lugar, alguns analistas notaram que a promoção, marketing e divulgação de algumas intervenções parecem não estar relacionadas com os resultados da avaliação. Nos Estados Unidos, a política federal, desde 1998, exige explicitamente programas de prevenção “com base em evidências” nas escolas. Recomenda-se que os distritos escolares selecionem currículos de prevenção baseados em evidências de 13 listas diferentes de vários programas. Em sua análise das listas mais conhecidas, Hallfors e colaboradores (2007) observaram vários itens preocupantes. Para a maioria das listas, por exemplo, a “evidência” da eficácia do programa pode ter vindo de um único pequeno ensaio de eficácia realizado pelos desenvolvedores do programa.

Em quarto lugar, a maioria dos estudos se concentra apenas nos efeitos sobre o aluno, mesmo quando se dá atenção aos danos relacionados ao álcool. O estudo australiano relatado por McBride *et al.* (2004) se destaca a esse respeito, ao relatar os efeitos sobre os danos a terceiros como resultado.

As análises normalmente evidenciam que disponibilizar informações não é suficiente por si só para retardar o início do consumo de álcool ou para prevenir problemas relacionados ao álcool. Parece, porém, que muitos desses programas continuam a ser implementados, aparentemente com base na suposição de que a disponibilização de informações mudará, de alguma forma, os padrões de comportamento. Por outro lado, programas com múltiplos componentes interativos e aqueles que vão além da sala de aula parecem ter algum potencial, embora não esteja claro se devem ser descritos como “educativos”. A educação pode fazer parte de tais programas, mas seus focos “seletivos” ou “indicados”, combinados com componentes que se assemelham à terapia familiar ou triagem e intervenção curta, podem ser os componentes com maior potencial. Em geral, os programas de prevenção parecem mais bem-sucedidos quando mantêm atividades de intervenção por vários anos e incorporam mais de uma estratégia.

10.6 Programas em instituições de ensino superior

Intervenções direcionadas ao consumo de álcool em faculdades e universidades foram desenvolvidas, particularmente na América do Norte, em resposta a preocupações sobre a extensão do consumo excessivo de álcool, sua relação com agressões sexuais e seu impacto no desempenho escolar, na condução sob o efeito do álcool e outros problemas relacionados a ele (Dietz *et al.* 2020). Pesquisas em larga escala com estudantes universitários nos Estados Unidos (Schulenberg *et al.* 2019) documentaram a extensão do consumo e dos riscos relacionados ao álcool. Em média, os estudantes universitários bebem mais do que outros americanos da mesma idade (Schulenberg *et al.* 2019, p. 433–45, 463–6).

A literatura de pesquisas sobre intervenções preventivas envolvendo estudantes universitários é dominada por estudos dos Estados Unidos – 80% dos 164 estudos incluídos na metanálise de Tanner-Smith e Risser (2016), por exemplo, são estudos dos EUA. A experiência de graduação nos Estados Unidos, no entanto, possui algumas características especiais. Estudantes de graduação nos EUA normalmente deixam a casa dos pais para frequentar a universidade – apenas 27,5% continuam morando com os pais (Kelchen 2018), sendo que o comportamento diário de uma grande maioria está, portanto, fora do controle imediato da família. Outrossim, a maioria dos alunos de cursos de graduação está abaixo da idade legal para beber nos EUA, que é de 21 anos, ao passo que 18 anos é o limite mínimo de idade mais comum na maior parte dos outros países (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 103). Os programas de faculdades e universidades dos Estados Unidos são, portanto, conduzidos em circunstâncias diferentes e, muitas vezes, com mensagens diferentes do que seriam aplicáveis em outros lugares.

Em sua análise abrangente, Dietz e colegas (2020) identificaram 14 artigos de análises que investigaram a eficácia de estratégias para reduzir o consumo de álcool entre estudantes. No geral, esta revisão de análises sugeriu que tanto os programas presenciais quanto as abordagens baseadas na Internet mostram resultados promissores na redução do comportamento de beber, mas os resultados foram mistos e não houve evidência de efeitos a longo prazo. Estudos sobre a educação e persuasão acerca do álcool em populações de estudantes de ensino superior são tão

comuns que surgiu todo um segundo nível de análises sistemáticas e metanálises que examinam quantitativamente os estudos. Um estudo, por exemplo, examinou 41 estudos perfazendo um total de 62 intervenções referentes ao álcool com estudantes universitários do primeiro ano, as quais constataram, em média, pequenas reduções na quantidade e na frequência do consumo, sem nenhum efeito, porém, na frequência do consumo excessivo de álcool ou nos problemas com a bebida (Scott-Sheldon *et al.* 2014). Uma metanálise de 24 ensaios de intervenções motivacionais breves (IMC) encontrou um pequeno efeito para a combinação de IMC com avaliações personalizadas sobre o consumo de álcool do entrevistado, mas nenhum efeito global significativo de IMC sem avaliações acerca de qualquer bebida no acompanhamento ou na quantidade consumida por ocasião, ou em ocasiões de pico (Huh *et al.* 2015). Estudos com subpopulações seletivas ou indicadas de pessoas que bebem excessivamente constataram um maior efeito de intervenções ligadas ao uso de computadores, mas com efeitos de proporções pequenas – uma redução no consumo semanal de 16 a 24 gramas de etanol (1 a 2 bebidas), tendo o efeito diminuído ao longo do tempo (Sundström *et al.* 2017). Uma metanálise de 31 estudos, envolvendo 68 intervenções, em que a educação ou orientação sobre o álcool foi “obrigatória” como parte da ação disciplinar por violação das políticas do campus, não constatou nenhum efeito da educação sobre o álcool, de modo que o estabelecimento de metas, desafios vinculados a expectativas e as avaliações pessoais resultaram em menor consumo e menos problemas com o álcool, embora os efeitos diminuíssem com o tempo (Carey *et al.* 2016). Por outro lado, uma análise de 15 estudos, com 21 intervenções alcoólicas, em fraternidades do campus – normalmente residências no campus com tradições de intenso consumo – constatou pouca evidência de efeitos (Scott-Sheldon *et al.* 2016). Isso sugere que, embora os efeitos da educação e da orientação possam ser marginalmente mais fortes onde aqueles que os recebem são selecionados como indivíduos, é menos provável que isso seja verdadeiro quando o alvo selecionado é um grupo comprometido com as normas de consumo excessivo de álcool.

A conclusão geral da maior parte dos estudos tendo como base os Estados Unidos, no tocante a programas em instituições de ensino superior, é que é possível constatar algum efeito, o qual é, porém, ínfimo. Uma metanálise, por exemplo, calculou uma redução de 0,37 drinques

por semana (Samson e Tanner-Smith 2015). Se os resultados constituem ou não “benefícios substantivos e significativos”, isso é algo que tem sido objeto de debates (Foxcroft *et al.* 2016; Grant *et al.* 2016).

Talvez, refletindo essas conclusões, os recentes esforços de prevenção nos Estados Unidos deixaram de ser de programas universitários de prevenção ao álcool para serem puramente orientados ao indivíduo e também abrangerem controles ambientais sobre a disponibilidade e comercialização do álcool. Pensar sobre a prevenção do álcool em um ambiente institucional também passou para abordagens de sistemas complexos, levando em consideração as políticas do álcool, o ambiente e a cultura da faculdade e as influências interpessoais dos alunos (Apostolopoulos *et al.* 2018). O Instituto Nacional de Consumo Excessivo de Álcool e Alcoolismo dos EUA apresentou uma ferramenta denominada Matriz de Informações sobre o Consumo de Álcool no Meio Universitário (CollegeAIM), que sintetiza a literatura e inclui estratégias ambientais e individuais (Cronce *et al.* 2018). Normalmente, em tais programas, utilize-se uma combinação de estratégias incluindo medidas persuasivas, treinamento de pessoal, diretrizes, regulamentações, arranjos voluntários relativos ao marketing do álcool, restrições na localização de pontos de venda e políticas referentes ao álcool por parte do campus.

10.7 Desenvolvimento de apoio e defesa de políticas voltadas para a saúde

Campanhas de educação podem ser usadas como uma ferramenta para desenvolver o apoio a políticas voltadas para a saúde pública, conforme indicado por estudos conduzidos na Nova Zelândia (Casswell *et al.* 1989) e na Noruega (Rise *et al.* 2005). O estudo da Nova Zelândia concluiu que uma campanha de veículos de comunicação em massa com foco na publicidade e disponibilização de álcool gerou um clima de apoio a políticas que provavelmente moldariam comportamentos de consumo apropriados na comunidade (Casswell *et al.* 1989). Os objetivos da campanha de informação norueguesa (Rise *et al.* 2005) foram aumentar o conhecimento dos danos relacionados ao consumo de álcool, aumentar a conscientização sobre a utilidade de políticas restritivas ao álcool e oferecer orientações sobre como falar com as crianças a respeito do tema do álcool. Foram

constatadas três áreas em que houve mudanças após a campanha: atitudes mais positivas em relação ao uso de medidas eficazes de políticas referentes ao álcool; atitudes mais positivas em relação ao monitoramento dos pais quanto ao consumo de álcool por parte das crianças; e um comportamento parental mais restritivo em relação aos filhos. Dois outros estudos constataram que o aumento do conhecimento de que o álcool é um fator de risco para o câncer está associado ao aumento do apoio às políticas de controle do álcool (Bates *et al.* 2018; Weerasinghe *et al.* 2020).

No final da década de 2010, também houve um movimento em vários países no sentido de recrutar e treinar defensores da comunidade para políticas do álcool voltadas à saúde pública. Na Escócia, os profissionais da saúde pública local assumiram novas funções, abordando a questão do “excesso de fornecimento” de álcool ao “fomentar relações de trabalho positivas com agentes de licenciamento” (Fitzgerald *et al.* 2017). Ramirez e Jernigan (2017) analisaram três estudos de caso nos Estados Unidos de tentativas de aumentar os impostos estaduais sobre o álcool, constatando que os fatores que contribuíram para o sucesso da iniciativa incluíam o basear-se em pesquisas e dados de pesquisas, o basear-se em experiências passadas e na formação de coalizões. Como preparação para um esforço de mobilizar as comunidades a fim de lidar com os danos relacionados ao álcool, uma análise de pesquisas publicadas desde 2000 sobre esforços relevantes na Inglaterra encontrou 30 estudos com certa relevância, mas apenas um deles descrevendo o envolvimento da comunidade no licenciamento do álcool (McGrath *et al.* 2019). Um projeto de pesquisa na Grande Manchester intitulado Comunidades no Embate com o Álcool (CICA), está envolvido com o teste de um programa denominado Campeões da Saúde com o Álcool (Cook *et al.* 2018), uma “abordagem de desenvolvimento comunitário pautada em ativos que visam reduzir os danos relacionados ao álcool” por intermédio do “treinamento de leigos a fim de oferecer breves orientações e promover ações referentes às decisões de licenciamento”. Dezoito meses após o início do projeto, 123 “campeões” foram treinados (Ure *et al.* 2020).

Uma variação na defesa da comunidade, com base em estudos de caso de esforços anteriores (Room *et al.* 2021), foi realizada pela ViçHealth, a fundação de saúde do estado em Victoria, Austrália. O programa visa influenciar os padrões de consumo em “esferas sociais” onde há consumo intensivo – grupos que compartilham uma ocupação, inte-

resse ou posição social comum, onde o consumo relativamente intenso era aceito e, de fato, frequentemente incentivado como parte de sua socialização (VicHealth 2019; MacLean *et al.* 2021). Vários órgãos no estado – autoridades municipais, departamento de bem-estar estudantil universitário em universidades e agências comunitárias – foram financiadas para trabalhar com mundos sociais específicos de consumo intenso, com vistas a limitar o consumo que oferece riscos e os problemas atrelados ao álcool (por exemplo, Roberts *et al.* 2019).

10.8 Conclusão


Conforme descrito no  apêndice on-line 1, as estratégias e intervenções analisadas neste capítulo foram classificadas pelos autores em termos de evidência de eficácia e quantidade de apoio à pesquisa, levando também em consideração o alcance da população e o custo relativo da intervenção para os governos. A Tabela 10.1 exhibe as classificações de consenso dos autores para as intervenções neste capítulo com um objetivo próximo de reduzir os níveis de consumo de álcool ou os danos causados pelo álcool. Como observamos, existem literaturas avaliativas substanciais para muitas das intervenções; as três vantagens na coluna “Amplitude do apoio à pesquisa” da tabela para algumas intervenções normalmente refletem várias análises sistemáticas. Por outro lado, a maior parte dos estudos de avaliação foi realizada em uma faixa relativamente estreita de países; não se pode presumir que a classificação de eficácia para uma estratégia específica será aplicada de forma geral.

Tabela 10.1 Classificações consensuais de estratégias e intervenções de educação e persuasão

Política³	Eficácia¹	Amplitude do apoio à pesquisa^c	Comentários
Anúncios de serviço público e campanhas em veículos de comunicação de massa	0	+++ ^d	Principalmente estudos em PARs; melhoria do conhecimento, mas sem impacto sobre o consumo de álcool. Os gastos com marketing para publicidade e promoção pró-álcool excedem em muito as pequenas quantias dedicadas ao AUP e às campanhas na mídia
Campanhas contra o álcool ao volante	+	+++ ^d	Aparentemente reduz o número de pessoas dirigindo alcoolizadas, mas não o número de vítimas
Política^a	Eficácia^b	Amplitude do apoio à pesquisa^c	Comentários
Rótulos de alerta	+/0	++	Impactam o conhecimento e intenções; um estudo mostrou um efeito sobre o consumo
Orientações sobre consumo que oferece baixo risco	?	+	impactam o conhecimento e a conscientização sobre os riscos
Programas universais de prevenção escolar	+/0	+++	Os estudos variam na medida em que um efeito foi encontrado; os resultados dos efeitos tendem a ser pequenos
Programas de prevenção on-line	+/0	++	Metade dos testes mostraram efeitos modestos, outra metade nenhum
Programas de prevenção direcionada	++/+	++	Efeitos encontrados para usuários iniciais e aqueles com comportamentos problemáticos. Alguns efeitos de programas direcionados a jovens de minorias indígenas. Alta heterogeneidade entre os estudos
Educação e intervenção inclusiva na família	+/0	++	Alguns programas envolvendo os pais, bem como os jovens, afetaram o consumo de álcool entre os jovens. Alta heterogeneidade nos estudos


Política ^a	Eficácia ^b	Amplitude do apoio à pesquisa ^c	Comentários
Intervenções alcoólicas com universitários	+	++	Principalmente estudos dos EUA. Pequenas reduções na quantidade e na frequência do consumo de álcool, mas sem efeitos na frequência do consumo excessivo desse ou nos problemas com a bebida
Breves intervenções motivacionais (IMC) em ambientes escolares	0/+	++	Principalmente estudos norte-americanos. Nenhum efeito de IMC isoladamente; pequeno efeito quando usado com avaliações personalizadas
Intervenções com base nos computadores com subpopulações seletivas de consumidores assíduos	++/+	++	Efeitos moderados, mas que decaem ao longo do tempo
Educação ou orientações obrigatórias em instituições universitárias	0	++	Nenhum efeito da educação por si só, mas o estabelecimento de metas e as avaliações de pessoal têm efeitos, embora os efeitos tenham diminuído com o tempo

^a Estudos de desenvolvimento do apoio comunitário e defesa de políticas não estão incluídas nesta tabela, uma vez que seu objetivo primordial não é impactar diretamente no consumo de álcool ou danos.

^b 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou dos problemas com o álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se fazer um julgamento.

^c 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem desenhados concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas nenhuma revisão integrativa disponível ou nenhuma que inclua PBMRs; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir análises integrativas da literatura ou metanálises, sendo que alguns testes foram realizados em países de baixa e média renda.

^d Uma análise sistemática compreendendo estudos de qualidade variável, principalmente os de qualidade ruim. Apenas alguns estudos incluídos são de boa qualidade.

^e Para mais informações, consulte o  Apêndice On-line 1.

Nos últimos anos, o número de programas informativos e educacionais tem crescido exponencialmente. Na década de 1990, a educação ou persuasão sobre o álcool era em grande parte a nível individual, direcionada à mudança individual de consumo e comportamento relacionado, de modo que o principal esforço era direcionado a crianças em idade escolar e universitárias. Apesar de uma extensa literatura de pesquisa e muitas tentativas de programações inovadoras, a pesquisa sugere que, para a maior parte dos programas universais, o impacto sobre o consumo de álcool é mínimo ou ainda não foi demonstrado, de modo que se pode esperar apenas efeitos modestos de algumas das intervenções direcionadas.

Mais recentemente, tem sido dedicada maior atenção à persuasão em níveis interativos e comunitários. Essa expansão do foco reconhece a natureza coletiva do consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a influência do ambiente imediato e os controles locais sobre a bebida e o comportamento associado. Também reconhece que o processo político e o ambiente social, bem como o comportamento individual, são alvos apropriados para educação e persuasão orientadas à saúde pública.

Referências

Agostinelli G and Grube J (2002) Alcohol counter-advertising and the media: a review of recent research. *Alcohol Res Health*, 26, 15–21.

Apostolopoulos Y, Lemke MK, Barry AE, *et al.* (2018) Moving alcohol prevention research forward: Part I: introducing a complex systems paradigm; Part II: new directions grounded in community-based system dynamics. *Addiction*, 113, 353–71.

Barry AE and Goodson P (2010) Use (and misuse) of the responsible drinking message in public health and alcohol advertising: a review. *Health Educ Behav*, 37, 288–303.

Bates S, Holmes J, Gavens L, *et al.* 2018. Awareness of alcohol as a risk factor for cancer is associated with public support for alcohol policies. *BMC Public Health*, 18, 688.

Bellew W, Bauman A, Freeman B, *et al.* (2017) Social countermarketing: brave new world, brave new map. *Journal of Social Marketing*, 7, 205–22.

Carey KB, Scott-Sheldon LA, Garey L, *et al.* (2016) Alcohol interventions for mandated college students: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 84, 619–32

Casswell S, Gilmore L, Maguire V *et al.* 1989. Changes in public support for alcohol policies following a community-based campaign. *British Journal of Addiction*, 84, 515–22.

Casswell S (1993) Public discourse on the benefits of moderation: implications for alcohol policy development. *Addiction*, 88, 459–65.

Champion KE, Newton NC, Barrett EL, and Teesson M. (2013) A systematic review of school- based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug Alcohol Rev*, 32, 115–23.

Champion KE, Newton NC, and Teesson M (2016) Prevention of alcohol and other drug use and related harm in the digital age: what does the evidence tell us? *Curr Opin Psychiatry*, 29, 242–9.

Champion KE, Parmenter B, McGowan C, *et al.* (2019) Effectiveness of school-based eHealth interventions to prevent multiple lifestyle risk behaviours among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Digit Health*, 1, e206–e21.

Cook PA, Hargreaves SC, Burns EJ, *et al.* (2018) Communities in charge of alcohol (CICA): a protocol for a stepped-wedge randomised control trial of an alcohol health champions programme. *BMC Public Health*, 18, 522.

Crawford-Williams F, Fielder A, Mikocka-Walus A, *et al.* (2015) Uma revisão crítica das intervenções de saúde pública destinadas a reduzir o consumo de álcool e/ou aumentar o conhecimento entre mulheres grávidas. *Drug Alcohol Rev*, 34, 154–61.

Cronce JM, Toomey TL, Lenk K, *et al.* (2018) Matriz de intervenção de álcool em faculdades da NIAAA: CollegeAIM. *Álcool Res*, 39, 43–7.

Cuijpers P (2003) Três décadas de pesquisa sobre prevenção de drogas. *Drogas: Educação, Prevenção e Política*, 10, 7–20.

De Bruijn A (2008) Sem motivos para otimismo: o impacto esperado dos compromissos no Fórum Álcool e Saúde da Comissão Europeia. *Vício*, 103, 1588-92.

Dietrich T, Rundle-Thiele S, Schuster L e Connor JP (2016) Uma revisão sistemática da literatura sobre programas de educação sobre álcool em ambientes de ensino fundamental e médio (2000–2014). *Educação em Saúde*, 116, 50–68.

Dietz P, Reichel JL, Edelmann D, *et al.* (2020) Uma revisão sistemática abrangente sobre a epidemiologia de fatores modificáveis que influenciam a saúde e sobre intervenções de promoção da saúde entre estudantes universitários. *Frente de Saúde Pública*, 8, 137.

Dossou G, Gallopel-Morvan K, and Diouf JF (2017) The effectiveness of current French health warnings displayed on alcohol advertisements and alcoholic beverages. *Eur J Public Health*, 27, 699–704.

Dwan K, Altman DG, Arnaiz JA, *et al.* (2008) Revisão sistemática da evidência empírica de viés de publicação de estudos e viés de relato de resultados. *PLoS One*, 3, e3081.

Edalati H e Conrod PJ (2019) Uma revisão de intervenções direcionadas à personalidade para prevenção do uso indevido de substâncias e danos relacionados em amostras comunitárias de adolescentes. *Front Psychiatry*, 9, 770.

Emmers E, Bekkering GE e Hannes K (2015) Prevenção do uso indevido de álcool e drogas em adolescentes: uma visão geral de revisões sistemáticas. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32, 183–98. Ennett ST, Haws S, Ringwalt CL, *et al.* (2011) Prática baseada em evidências na prevenção do uso de substâncias na escola: fidelidade de implementação em condições do mundo real. *Health Educ Res*, 26, 361–371.

Fitzgerald N, Nicholls J, Winterbottom J, *et al.* (2017) Implementando um objetivo de saúde pública para o licenciamento de estabelecimentos de álcool na Escócia: um estudo qualitativo de estratégias, valores e percepções de evidências. *Int J Environ Res Public Health*, 14, 221.

Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, *et al.* (2016) Entrevista motivacional para abconsumo de álcool em adultos jovens. (versão revisada). *Cochrane Database Syst Rev*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007025.pub4>

Foxcroft DR e Tsertsvadze A (2011a) Programas escolares universais de prevenção para abconsumo de álcool em jovens. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD009308.

Foxcroft DR e Tsertsvadze A (2011b) Programas universais de prevenção de múltiplos componentes para abconsumo de álcool em jovens. *Cochrane Database Syst Rev*, 9, CD009307.

Foxcroft DR e Tsertsvadze A (2012) Programas universais de prevenção do uso indevido de álcool para crianças e adolescentes: revisões sistemáticas Cochrane. *Perspect Public Health*, 132, 128–34. Gandhi AG, Murphy-Graham E, Petrosino A, *et al.* 2007. O diabo está nos detalhes: examinando as evidências de programas “comprovados” de prevenção do abuso de drogas nas escolas. *Avaliação de revisão*, 31, 43–74.

Giesbrecht N (2000) Papéis dos interesses comerciais nas políticas do álcool: desenvolvimentos recentes na América do Norte. *Addiction*, 95 (Supl 4), 581–95S.

Gorman DM (2015) ‘Tudo funciona’: a necessidade de abordar o viés de confirmação nas avaliações das intervenções de prevenção do uso indevido de drogas para adolescentes. *Vício*, 110, 1539-1540.

Grant S, Pedersen ER, Osilla KC, *et al.* (2016) Revisando e interpretando os efeitos de intervenções curtas de álcool: comentário sobre uma revisão Cochrane sobre entrevista motivacional para jovens adultos. *Vício*, 111, 1521–1527.

Hallfors DD, Pankratz M e Hartman S (2007) A política federal apoia o uso de evidências científicas em programas escolares de prevenção? *Prev Sci*, 8, 75-81.

Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, *et al.* (2020) Testando rótulos de álcool como uma ferramenta para comunicar o risco de câncer das pessoas que bebem: um estudo quase experimental do mundo real. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 249–61.

Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, *et al.* (2017) Revisão sistemática de intervenções universais de “resiliência” com base na escola voltadas para o uso de tabaco, álcool ou substâncias ilícitas na adolescência: uma metanálise. *Med anterior*, 100, 248–68.

Huh D, Mun EY, Larimer ME, *et al.* (2015) Intervenções motivacionais breves para estudantes universitários que bebem podem não ser tão poderosas quanto pensamos: uma metanálise de dados em nível de participante individual. *Alcohol Clin Exp Res*, 39, 919–31.

Hurley E, Dietrich T e Rundle-Thiele S (2019) Uma revisão sistemática de programas baseados em pais para prevenir ou reduzir o consumo de álcool em adolescentes. *BMC Public Health*, 19, 1451. Jackson N and Dixon R (2020) The practice of the alcohol industry as health educator: a critique. *N Z Med J*, 133, 89–96.

Jones SC, Hall S e Kypri K (2017) Devo beber com responsabilidade, segurança ou de forma adequada? Mensagens confusas sobre a redução dos danos relacionados ao álcool. *PLoS One*, 12, e0184705.

Kalinowski A e Humphreys K (2016) Definições de bebidas padrão governamentais e diretrizes de consumo de álcool de baixo risco em 37 países. *Vício*, 111, 1293-8.

Kelchen R (2018) Um olhar sobre as condições de vida dos estudantes universitários. <https://robertkelchen.com/2018/05/28/a-look-at-college-students-living-arrangements/> (acessado em 26 de fevereiro de 2022) Knai C, Petticrew M, Durand MA, *et al.* (2015) As promessas de acordo de responsabilidade com a saúde pública sobre o álcool provavelmente melhorarão a saúde pública? Uma síntese de evidências. *Vício*, 110, 1232–1246.

Kuntsche S e Kuntsche E (2016) Intervenções baseadas nos pais para prevenir ou reduzir o uso de substâncias por adolescentes - uma revisão sistemática da literatura. *Clin Psychol Rev*, 45, 89–101.

Lammers J, Onrust S, van der Heijden A, *et al.* (2019) Escolar universal e direcionado programas de prevenção do uso indevido de álcool em adolescentes jovens: uma comparação meta-analítica. In: Lammers J Conter o abconsumo de álcool de jovens adolescentes: hora de revisitar o paradoxo da prevenção? p. 33–68. Tese de Doutorado. Utrecht, Holanda: Trimbos Institute, Utrecht University. <https://www.trimbos.nl/docs/d9a54908-5e6c-45f0-9a5f-da085aa84b3a.pdf#page=35>

Lee NK, Cameron J, Battams S, *et al.* (2016) O que funciona na educação escolar sobre o álcool: uma revisão sistemática. *Health Educ J*, 75, 780–98.

Livingston M (2012) Percepções de níveis de consumo de baixo risco entre os australianos durante um período de mudança nas diretrizes oficiais de consumo. *Drug Alcohol Rev*, 31, 224–30.

MacArthur G, Caldwell DM, Redmore J, *et al.* (2018) Intervenções em nível individual, familiar e escolar visando múltiplos comportamentos de risco em jovens. *Cochrane Database Syst Rev*, 10, CD009927.

MacLean S, Dwyer R, Pennay A, *et al.* 2021. O conceito de ‘mundos sociais’: uma ferramenta útil para estudos de culturas de consumo voltados para a saúde pública. *Addiction Research and Theory*, 29, 231-8.

Martin-Moreno JM, Harris ME, Breda J, *et al.* (2013) Rotulagem aprimorada de bebidas alcoólicas: revisando as evidências para orientar a política do álcool. *Eur J Public Health*, 23, 1082–7.

McBride N, Farrington F, Midford R, *et al.* (2004) Minimização de danos na educação escolar sobre drogas: resultados finais do Projeto de Redução de Danos à Saúde e Álcool na Escola (SHAHRP). *Vício*, 99, 278-91.

McCambridge J (2007) Um estudo de caso de viés de publicação em uma série influente de revisões de educação sobre drogas. *Drug Alcohol Rev*, 26, 463–8.

McGrath M, Reynolds J, Smolar M, *et al.* (2019) Identificando oportunidades para envolver a ‘comunidade’ na tomada de decisões locais sobre álcool: uma revisão e síntese da literatura. *Int J Drug Policy*, 74, 193–204.

Mialon M e McCambridge J (2018) Iniciativas de responsabilidade social corporativa da indústria do álcool e consumo prejudicial: uma revisão sistemática. *Eur J Public Health*, 28, 664–73.

Midford R e Shakeshaft A (2017) Abordagens com foco na comunidade para a prevenção de danos relacionados ao álcool: de experiências passadas a possibilidades futuras. Em: Kolind T, Thom B e Hunt G (eds.) *O SAGE Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches*. Londres: SAGE Publications, p. 213–37.

Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (2020) Diretrizes australianas para reduzir os riscos à saúde decorrentes do consumo de álcool. Canberra: Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa Médica. <https://www.nhmrc.gov.au/about-us/publications/australian-guidelines-reduce-health-risks-drinking-alcohol#block-views-block-file-attachments-content-block-1>

Negi NS, Schmidt K, Morozova I, *et al.* (2020) Eficácia de uma campanha de álcool e direção sobre conhecimento, atitudes e comportamento entre motoristas em Adis Abeba. *Fronteiras em Cidades Sustentáveis*, 2, 563350.

Newton NC, Champion KE, Slade T, *et al.* (2017) Uma revisão sistemática de programas combinados para pais e alunos para prevenir o consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes. *Drug Alcohol Rev*, 36, 337–51.

O’Brien P, Gleeson D, Room R, *et al.* (2018) Usando as ‘grandes armas legais’ para bloquear rótulos de alerta de álcool e saúde. *Álcool Álcool*, 53, 333–6.

Paglia A e Room R (1999) Prevenção de problemas de uso de substâncias entre jovens: Uma revisão da literatura e recomendações. *Journal of Primary Prevention*, 20, 3–50.

Pantani D, Sparks R, Sanchez ZM, *et al.* (2012) Programas de ‘beber com responsabilidade’ e a indústria do álcool no Brasil: matar dois coelhos com uma cajadada só?. *Soc Sci Med*, 75, 1387-91.

Pape H (2009) Programas escolares que parecem funcionar: pesquisas úteis sobre prevenção do uso de suspeitas ou histórias suspeitas de sucesso? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 521-35.

Ramirez RL e Jernigan DH (2017) Aumentando os impostos sobre o álcool: análise de estudos de caso de Illinois, Maryland e Massachusetts. *J Stud Alcohol Drugs*, 78, 763-70.

Reynolds J, McGrath M, Halliday E, *et al.* (2020) ‘A oportunidade de dar a sua opinião?’ Identificar mecanismos de envolvimento da comunidade na tomada de decisões locais sobre álcool. *Int J Drug Policy*, 85, 102909.

Rise J, Natvig H e Storvoll EE (2005) Avaliação de Alkohol kampanjen ‘Alvorlig Talt’ [Evaluation of the Alcohol Campaign ‘Seriously Talking’]. Oslo: Instituto Norueguês de Pesquisa sobre Álcool e Drogas.

Roberts S, Ralph B, Elliott K, *et al.* (2019) Explorando as culturas de consumo de risco dos homens. Melbourne: VicHealth. <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/Alcohol%20misuse/Mens-RiskyDrinking/Mens%20risky%20drinking%20final%20report.pdf>

Rohrbach LA, Howard-Pitney B, Unger JB, *et al.* (2002) Avaliação independente do programa de controle do tabaco da Califórnia: relações entre a exposição do programa e os resultados, 1996-1998. *Am J Public Health*, 92, 975-83. Sala R (2021) Álcool. In: *Oxford Textbook of Global Public Health*, 7ª ed. Oxford: Oxford University Press, p. 345-56.

Room R, MacLean S, Dwyer R, Pennay A, Turner K e Saleeba E. (2022) Mudando as práticas de consumo de risco em diferentes tipos de mundos sociais: conceitos e experiências. *Drogas: Educação, Prevenção e Política* 29(1), 32-42. Sala R e Mäkelä K (2000) Tipologias da posição cultural do beber. *J Stud Alcohol*, 61, 475-83.

Rossow I e Pape H (2008) Outro exemplo de viés de publicação em pesquisas sobre educação sobre drogas: um comentário ao artigo de Jim McCambridge. *Drug Alcohol Rev*, 27, 348-9.

Saffer H (2002) Publicidade de álcool e juventude. *J Stud Alcohol, Supl.* 14, 173–81.

Samson JE e Tanner-Smith EE (2015) Intervenções de álcool em sessão única para estudantes universitários que bebem muito: uma revisão sistemática e metanálise. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 530–543.

Scholes-Balog KE, Heerde JA e Hemphill SA (2012) Rótulos de alerta de álcool: improvável que afete crenças e comportamentos relacionados ao álcool em adolescentes. *Austr N Z J Public Health*, 36, 524–9.

Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Stockwell T, *et al.* (2021) Use conforme indicado: os rótulos de bebidas padrão em recipientes de álcool ajudam os consumidores a beber (ir) responsabilmente? Evidências do mundo real de um estudo quase experimental em Yukon, Canadá. *Drug Alcohol Rev*, 40, 247–57.

Schoueri-Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, *et al.* (2020) Examinando o impacto dos rótulos de álcool na conscientização e conhecimento das diretrizes nacionais de consumo: um estudo do mundo real em Yukon, Canadá. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 262–72.

Schulenberg JE, Johnston LD, O'Malley PM, *et al.* (2019) Monitorando os resultados da futura pesquisa nacional sobre o uso de drogas, 1975–2018: Volume II, estudantes universitários e adultos de 19 a 60 anos. Ann Arbor, MI: Instituto de Pesquisa Social, Universidade de Michigan.

Scott-Sheldon LA, Carey KB, Elliott JC, *et al.* (2014) Eficácia das intervenções com álcool para estudantes universitários do primeiro ano: uma revisão meta-analítica de ensaios clínicos randomizados. *J Consulte Clin Psychol*, 82, 177–188.

Scott-Sheldon LA, Carey KB, Kaiser TS, *et al.* (2016) Intervenções de álcool para organizações de letras gregas: uma revisão sistemática e metanálise, 1987 a 2014. *Health Psychol*, 35, 670–84. Snijder M, Stapinski L, Lees B, *et al.* (2020) Prevenção do uso de substâncias entre adolescentes indígenas nos EUA, Canadá, Austrália e Nova Zelândia: uma revisão sistemática da literatura. *Prev Sci*, 21, 65–85.

Stead M, Angus K, Langley T, *et al.* (2019) Mídia de massa para comunicar mensagens de saúde pública em seis áreas temáticas de saúde: uma revisão sistemática e outras revisões das evidências. *Saúde Pública Res*, 7(8). <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/phr/phr07080#/abstract>

Stockwell T, Solomon R, O'Brien P, *et al.* (2020) Rótulos de alerta sobre câncer em recipientes de álcool: o direito do consumidor de saber, a responsabilidade do governo de informar e o poder da indústria de impedir. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 284–92.

Sundström C, Blankers M e Khadjesari Z (2017) Intervenções baseadas em computador para uso problemático de álcool: uma revisão de revisões sistemáticas. *Int J Behav Med*, 24, 646–58.

Tanner-Smith EE e Risser MD (2016) Uma metanálise de intervenções curtas de álcool para adolescentes e adultos jovens: variabilidade nos efeitos entre as medidas de álcool. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 42, 140–151.

Teesson M, Newton NC, Slade T, *et al.* (2017) Combined universal and selective prevention for adolescent alcohol use: a cluster randomized controlled trial. *Psychol Med*, 47, 1761–70.

Thomas G, Gonneau G, Poole N, *et al.* (2014) The effectiveness of alcohol warning labels in the prevention of fetal alcohol spectrum disorder: a brief review. *Int J Alcohol Drug Res*, 3, 91–103.

Ure C, Burns L, Hargreaves SC, *et al.* (2020) Mobilizando as comunidades para lidar com os danos causados pelo álcool: uma abordagem de defensor da saúde do álcool. *Perspect Public Health*, 140, 88–90.

Vallance K, Stockwell T, Zhao J, *et al.* (2020a) Avaliação inicial do conhecimento relacionado ao álcool e suporte para rótulos de alerta de álcool entre consumidores de álcool no norte do Canadá e associações com as principais características sociodemográficas. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 238–48.

Vallance K, Vincent A, Schoueri-Mychasiw N, *et al.* (2020b) Mídia de notícias e a influência da indústria do álcool: uma análise da cobertura da mídia de rótulos de alerta de álcool com uma mensagem de câncer no Canadá e na Irlanda. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 273–83.

VicHealth (2019) Artigo de referência sobre a estrutura de culturas alcoólicas - uma estrutura para orientar a ação de saúde pública em culturas de consumo de risco, edição revisada. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation. <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/alcohol-cultures-framework>

Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, *et al.* (2020) Melhorar o conhecimento de que o álcool pode causar câncer está associado ao apoio do con-

sumidor às políticas do álcool: constatações de um estudo de rotulagem de álcool no mundo real. *Int J Environ Res Public Health*, 17, 398.

Wilkinson C (2012) Respostas ao risco: submissões públicas sobre as diretrizes australianas de álcool para consumo de baixo risco. *Drug Alcohol Rev*, 31, 162–9.

Wilkinson C e Room R (2009) Alertas em recipientes e propagandas de álcool: experiência internacional e evidências sobre os efeitos. *Drug Alcohol Rev*, 28, 426–35.

Organização Mundial da Saúde (2018) Relatório de status global sobre álcool e saúde 2018. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Wyllie A, Waa A e Zhang JF (1996) Despesas e exposição de propaganda de álcool e moderação: 1996. Auckland: Universidade de Auckland.

Yadav RP e Kobayashi M (2015) Uma revisão sistemática: eficácia das campanhas de veículos de comunicação em massa para reduzir a direção sob efeito de álcool e acidentes relacionados ao álcool. *BMC Public Health*, 15, 857.

Young B, Lewis S, Katikireddi SV, *et al.* (2018) Eficácia das campanhas de veículos de comunicação em massa para reduzir o consumo de álcool e danos: uma revisão sistemática. *Álcool*, 53, 302–316.

Zhao J, Stockwell T, Vallance K, *et al.* (2020) Os efeitos dos rótulos de alerta de álcool no consumo de álcool da população: uma análise de série temporal interrompida das vendas de álcool em Yukon, Canadá. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 225–37.

11

BEBER E DIRIGIR: PREVENÇÃO E MEDIDAS PREVENTIVAS

11.1 Introdução

Embora tenha havido ganhos significativos com a segurança do trânsito, especialmente em **países de alta renda**¹¹ (PARs), as colisões com veículos motorizados continuam sendo um importante problema de saúde pública. Em 2016, cerca de 1,35 milhão de pessoas morreram em acidentes de trânsito em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde 2018a). No geral, em 2016, os acidentes de trânsito representaram 2,5% de todas as mortes no mundo e ocuparam o 8º lugar como causa de mortes.

O álcool é um importante fator de risco para mortes e lesões no trânsito. A importância do álcool como fator de risco para mortes e lesões é destacada no Relatório de Status Global sobre a Segurança no Trânsito 2018 (2018a) da Organização Mundial da Saúde (OMS) e por sua inclusão no Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.6 das Nações Unidas para a Segurança no Trânsito: “até 2030, reduzir pela metade o número de lesões e mortes no trânsito relacionadas a motoristas que dirigem alcoolizados” (Organização Mundial da Saúde Europa 2020, p. 4). Mundialmente falando, cerca de 27% das mortes em acidentes de trânsito foram atribuíveis ao álcool em 2016 (Organização Mundial da Saúde 2018b), representando cerca de 370.000 mortes atribuíveis ao álcool devido a acidentes de trânsito em todo o mundo (Organização Mundial da Saúde 2018c). A proporção de mortes em acidentes de trânsito relacionadas ao álcool varia de 1,7% na região do Mediterrâneo Oriental da OMS a 37,7% na região europeia (Organização Mundial da Saúde 2018d). As mortes em acidentes de trânsito atribuíveis ao álcool também variam de acor-

11 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

do com o país. Em países de maioria muçulmana, as mortes no trânsito atribuíveis ao álcool variam de menos de 0,1% a 17%. Nos PARs, cerca de 40% das mortes em acidentes de trânsito são atribuíveis ao álcool entre os homens e 20% entre as mulheres. Em **países de baixa e média renda** (PBMRs), essas proporções são de 26% e 18%, respectivamente (Sistema Mundial de Informações sobre o Álcool e a Saúde 2016).

Este capítulo descreve a relação entre beber e dirigir, e como a compreensão dessa associação pode ser usada para elaborar contramedidas que evitem lesões e mortes relacionadas ao álcool. Muitas das evidências vêm dos Estados Unidos e de alguns outros PARs. As estatísticas dos PBMRs podem parecer diferentes. O risco de morte devido a um acidente de trânsito é mais de três vezes maior em países de baixa renda do que nos PARs (Organização Mundial da Saúde 2018a). A combinação do álcool e volante também é mais problemática em países de baixa e média renda, pois a interação entre o consumo de álcool e outras condições, como estradas em más condições, maior densidade de tráfego e número de passageiros, é mais pronunciada. Essas interações têm implicações políticas que serão discutidas mais adiante neste capítulo.

11.2 Concentração de álcool no sangue e desempenho ao volante

A **concentração de álcool no sangue (CAS)** se refere à quantidade de álcool presente no sangue de um consumidor. Normalmente, é medida em termos de massa por volume. Uma CAS, por exemplo, de 0,02% significa 0,02 gramas de álcool por 100 gramas de sangue de um indivíduo. A quantidade de álcool consumida é a influência mais importante na CAS, mas também depende de outros fatores, como o peso do indivíduo, taxa de consumo e presença de alimentos no estômago (Mumenthaler *et al.* 1999; Ogden e Moskowitz 2004). A medição objetiva da CAS possibilitou o estudo das relações dosagem e resposta entre o álcool e a invalidez e também contribuiu para avanços nas políticas do álcool e condução. Existe uma relação bem estabelecida entre o consumo de álcool antes de dirigir e a direção prejudicada. As habilidades ao volante são cada vez mais prejudicadas conforme o número de bebidas consumidas antes de dirigir, com decréscimos no desempenho a partir da segunda bebida (Organização Mundial da Saúde 2018a). O tempo de reação

dos motoristas aumenta com o acréscimo dos níveis de CAS (Yadav e Velaga 2019) e, com uma CAS de 0,05%, os tempos de avaliação e reação são prejudicados, assim como o desempenho ao volante (Brown *et al.* 2018). Em uma CAS de 0,10%, o controle motor voluntário é reduzido de forma substancial (Davis *et al.* 2003). A Tabela 11.1 mostra o risco relativo de envolvimento do motorista em acidentes fatais, segundo as diferentes faixas etárias.

No geral, o risco de acidentes aumenta exponencialmente com a CAS. Mesmo em níveis muito baixos, porém, (por exemplo, CAS de 0,015%) a capacidade do motorista de dividir a atenção entre duas ou mais fontes de informação visual pode ser prejudicada (Ogden e Moskowitz 2004). Com uma CAS de 0,80–0,99%, o risco relativo de um acidente fatal varia de 6,89 a 12,61, dependendo da idade, de modo que os motoristas mais jovens apresentam um risco maior em comparação com os motoristas mais experientes (Voas *et al.* 2012). O álcool não apenas aumenta o risco de acidentes, mas também pode aumentar a gravidade dos acidentes. Assim, colisões nas quais pelo menos um motorista bebeu têm maior probabilidade de serem fatais ou resultarem em ferimentos graves do que colisões sem envolvimento de álcool (por exemplo, Zador *et al.* 2000; Moskowitz *et al.* 2002). Normalmente, os motoristas do sexo masculino têm cerca de 1,5 vezes mais chances de se envolver em acidentes fatais relacionados ao álcool do que motoristas do sexo feminino, e a contribuição do álcool para esses acidentes atinge seu ápice entre os motoristas dos EUA na faixa dos 20 anos (Administração Nacional da Segurança no Trânsito Rodoviário 2008).

É importante ressaltar que as pessoas que consomem quantidades relativamente grandes em apenas algumas ocasiões podem apresentar uma maior probabilidade de envolver-se em acidentes relacionados ao álcool, em comparação a outros consumidores (Gruenewald *et al.* 1996; Treno *et al.* 1997; Valencia-Martín *et al.* 2008). Na verdade, as evidências sugerem que consumidores moderados que, ocasionalmente, bebem muito podem representar uma porcentagem substancial de motoristas alcoolizados (Flowers *et al.* 2008).

Tabela 11.1 Risco relativo de envolvimento do motorista em todos os acidentes fatais por idade

Nível CAS (%)	Risco relativo - todos os acidentes fatais		
	16–20 anos	21–34 anos	35 + anos
0,001–0,019	1.33	0.29	0.28
0,020–0,049	2.68	2.32	2.12
0,050–0,079	6.24	4.78	4.03
0,080–0,099	12.61	8.74	6.89
0,100–0,149	33.79	20.30	14.59
≥0,150	490.41	200.03	111.94

Risco relativo de envolvimento do motorista em todas as colisões fatais em função da CAS do motorista por sexo e idade, em relação a 1,0 para motoristas sóbrios da mesma idade e sexo

Fonte: dados de Voas R, Torres P, Romano E, *et al.* (2012) Risco relacionado ao álcool de mortes de motoristas: uma atualização usando dados de 2007. *Revista de estudos sobre álcool e drogas*, 73, 341–350.

11.3 Abordagens políticas para dirigir embriagado

11.3.1 Limites juridicamente inferiores de CAS

Dada a forte relação entre a CAS e o risco de colisões, os países estabeleceram leis do “per-se” relativas a níveis específicos de CAS, nos quais se presume que um motorista está incapacitado e pode ser preso. A CAS pode ser medida por meio da coleta de uma amostra de sangue de um motorista, mas também por meio da análise da respiração exalada. A invenção de dispositivos portáteis para coleta de amostras do hálito de um motorista, combinada com a legislação que estabelece as leis do “per-se”, os níveis de álcool no sangue que definem a invalidez, revolucionou a aplicação da lei de contramedidas para dirigir alcoolizado em países desenvolvidos (Mann *et al.* 2001). Alguns bafômetros portáteis com células de combustível podem detectar a CAS a partir de 0,001 (Sorbello *et al.* 2018). Os limites da CAS estabelecem uma definição jurídica relativa ao dirigir sob a influência de álcool (ou seja, o nível em que uma pessoa é considerada juridicamente prejudicada). A implementação de um limite

de CAS varia entre os países, sendo mais comum nos PARs. Cerca de metade dos países de baixa renda não tem um limite de CAS em vigor e, quando estabelecidos, eles tendem a ser fixados em 0,08% – um nível mais brando. Em contraste, 82% dos PARs têm um limite nacional de CAS igual ou inferior a 0,05% (Organização Mundial da Saúde 2018c).

Há fortes evidências de que a redução no limite da CAS seja uma intervenção eficaz para reduzir os acidentes de trânsito. Existem também fortes evidências de que um limite de CAS reduzido é eficaz em vários níveis, ou seja, reduções nos limites de CAS variando entre 0,10% a 0,08%, de 0,08% a 0,05% e de 0,05% a 0,03% ou 0,02% são eficazes, sendo que reduzir o limite de CAS para jovens a qualquer quantidade mensurável de álcool é eficaz (Fell e Voas 2009). O tamanho do efeito de uma CAS reduzida, no entanto, varia consideravelmente de uma jurisdição para outra e, em alguns casos, parece ser algo temporário, embora em outros casos os efeitos sejam mais duradouros (Mann *et al.* 2001; Asbridge e outros 2004; Fell e Voas 2009). Reduzir o limite de CAS reduz a probabilidade de dirigir sob o efeito do álcool não apenas de pessoas que bebem levemente, mas também de pessoas que bebem exageradamente (Wagenaar *et al.* 2007a).

A pesquisa estimou que os países normalmente testemunham uma diminuição do número de acidentes fatais e feridos entre 5% e 18% depois de reduzir seu limite de CAS de 0,08% para 0,05% (Organização Mundial da Saúde 2018a). Uma **metanálise** recente apoia essa constatação (consulte a Tabela 11.2 para ver o **tamanho do efeito**) (Fell e Scherer 2017), assim como uma metanálise anterior (Tippetts *et al.* 2005). Estudos individuais, principalmente de PARs, incluindo estudos de **séries temporais**, também apoiam fortemente a eficácia da redução do nível de CAS (por exemplo, Blais *et al.* 2015; Scherer e Fell 2019).

Um nível de CAS de tolerância zero para todos os motoristas já está em vigor em 15 países, e 27 países têm limites baixos de CAS (<0,03%) (Davenport *et al.* 2020). Em 2016, o Uruguai reduziu o nível jurídico de CAS de 0,03% para nível zero, onde é proibido dirigir com qualquer nível alcoólico que possa ser detectado, o que resultou em uma redução inicial de 21% em acidentes fatais, atenuada para 14% 24 meses depois. No Brasil, o limite de CAS para motoristas foi reduzido de 0,06 para 0,02 em 2008. Reduções significativas nos índices de lesões e mortes no trânsito ocorreram no estado e na capital de São Paulo, sendo que um

efeito maior foi encontrado na capital, o que pode estar relacionado para reforçar a fiscalização policial (Andreuccetti *et al.* 2011). Na China, a introdução de um limite de CAS de 0,02% no início de 2013 resultou em uma redução de 7% nas mortes no trânsito causadas por condução sob o efeito de álcool (Wang *et al.* 2015).

As evidências mostram que a aplicação do nível de CAS é um componente essencial para a eficácia. Tippetts *et al.* (2005) constataram que os efeitos dos limites reduzidos de CAS eram maiores nos estados dos EUA que tinham maiores medidas de fiscalização. Na Escócia, reduzir o limite de CAS para 0,05% de 0,08% em 2014 não foi associado a uma redução nos acidentes de trânsito (Haghpanahan *et al.* 2019), provavelmente devido à falta de fiscalização. Pesquisas na Europa sugerem que limites reduzidos de CAS podem ser ineficazes, a menos que sejam acompanhados por uma fiscalização relativamente rígida (Albalate 2006).

Tabela 11.2 Diminuição da porcentagem de acidentes fatais relacionados ao álcool quando o limite máximo de CAS é reduzido

Reduzindo a CAS	Alteração percentual em acidentes fatais relacionados ao álcool (%)
Reduzido de 0,10% para 0,08%	-9
Reduzido para 0,05% ou menos	-11
Reduzido a zero CAS	-7 to -21a

^a Redução atenuada para 14% por 24 meses.

Fontes: dados de Davenport S, *et al.* (2020) Avaliação do impacto da implementação de uma lei de concentração zero de álcool no sangue no Uruguai sobre lesões moderadas/graves e acidentes fatais: um estudo quase experimental. *Vício*, n/a.; Fell JC e Scherer M (2017) Estimativa da eficácia potencial de reduzir o limite de concentração de álcool no sangue (CAS) para dirigir de 0,08 para 0,05 gramas por decilitro nos Estados Unidos. *Alcoolismo: Pesquisa Clínica e Experimental*, 41, 2128–2139.; Andreuccetti G, *et al.* (2011) Reduzir o limite legal de concentração de álcool no sangue para dirigir em países em desenvolvimento: é hora de mudar? Resultados e implicações derivadas de uma análise de séries temporais (2001-10) realizada no Brasil. *Vício*, 106, 2124–2131; e Wang Z, *et al.* (2015) A situação subestimada de dirigir alcoolizado e os efeitos das leis de tolerância zero na China. *Prevenção de Lesões no Trânsito*, 16, 429–434.

Em resumo, as evidências do impacto dissuasor de estabelecer ou reduzir o limite legal de CAS são fortes (Asbridge *et al.* 2004; Fell e Voas

2009; Fell e Scherer 2017) em metanálises e estudos realizados em vários países. A eficácia dessas políticas levou muitos países a definir níveis de CAS cada vez mais rigorosos. A introdução e redução dos limites legais para dirigir pode ter efeitos duradouros e de longo prazo sobre as mortes causadas por álcool e direção (Mann *et al.* 2001; Asbridge *et al.* 2004; Fell e Voas 2009). Sem uma fiscalização consistente e visível, porém, os efeitos podem ser atenuados e diminuir com o tempo. Ross (1982) levantou a hipótese de que o impacto dissuasor a longo prazo de limites estritos de CAS pode ser prejudicado devido aos motoristas inicialmente superestimarem a probabilidade de apreensão, mas gradualmente perceberem que as chances de serem pegos são, de fato, muito menores. Assim, a fiscalização rigorosa e visível, combinada com campanhas na mídia, são muito importantes para reforçar os efeitos dissuasores de níveis reduzidos de CAS.

11.3.2 Aplicação de teste aleatório de respiração e teste seletivo

A certeza da punição é fundamental para a dissuasão. Uma vez que a probabilidade real de ser preso e condenado por dirigir alcoolizado costuma ser bem baixa (Solomon e Chamberlain 2014), a solução tradicional costuma ser aumentar a frequência e a visibilidade da repressão ao dirigir sob efeito de álcool.

O teste do balão aleatório (TRA), ou teste de respiração compulsório (TRC), é praticado em alguns países da Australásia, Europa, Ásia, África e países de maioria muçulmana. Nessa abordagem, os motoristas parados aleatoriamente pela polícia são obrigados a fazer um teste preliminar de bafômetro, mesmo que não sejam suspeitos de qualquer infração. A característica que define o TRA é que qualquer motorista, a qualquer momento, pode ser parado e obrigado a fazer um teste de bafômetro. Para maximizar seus efeitos dissuasores, o TRA normalmente é conduzido de modo que seja altamente visível e amplamente divulgado. Em muitas jurisdições, as chances de ser testado são realmente altas. Em uma pesquisa feita em 17 países europeus, 44% dos motoristas afirmaram ter sido testados pelo menos uma vez em 2010. (Cestac e Delhomme 2012). Proporções ainda maiores de testes foram relatadas entre os motoristas australianos (Williams *et al.* 2000). Os motoristas que viram um posto de controle TRA ou foram parados e testados relataram uma pro-

babilidade um pouco maior de apreensão por beberem e dirigirem, o que foi consistente com o objetivo do programa de ter um efeito dissuasor.

As evidências disponíveis sugerem que o TRA é uma estratégia eficaz para reduzir os acidentes de trânsito relacionados ao álcool. Uma metanálise de 2009 concluiu que os pontos de controle da condução sob o efeito de álcool (DSI), incluindo o TRA, reduziram os acidentes envolvendo álcool em 17%, no mínimo (Erke *et al.* 2009). Essas constatações são consistentes com uma metanálise anterior que registrou uma redução de 22% nas mortes por acidente, uma redução de 18% no total de acidentes e uma redução de 24% no número de motoristas com níveis de CAS > 0,08% (Shults *et al.* 2001). Estudos da Austrália também mostram a eficácia do TRA (Ferris *et al.* 2017; Parmar *et al.* 2020). Na Nova Zelândia, foi observada uma redução de 22% nos acidentes noturnos graves ou fatais (Miller *et al.* 2004). A publicidade na veículos de comunicação de massa sobre o programa na Nova Zelândia foi relacionada a uma redução adicional de 14% nesses acidentes. Um estudo australiano constatou que a implementação do TRA gerou um grande efeito, prevenindo cerca de 5.279 mortes em acidentes de trânsito em quatro estados australianos (Jiang *et al.* 2014). A Figura 11.1 exibe uma representação gráfica das tendências em Nova Gales do Sul e Vitoria após a introdução do TRA.

Há variabilidade na eficácia do TRA, dependendo das características do programa de testes (e, em alguns casos, das leis que afetam os regimes de testes). Uma metanálise de 2009 constatou que a Austrália, seguida da Nova Zelândia, apresentou os pontos de verificação de DSI mais eficazes, em comparação com os Estados Unidos e outros países. A Austrália e a Nova Zelândia empregam TRA altamente divulgados, incluindo o uso do “ônibus fiscalizador”, sendo que algumas jurisdições determinam o número de testes de bafômetro necessários por ano para chegar ao nível de dissuasão. Os ônibus fiscalizadores são muito visíveis a todos os motoristas e tem condições de fiscalizar mais motoristas do que os postos fiscalizadores instalados em carros (Drummond *et al.* 1992). Também identificada como eficaz foi a alta intensidade da fiscalização australiana e o grande esforço publicitário que acompanha os programas de fiscalização de DSI (Erke *et al.* 2009). Estudos relataram que o TRA tem boa relação custo-benefício (Miller *et al.* 2004; Ditsuwan *et al.* 2013).

Outra opção de política são os testes seletivos ou os **pontos de controle de sobriedade**, onde os policiais param sistematicamente todos os veículos (ou um número “x” de veículos) que passam por um local fixo pré-determinado em uma via pública para verificar se os motoristas podem ser prejudicados. A polícia decide se fará o teste, com base no comportamento e nas respostas do motorista. Os motoristas devem apresentar alguns sinais de alcoolismo para serem testados. Tal como acontece com o TRA, o objetivo dos pontos de verificação de sobriedade é dissuadir a direção sob efeito de álcool, aumentando o risco de prisão percebido pelos motoristas. Os postos de controle de sobriedade são, muitas vezes, montados tarde da noite ou nas primeiras horas da manhã e aos finais de semana, quando a proporção de motoristas alcoolizados tende a ser maior. Um ponto fraco dessa abordagem é que infratores experientes acreditam (com certo grau de justificativa) que podem evitar a detecção. Há evidências dos Estados Unidos de que a polícia deixa passar até 50% dos motoristas que passam pelos postos de controle de sobriedade com uma CAS de mais de 0,10% (McKnight e Voas 2001). Dada essa limitação, não é de surpreender que os motoristas que passaram pessoalmente por um controle de sobriedade, em comparação com aqueles expostos apenas indiretamente (por exemplo, por meio de um amigo, parente ou pela mídia), acreditem que a probabilidade de irem presos por beber e dirigir é relativamente baixa (Beck e Moser 2006).

Metanálises de estudos de impacto constataram que os pontos de verificação da sobriedade estão associados a uma redução de 20 a 26% em colisões fatais e uma redução de 20% no total de colisões (Shults *et al.* 2001; Elder *et al.* 2002). Os pontos de verificação de sobriedade precisam ser bem divulgados e conduzidos com frequência para serem eficazes. Uma análise sistemática de 2014 constatou que oito das dez avaliações apresentaram reduções nas mortes por acidentes envolvendo álcool após a implementação de programas de controle de sobriedade divulgados. Programas com menos pontos de controle e menor financiamento para a publicidade na veículos de comunicação de massa foram menos eficazes (Bergen *et al.* 2014). Em um estudo dos estados dos EUA, aqueles que realizaram verificações de sobriedade minimamente todos os meses (comparados aos que não conduziram verificações) apresentaram níveis 41% mais baixos de casos de embriaguez ao volante (Lenk *et al.* 2016).

Programas de controle de sobriedade pouco frequentes não produzem a dissuasão geral (Browning e Thompson 2016).

Muitas jurisdições não conduzem a aplicação da DSI frequentemente e de forma divulgada (Eichelberger e McCartt 2016). Na Colômbia, os efeitos dos pontos de controle para fiscalizar a sobriedade são enfraquecidos pela falta de uma exigência jurídica para submeter uma pessoa a um teste de CAS e pela má implementação das sanções (Castano 2012). Assim, é improvável que os pontos de fiscalização da sobriedade sejam bem-sucedidos, a menos que haja uma implementação vigorosa, alta visibilidade e conscientização pública (Homel 1993).

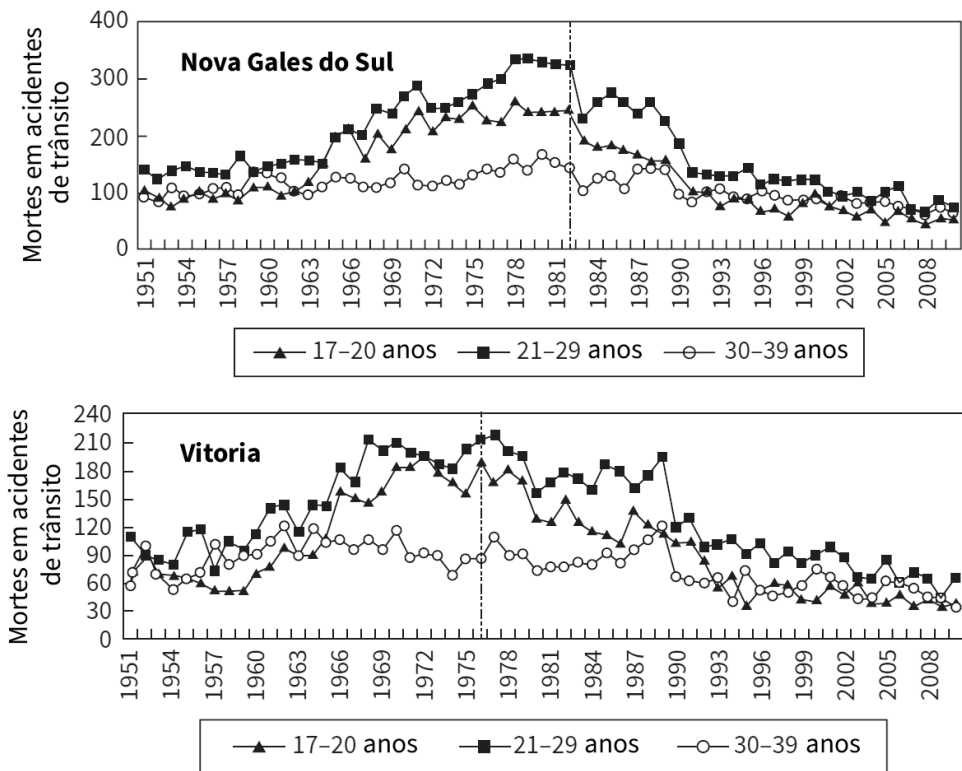


Figura 11.1 Mortes em acidentes de trânsito antes e depois da introdução do TRA nos estados australianos de Nova Gales do Sul e Vitória por ano. A linha tracejada vertical indica a data de introdução do teste de balão aleatório (TRA).

Reproduzido com permissão de Jiang H, Livingston M e Manton E (2014) Os efeitos do teste aleatório do bafômetro e da redução da idade mínima legal para beber nas mortes no trânsito dos estados australianos. *Prevenção de Lesões*, 21, 77-83.

Em resumo, a evidência da pesquisa é forte para efeitos sustentados e significativos de TRA e pontos de fiscalização da sobriedade para reduzir a condução sob o efeito de álcool e colisões, lesões e mortes associadas (Shults *et al.* 2001), de modo que estudos mostram uma redução de cerca de 20% nas colisões (com alguma variação). Os pontos de controle de sobriedade, contudo, são menos eficazes do que o TRA, pois motoristas alcoolizados podem evitar a detecção, de modo que sua eficácia como meio de dissuasão depende mais da frequência com que os pontos de controle são conduzidos. Os programas de TRA têm maior probabilidade de serem eficazes quando: (1) são altamente visíveis; (2) incluem uma fiscalização rigorosa; (3) são sustentados e consistentes; (4) envolvem pelo menos um a cada três motoristas sendo testados a cada ano; e (e) são acompanhados por ampla publicidade que reforça ou aumenta a probabilidade de conscientização que os motoristas terão de poderem ser parados pela polícia para a realização de testes (Homel 1988). Em outras palavras, a aplicação da lei para quem dirige alcoolizado é eficaz na medida em que as pessoas percebem que serão pegas. Programas com essas especificações impedem a direção sob o efeito do álcool e evitam a erosão da eficácia, que pode ocorrer devido à falta de visibilidade do TRA e por causa de episódios em que pessoas saíram ilesas enquanto dirigiam sob o efeito do álcool (Homel 1993).

11.3.3 Severidade da punição

Um princípio da teoria da dissuasão é que uma punição para um comportamento deve ser suficientemente severa a fim de reduzir a probabilidade de esse comportamento ocorrer no futuro. Muitas vezes, assume-se que penalidades mais severas são mais eficazes como instrumento dissuasor do que as penalidades menos severas, no entanto o aumento da severidade pode reduzir outros fatores que aumentam a dissuasão, uma vez que a perspectiva de uma penalidade severa pode ser combatida com uma defesa mais elaborada, que reduz a certeza ou a rapidez da punição. A gravidade no contexto de dirigir alcoolizado tem sido tipicamente abordada pela alteração das penalidades máximas ou pela introdução de penalidades mínimas obrigatórias.

Vários estudos investigaram sentenças de prisão obrigatória pela condução sob o efeito de álcool. No geral, as evidências da eficácia das sen-

tenças de prisão obrigatória são mistas. Embora alguns estudos tenham constatado que elas diminuem as fatalidades relacionadas ao álcool e os resultados relacionados a ele (por exemplo, Stout *et al.* 2000), a maioria não relata tais efeitos (por exemplo, Legge e Park 1994; Ross e Klette 1995; Ruhm 1996; Benson *et al.* 1999). Um estudo de séries temporais de sentenças de prisão obrigatória nos Estados Unidos não constatou nenhum efeito perceptível da implementação ou gravidade (duração) dessas sentenças em colisões noturnas envolvendo um único veículo ou envolvendo álcool (Wagenaar *et al.* 2007b). Um estudo (McKnight e Voas 2001) observou que penalidades mais severas, como a prisão mínima, podem ter efeitos indiretos benéficos quando tais punições motivam infratores reincidentes a participar de programas de liberdade condicional ou tratamento.

Há alguma evidência de que multas obrigatórias podem reduzir o hábito de beber e dirigir (Stout *et al.* 2000; Wagenaar *et al.* 2007b; Tavares *et al.* 2008). Outros estudos, no entanto, não encontraram nenhum efeito do aumento das multas em acidentes relacionados ao álcool (por exemplo, Benson *et al.* 1999).

Há evidências limitadas de que o aumento das sanções por si só reduz a direção sob o efeito do álcool ou acidentes relacionados ao álcool (Ross e Voas 1989; Mann *et al.* 1991). Em muitos casos, a implementação de sanções mais severas, como o aumento de multas ou das sentenças de prisão, é confundida por outras mudanças de política, tornando difícil determinar efeitos únicos. Pode ser mais razoável considerar a totalidade das sanções ao avaliar os resultados sobre a direção sob o efeito do álcool. A esse respeito, um estudo transversal constatou que as pessoas que vivem em estados dos EUA com políticas mais rígidas e abrangentes no tocante ao dirigir sob o efeito de álcool (incluindo níveis de CAS e sanções e multas criminais e administrativas) têm uma probabilidade cerca de 60% menor de relatarem que estão dirigindo alcoolizados, em comparação às pessoas de estados com políticas menos restritivas (Shults *et al.* 2002). Três anos após a introdução de medidas mais rígidas no Japão, incluindo a redução do nível de CAS, o aumento de multas e uma possível sentença de prisão de 3 anos, foram registradas reduções relativas nos índices de acidentes relacionados ao álcool entre adultos (50%) e jovens de 16 a 19 anos idosos (64%) (Desapriya *et al.* 2007). Da mesma forma, as sanções criminais para a embriaguez ao volante implementadas em Taipei, Taiwan, em 1999, incluíram uma sentença de prisão obrigatória, multas

substanciais e a suspensão da carteira de habilitação. A nova política também foi acompanhada por uma considerável atenção por parte da mídia. Uma avaliação mostrou uma redução de 73% nos acidentes fatais relacionados ao álcool nos 20 meses seguintes à implementação (Chang e Yeh 2004). O efeito deste pacote de políticas pareceu ser maior inicialmente, tendo, posteriormente, diminuído o que sugeriu que o aumento das sanções pode ter um “ciclo de vida útil” natural e perder sua eficácia ao longo do tempo, a menos que seja acompanhado por uma aplicação renovada ou atenção da mídia para reforçar esses esforços.

11.3.4 Rapidez da punição

A rapidez da punição se refere à proximidade temporal da punição ao evento de dirigir embriagado. A teoria da dissuasão propõe que as punições aplicadas rapidamente terão um efeito dissuasor geral maior do que aquelas que são adiadas. Muitas sanções por beber e dirigir são impostas somente após longos atrasos no agendamento de audiências administrativas ou processos judiciais. Uma exceção é a **revogação da habilitação administrativa (RLA)** pré-condenação ou suspensão por dirigir alcoolizado. Com uma suspensão administrativa, as autoridades de licenciamento podem suspender uma carteira de habilitação sem uma audiência judicial, muitas vezes no ato ou logo após a infração. A pesquisa sugere que a RLA é uma estratégia econômica (Miller *et al.* 1998).

A aplicação da RLA pode ser problemática, considerando que até 75% dos infratores continuam dirigindo com a carteira suspensa (Voas e DeYoung 2002). Avaliações de intervenções de RLA, porém, encontraram efeitos consistentes em colisões relacionadas ao álcool, presumivelmente refletindo uma condução menos ou mais cuidadosa por parte das pessoas dirigindo sem uma carteira de habilitação válida. Dessa forma, estudos constataram que as suspensões de carteiras de habilitação são mais eficazes para reduzir a infração durante o período de sua suspensão (Watson *et al.* 2017). Em Ontário, no Canadá, a suspensão imediata da carteira de habilitação na estrada para a CAS de 0,05 a 0,08% foi associada a uma redução de 17% no número de acidentes fatais ou de feridos (Byrne *et al.* 2016). Em outra avaliação, uma RLA de 90 dias em Ontário foi associada a uma redução de 14% no número total de mortes de motoristas (Asbridge *et al.* 2009). McKnight e Voas (2001) relataram uma

redução média de 5% nos acidentes relacionados ao álcool e uma redução de 26% nos acidentes fatais associados à RLA nos Estados Unidos.

11.4 Restrições aos condutores jovens ou principiantes

Motoristas jovens (adolescentes entre 16 e 20 anos) correm um risco elevado de acidentes de trânsito, especialmente acidentes envolvendo álcool, como resultado de sua experiência limitada ao volante e uma tendência a experimentar bebidas fortes ou em excesso. Foram formuladas estratégias políticas especiais para impedir que pessoas nessa faixa etária dirijam sob o efeito de álcool.

11.4.1 Limites baixos de CAS para condutores jovens ou principiantes

As leis de tolerância zero para motoristas jovens ou novatos definem os menores limites possíveis de CAS a serem considerados seguros pelo equipamento de teste de bafômetro (ou seja, 0,001–0,02). É relativamente comum que haja limites máximos de CAS mais baixos para motoristas novatos, de modo que mais de 90 países estabelecem limites de CAS para motoristas novatos entre 0% e 0,05% (Organização Mundial da Saúde 2018a). Grande parte da evidência de eficácia vem dos Estados Unidos, onde a idade mínima para uma carteira de motorista é frequentemente menor do que em outros PARs (Room 2004). As leis de tolerância zero têm se mostrado eficazes na redução de acidentes fatais pela noite envolvendo um único veículo e motoristas com menos de 21 anos (reduções relativas de cerca de 20%) (Hingson *et al.* 1994; Martin *et al.* 1996), embora tenham sido constatadas reduções menores em acidentes fatais (Fell *et al.* 2016). Em outros países, a tolerância zero para motoristas novatos também foi considerada eficaz na redução do número de motoristas dirigindo alcoolizados e de acidentes fatais (Shults *et al.* 2001; Chamberlain e Solomon 2008).

11.4.2 Restrições na habilitação e habilitação progressiva

Vários países implementaram a carteira de habilitação progressiva (CHP), que impõe restrições a motoristas jovens ou novatos (por

exemplo, proibindo-os de dirigir à noite, com outros jovens no veículo, sem um adulto no carro) para que possam conquistar alguns dos benefícios do licenciamento definitivo ao longo do tempo. Uma **análise feita por Cochrane** acerca de estudos realizados nos Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia e Austrália concluiu que a CHP reduziu de forma eficaz o número de acidentes relacionados ao álcool (Hartling *et al.* 2004). Estudos mais recentes confirmam que a CHP reduz acidentes entre adolescentes (8–14% para leis básicas de CHP e até 30% para leis mais rígidas de CHP) e, em alguns casos, pode ter efeitos de longo prazo por até 5 anos (McCartt *et al.* 2010; Masten e Foss 2010). Por outro lado, alguns estudos (por exemplo, Masten e Hagge 2004) não constataram efeitos da CHP nos índices de acidentes na adolescência. Há uma grande variação na forma como os programas de CHP são implementados nas jurisdições. Além disso, alguns programas de CHP incorporam cláusulas de tolerância zero, dificultando a avaliação das contribuições únicas da habilitação posterior e outras restrições para a redução dos índices de acidentes entre os jovens.

As evidências mostram que limites mais baixos de CAS, o atraso no acesso a uma carteira de habilitação completa e outras restrições relativas à condução para motoristas jovens podem ser estratégias eficazes para reduzir a condução sob o efeito de álcool e as mortes relacionadas a ela entre os jovens. A habilitação progressiva pode incorporar todas essas estratégias em um sistema, impondo medidas de tolerância zero e controlando o índice e a maneira pela qual os jovens motoristas obtêm acesso a privilégios totais ao volante. A CHP foi bem aceita onde foi implementada, de modo que as avaliações disponíveis como um todo demonstram benefícios consideráveis.

11.5 Prevenindo a reincidência

Alguns infratores condenados continuam dirigindo depois de beber e são presos novamente ou envolvidos em outros acidentes de trânsito. Uma série de estudos de PARs documentam uma prevalência de reincidência de 3 a 5 anos entre 10% e 30% (McCartt e Williams 2004; Williams *et al.* 2007; Richardson 2013; Bean *et al.* 2014; Møller *et al.* 2015; Chen e Jou 2018). Abordagens para prevenir a reincidência de motoristas que dirigem embriagados incluem o tratamento, programas intensi-

vos de supervisão, tribunais de DSI (tribunais específicos para delitos de DSI), tribunais que julgam casos envolvendo álcool e drogas, dispositivos de bloqueio, painéis de impacto da vítima (onde o motorista embriagado deverá ouvir testemunhos relacionados aos efeitos adversos sobre outras pessoas em decorrência do delito de DSI) e sofrer outras intervenções. Prevenir o hábito de beber e dirigir repetidamente é difícil, em parte porque muitos reincidentes são dependentes do álcool ou sofrem de outras comorbidades. Até 54% dos infratores reincidentes que dirigem sob o efeito do álcool atendem aos critérios clínicos de dependência do álcool e 40% ou mais atendem aos critérios relativos ao consumo de drogas ao longo da vida (Lapham *et al.* 2006a). Consequentemente, os motoristas alcoolizados reincidentes podem ser menos receptivos à dissuasão tradicional, podendo precisar de uma abordagem mais abrangente (Simpson *et al.* 2004; Williams *et al.* 2007).

11.5.1 Tratamento

O tratamento corretivo que é obrigatório ou imposto como condição para reduzir as sanções pode exercer efeitos modestos na reincidência dos casos de condução sob o efeito de álcool (DeYoung 1997; Dill e Wells-Parker 2006). Uma análise de Cochrane concluiu que não havia evidências suficientes para determinar se apenas o tratamento (principalmente breves intervenções em um ambiente clínico) reduz o número de colisões envolvendo veículos motorizados e lesões relacionadas (Dinh-Zarr *et al.* 2004). Uma metanálise inicial de 215 estudos de programas de medidas corretivas a casos de condução sob o efeito de álcool, por exemplo, concluiu que o tratamento sem auxílio de nenhuma outra ferramenta teve apenas efeitos modestos, de modo que os efeitos mais consideráveis vierem a partir de intervenções combinadas (educação e psicoterapia/orientações) em vez daquelas em que havia apenas um componente (Wells-Parker *et al.* 1995). Uma análise sistemática de 2015 realizada por Miller *et al.* (2015) também constatou que programas de múltiplos componentes, incluindo as orientações/tratamento, são mais eficazes na redução da reincidência do que programas de componente único. A entrevista motivacional breve e a terapia cognitivo-comportamental também foram avaliadas em vários estudos. Um estudo não constatou nenhum efeito de uma breve entrevista motivacional nos índices

de reinternação, enquanto outro constatou que ele era melhor do que o tratamento padrão (Schermer *et al.* 2006). Verificou-se que intervenções de terapia cognitiva e cognitivo-comportamental produzem índices mais baixos de reincidência (Mills *et al.* 2008; Moore *et al.* 2008).

11.5.2 Tribunais de DSI

Foram desenvolvidas abordagens alternativas visando os infratores DSI que oferecem alto risco para garantir que eles recebam uma reabilitação efetiva (MacDonald *et al.* 2007). Os tribunais de DSI foram desenvolvidos como uma extensão do modelo de tribunal de drogas para infratores reincidentes de DSI (Miller *et al.* 2015). Os tribunais de DSI costumam ser, embora nem sempre sejam, programas voluntários que combinam a supervisão do infrator com um tratamento individualizado. Os tipos de intervenções utilizadas pelos tribunais de DSI são importantes. A duração mais longa do programa e a alta intensidade de contato entre o participante e o tribunal de DSI podem resultar em resultados mais favoráveis (Sloan *et al.* 2013).

Dos estudos que avaliaram especificamente os tribunais de DSI, foram encontrados efeitos dissuasores de curto e longo prazo (Lapham *et al.* 2006b; Fell *et al.* 2010; Sloan *et al.* 2016). Uma metanálise de 2012 relatou que os tribunais de DSI podem ser eficazes (Mitchell *et al.* 2012). Nos Estados Unidos, três tribunais de DSI impediram entre 47 e 112 prisões repetidas durante um período de 4 anos devido à redução da reincidência (Fell *et al.* 2010). As características dos tribunais precisam ser consideradas ao interpretar a literatura, pois os tribunais de DSI podem ser muito diferentes, usando diferentes intervenções (Miller *et al.* 2015) que podem impactar os resultados e a eficácia.

11.5.2.1 Dispositivos de bloqueio interno

Dispositivos de bloqueio de ignição impedem que um veículo seja ligado até que o motorista passe por um teste de bafômetro usando equipamento especial instalado no automóvel. Os programas de bloqueio interno estão em vigor ou estão sendo introduzidos em muitas jurisdições na América do Norte, Europa, Austrália e Nova Zelândia. Os programas de bloqueio variam desde aqueles que são obrigatórios e

exigem que os infratores tenham dispositivos de bloqueio instalados em seus veículos, até programas voluntários que permitem que os infratores tenham um período reduzido de suspensão da licença, caso tenham esses dispositivos instalados. Os bloqueios internos podem, agora, ser vinculados à tecnologia para registrar as ações do motorista e as respostas do veículo, incluindo o rastreamento eletrônico (GPS) do veículo e meios rápidos de monitorar a integridade do sistema de bloqueio interno (Voas 2014). Há também a atividade para criar carros que detectam passivamente o álcool e, em resposta, desaceleram ou desativam automaticamente o carro (Marques 2010).

Programas de bloqueio interno bem implementados podem reduzir a reincidência em 65% ou mais dos casos (Roth *et al.* 2007; Marques 2009), mas a probabilidade de motoristas alcoolizados mais motivados se autosselecionarem em programas de bloqueio interno é um problema para muitas avaliações. Uma análise, porém, feita por Cochrane em relação aos melhores estudos disponíveis concluiu que os infratores que dirigem embriagado com bloqueios instalados têm cerca de 36% menos probabilidades de reincidir, em comparação com motoristas sem bloqueios (Willis *et al.* 2004). Os efeitos dos programas de bloqueio interno parecem estar principalmente limitados ao período de tempo em que o bloqueio interno é realmente instalado no veículo (DeYoung *et al.* 2005; Marques e Voas 2005; Marques 2009; Ma *et al.* 2016). Alguns estudos recentes, no entanto, relataram reduções pós-instalação na reincidência (Vanlaar *et al.* 2017) e reduções na reincidência de até 32% no período de 12 a 48 meses após a remoção do bloqueio, quando combinado com o tratamento (Voas *et al.* 2016). Os bloqueios internos podem reduzir acidentes fatais quando se tornam obrigatórios (Voas e Marques 2003; McGinty *et al.* 2017).

11.5.2.2 Programas de supervisão intensiva

A supervisão intensiva ou programas que atuam 24 horários por dia, 7 dias por semana, são uma sanção alternativa ao encarceramento para infratores de DSI. A pesquisa indica que eles são eficazes na redução das reincidências. Esses programas podem incluir a triagem e avaliação de problemas de consumo excessivo de substâncias, o tratamento e a educação relacionada à direção sob o efeito de álcool, a supervisão intensiva

(como o monitoramento eletrônico em que o infrator usa um dispositivo de perna ou braço que detectará e registrará qualquer consumo de álcool), autoajuda, testes de álcool e drogas, sanções referentes à habilitação, bloqueios, venda obrigatória do veículo, confinamento domiciliar e serviço comunitário (Miller *et al.* 2015). Alguns programas intensivos de supervisão reduziram a reincidência em 54% até 8 anos após o crime (Wiliszowski *et al.* 2010).

11.5.2.3 Painéis de impacto de vítimas

Uma análise sistemática determinou que não há evidências da eficácia de painéis de impacto de vítimas (PIVs) (Miller *et al.* 2015). Incluir PIVs em programas de reincidência padrão não aumenta a eficácia (Wheeler *et al.* 2004).

Em suma, as evidências apoiam a eficácia de abordagens de múltiplos componentes para a reincidência de casos de álcool ao volante (Ma *et al.* 2015; Miller *et al.* 2015). A evidência da eficácia vem de avaliações de programas intensivos de supervisão, programas de múltiplos componentes e programas similares administrados por tribunais de DSI que utilizam abordagens abrangentes. Programas gerais que consistentemente mostram reduções significativas na reincidência de DSI tendem a ser bem estruturados e incluem o tratamento, educação e monitoramento (Miller I 2015). Outra pesquisa relatou que programas eficazes são aqueles conduzidos por mais de 10 semanas ou com normas de comparecimento impostas por um tribunal (Dill e Wells-Parker 2006; Wells-Parker 2000). Essas abordagens podem oferecer uma resposta compassiva aos indivíduos que sofrem de dependência do álcool, o que contribui consideravelmente para o comportamento recorrente. Programas feitos para veículos que impedem o acesso a carros ou restringem a direção, como bloqueios internos, são eficazes enquanto as restrições estão em vigor, sendo que há evidências emergentes de que podem ocorrer impactos a longo prazo. A este respeito, os programas de bloqueio parecem ser promissores.

11.6 Motoristas solicitados e serviços de transporte seguro

Programas de motoristas solicitados foram desenvolvidos para diminuir os casos de motoristas dirigindo após beberem, encorajando grupos de pessoas que bebem em ambientes públicos ou sociais a selecionarem um membro do grupo que será o motorista sóbrio solicitado. Uma análise sistemática (Ditter *et al.* 2005) concluiu que a evidência da eficácia dos programas de motoristas solicitados era, na melhor das hipóteses, marginal.

Os serviços de carona segura são a abordagem de redução de danos por excelência para quem dirige alcoolizado. Eles permitem que as pessoas bebam o quanto quiserem, com a ideia de que alguns dos danos serão reduzidos por meio do transporte oferecido àqueles que bebem e que, de outra forma, iriam dirigir. Embora os táxis fossem a alternativa tradicional em tais situações, o panorama dos serviços de transporte seguro e a natureza do transporte em geral se transformaram com o advento da Uber e de outras empresas semelhantes de transporte compartilhado. A partir de 2019, estima-se que a Uber tenha mais de 110 milhões de usuários em todo o mundo (Mazareanu 2019). Há, porém, evidências contraditórias sobre o fato de a Uber e serviços similares reduzirem os acidentes ao tirar do volante os que dirigem embriagados (Brasil e Kirk 2016; Greenwood e Wattal 2017; Morrison *et al.* 2018, 2021).

Em resumo, é provável que os motoristas solicitados representem uma porcentagem relativamente pequena de motoristas em um determinado momento e, portanto, não foi demonstrado nenhum impacto geral em acidentes envolvendo álcool ou outros resultados de se dirigir alcoolizado. Como as evidências de pesquisas sobre serviços de transporte seguro são algo muito recente, as evidências relativas à eficácia devem ser consideradas preliminares.

11.7 Problemas emergentes para a condução sob o efeito do álcool

Uma área emergente para a condução sob o efeito do álcool é a dos motoristas que também dirigem sob a influência de outras substâncias psicoativas que não o álcool. Há uma mudança em alguns países


para a legalização da maconha, de modo que o risco envolvido quando se dirige sob a influência de álcool e maconha é maior do que o risco de dirigir sob a influência de qualquer um deles individualmente (Sewell *et al.* 2009). Milhões de pessoas, particularmente nos Estados Unidos e em outros PARs, se envolvem com o uso não médico de medicamentos prescritos que podem afetar a condução, como por exemplo analgésicos, estimulantes, ansiolíticos e sedativos (Benotsch *et al.* 2015). Os motoristas, muitas vezes, desconhecem os efeitos negativos que medicamentos prescritos exercem sobre a capacidade de dirigir (Malhotra *et al.* 2017), especialmente quando combinados com álcool. Os riscos adicionais para a condução sob a influência combinada de álcool e drogas ainda precisam ser bem examinados.

11.8 Efeitos de outras políticas acerca da condução sob o efeito de álcool

As políticas de controle do álcool, incluindo medidas que afetam o nível geral de consumo de álcool, também reduzem os danos relacionados ao trânsito. Na Lituânia, medidas de políticas de alcance universal (como por exemplo o aumento de impostos, a diminuição de disponibilidade e marketing), juntamente com políticas adicionais voltadas ao ato de dirigir sob o efeito de álcool, incluindo a introdução de uma infração penal para motoristas com limite de CAS de $\geq 1,5\%$ (1,5 por mil), resultou em uma diminuição acentuada nos danos relacionados ao trânsito (Rehm *et al.* 2020). Isso sugere que as leis referentes ao dirigir alcoolizado atuam sinergicamente com outros tipos de políticas contra o álcool, o que é plausível, pois as lesões no trânsito são impactadas, principalmente, pelo consumo excessivo e ocasional de álcool antes do acidente (Cherpi-*tel et al.* 2015; Rehm *et al.* 2017). Consulte os Capítulos 7 e 8 para acessar uma discussão mais aprofundada acerca do impacto das políticas do álcool nos danos causados pela combinação da condução com o álcool.

11.9 Conclusão

Conforme descrito no Capítulo 6, as estratégias e intervenções analisadas neste livro foram avaliadas pelos autores em duas áreas princi-

país: evidência de eficácia e quantidade de apoio à pesquisa. A tabela 11.3 oferece um resumo das classificações para as intervenções consideradas neste capítulo, às quais há um número mínimo de estudos de avaliação (consulte o  apêndice 1 on-line e o Capítulo 6 para acessar uma explicação dos métodos).

Embora as evidências dos PBMRs sejam limitadas em muitos casos, muitas intervenções têm bom alcance populacional. A tabela 11.3 mostra que a maioria – mas não todas – as intervenções têm alguma evidência de eficácia, sendo as seguintes avaliadas como particularmente eficazes:

1. Níveis máximos de CAS baixos ou reduzidos (0,00–0,05%): em geral, quanto menor o limite jurídico de CAS, mais eficaz é a política. O efeito de níveis baixos ou reduzidos de CAS tem um amplo alcance populacional.
2. Tolerância zero para jovens: mesmo que o limite jurídico de CAS para motoristas adultos seja mais alto, há evidências claras de que limites mais baixos de CAS para jovens, especialmente aqueles abaixo da idade legal para beber ou comprar álcool, podem ser eficazes. Essa estratégia torna-se particularmente útil quando o limite de CAS do adulto é $>0,03$. O alcance da população é baixo, pois apenas aqueles abaixo da idade de beber ou comprar são afetados.
3. TRA “em qualquer lugar, a qualquer hora”: a aplicação consistente e de alto nível do TRA de beber e dirigir demonstrou evidências de eficácia. Campanhas em veículos de comunicação de massa bem executadas e de alta intensidade aumentam a eficácia do TRA ao aumentar o efeito geral de dissuasão. O efeito possui um amplo alcance populacional.
4. Punição rápida: em geral, quando a punição por beber e dirigir é rápida, a eficácia das punições (em qualquer nível de gravidade) é aumentada. A suspensão administrativa da carteira de habilitação é mais eficaz quando aplicada de forma consistente com o tempo da aplicação e a sanção acontecendo próximas uma à outra, ou seja, a capacidade das autoridades legais ou jurídicas de tomar a carteira de motorista imediatamente ou em pouco tempo, após a prisão por condução sob o efeito de álcool. O alcance da população é limitado àqueles pegos dirigindo alcoolizados.

5. Programas de múltiplos componentes para reduzir a reincidência, incluindo tratamento, supervisão e sanções, são eficazes na redução da reincidência. Pode-se usar como exemplos os programas intensivos de supervisão e programas de múltiplos componentes, de modo que os tribunais de DSI também podem ser promissores. Os dispositivos de bloqueio interno parecem eficazes, especialmente quando são obrigatórios ou combinados com o tratamento. As evidências de sua eficácia a longo prazo estão começando a surgir. Já os PIVs, programas de direção segura e reciclagem dos motoristas, por si só, são estratégias ineficazes para reduzir a reincidência.

Tabela 11.3 Classificações consensuais de estratégias e intervenções para prevenir a condução sob influência do álcool

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Estabelecendo um nível de CAS	+	++	A introdução de um limite de CAS, mesmo em um nível brando de, por exemplo, 0,08%, pode ter um efeito dissuasor suficiente para reduzir as mortes de motoristas alcoolizados. O efeito tem um amplo alcance populacional
Níveis baixos ou reduzidos de CAS (0,00–0,05%)	++	+++	Em geral, quanto menor o limite legal de CAS, maior a redução de mortes e lesões causadas por acidentes. O efeito tem um amplo alcance populacional.
Baixo CAS para condutores jovens (“tolerância zero”)	+++	++	Evidências claras de que limites mais baixos de CAS para jovens, especialmente aqueles abaixo da idade mínima para beber ou comprar álcool, podem ser eficazes. O alcance da população é restrito àqueles abaixo da idade de beber/comprar.
Habilitação progressiva e outras restrições a condutores jovens e principiantes.	++/+	++	A carteira de habilitação progressiva pode reduzir o índice de motoristas que dirigem alcoolizados e as mortes entre os jovens. Ela pode ser usada para incorporar limites de CAS mais baixos e fazer com que as restrições na liberação total sejam uma estratégia. Alguns estudos indicam que as disposições de “tolerância zero” são responsáveis por esse efeito.


Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Teste respiratório aleatório (TRA)	+++	++	<p>Evidência de um forte efeito sobre a condução sob o efeito de álcool. A eficácia depende do número de condutores dissuadidos e da extensão da implementação consistente e de alto perfil.</p> <p>Campanhas em veículos de comunicação de massa aumentam a eficácia do TRA. O efeito tem um amplo alcance populacional.</p>
Pontos de verificação de sobriedade	++	++	<p>Os pontos de verificação de sobriedade são potencialmente eficazes, mas parecem ser menos do que o TRA, pois os motoristas podem escapar da detecção e sua eficácia depende mais da frequência de implementação.</p>
Suspensão da carteira de habilitação	++	++	<p>Quando a punição é rápida, a eficácia é aumentada. A redução do número de acidentes é maior durante o período de suspensão da habilitação. O alcance da população é baixo, impactando apenas aqueles que são capturados.</p>
Sanções obrigatórias abrangentes	++/+	++	<p>Sanções abrangentes, incluindo o CAS reduzido, sanções criminais e multas, reduzem os acidentes como consequência de dirigir sob efeito do álcool a curto prazo; efeitos a longo prazo não foram avaliados. Sanções obrigatórias abrangentes por si só reduzem os acidentes fatais, mas os efeitos podem diminuir com o tempo, a menos que sejam acompanhados por uma fiscalização renovada e publicidade na mídia.</p>
Aumento da severidade da punição	0/+	++	<p>Evidência limitada da eficácia em relação ao aumento da severidade da punição (como, por exemplo, sentenças de prisão obrigatórias, apenas multas maiores).</p>
Motoristas solicitados	0	+	<p>Vários estudos indicam que os programas de motorista solicitados não previnem ou reduzem a direção sob o efeito do álcool e não afetam os acidentes relacionados ao álcool. O alcance da população é baixo, pois é provável que os motoristas solicitados representem uma porcentagem relativamente pequena de motoristas em um determinado momento.</p>

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Tratamento corretivo/entrevista motivacional breve, terapia cognitivo-comportamental	0/+	+ / ++	<p>O tratamento por si só tem eficácia limitada na redução da reincidência e se aplica apenas a um pequeno número de indivíduos. Há muitos poucos estudos para tirar conclusões firmes.</p> <p>Programas intensivos de supervisão com as seguintes características podem ser muito eficazes: triagem/avaliação para o consumo excessivo de álcool/substâncias, duração relativamente longa, monitoramento e supervisão rigorosa, especialmente para o consumo excessivo de álcool/outras drogas e ameaça de prisão por descumprimento. O alcance da população é baixo, pois apenas os motoristas alcoolizados reincidentes são afetados.</p>
Programas de supervisão intensiva	+++	++	<p>Os tribunais de DSI podem produzir impedimentos a curto e longo prazo para a reincidência. São necessárias avaliações experimentais adicionais de tribunais de DSI para demonstrar sua eficácia de forma mais definitiva.</p> <p>O alcance da população é baixo, pois apenas motoristas alcoolizados reincidentes provavelmente serão afetados.</p>
Tribunais específicos para DSI	++	++	<p>O alcance da população é baixo, pois apenas motoristas alcoolizados reincidentes provavelmente serão afetados.</p>
Estratégia ou intervenção	Eficácia ³	Amplitude do apoio à pesquisa. ¹	Comentários
Dispositivos de bloqueio	+ + + +		<p>Os bloqueios podem ser eficazes na redução da reincidência quando obrigatórios. Os efeitos limitam-se principalmente ao período da instalação do bloqueio interno, mas alguns estudos mostram uma redução da reincidência a longo prazo. O alcance da população é limitado àqueles pegos dirigindo alcoolizados. Os valores cobrados do usuário provavelmente são uma barreira à aceitação.</p>
Impacto da vítima	0 ++	Evidência de nenhuma eficácia. Baixo alcance populacional,	

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Painéis			pois apenas os reincidentes são afetados.

^a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se tirar uma conclusão.

^b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem concebidos concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas não há nenhuma análise integrativa disponível ou nenhuma que inclua PBMRs; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos, os quais permitem análise integrativas da literatura ou metanálises, sendo que houve alguns testes em países de baixa e média renda.

^c Para mais informações, consulte o  apêndice on-line 1.

Os PBMRs enfrentam desafios especiais na prevenção de acidentes e fatalidades relacionados ao álcool em relação aos PARs, incluindo uma interação entre o consumo de álcool e as piores condições das estradas, maior número de passageiros, maior densidade e diversidade de veículos, maior mistura de pedestres, veículos não motorizados e motorizados, tráfego e limitações de recursos que podem ser dedicados à melhoria da segurança no trânsito (Mohan 2002; O'Neill e Mohan 2002). A falta de financiamento, recursos humanos, equipamento e apoio político podem ser barreiras sérias para a implementação e aplicação de políticas eficazes contra o álcool combinado com a condução (Davis *et al.* 2003). A aplicação dos limites legais de CAS, por exemplo, pode ser impossível quando a polícia não possui equipamento de teste de bafômetro.

Há considerações adicionais para a política em PBMRs. As políticas precisam levar mais em conta os danos causados a terceiros. Para cada motorista bêbado, há também mais passageiros em risco (Shield *et al.* 2020). Uma intervenção política de alto impacto para os países de baixa e média renda seria a introdução de um limite de zero CAS que também é aplicado para motoristas profissionais (particularmente aqueles que dirigem táxis, transportes pequenos e ônibus) (Organização Mundial da Saúde

2015). As comunidades precisam aplicar estratégias que são conhecidas por serem eficazes, como o TRA, a fim de fazer cumprir as leis CAS.

A obtenção de dados de avaliação adequados também é um problema. Em muitos países de baixa e média renda, ainda há falta de dados sobre segurança no trânsito em geral e, em particular, sobre a direção prejudicada pelo efeito de alguma substância. Embora haja muito a aprender com a pesquisa acerca do que é eficaz nos países desenvolvidos, políticas e outras intervenções devem ser desenvolvidas, adaptadas e avaliadas dentro dos contextos culturais e de recursos específicos dos países de baixa e média renda. Por fim, oferecer assistência técnica e apoio aos países em desenvolvimento para que eles possam lidar com a condução comprometida foi identificado como sendo uma questão importante (Davis *et al.* 2003).

Em conclusão, um dos sucessos mais importantes da política de saúde pública na segunda metade do século XX foi a redução de acidentes de trânsito envolvendo álcool, particularmente em países de alta renda. Evidências internacionais sugerem que as contramedidas à condução sob o efeito de álcool podem produzir consistentemente a redução a longo prazo, em toda a população, do número de acidentes relacionados ao álcool combinado à condução. O reconhecimento dos problemas remanescentes, como a reincidência persistente entre motoristas muito comprometidos e que oferecem alto risco, não deve diminuir as enormes conquistas das últimas décadas. Também está claro, no entanto, que muitos países, especialmente aqueles em regiões de baixa renda do mundo, não se beneficiaram igualmente desses avanços. À medida que as populações desses países se adquiriram condições de comprar e dirigir automóveis, os problemas associados à direção comprometida se tornarão ainda mais agudos.

Referências

Albalade D (2006) *Lowering blood alcohol content levels to save lives: The European experience*. Barcelona: Research Institute of Applied Economics, University of Barcelona. Report number: IREA Working Paper No 200603. http://www.ub.edu/irea/working_papers/2006/200603.pdf

Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, *et al.* (2011) Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for

change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001–10) conducted in Brazil. *Addiction*, 106, 2124–31.

Asbridge M, Mann RE, Smart RG, *et al.* (2009) The effects of Ontario's administrative driver's licence suspension law on total driver fatalities: a multiple time series evaluation of Ontario and two control provinces. *Drugs Educ Prevent Policy*, 16, 140–51.

Asbridge M, Mann RE, Stoduto G, *et al.* (2004) The criminalization of impaired driving in Canada: assessing the deterrent impact of Canada's first per se law. *J Stud Alcohol*, 65, 450–9.

Bean P, Kay B, Bean J, *et al.* (2014) Recidivism risk of repeat intoxicated drivers monitored with alcohol biomarkers. *Alcohol Treat Q*, 32, 433–44.

Beck K and Moser M (2006) Does the type of exposure to a roadside sobriety checkpoint influence driver perceptions regarding drunk driving? *Am J Health Behav*, 30, 268–77.

Benotsch EG, Martin AM, Koester S, *et al.* (2015) Driving under the influence of prescription drugs used nonmedically: associations in a young adult sample. *Subst Abus*, 36, 99–105. Benson BL, Rasmussen DW, and Mast BD (1999) Detering drunk driving fatalities: an economics of crime perspective. *Int Rev Law Econ*, 19, 205–25.

Bergen G, Pitan A, Schults R, *et al.* (2014) Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*, 46, 529–39.

Blais É, Bellavance F, Marcil A, *et al.* (2015) Effects of introducing an administrative .05% blood alcohol concentration limit on law enforcement patterns and alcohol-related collisions in Canada. *Accid Anal Prev*, 82, 101–11.

Brazil N and Kirk DS (2016) Uber and metropolitan traffic fatalities in the United States. *Am J Epidemiol*, 184, 192–8.

Brown TL, Lee JD, and Fiorentino D (2018) Effects of alcohol at 0.05% blood alcohol concentration (CAS) on low speed urban driving. *Traffic Inj Prev*, 19, S175–7.

Browning S and Thompson K (2016) Specific deterrence and the infrequent use of sobriety checkpoints. *Security*, 29, 340–51.

Byrne PA, Ma T, Mann RE, *et al.* (2016) Evaluation of the general deterrence capacity of recently implemented (2009–2010) low and Zero CAS requirements for drivers in Ontario. *Accid Anal Prev*, 88, 56–67.

Castano R (2012) The drink driving situation in Colombia. *Traffic Inj Prev*, 13, 120–5.

Cestac J and Delhomme P (eds.) (2012) *European Road Users' Risk Perception and Mobility*. SARTRE Consortium.

Chamberlain E and Solomon R (2008) Zero blood alcohol concentration limits for drivers under 21: lessons from Canada. *Inj Prev*, 14, 123–8.

Chang H-L and Yeh C-C (2004) The life cycle of policy for preventing road accidents: an empirical example of the policy for reducing drunk driving crashes in Taipei. *Accid Anal Prev*, 36, 809–18.

Chen TY and Jou RC (2018) Estimating factors of individual and regional characteristics affecting the drink driving recidivism. *Accid Anal Prev*, 119, 16–22.

Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, *et al.* (2015) Relative risk of injury from acute alcohol consumption: modeling the dose-response relationship in emergency department data from 18 countries. *Addiction*, 110, 279–88.

Davenport S, Robbins M, Cerdá M, *et al.* (2020) Assessment of the impact of implementation of a zero blood alcohol concentration law in Uruguay on moderate/severe injury and fatal crashes: a quasi-experimental study. *Addiction*, 116, 1054–1062.

Davis A, Quimby A, Odera W, *et al.* (2003) *Improving road safety by reducing impaired driving in developing countries: a scoping study*. Crowthorne: Transportation Research Laboratory. <http://www.grsproadsafety.org/themes/default/pdfs/Impaired%20driving%20final.pdf>

Desapriya E, Shimizu S, Pike I, *et al.* (2007) Impact of lowering the legal blood alcohol concentration limit to 0.03 in male, female and teenage drivers involved in alcohol-related crashes in Japan. *Int J Inj Contr Saf Promot*, 14, 181–7.

DeYoung DJ (1997) An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. *Addiction*, 92, 989–97.

DeYoung DJ, Tashima HN, and Maston SV (2005) An evaluation of the effectiveness of ignition interlock in California. In: Marques PR (ed.) *Alcohol Ignition Interlock Devices. Volume II: Research, Policy, and Program Status*. Oosterhout: International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, p. 42–52.

Dill P and Wells-Parker E (2006) Court-mandated treatment for convicted drinking drivers. *Alcohol Res Health*, 29, 41–8.

Dinh-Zarr T, Goss C, Heitman E, *et al.* (2004) Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD001857.

Ditsuwan V, Lennert Veerman J, Bertram M, *et al.* (2013) Cost-effectiveness of interventions for reducing road traffic injuries related to driving under the influence of alcohol. *Value Health*, 16, 23–30.

Ditter S, Elder R, Shults D, *et al.* (2005) Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol impaired driving: a systematic review. *Am J Prev Med*, 28, 280–7.

Drummond A, Sullivan G, and Cavallo A (1992) *An Evaluation of the Random Breath Testing Initiative in Victoria 1989–1990*. Clayton: Monash University Accident Research Centre, Monash University. Report number: Report no. 37.

Eichelberger AH and McCartt AT (2016) Impaired driving enforcement practices among state and local law enforcement agencies in the United States. *J Saf Res*, 58, 41–7.

Elder RW, Shults RA, Sleet DA, *et al.* (2002) Effectiveness of sobriety checkpoints for reducing alcohol-involved crashes. *Traffic Inj Prev*, 3, 266–74.

Erke A, Goldenbeld C, and Vaa T (2009) The effects of drink-driving checkpoints on crashes: a meta-analysis. *Accid Anal Prev*, 41, 914–23.

Fell JC and Scherer M (2017) Estimation of the potential effectiveness of lowering the blood alcohol concentration (CAS) limit for driving from 0.08 to 0.05 grams per deciliter in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*, 41, 2128–39.

Fell JC, Scherer M, Thomas S, *et al.* (2016) Assessing the impact of twenty underage drinking laws. *J Stud Alcohol Drugs*, 77, 249–60.

Fell JC, Tippetts AS, and Ciccel JD (2010) An evaluation of three driving-under-the-influence courts in Georgia. *Annals of advances in automotive medicine*. Association for the Advancement of Automotive Medicine. *Annu Sci Conf*, 54, 1–13.

Fell JC and Voas RB (2009) Reducing illegal blood alcohol limits for driving: effects on traffic safety. In: Verster JC, Pandi-Perumal SR, Ramaekers JG, and de Gier JJ (eds.) *Drugs, Driving and Traffic Safety*. Basel: Birkhäuser Basel, p. 414–37.

Ferris J, Killian J, and Lloyd B (2017) Alcohol-related serious road traffic injuries between 2000 and 2010: a new perspective to deal with administrative data in Australia. *Int J Drug Policy*, 43, 104–12.

Flowers N, Naimi T, Brewer R, *et al.* (2008) Patterns of alcohol consumption and alcohol-impaired driving in the United States. *Alcohol Clin Exp Res*, 32, 639–44.

Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) (2016) Global information system on alcohol and health. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/

Greenwood B and Wattal S (2017) Show me the way to go home: an empirical investigation of ride-sharing and alcohol related motor vehicle fatalities. *MIS Quarterly*, 41, 163–87.

Gruenewald PJ, Mitchell PR, and Treno AJ (1996) Drinking and driving: drinking patterns and drinking problems. *Addiction*, 91, 1637–49.

Haghpanahan H, Lewsey J, Mackay DF, *et al.* (2019) An evaluation of the effects of lowering blood alcohol concentration limits for drivers on the rates of road traffic accidents and alcohol consumption: a natural experiment. *Lancet*, 393, 321–9.

Hartling L, Wiebe N, Russell K, *et al.* (2004) Graduated driver licensing for reducing motor vehicle crashes among young drivers. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD003300.

Hingson RW, Heeren T, and Winter M (1994) Effects of lower legal blood alcohol limits for young and adult drivers. *Alcohol Drug Driving*, 10, 243–52.

Homel R (1988) Random breath testing in Australia: a complex deterrent. *Austr Drug Alcohol Rev*, 7, 231–41.

Hemel R (1993) Random breath testing in Australia: getting it to work according to specifications. *Addiction*, 88 (Suppl.), 27–33S.

Jiang H, Livingston M, and Manton E (2014) The effects of random breath testing and lowering the minimum legal drinking age on traffic fatalities in Australian states. *Inj Prev*, 21, 77–83.

Lapham SC, C’de Baca J, McMillan GP, *et al.* (2006a) Psychiatric disorders in a sample of repeat impaired-driving offenders. *J Stud Alcohol*, 67, 707–13.

Lapham SC, Kapitula LR, C’De Baca J, *et al.* (2006b) Impaired-driving recidivism among repeat offenders following an intensive court-based intervention. *Accid Anal Prev*, 38, 162–9.

Legge JS and Park J (1994) Policies to reduce alcohol-impaired driving: evaluating elements of deterrence. *Soc Sci Q*, 75, 594–606.

Lenk KM, Nelson TF, Toomey TL, *et al.* (2016) Sobriety checkpoint and open container laws in the United States: associations with reported drinking-driving. *Traffic Inj Prev*, 17, 782–7. Ma T, Byrne PA, Bhatti JA, *et al.* (2016) Program design for incentivizing ignition interlock installation for alcohol-impaired drivers: the Ontario approach. *Accid Anal Prev*, 95, 27–32.

Ma T, Byrne PA, Haya M, *et al.* (2015) Working in tandem: the contribution of remedial programs and roadside licence suspensions to drinking and driving deterrence in Ontario. *Accid Anal Prev*, 85, 248–56.

MacDonald JM, Morral AR, Raymond B, *et al.* (2007) The efficacy of the Rio Hondo DUI court: a 2-year field experiment. *Eval Rev*, 31, 4–23.

Malhotra N, Starkey NJ, and Charlton SG (2017) Driving under the influence of drugs: perceptions and attitudes of New Zealand drivers. *Accid Anal Prev*, 106, 44–52.

Mann R, Macdonald S, Stoduto G, *et al.* (2001) Effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: international review. *Accid Anal Prev*, 33, 569–83.

Mann RE, Vingilis ER, Gavin D, *et al.* (1991) Sentence severity and the drinking driver: relationships with traffic safety outcome. *Accid Anal Prev*, 23, 483–91.

Marques PR (2009) The alcohol ignition interlock and other technologies for the prediction and control of impaired drivers. In: Verster JC, Pandi-Perumal, SR, Ramaekers JG, and J.J. de Gier (eds.) *Drugs, Driving, and Traffic Safety*. Basel: Birkhäuser, p. 457–76.

Marques PR (2010) Ignition interlocks: review of the evidence. *Blutalkohol*, 47, 318–27.

Marques PR and Voas RB (2005) Interlock CAS tests, alcohol biomarkers, and motivational interviewing: methods for detecting and changing high-risk offenders. In: Marques PR (ed.) *Alcohol Ignition Interlock Devices. Volume II: Research, Policy, and Program Status*. Oosterhout: International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, p. 25–41.

Martin S, Grube JW, Voas RB, *et al.* (1996) Zero tolerance laws: Effective policy? *Alcohol Clin Exp Res*, 20, 147–50.

Masten SV and Foss RD (2010) Long-term effect of the North Carolina graduated driver licensing system on licensed driver crash incidence: a 5-year survival analysis. *Accid Anal Prev*, 42, 1647–52.

Masten SV and Hagge RA (2004) Evaluation of California's graduated driver licensing program. *J Saf Res*, 35, 523–35.

Mazareanu E (2019) Monthly users of Uber's ride-sharing app worldwide 20162019. <https://www.statista.com/statistics/833743/us-users-ride-sharing-services/>

McCartt AT, Teoh ER, Fields M, *et al.* (2010) Graduated licensing laws and fatal crashes of teenage drivers: a national study. *Traffic Inj Prev*, 11, 240–8.

McCartt AT and Williams AF (2004) Characteristics of fatally injured drivers with high blood alcohol concentrations (CAS). *Proceedings of the 17th International Conference on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety*. Glasgow: The International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety.

McGinty EE, Tung G, Shulman-Laniel J, *et al.* (2017) Ignition interlock laws: effects on fatal motor vehicle crashes, 1982–2013. *Am J Prev Med*, 52, 417–23.

McKnight AJ and Voas RB (2001) Prevention of alcohol-related road crashes. In: Heather N, Peters TJ, and Stockwell T (eds.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. Chichester: John Wiley and Sons, p. 741–70.

Miller PG, Curtis A, Sonderlund A, *et al.* (2015) Effectiveness of interventions for convicted DUI offenders in reducing recidivism: a systematic review of the peer-reviewed scientific literature. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 41, 16–29.

Miller T, Blewden M, and Zhang J (2004) Cost savings from a sustained compulsory breath testing and media campaign in New Zealand. *Accid Anal Prev*, 36, 783–94.

Miller TR, Lestina DC, and Spicer RS (1998) Highway crash costs in the United States by driver age, blood alcohol level, victim age, and restraint use. *Accident Analysis & Prevention*, 30, 137–50.

Mills K, Hodge W, Johansson K, *et al.* (2008) An outcome evaluation of the New South Wales Sober Driver Programme: a remedial programme for recidivist drink drivers. *Drug Alcohol Rev*, 27, 65–74.

Mitchell O, Wilson DB, Eggers A, *et al.* (2012) Assessing the effectiveness of drug courts on recidivism: a meta-analytic review of traditional and non-traditional drug courts. *J Crim Justice*, 40, 60–71.

Mohan D (2002) Road safety in less motorized environments: future concerns. *Int J Epidemiol*, 31, 527–32.

Møller M, Haustein S, and Prato CG (2015) Profiling drunk driving recidivists in Denmark. *Accid Anal Prev*, 83, 125–31.

Moore KA, Harrison M, Young MS, *et al.* (2008) A cognitive therapy treatment program for repeat DUI offenders. *J Crim Justice*, 36, 539–45.

Morrison CN, D'Ambrosia G, Kamba A, *et al.* (2021) Rideshare trips and alcohol-involved motor vehicle crashes in Chicago, *JSAD*, 82, 720–729.

Morrison CN, Jacoby SF, Dong B, *et al.* (2018). Ridesharing and motor vehicle crashes in 4 US cities: an interrupted time-series analysis. *Am J Epidemiol*, 187, 224–32.

Moskowitz H, Blomberg R, Burns M, *et al.* (2002) Methodological issues in epidemiological studies of alcohol crash risk. In: Mayhew DR and Dussault C (eds.) *Proceedings of the 16th International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety, Montreal, Canada, August 4–9 2002*. Québec: Société de l'assurance automobile du Québec, p. 45–50.

Mumenthaler M, Taylor J, O'Hara, *et al.* (1999) Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Health Res*, 23, 55–64.

National Highway Traffic Safety Administration (2008) *Traffic safety facts 2006*. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. Report number: NHTSA Publication No. DOT HS 810 818. <http://www-nrd.nhtsa.dot.gov/Pubs/TSF2006FE.PDF>

Ogden EJ and Moskowitz H (2004) Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic Inj Prev*, 5, 185–98.

O'Neill B and Mohan D (2002) Reducing motor vehicle crash deaths and injuries in newly motorizing countries. *BMJ*, 324, 1142–5.

Parmar J, McComb C, House P, *et al.* (2020) Breath tests in Western Australia: examining the economic dividends and effectiveness of general deterrence. *Accid Anal Prev*, 136, 105430. Available: doi: 10.1016/j.aap.2019.105430

Rehm J, Gmel GE, Gmel G, *et al.* (2017) The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*, 112, 968–1001.

Rehm J, Manthey J, Lange S, *et al.* (2020) Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction*, 115, 655–65.

Richardson E (2013) *A driving while intoxicated/suspended court list for Victoria*. Melbourne: Australian Centre for Justice Innovation, Monash University, Background Paper. https://www.monash.edu/_data/assets/pdf_file/0007/141829/extend-drink-driving-proj-background-paper-23-june-2013-v2.pdf

Room R (2004) Drinking and coming of age in a cross-cultural perspective. In: Bonnie RJ and O'Connor ME (eds.) *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*. Washington, DC: National Academy Press, p. 654–77. <https://www.robinroom.net/comofage.htm>

Ross HL (1982) *Deterring the Drinking Driver: Legal Policy and Social Control*. Lexington, MA: Lexington Books.

Ross HL and Klette H (1995) Abandonment of mandatory jail for impaired drivers in Norway and Sweden. *Accid Anal Prev*, 27, 151–7.

Ross HL and Voas RB (1989) *The New Philadelphia Story: The Effects of Severe Penalties for Drunk Driving*. Washington, DC: AAA Foundation for Traffic Safety.

Roth R, Voas R, and Marques P (2007) Mandating interlocks for fully revoked offenders: the New Mexico experience. *Traffic Inj Prev*, 8, 20–5.

Ruhm CJ (1996) Alcohol policies and highway vehicle fatalities. *J Health Econ*, 15, 435–54. Scherer M and Fell JC (2019) Effectiveness of lowering the blood alcohol concentration (CAS) limit for driving from 0.10 to 0.08 grams per deciliter in the United States. *Traffic Inj Prev*, 20, 1–8.

Schermer CR, Moyers TB, Miller WR, *et al.* (2006) Trauma center brief interventions for alcohol disorders decrease subsequent driving under the influence arrests. *J Trauma Acute Care Surg*, 60, 29–34.

Sewell RA, Poling J, and Sofuoglu M (2009) The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict*, 18, 185–93.

Shield KD, Manthey J, Rylett M, *et al.* (2020) National, regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*, 5, E51–61.

Shults R, Elder R, Sleet D, *et al.* (2001) Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *Am J Prev Med*, 21, 66–88.

Shults RA, Sleet DA, Elder RW, *et al.* (2002) Association between state level drinking and driving countermeasures and self reported alcohol impaired driving. *Inj Prev*, 8, 106–10.

Simpson HM, Beirness DJ, Robertson RD, *et al.* (2004) Hard core drinking drivers. *Traffic Inj Prev*, 5, 261–9.

Sloan FA, Chepke LM, Davis DV, *et al.* (2013) Effects of admission and treatment strategies of DEB courts on offender outcomes. *Accid Anal Prev*, 53, 112–20.

Sloan FA, Gifford EJ, Eldred LM, *et al.* (2016) Does the probability of DEB arrest fall following participation in DEB and hybrid drug treatment court programs? *Accid Anal Prev*, 97, 197–205.

Solomon R and Chamberlain E (2014) Federal impaired driving policy: moving beyond half measures. *Can Public Policy*, 40, 15–30.

Sorbello J, Devilly G, Allen C, *et al.* (2018) Fuel-cell breathalyser use for field research on alcohol intoxication: an independent psychometric evaluation. *Peer J*, 6, e4418.

Stout E, Sloan F, Liang L, *et al.* (2000) Reducing harmful alcohol-related behaviors: effective regulatory methods. *J Stud Alcohol*, 61, 402.

Tavares AF, Mendes SM, and Costa CS (2008) The impact of deterrence policies on reckless driving: the case of Portugal. *Eur J Crim Policy Res*, 14, 417–29.

Tippetts AS, Voas RB, Fell JC, *et al.* (2005) A meta-analysis of .08 CAS laws in 19 jurisdictions in the United States. *Accid Anal Prev*, 37, 149–61.

Treno AJ and Holder HD (1997) Community mobilization, organizing, and media advocacy: a discussion of methodological issues. *Eval Rev*, 21, 166–90.

Valencia-Martín J, Galán I, and Rodríguez-Artalejo F (2008) The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*, 103, 749–57.

Vanlaar WGM, Mainegra Hing M, and Robertson RD (2017) An evaluation of Nova Scotia's alcohol ignition interlock program. *Accid Anal Prev*, 100, 44–52.

Voas R, Torres P, Romano E, *et al.* (2012) Alcohol-related risk of driver fatalities: an update using 2007 data. *J Stud Alcohol Drugs*, 73, 341–50.

Voas RB (2014) Enhancing the use of vehicle alcohol interlocks with emerging technology. *Alcohol Res Curr Rev*, 36, 81–90.

Voas RB and DeYoung DJ (2002) Vehicle action: effective policy for controlling drunk and other high-risk drivers? *Accid Anal Prev*, 34, 263–70.

Voas RB and Marques PR (2003) Barriers to interlock implementation. *Traffic Inj Prev*, 4, 183–7. Voas RB, Tippetts AS, Bergen G, *et al.* (2016) Mandating treatment based on interlock performance: evidence for effectiveness. *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 1953–60.

Wagenaar A, Maldonado-Molina M, Ma L, *et al.* (2007a) Effects of legal CAS limits on fatal crash involvement: analyses of 28 states from 1976 through 2002. *J Saf Res*, 38, 493–9.

Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, Erickson DJ, *et al.* (2007b) General deterrence effects of U.S. statutory DUI fine and jail penalties: long-term follow-up in 32 states. *Accid Anal Prev*, 39, 982–94.

Wang Z, Zhang Y, Zhou P, *et al.* (2015) The underestimated drink driving situation and the effects of zero tolerance laws in China. *Traffic Inj Prev*, 16, 429–34.

Watson A, Freeman J, Imberger K, *et al.* (2017) The effects of licence disqualification on drink-drivers: is it the same for everyone? *Accid Anal Prev*, 107, 40–7.

Wells-Parker E (2000) Assessment and screening of impaired driving offenders: an analysis of underlying hypotheses as a guide for development of validation strategies. *Proceedings of the 15th International Conference on Alcohol, Drugs, and Traffic Safety*. Stockholm: Ekom Press.

Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, *et al.* (1995) Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90, 907–26.

Wheeler DR, Rogers EM, Tonigan JS, *et al.* (2004) Effectiveness of customized Victim Impact Panels on first-time DEB offender inmates. *Accid Anal Prev*, 36, 29–35.

Wiliszowski CH, Fell JC, Scott McKnight A, *et al.* (2010) An evaluation of three intensive supervision programs for serious DEB offenders. *Ann Adv Automot Med*, 54, 375–87.

Williams AF, Ferguson SA, and Cammisa MX (2000) *Self-Reported Drinking and Driving Practices and Attitudes in Four Countries and Perceptions of Enforcement*. Arlington, VA: Insurance Institute for Highway Safety.

Williams AF, McCartt A, and Ferguson S (2007) Hardcore drinking drivers and other contributors to the alcohol-impaired driving problem: need for a comprehensive approach. *Traffic Inj Prev*, 8, 1–10.

Willis C, Lybrand S, and Bellamy N (2004) Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD004168.

World Health Organization (2015) *Report of the second technical consultation on drug use and road safety, 16–17 December, Mallorca, Spain*. <https://www.who.int/>

violence_injury_prevention/publications/road_traffic/Drug_use_and_road_safety_meeting_report_21June2017.pdf

World Health Organization (2018a) *Global status report on road safety 2018*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/276462/9789241565684-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2018b) ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: World Health Organization. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization (2018c) *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=>

World Health Organization (2018d) Regional prevalence, AAFs (15+), road traffic crash deaths by WHO region. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). <http://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1082?lang=en&nandshowonly=GISAH>

Yadav AK and Velaga NR (2019) Modelling the relationship between different blood alcohol concentrations and reaction time of young and mature drivers. *Transp Res F: Traffic Psychol Behav*, 64, 227–45.

Zador PL, Krawchuk SA, and Voas RB (2000) Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *J Stud Alcohol*, 61, 387–95.

12

MODIFICANDO O CONTEXTO DO CONSUMO: REDUZINDO DANOS NO AMBIENTE DE CONSUMO LICENCIADO E OUTROS CONTEXTOS

12.1 Introdução

O álcool é consumido em vários contextos, incluindo residências particulares, locais licenciados e outros ambientes, como parques, praias e carros. A maior parte das intervenções que abordam o contexto do consumo de álcool se aplicam a ambientes de consumo públicos, normalmente licenciados. Locais licenciados (por exemplo, bares, pubs, boates, recintos esportivos, restaurantes) podem estar sujeitos a regulamentações, como as de limitar o número de pessoas que poderão estar presentes no local e exigir treinamento da equipe.

Pesquisas anteriores se concentraram principalmente em locais *licenciados para beber* (ou seja, locais onde o consumo de álcool e a socialização são o foco principal), não apenas porque são ambientes sujeitos a regulamentações, mas também porque são ambientes de alto risco para problemas relacionados ao álcool (Graham e Homel 2008; Huckle *et al.* 2016). Como espaços públicos, a pesquisa e a avaliação podem ser realizadas nesses ambientes com a menor preocupação possível com a privacidade. Políticas e intervenções, porém, também foram aplicadas a outros contextos onde o consumo de álcool é permitido, mas não como foco principal, como locais de esportes e festivais. Além disso, algumas intervenções foram desenvolvidas para contextos de consumo social diferentes de instalações licenciadas, como festas ou a cultura da bebida em geral (Room *et al.* 2021).

12.1.1 Implementando intervenções para modificar o contexto de consumo

O conteúdo e a implementação de intervenções destinadas a modificar o contexto de consumo dependerão de uma série de considerações. Uma delas é a questão específica a ser abordada. As intervenções, por exemplo, podem concentrar-se em: o comportamento da equipe do local que controla (e por vezes contribui para) o consumo intenso de álcool e os danos relacionados ao álcool (consulte as revisões de Graham e Homel 2008; Hughes *et al.* 2012; Stevely *et al.* 2020); características do local, como aglomeração, que estão associadas a danos (Graham e Homel 2008); ou o ambiente mais amplo, incluindo problemas no espaço público fora dos locais (Townshley e Grimshaw 2013).

Em segundo lugar, o planejamento pode envolver a ponderação dos benefícios à saúde pública da intervenção em relação aos custos sociais e econômicos apoiados por pessoas e empresas quando as restrições são impostas. Isso significa levar em consideração a função de beber como uma atividade que propicia um “tempo para reflexão” (Cavan 1966; Graham e Homel 2008) e as recompensas financeiras e outras relevantes para os operadores e funcionários do local, bem como o papel econômico das instalações licenciadas e o economia noturna em geral (Hobbs *et al.* 2000). Essas preocupações podem limitar o escopo da intervenção, ocasionalmente impedindo que ela seja totalmente implementada.

Uma terceira consideração é a cultura mais ampla e o papel do álcool dentro dessa cultura. Conforme descrito mais adiante neste capítulo, por exemplo, o policiamento e outras abordagens de fiscalização que são bem-sucedidas em um contexto cultural, podem não ser bem-sucedidas em outro. Em quarto lugar, a intervenção mais adequada pode depender de o foco estar no consumo de álcool, nos danos relacionados ao álcool ou em ambos. As estratégias relacionadas ao consumo “per se” de álcool normalmente se concentram na redução do atendimento a indivíduos embriagados ou abaixo da idade mínima para beber. As estratégias que se concentram nos problemas relacionados ao álcool, por outro lado, podem reduzir o problema com sucesso, sem necessariamente alterar o consumo de álcool, embora a redução do consumo de álcool possa fazer parte do foco.

Por fim, é importante considerar, como se espera, que os componentes de uma intervenção atinjam a redução desejada no consumo ou problemas relacionados. A figura 12.1 mostra como as iniciativas de reforço da fiscalização afetam vários resultados imediatos e finais (Rammohan *et al.* 2011). Seguindo um caminho na figura, as iniciativas de fiscalização são hipotetizadas para aumentar o treinamento responsável no serviço de bebidas, melhorando assim a capacidade dos atendentes de detectar e recusar o serviço a pessoas embriagadas e, finalmente, reduzir o consumo excessivo de álcool e os danos relacionados.

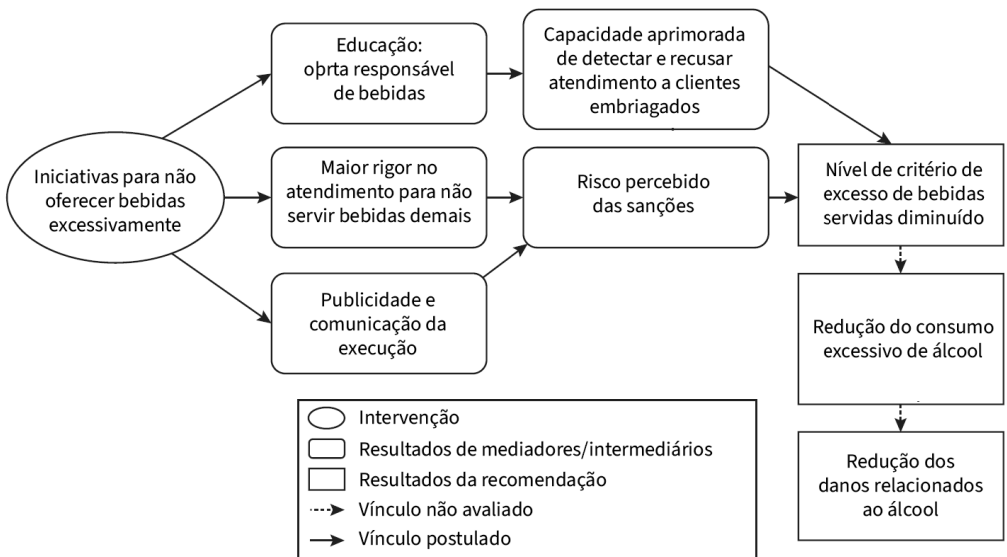


Figura 12.1 Estrutura analítica: aplicação aprimorada de iniciativas para impedir o excesso de bebidas alcoólicas sendo servidas.

Reproduzido com permissão de Rammohan V, Hahn RA, Elder R, *et al.* (2011) Efeitos da responsabilidade dos bares no tocante às bebidas alcoólicas e iniciativas aprimoradas de aplicação da lei de excesso de bebidas alcoólicas servidas acerca do consumo excessivo de álcool e danos relacionados. *Revista Americana de Medicina Preventiva*, 41(3):334–343.

Este modelo também oferece um roteiro para avaliação, ou seja, a avaliação pode abordar qualquer uma ou todas as seguintes questões relacionadas a metas de curto e longo prazo: o treinamento de atendentes aumentou como resultado da fiscalização? O conhecimento, atitudes


e habilidades do atendente mudaram? O atendimento prático por parte dos atendentes mudou? Houve alguma mudança mensurável no número ou proporção de pessoas embriagadas no local? O treinamento alcançou o resultado final, ou seja, reduziu os danos como violência, acidentes automobilísticos ou mortes?

Há três considerações de avaliação adicionais na mudança do contexto de consumo, normalmente abordadas apenas quando as intervenções demonstraram ter os resultados intermediários e finais desejados: a intervenção ainda é eficaz quando aplicada em outras situações, ou seja, fora do ambiente de pesquisa original? O impacto é sustentável? A intervenção tem boa relação custo-benefício?

Por fim, sobrepõe-se a essas considerações o impacto da pandemia do coronavírus (COVID-19) e outras doenças infecciosas nos contextos de consumo. A pandemia global do coronavírus (COVID-19), iniciada em 2020, teve um efeito profundo no funcionamento de estabelecimentos licenciados e outros contextos de consumo de bebidas em todo o mundo, fechando estabelecimentos ou impondo restrições de distanciamento social e uso de máscara protetora a pessoas bebendo socialmente para reduzir o alto risco de contágio nesses locais (consulte o quadro 2.1 no capítulo 2). A combinação de regulamentações e expectativas normativas sobre os riscos, provavelmente reduziu o consumo de álcool em locais públicos.

12.1.2 Uma estrutura de abordagens para modificar o contexto de consumo

Intervenções para modificar o contexto de consumo podem reduzir o consumo de álcool ou problemas relacionados ao:

(1) mudar o comportamento dos indivíduos no contexto da bebida; (2) modificar aspectos do próprio local (por exemplo, comportamento da equipe, políticas); (3) melhorar as práticas regulatórias e de policiamento que controlam as práticas locais; e (4) adotar uma abordagem comunitária coordenada para implementar intervenções nos níveis 1 a 3. As evidências relacionadas a esses níveis de intervenção estão resumidas neste capítulo. Além disso, há mais detalhes acerca das intervenções e suas avaliações nas tabelas A12.1 a A12.4 e no  apêndice on-line 2.

12.2 Intervenções para mudar o comportamento das pessoas no contexto da bebida

As intervenções preventivas, focadas em modificar o comportamento das pessoas em relação aos outros no ambiente em que há bebida, são relativamente novas. Muitas se baseiam na responsabilidade entre colegas, na influência exercida pelo grupo e em uma função geral de proteção em relação a certas pessoas que bebem, dentro da cultura do consumo de bebidas alcoólicas em geral. Outros programas se concentram na segurança das pessoas no contexto mais amplo do consumo de álcool, como, por exemplo, à medida que saem dos locais, principalmente em áreas com alta densidade de instalações licenciadas.

12.2.1 Intervenções focadas em pares

Intervenções focadas em pares são implementadas para evitar a embriaguez e danos entre pessoas e grupos por meio do recurso do grupo. A *SafeNights*, por exemplo, uma intervenção que durou de 7 a 10 minutos, foi entregue a grupos de jovens que cruzavam a fronteira dos Estados Unidos para beber no México, onde a idade mínima para beber era menor (Kelley-Baker *et al.* 2011). Mais tarde, a *SafeNights* foi modificada para uso em campus universitários e outros “abrigos” onde há grande possibilidade de eventos regados a muita bebida (Brooks *et al.* 2013). O programa se baseia no apoio dos pares e na responsabilidade do grupo, com o objetivo de reduzir o consumo de álcool e diminuir a vitimização de mulheres jovens. O programa obteve sucesso parcial na redução da vitimização sexual de mulheres (Kelley-Baker *et al.* 2011) e algumas outras formas de agressão (Brooks *et al.* 2013), mas não resultou em um menor consumo de álcool ou na diminuição da agressão em geral. Da mesma forma, a avaliação de uma intervenção móvel apoiada em grupos que usou uma abordagem de grupo de pares para promover a segurança e evitar a condução e uso de bicicletas sob o efeito de álcool (Byrnes *et al.* 2019) constatou um aumento nas ações para manter outros membros do grupo seguros e reduzir a CAS dos clientes que saem dos locais, apesar de não ter sido registrado nenhum impacto sobre outros resultados.

O projeto piloto *Mentoria Sisonke e Intervenção por meio de Orientações* em Tshwane, África do Sul, incluiu a intervenção de pares e um breve aconselhamento (Morojele *et al.* 2014) para reduzir a contaminação com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o risco de outros danos. O projeto piloto demonstrou a viabilidade da abordagem, mas, não mediou outros resultados.

As intervenções acima se baseiam em evidências de que o hábito de beber das pessoas é altamente influenciado pelas normas de consumo de outras pessoas em seu grupo de consumo (MacAndrew e Edgerton 1969; Room *et al.* 2021). Para abordar essas normas diretamente, a Iniciativa de Mudança da Cultura do Álcool da VicHealth, na Austrália, demonstrou a viabilidade de implementar uma série de intervenções de saúde pública para mudar as normas de consumo em culturas de consumo intenso em todo o mundo e, assim, reduzir o consumo de risco e os problemas associados (VicHealth 2019a, b).

12.2.2 Treinamento de intervenção por parte de espectadores para impedir a agressão sexual

Programas para treinar espectadores a impedir a agressão sexual, especialmente em ambientes regados a bebida, foram desenvolvidos em escolas secundárias, faculdades e universidades (Langhinrichsen-Rohling *et al.* 2011; Banyard *et al.* 2014; Bennett e Banyard 2016; Powers e Leili 2018). O treinamento de espectadores foi considerado eficaz na mudança de atitudes, conhecimento e comportamento de intervenção dos participantes e também na diminuição das atitudes de apoio ao estupro, mas não demonstrou impacto na perpetração ao estupro (Katz e Moore 2013).

Os programas de treinamento de espectadores são importantes porque se aplicam a todos os ambientes públicos onde se bebe, incluindo ambientes não licenciados, como festas, tendo sido amplamente adotados em ambientes educacionais na América do Norte. Seu sucesso na prevenção de agressão sexual a mulheres, contudo, especificamente em contextos de consumo de álcool não foi avaliado, de modo que a aplicabilidade transcultural para populações não estudantis não foi demonstrada.

12.2.3 Serviços de assistência aos consumidores de bebidas alcoólicas na saída dos bares

As intervenções para prestar assistência aos clientes depois de sair dos estabelecimentos onde bebem normalmente se concentram em áreas com alta densidade de estabelecimentos semelhantes. Essas intervenções foram vistas de forma positiva pelos usuários (Irving *et al.* 2020), de modo que um estudo constatou casos em que ficou evidente que, graças a essa iniciativa, houve clientes que deixaram de recorrer a serviços hospitalares de emergência (Moore *et al.* 2021), enquanto outro constatou uma redução dos casos de agressões graves, não havendo, porém, nenhuma alteração impactante no número de agressões comuns ou no uso de serviços hospitalares de emergência (Taylor *et al.* 2020).

Outras estratégias para lidar com os problemas quando os clientes deixam as instalações em áreas de alta densidade de bares incluem as filas de táxi supervisionadas (Hadfield 2009) e o prolongamento do horário do transporte público. Essas abordagens não mostraram evidências de impacto (Curtis *et al.* 2019b), embora possam ser úteis como parte de iniciativas que contêm vários elementos (Miller *et al.* 2014).

12.2.4 Resumo e implicações das políticas

As intervenções centradas nos pares e nos espectadores envolvem principalmente abordagens educacionais (semelhantes às descritas no Capítulo 10), embora sua força esteja em focar na influência dos pares e na disposição desses de se apoiarem e protegerem uns aos outros. Esse foco se baseia em pesquisas que mostram que os membros do grupo de pares são conhecidos por desempenhar um papel importante no consumo de álcool (Dumas *et al.* 2014) e na violência relacionada ao álcool (Dumas *et al.* 2015; Levine *et al.* 2012). Esse foco nos pares também se baseia na disposição das pessoas de modificar seu comportamento para a segurança dos outros (Byrnes *et al.* 2019) e se baseia em um senso de responsabilidade do grupo de pares que é particularmente predominante entre os jovens adultos.

Abordagens focadas no indivíduo normalmente requerem recursos substanciais para atingir um número relativamente pequeno de

pessoas, sendo a pesquisa principalmente realizada nos Estados Unidos. Essas intervenções, não obstante, podem desempenhar um papel importante, especialmente em contextos onde outras intervenções são ineficazes ou inviáveis.

Tais intervenções assumem potencialmente a função de “auxiliadoras” no ambiente, sendo elas consistentes com a teoria situacional de prevenção de crimes, a qual se baseia no fato de que o dano pode ser evitado por uma pessoa capaz que intercede como “guardiã”, para proteger a vítima em potencial, ou como “mediadora” para dissuadir o perpetrador em potencial (Felson 1995). Ademais, tais intervenções tendem a ser direcionadas a indivíduos que apresentam alto risco de sofrer danos, independentemente de onde bebam. Para faculdades e universidades, abordagens como o treinamento de observadores podem, portanto, valer o investimento.

12.3 Intervenções com foco no local

A forma como os locais são geridos e concebidos desempenha um papel crucial no nível de embriaguez dos clientes e no seu risco de danos (Madensen e Eck 2008; Tutenges e Bohling 2019). Consequentemente, foram desenvolvidas intervenções focadas no local para abordar o contexto do consumo de álcool por meio de treinamento de equipes e de gestão, mudança de políticas de bares e redução de outros riscos contextuais (consulte os Instrumentos de Ajuda para acessar o artigo Vida Noturna Saudável em <http://www.hntinfo.eu/>).

12.3.1 Políticas internas e de treinamento em relação à oferta de bebidas alcoólicas em locais licenciados

Muitas jurisdições possuem leis ou regulamentações que proíbem a oferta de bebidas alcoólicas a clientes menores de idade e embriagados. Essas leis, por si só, provaram ser amplamente ineficazes (por exemplo, ver Toomey *et al.* 2016). Portanto, programas chamados de treinamento de atendentes, intervenção de atendentes, oferta responsável de álcool

(ORA) ou **oferta responsável de bebidas (ORB)**¹² foram desenvolvidos para melhorar a eficácia dessas políticas. Os programas de ORBs concentram-se em melhorar as atitudes, conhecimentos, habilidades e práticas das pessoas envolvidas na oferta de bebidas alcoólicas (Toomey *et al.* 1998), com o objetivo principal de prevenir a embriaguez e o consumo de álcool por menores. Alguns programas incluem treinamentos à parte ou prolongados para gerentes no desenvolvimento de políticas de estabelecimentos (Toomey *et al.* 2008a), como a oferta de incentivos positivos para prevenir o consumo excessivo (por exemplo, promover alimentos, definir preços mais baratos para bebidas com baixo ou nenhum teor alcoólico, evitar preços especiais sobre bebidas alcoólicas) (Lang *et al.* 1998).

A ORB está entre as intervenções de contexto de consumo mais amplamente implementadas (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 110), supostamente mais comumente em países de baixa e média renda (87% dos países respondentes) do que nos PARs, embora apenas 13% dos países respondentes tenham exigido esse treinamento, e tem sido avaliada em países que não têm um longo histórico de pesquisas sobre políticas do álcool, como o Brasil (Pantani *et al.* 2012) e a África do Sul (Peltzer *et al.* 2006). Inúmeras análises (Bolier *et al.* 2011; Brennan *et al.* 2011; Jones *et al.* 2011; Rossow e Buvik 2017) concluíram que a maior parte dos programas de ORB resulta em conhecimento e atitudes aprimorados entre os participantes, embora esses efeitos possam diminuir com o tempo (Buka e Birdthistle 1999). As evidências, contudo, são confusas quanto ao impacto no comportamento de oferecer e no consumo de álcool e problemas relacionados a isso.

Devido aos efeitos limitados e inconsistentes do treinamento apenas do atendente, a programação foi desenvolvida com um foco maior na gestão e nas políticas da casa. A avaliação dessa abordagem combinada mostrou uma redução significativa no atendimento a clientes embriagados (Toomey *et al.* 2008a) e uma aceitação significativa das políticas e práticas recomendadas (Lenk *et al.* 2018; vide também Bolier *et al.* 2011); no entanto, esses efeitos também diminuiriam com o tempo. Apesar desses esforços para fortalecer o treinamento de ORBs e as intervenções

12 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

políticas, Toomey e colegas (2017) concluíram que eles são inadequados como a única abordagem para reduzir o consumo excessivo de álcool.

Um problema com a ORB é que ela entra em conflito com a principal missão dos estabelecimentos comerciais licenciados, que é a de ganhar dinheiro e garantir que os clientes se divirtam. Os impedimentos para o sucesso da ORB incluem incentivos financeiros para oferecer bebidas excessivamente, pouca motivação para aprender e aplicar as estratégias de ORBs, normas liberais para a embriaguez, baixa prioridade na aplicação das leis de atendimento e pressões para atender às demandas dos clientes durante os períodos de maior movimento (Buvik e Rossow 2017; Buvik e Tutenges 2017).

Como os programas de ORB tendem a ser altamente variáveis em qualidade e cobertura, a evidência de que um programa é bem-sucedido não significa necessariamente que todas as versões desse ou de qualquer outro programa de ORB serão bem-sucedidas. Os programas da ORB também não abordaram o gênero como um fator determinante no atendimento à embriaguez, apesar das evidências de que os funcionários do bar estejam mais dispostos a atender mulheres embriagadas do que homens (Buvik e Baklien 2016).

Em resumo, apesar de sua promessa inicial, é provável que o treinamento de ORBs e as políticas domésticas tenham, na melhor das hipóteses, um efeito modesto a curto prazo sobre o consumo de álcool pelos clientes, sendo que esse efeito dependerá da natureza do programa e da consistência de sua implementação. Os impactos positivos de ORBs não são apenas limitados, mas também existe o risco de que a ORB possa ser adotada como uma substituta para abordagens mais eficazes ou utilizadas pelo setor para promover seus próprios produtos (Pantani *et al.* 2012). O treinamento e as políticas de ORBs, porém, podem desempenhar uma função importante em intervenções de vários componentes em que o conhecimento de ORB é complementado por reforço da fiscalização ou outras pressões para evitar a oferta excessiva (consulte as seções 12.4 e 12.5 e a figura 12.1).

12.3.2 Intervenções para melhor gerenciar agressões e outros problemas

Intervenções focadas em violência e lesões vão além da mudança de práticas de atendimento. A embriaguez desempenha um papel causal

no comportamento agressivo (Bushman 1997), incluindo a violência em contextos de consumo comercial (Graham *et al.* 2006). O ambiente, incluindo funcionários agressivos do bar e sua invalidez de gerenciar o comportamento problemático (Wells *et al.* 1998; Hobbs *et al.* 2003; Graham *et al.* 2005a; Liesbt *et al.* 2019) também pode contribuir diretamente para a agressão, independente dos efeitos do álcool nos clientes. Como muitos problemas não podem ser evitados por meio de alterações nas práticas de atendimento (Graham e Homel 2008), é necessário um treinamento específico para funcionários dos bares que lidam com clientes agressivos.

Reduções na violência foram constatadas a partir de abordagens comunitárias abrangentes que incluíram intervenções para treinar e, por vezes, licenciar funcionários de segurança e outros funcionários de bares (vide a seção 12.5). O único programa independente criado para reduzir a violência por meio do aumento da capacidade da equipe de prevenir e controlar o comportamento agressivo, que foi avaliado, é o *Safer Bars* (Graham *et al.* 2008). Uma avaliação em larga escala constatou que o *Safer Bars* melhorou o conhecimento e as atitudes entre os funcionários (Graham *et al.* 2005b), tendo produzido uma redução estatisticamente significativa em incidentes agressivos moderados e graves, embora o tamanho da redução tenha sido modesto (Graham *et al.* 2004). O treinamento foi aplicado com sucesso em outros países (Stevley *et al.* 2012), mas nenhuma outra avaliação de resultado foi realizada.

A *agressão sexual* na forma de contato sexual indesejado e assédio é altamente prevalente em locais de consumo de bebidas (Graham *et al.* 2014). Em resposta, várias intervenções foram desenvolvidas em comunidades ao redor do mundo para resolver esse problema (por exemplo, <https://safebars.org/>). Recentemente, foram desenvolvidos programas de treinamento de pessoal modelados em programas de treinamento de espectadores bem-sucedidos (descritos na Seção 12.2), de modo que pesquisas preliminares sugerem que esse treinamento pode ser eficaz na mudança de conhecimentos, atitudes e vontade de intervir (Lopez 2018; Powers e Leili 2018), embora o impacto na incidência ou gravidade da agressão sexual ainda não tenha sido demonstrado.

As evidências sugerem que os programas de treinamento de pessoal podem reduzir a agressão em contextos de consumo de álcool. Ao contrário da ORB e de outras intervenções focadas no consumo de álcool,

as intervenções para prevenir o comportamento agressivo não necessariamente entram em conflito com a missão principal dos estabelecimentos comerciais de bebidas, que é a de ganhar dinheiro vendendo álcool e facilitar o prazer. Essas abordagens têm o potencial de reduzir os danos e são bem-vindas pelos licenciados, mas enfrentam obstáculos culturais (por exemplo, preocupações com a masculinidade, comportamentos tradicionais de consumo de álcool, papéis de gênero) que podem minimizar seu impacto.

12.3.3 Intervenções para abordar contextos de consumo de bebidas em recintos desportivos e em festivais

Altos níveis de embriaguez e a predominância da excessiva oferta de álcool foram identificados em eventos esportivos (Toomey *et al.* 2008b; Durbeej *et al.* 2017; Elgán *et al.* 2018) e festivais (Feltmann *et al.* 2020). A avaliação de duas intervenções envolvendo a implementação de 19 políticas de controle de álcool em festivais não constatou mudanças significativas no atendimento à embriaguez (Toomey *et al.* 2006), sugerindo que, como nas abordagens de ORB em locais de consumo, o treinamento e as políticas de ORB por si só podem ser insuficientes para afetar a mudança. Da mesma forma, um estudo sobre agressão sexual em festivais de música também concluiu que são necessárias melhorias nas políticas e no policiamento para reduzir a agressão (Fileborn *et al.* 2020).

Consistente com a necessidade identificada de política e fiscalização, uma abordagem abrangente com base na comunidade que incluiu a fiscalização aprimorada em estádios de futebol na Suécia (descrita na Seção 12.5) resultou em uma redução significativa no atendimento a pessoas embriagadas e nos níveis de intoxicação dos clientes. Também houve, porém, uma redução no local de comparação, dificultando a interpretação do impacto da intervenção (Elgán *et al.* 2021).

Intervenções focadas na bebida por membros de clubes esportivos mostraram resultados mistos. Uma intervenção que envolveu a gestão do clube em treinamento de ORB e políticas internas (Kingsland *et al.* 2015a) resultou em uma redução significativa no consumo **excessivo, perigoso e ocasional de álcool** entre os membros do clube (Kingsland *et al.* 2015b). Um segundo programa, contudo, principalmente educacional, constatou poucas evidências de eficácia (O’Farrell *et al.* 2018).

12.3.4 Outras intervenções específicas do local

Há evidências consistentes que ligam o ambiente de bebidas ao consumo de álcool e a problemas relacionados ao álcool, como a violência. Consequentemente, alguns programas incluíram avaliações de risco para ajudar os bares a lidar com riscos contextuais (vide Graham e Homel 2008). Nenhuma avaliação do impacto específico das avaliações de risco foi realizada. Também não há evidências de que as avaliações voluntárias de risco ambiental reduzam a violência, lesões e outros danos (vide, por exemplo, Moore *et al.* 2017).

Intervenções para eliminar os riscos de recipientes de vidro quebrados, contendo bebidas, sugerem que recipientes que não sejam de vidro (por exemplo, plástico, papel, metal) podem aumentar a segurança (Forsyth 2008), mas substituir vidro temperado por vidro comum é ineficaz, visto que o vidro temperado se estilhaça quando quebra e pode, portanto, aumentar as lesões dos funcionários do bar (Warburton e Shepherd 2000).

12.3.5 Resumo

Os programas de ORBs podem ser eficazes na mudança de conhecimento e comportamento dos funcionários, mas há evidências confusas sobre a obtenção de resultados finais, como a redução da intoxicação e outros danos. O treinamento de equipes para reduzir a agressão nos bares mostrou impactos positivos, mas as evidências são limitadas em termos de programas de treinamento independentes – o efeito é modesto e não há avaliação de impacto a longo prazo. O treinamento do espectador para prevenir a agressão sexual não foi avaliado especificamente para contextos de bebida.

Impedir o atendimento a pessoas embriagadas provou ser um problema particularmente intransigente, que dificilmente será resolvido simplesmente ensinando os atendentes a reconhecer sinais de embriaguez ou ajudando os gerentes a desenvolver políticas domésticas para prevenir a embriaguez, seja em um local para beber ou em um local esportivo licenciado. Assim, as intervenções focadas no local, especialmente se essas intervenções exigirem mudanças que são socialmente difíceis de serem implementadas (pode, por exemplo, ser desagradável para um atendente

recusar o serviço) ou financeiramente desvantajosas, normalmente precisam ser complementadas por policiamento ou pressões da comunidade que fazem com que as consequências negativas de atender pessoas embriagadas sejam maiores do que as consequências positivas de atendê-las.

12.4 Policiamento e abordagens regulatórias

As intervenções policiais e regulatórias usam a possibilidade de sanções regulatórias (por exemplo, a ameaça de perda ou suspensão da licença) para influenciar os vendedores de álcool licenciados a operar seus negócios com mais segurança. Essas intervenções incluem a fiscalização aprimorada, policiamento direcionado, estratégias voluntárias e outras abordagens legais ou regulatórias.

12.4.1 Aplicação aprimorada das leis de bebidas alcoólicas e policiamento proativo

Um estudo sobre o aumento da aplicação das leis que proíbem a venda de álcool a clientes embriagados em um estado dos EUA foi associado a uma diminuição significativa no atendimento a clientes embriagados e na direção sob o efeito de álcool (McKnight e Streff 1994), envolvendo a redução de custos devido a um menor número de acidentes envolvendo álcool, excedendo, assim, os custos da fiscalização aprimorada (Levy e Miller, 1995). Um estudo experimental de fiscalização aprimorada combinada e de treinamento de ORB em duas comunidades mostrou alguns impactos positivos nos 14 resultados relacionados ao consumo de álcool e de condução medidos, mas a evidência não foi consistente em relação ao impacto geral da melhoria (Fell *et al.* 2017).

O policiamento proativo envolvendo visitas regulares a licenciados foi considerado eficaz na redução de crimes e prisãoes relacionados ao álcool em alguns (Jeffs e Saunders 1983; Stewart 1993), mas não em todos os estudos (Burns *et al.* 1995), sendo que os efeitos normalmente não foram sustentados além do período de policiamento reforçado (vide a análise de Graham e Homel 2008).

Um estudo usando inspetores civis para complementar a polícia constatou maior conformidade com as regulamentações, mas não

mostrou nenhum impacto sobre os danos relacionados ao álcool (Wilkinson e MacLean 2013).

12.4.2 Policiamento direcionado

O policiamento direcionado também tem sido usado para modificar o contexto de consumo. Uma abordagem usa o local da “última bebida” para atingir as instalações de alto risco, perguntando às pessoas internadas no hospital ou acusadas de delitos relacionados ao álcool onde consumiram sua última bebida e, em seguida, concentrando a atenção da fiscalização nas instalações mencionadas com frequência. A natureza da “atenção” dada aos locais identificados a partir dos dados da última bebida varia de ofertas de ajuda para melhorar as práticas a consequências punitivas. Os dados da “última bebida” também foram usados como parte de programas de múltiplos componentes (por exemplo, Maguire *et al.* 2003) e para avaliar intervenções focadas no local (Fell *et al.* 2017).

O projeto de Vinculação do Álcool que utilizou a abordagem da última bebida na Austrália (Wiggers *et al.* 2004) tornou-se uma parte permanente do policiamento na área de julgamento e, finalmente, em todo o estado (Wiggers *et al.* 2016) com base em seu impacto positivo em crimes relacionados ao álcool, embora os resultados do estudo randomizado tenham ficado ligeiramente aquém da significância estatística. Uma abordagem semelhante no País de Gales envolveu o rastreamento dos últimos dados de bebidas de todas as apresentações de lesões violentas aos departamentos de emergência e a combinação desses dados com a inteligência policial para direcionar o policiamento para locais de alto risco, incluindo instalações licenciadas. Essa abordagem resultou em uma redução das lesões violentas (Florence *et al.* 2011) e também acarretou a adoção generalizada da abordagem em outras jurisdições (Mercer Kollar *et al.* 2020). Um pequeno projeto de demonstração, no entanto, envolvendo dados sobre o último consumo de álcool nos Estados Unidos (Ramirez *et al.* 2008) revelou evidências mistas de impacto sobre delitos de direção relacionados ao álcool.

A fiscalização direcionada na forma de policiamento de “pontos críticos” (ou seja, com foco em áreas de alto risco) tem sido associada a uma redução do crime em geral; no entanto, duas avaliações focadas

especificamente em locais para beber não constatarem nenhuma redução na violência (Frogner *et al.* 2013; Fitterer *et al.* 2017).

Em suma, os dados da “última bebida” tornaram-se uma ferramenta importante e aparentemente eficaz para focar as intervenções em locais de alto risco. Outras abordagens avaliadas para direcionar pontos de acesso, no entanto, não mostraram impactos significativos.

12.4.3 Regulamentação e coordenação voluntária e quase voluntária

Abordagens voluntárias e quase voluntárias para regulamentar locais licenciados, como códigos de prática, envolvem licenciados que trabalham com a polícia, governo local, grupos comunitários e outras partes interessadas. Esses “acordos” (Austrália, Nova Zelândia) e programas de credenciamento (Pubwatch, “Best Bar None”, Reino Unido) visam incentivar os operadores de estabelecimentos a adotar voluntariamente boas práticas, como limitar atividades e promoções associadas a danos relacionados ao álcool (McCarthy 2007).

Embora os acordos tenham alcançado alguns efeitos positivos a curto prazo (vide Graham e Homel 2008) e tenham oferecido um mecanismo para a coordenação da comunidade (Manton 2014), os acordos e outras abordagens voluntárias não mostraram uma redução consistente do consumo de álcool ou danos relacionados, possivelmente devido à dependência sobre a conformidade voluntária (Graham e Homel 2008), implementação inconsistente (Miller *et al.* 2014) e não participação de locais mais problemáticos (Curtis *et al.* 2016; Foster e Charalambides 2016).

Recentemente, abordagens coordenadas tornaram-se mais focadas em banir clientes problemáticos de instalações participantes ou áreas designadas, ou ainda “zonas”, por serem um distrito de entretenimento específico (Palmer e Warren 2014). Muitas são iniciativas policiadas menos “voluntárias” do que os acordos originais (Manton 2014) e incluem tecnologias como *scanners* de identidade para coordenar o banimento de usuários com a polícia e outros locais (Miller *et al.* 2016). Embora popular, não há evidências de que o banimento do cliente reduza o consumo geral de álcool ou os danos relacionados ao álcool (Curtis *et al.* 2016; Taylor *et al.* 2018), podendo até mesmo resultar em danos não intencionais (Søgaard 2018).

Embora as abordagens voluntárias e quase voluntárias tenham limitações, pode haver contextos ou culturas em que a autorregulação voluntária seja mais apropriada e possivelmente mais eficaz do que a regulamentação formal. Um exemplo é o projeto *Safe Shebeens* na África do Sul. Shebeens são lojas de bebidas alcoólicas ilegais e não regulamentadas. Essas saídas se tornaram o foco do policiamento direcionado por causa da violência associada e outros problemas (Herrick e Charman 2013), sendo que o policiamento formal foi considerado amplamente ineficaz (Charman *et al.* 2013) dado que esse policiamento desconsiderou os aspectos sociais, culturais e a importância econômica dos shebeens para a comunidade (Charman *et al.* 2014). O projeto *Safe Shebeens* (descrito no quadro 12.1) adotou uma abordagem voluntária para envolver a comunidade, com resultados preliminares, sugerindo algumas melhorias no ambiente de consumo (Ntshingila e Petersen 2015).

12.4.4 Licenciamento com base no risco

O licenciamento com base no risco (LBR) aplica critérios segundo os quais as condições de licenciamento de bebidas alcoólicas, incluindo taxas em algumas jurisdições, são baseadas em uma avaliação de fatores que provavelmente aumentam o risco de danos relacionados ao álcool. Os fatores de risco incluem capacidade do local, falta de treinamento da equipe, histórico de infrações, horário comercial tardio e densidade de pontos de venda da área (Fitterer *et al.* 2018; Miller *et al.* 2020).

O LBR apresenta as vantagens potenciais da eficiência administrativa, concentrando-se em instalações de alto risco e despontando como um veículo cujo alvo é a recuperação dos custos de policiamento ou financiamento do policiamento, regulamentação e inspeção mais extensos (Miller *et al.* 2020). As recompensas e punições, porém, normalmente aplicadas na maioria das jurisdições onde o LBR é implementado podem ser inadequadas para produzir mudanças significativas (Nepal *et al.* 2019). Atualmente, há pouca evidência de eficácia do LBR (por exemplo, Curtis *et al.* 2019a).

12.4.5 Responsabilidade legal dos atendentes, gerentes e proprietários de estabelecimentos licenciados

As leis de responsabilidade das lojas de bebidas nos Estados Unidos permitem que pessoas em alguns estados, que foram feridas por alguém menor de idade ou embriagado, recuperem os danos por meio de uma compensação por parte dos proprietários e funcionários dos estabelecimentos onde a pessoa que causou a lesão foi intimada (Mosher *et al.* 2002). Uma análise sistemática (Rammohan *et al.* 2011) concluiu que os estados com leis sobre lojas de bebidas alcoólicas tiveram menos mortes no trânsito e outros danos causados pelo álcool ao dirigir, sendo que pesquisas posteriores confirmaram esse impacto em motoristas jovens (Scherer *et al.* 2015). O impacto das leis das tabernas parece ser mediado por seus efeitos sobre as atitudes e o comportamento dos donos e funcionários dos bares (Sloan *et al.* 2000). Embora a pesquisa seja realizada principalmente dos Estados Unidos, alguns casos bem-sucedidos foram documentados no Canadá e na Austrália (Solomon e Payne, 1996).

Quadro 12.1 Projeto *Safe Shebeens*

O projeto *Safe Shebeens* foi desenvolvido em Sweet Home Farm, uma comunidade pobre com alto índice de desemprego e infraestrutura precária na província de Western Cape, na África do Sul. Embora grande parte da vida social ocorra em shebeens (lojas informais de bebidas alcoólicas), o Sweet Home Farm é um assentamento informal onde os residentes não possuem propriedades e não podem obter uma licença para comercializar bebidas; assim, os shebeens são ilegais, não regulamentados e associados a problemas, incluindo a violência. Shebeens, no entanto, também são uma importante fonte de renda, especialmente para as mulheres. Antes do projeto, 315 shebeeners (operadores de shebeen) foram solicitados por meio de pesquisas a identificar características, funções e problemas desses locais (Herrick e Charman 2013). A pesquisa sugere que muitos shebeeners foram motivados a tornar seus estabelecimentos mais seguros porque eles, assim como seus clientes, foram vítimas de violência.

O projeto *Safe Shebeens* utilizou a pesquisa-ação participativa, envolvendo três etapas:

1. Uma pesquisa comunitária com 166 pessoas com mais de 18 anos para envolver a comunidade e identificar as funções positivas dos shebeens na comunidade, bem como os impactos negativos dos shebeens.
2. Oficinas de um dia com cada um dos três grupos (dez residentes com mais de 35 anos, 11 rapazes e 12 moças) para identificar questões de segurança, locais seguros (usando uma ferramenta de mapeamento) e atitudes em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e os shebeens.

3. Trabalhar com 23 shebeeners para ajudá-los a adotar possíveis mecanismos de controle (por exemplo, regras da casa, medidas de segurança física como iluminação, controle de ruído e micção, proibição de clientes indisciplinados) para abordar questões de segurança levantadas por membros da comunidade; isso também incluiu o desenvolvimento de sinalização para indicar quais mecanismos de controle estavam em vigor.

O projeto resultou em uma estratégia do projeto *Safe Shebeens* com três componentes principais:

1. Um processo participativo de engajamento com shebeeners.
2. Um conjunto de iniciativas do projeto *Safe Shebeens* para shebeeners.
3. Um processo de conscientização dos consumidores.

A avaliação informal notou o entusiasmo dos shebeeners, sendo que alguns adotaram medidas de controle. Os Shebeeners também compartilharam estratégias eficazes e criaram um fórum para cooperação em medidas de segurança. Um acompanhamento de 1 ano com alguns dos shebeeners participantes constatou que todos aumentaram o número de controles de segurança em suas instalações. Da mesma forma, foi constatado um aumento em amenidades, como o uso de engradados de cerveja para armazenar o estoque e a adição de um ventilador, *jukebox*, conexão elétrica e instalações de cozinha/serviço de alimentação nas instalações. O projeto teve menos sucesso ao abordar as preocupações da comunidade, como o volume da música e a operação em horários não fixos. Um aprendizado importante do projeto foi a importância de usar o conhecimento indígena; por exemplo, uma prateleira simples adicionada ao longo da parede lateral de um shebeen forneceu uma saliência na qual os clientes poderiam armazenar bebidas, minimizando assim o conflito quando as bebidas eram derramadas acidentalmente (Ntshingila e Petersen 2015). O projeto serviu de modelo para melhorar a segurança em contextos de consumo de bebidas alcoólicas em outros países (<http://www.sekika.co.za/responsible-trade-facilitation/>).

Fonte: Descrição do projeto reproduzida do Relatório Narrativo do Projeto Safe Shebeens <http://lively-hoods.org.za/wp-content/uploads/2018/05/Safe-Shebeens-Narrative-Report.pdf>

12.4.6 Abordagens regulatórias focadas em aspectos específicos do consumo de álcool em público

Muitas vezes, as comunidades adotam políticas para resolver um problema específico em bairros noturnos. Os “confinamentos”, por exemplo, tornaram-se populares na Austrália para evitar a violência nas ruas e outros problemas que ocorrem quando indivíduos embriagados vão de um local para outro no final da noite. As regulamentações do confinamento permitiam que os clientes continuassem a comprar álcool se permanecessem no mesmo local depois de um certo tempo, mas os proibiam de entrar em um local diferente ou retornar ao mesmo local depois de saírem. Essas políticas costumam fazer parte de múltiplas ini-

ciativas de intervenção (Kypri *et al.* 2011) a que o termo “confinamento” na Austrália normalmente se refere, fazendo uso de todo um pacote de medidas que limitam as vendas de bebidas alcoólicas tarde da noite (por exemplo, fechamento em horários anteriores; vide o Capítulo 8). Embora os confinamentos no sentido restritivo tenham sido implementados em vários centros na Austrália, não há evidências consistentes de sua eficácia independentemente de outras intervenções (Taylor *et al.* 2018).

A proibição das bebidas com alto teor alcoólico (“shots”) após um certo horário também foi implementada para reduzir os problemas noturnos. Uma análise realizada para separar o impacto dessa intervenção de outras implementadas ao mesmo tempo não constatou evidências de que a proibição de bebidas com alto teor alcoólico reduzisse de forma independente as agressões registradas pela polícia (Taylor *et al.* 2019).

12.4.7 Policiamento/intervenções regulatórias de múltiplos componentes

Intervenções com múltiplos componentes combinam intervenções já descritas neste capítulo com intervenções abordadas em outros capítulos (por exemplo, a modificação do horário comercial, preços de bebidas alcoólicas e promoções de bebidas). Esse foco múltiplo torna difícil identificar o(s) componente(s) específico(s) responsável(is) quando a intervenção geral atinge um resultado positivo. Ao contrário das abordagens abrangentes (descritas na Seção 12.5), essas intervenções são normalmente implementadas por um único órgão, normalmente a polícia ou uma autoridade estadual de licenciamento, e não por um grupo local de partes interessadas. Um dos primeiros exemplos, o projeto “Tackling Alcohol-related Street Crime” (TASC – Enfrentando o crime de rua relacionado ao álcool) liderado pela polícia, mostrou um impacto misto, mas foi limitado pelo curto período de tempo e pela implementação incompleta de muitos componentes (Maguire *et al.* 2003; Warburton e Pastor 2006).

Várias intervenções de múltiplos componentes implementadas pela comunidade ou pelo estado foram avaliadas como **experimentos naturais**. Uma pesquisa comparando duas intervenções de múltiplos componentes na Austrália (Miller *et al.* 2014) envolvendo policiamento aprimorado e medidas voluntárias em ambas as comunidades, mas fechando mais cedo em apenas uma, encontrou reduções significativas

em lesões relacionadas ao álcool, agressões e embriaguez autorrelatada de clientes apenas para a intervenção que incluiu horários de fechamento antecipados. Um projeto de múltiplos componentes em grande escala na Austrália, que também incluiu horários de fechamento anteriores, constatou reduções significativas no número de agressões e ferimentos em geral (Miller *et al.* 2019). A avaliação, porém, do impacto da intervenção no consumo prévio de álcool (ou seja, beber antes de ir a um estabelecimento comercial) em distritos específicos de entretenimento noturno constatou resultados conflitantes (Coomber *et al.* 2018; Devilly *et al.* 2019).

12.4.8 Resumo e considerações

Há alguma evidência de que o policiamento direcionado, a responsabilidade legal e a aplicação aprimorada de leis e regulamentações podem reduzir os danos em locais onde se bebe, aumentando as chances de que locais com más práticas de gestão de álcool sejam pegos e punidos. Os resultados mistos da avaliação, porém, sugerem que a sua eficácia depende do conteúdo da programação (incluindo a gravidade das consequências das violações) e da sua implementação.

Abordagens regulatórias voluntárias e quase voluntárias coordenadas mostraram um sucesso limitado na redução do consumo de álcool ou danos, podendo, porém, ser úteis para esclarecer as expectativas sobre os padrões de comportamento, ganhando apoio para que haja mais abordagens eficazes, oferecendo, assim, uma plataforma para a coordenação e atuando como um componente de abordagens comunitárias abrangentes (Trollidal *et al.* 2012). Abordagens voluntárias também podem ser importantes quando o policiamento formal e a regulamentação estão enraizados no racismo e no colonialismo, como foi constatado para os shebeens na África do Sul (Drivdal e Lawhon 2014).

Outras estratégias regulatórias, como o licenciamento baseado no risco e confinamentos, são promissoras, não havendo, porém, evidências de que essas estratégias reduzam o consumo e os danos do álcool. Tal como acontece com a fiscalização aprimorada e o policiamento proativo, seu impacto pode depender, pelo menos em parte, da gravidade e imediatismo das sanções por violações.

12.5 Abordagens abrangentes a nível comunitário

Abordagens em nível comunitário para mudar o contexto de consumo normalmente são direcionadas a uma entidade geográfica específica (por exemplo, a cidade, distrito, campus universitário) e podem estender-se para abordar questões mais amplas além de locais como segurança nas ruas (por exemplo, iluminação, transporte). Assim como as intervenções focadas na regulamentação com vários componentes, as abordagens comunitárias abrangentes incluem componentes em vários níveis (individual, local, policiamento e regulatório), mas diferem porque exigem e obtêm poder de um esforço coordenado que inclui compromissos das partes interessadas da comunidade.

12.5.1 Abordagens em toda a comunidade com diversos componentes

Normalmente, uma pessoa ou organização específica (por exemplo, um coordenador comunitário para projetos conduzidos por pesquisadores) reúne uma coalizão de governo local, reguladores (por exemplo, autoridades de licenciamento), polícia, gerentes de locais e outras partes interessadas. A coalizão promove, apoia e implementa decisões. Intervenções típicas incluem o treinamento de funcionários de bares (por exemplo, a ORB e o treinamento de prevenção a agressões), fiscalização aprimorada, cobertura por parte da mídia e defesa.

A maior parte dos projetos comunitários abrangentes requer recursos consideráveis, mas também pode ter um impacto substancial. Sustentar o impacto além da vida útil do projeto, no entanto, tem sido um problema. O Projeto de Prevenção de Lesões/Abuso de Alcool, por exemplo, da Comunidade de Rhode Island nos Estados Unidos (Putnam *et al.* 1993) foi associado a reduções do número de acidentes e agressões com veículos motorizados, embora dados de acompanhamento tenham indicado que o reforço da fiscalização, um componente-chave do projeto, não foi mantido após o término do projeto (Stout *et al.* 1993).

O Projeto de Ação pela Segurança de Surfers Paradise (Homel *et al.* 1997) e suas réplicas (Hauritz *et al.* 1998a) foram elaborados para reduzir a violência e a desordem associadas à alta concentração de estabelecimentos licenciados em várias localidades australianas.

Esses projetos resultaram em melhorias significativas nas práticas e reduções significativas na violência (Hauritz *et al.* 1998b), mas, como o projeto de Rhode Island, não foram capazes de demonstrar sustentabilidade a longo prazo (Graham e Homel 2008).

Um projeto focado na segurança de fim de semana em dez comunidades que sofrem intervenção na Austrália incluiu esforços comunitários coordenados, uma maior presença policial, pressão por parte do prefeito e uma maior visibilidade policial. Em comparação com dez comunidades de controle, uma avaliação constatou uma redução significativa nas agressões sexuais relacionadas ao álcool, mas nenhum impacto nas agressões relacionadas ao álcool, em geral (Navarro *et al.* 2013).

O projeto STAD (Ação de Estocolmo para a Prevenção de Problemas com Álcool e Drogas) na Suécia é a iniciativa comunitária sustentada de maior sucesso até hoje (Wallin *et al.* 2002, 2003, 2005). Conforme descrito no quadro 12.2, o projeto resultou em mudanças significativas nas práticas de atendimento e reduções significativas na violência. O sucesso do STAD parece ser atribuído ao seu longo período de tempo, alta participação dos principais líderes e partes interessadas, atividades contínuas, incluindo o treinamento, policiamento sustentado e a aplicação de licenciamento e cobertura por parte da mídia, demonstrando seu progresso (Wallin *et al.* 2004).

Uma análise da adoção do STAD por outras comunidades na Suécia entre 1996 e 2009 (Trollidal *et al.* 2012), fora do contexto experimental original, constatou uma redução significativa nas agressões registradas pela polícia, embora o efeito tenha sido mais fraco do que o do STAD original, tendo a redução nas agressões sido significativa apenas em comunidades menores. A análise dos principais componentes do programa (treinamento de ORB, grupo diretor, fiscalização aprimorada) constatou que todos os três estavam relacionados a uma redução nas agressões, mas apenas a presença de um grupo diretor foi significativa. E um artigo posterior sobre os efeitos dos esforços locais de prevenção do álcool em municípios suecos constatou que o nível dos esforços de prevenção, particularmente em termos de menos licenças de venda de álcool e mais inspeções, estava relacionado a reduções nos danos referentes ao álcool, incluindo a mortalidade (Nilsson *et al.* 2020). Um programa semelhante ao STAD foi testado na Finlândia (PAKKA) e constatou uma redução

significativa no atendimento a falsos clientes embriagados, não havendo, porém, impacto na violência (Warpenius *et al.* 2010).

Quadro 12.2 Projeto Ação de Estocolmo para a Prevenção de Problemas com Álcool e Drogas (STAD)

Este projeto de 10 anos foi implementado na parte norte do centro de Estocolmo (550 instalações licenciadas), com a parte sul servindo como área de controle (270 instalações).

A primeira parte do projeto incluiu um levantamento das instalações licenciadas e uma pesquisa documentando a extensão do atendimento a pessoas embriagadas. Liderado por um grupo de ação composto por representantes da câmara municipal, conselho de licenciamento, polícia, saúde pública e bares e restaurantes, o projeto incluiu: (1) um treinamento de 2 dias de curso de oferta responsável de bebidas e gestão de conflitos para atendentes, seguranças e proprietários; e (2) maior fiscalização por parte do Conselho de Licenciamento e da polícia.

Uma etapa crucial na evolução do projeto foi a assinatura de um acordo por escrito por funcionários de alto escalão especificando como as responsabilidades pelas diferentes partes da intervenção seriam distribuídas entre as organizações participantes (Wallin *et al.* 2004).

O projeto pareceu ganhar força com o tempo. A recusa de atendimento a pessoas embriagadas aumentou de 5% em 1996 para 47% em 1999 e 70% em 2001 (Wallin *et al.* 2002, 2005). Embora melhorias na recusa de atendimento também tenham ocorrido na área de controle, o índice de recusa foi maior para instalações treinadas pela ORB na área de intervenção. Um acompanhamento de 20 anos constatou que 77% dos pseudo clientes (atores fingindo estar embriagados) não foram atendidos ao pedirem bebidas alcoólicas, em comparação com 5% registrado em 1996 e 70% em 2001 (Gripenberg *et al.* 2017).

A redução de crimes violentos foi estimada em 29% para a área de intervenção, em comparação com um ligeiro aumento na área de controle (Wallin *et al.* 2003); uma reanálise posterior dos dados indicou que o efeito sobre a violência foi fortemente significativo (Norstrom e Trolldal 2013). As análises também sugeriram que o programa geral teve boa relação custo-benefício (Mansdotter *et al.* 2007).

O sucesso do projeto parece ser em grande parte devido ao compromisso com um prazo de 10 anos; forte apoio dos membros do grupo de ação, especialmente do chefe do conselho de licenciamento; cobertura positiva por parte da mídia; evidência de eficácia fornecida por dados de pesquisa; e uma atividade de fiscalização sustentada, e até mesmo crescente, por parte da polícia.

12.5.2 STAD na Europa

Com base no sucesso do STAD, foi realizado um projeto multinacional, com foco específico no consumo ocasional e intenso de álcool entre os jovens. Cada um dos sete países participantes abordou o consumo de álcool pelos jovens de diferentes maneiras e em diferentes am-

bientes de consumo (por exemplo, locais licenciados, festivais, ambientes públicos como ruas e parques, ambientes privados como o lar). A mesma abordagem comunitária abrangente de 7 etapas foi usada em todos os países: (1) identificação da área de implementação, configuração e grupo-alvo; (2) designar um coordenador; (3) conectar-se com a comunidade; (4) realizar uma avaliação de necessidades; (5) formação de parceria e mobilização comunitária; (6) implementação de treinamento e fiscalização; e (7) monitoramento e avaliação (p. 25, http://stadineurope.eu/wp-content/uploads/2019/04/StadInEurope_manual.pdf).

A extensão do apoio comunitário aos projetos STAD na Europa (SiE) (<http://stadineurope.eu/project/>) variou consideravelmente entre os países. Nenhum dos projetos teve o apoio de longo prazo de alto nível do STAD original. O projeto na Eslovênia, por exemplo, teve uma aceitação mínima de treinamento por parte dos proprietários dos locais e a polícia se recusou a envolver-se; não surpreendentemente, o projeto não mostrou nenhum impacto. Os resultados iniciais de projetos focados especificamente no contexto do consumo de álcool encontraram mudanças positivas para alguns resultados, mas não para outros (Durbeej et al. 2016; Quigg et al. 2018; Elgán *et al.* 2021). Quigg *et al.* (2019) identificaram fatores que facilitaram e criaram barreiras para as intervenções. Embora os projetos ofereçam alguma evidência da viabilidade da implementação de intervenções do tipo STAD em outros contextos culturais (especialmente a vida noturna, festivais e ambientes esportivos), atualmente não há evidências suficientes de impacto e sustentabilidade semelhantes aos alcançados pelo STAD.

12.5.3 Abordagens comunitárias focadas em populações-alvo específicas

O Projeto de Prevenção ao Álcool no Bairro de Sacramento (SNAPP) avaliou a eficácia de uma abordagem comunitária em dois bairros de alta criminalidade nos Estados Unidos (Treno *et al.* 2007). O estudo constatou uma redução no atendimento a menores, mas não no atendimento à embriaguez, e reduções na criminalidade em comparação com a comunidade mais ampla (esta última constatação pode ter se dado devido ao índice inicial de criminalidade mais alto nas comunidades que sofreram intervenção, tornando mais fácil mostrar uma redução da cri-

minalidade do que era possível em comunidades onde o índice de criminalidade era baixo para ser iniciado).

O projeto Bairros Engajados com os Alunos (NEST), liderado por uma coalizão comunitária de partes interessadas, incluiu maior fiscalização, educação e atividades para reduzir festas fora do campus em uma cidade dos EUA (Saltz *et al.* 2009). A avaliação indicou uma redução significativa no consumo excessivo de álcool e nas faltas às aulas ou ao trabalho, mas outros resultados não foram significativos. Uma intervenção comunitária semelhante na Suécia, focada especificamente em festas estudantis, foi associada a uma redução significativa nas visitas a emergências relacionadas à violência (Ramstedt *et al.* 2013).

12.5.4 Resumo

Projetos comunitários abrangentes, focados em contextos de consumo, mostraram ser uma estratégia eficaz para reduzir os danos relacionados ao álcool, possivelmente porque essas abordagens amplas e de múltiplos componentes tem condições de abordar muitos componentes da teoria de prevenção ao crime (Cornish e Clarke 2003), incluindo a necessidade de expandir a função da tutela, implementando numerosos impedimentos situacionais e eliminando alguns precipitadores de violência e outros problemas. Esses projetos, contudo, exigem um compromisso a longo prazo, incluindo a aplicação reforçada e sustentada. Eles também exigem recursos extensos, embora um estudo tenha constatado que esse investimento em prevenção apresentava boa relação de custo-benefício (Mansdotter *et al.* 2007).

Como os projetos comunitários envolvem vários componentes, não foi possível identificar a combinação mais eficaz de intervenções. A combinação mais eficaz de componentes também pode variar de acordo com o contexto e a cultura. Para os projetos de Rhode Island e o STAD, o papel da fiscalização parecia ser fundamental. Por outro lado, a fiscalização desempenhou um papel menor nos projetos de Queensland (Graham e Homel 2008), sugerindo que outros aspectos, como o treinamento de pessoal, pressão social sobre os licenciados, envolvimento da comunidade e uma combinação de regulamentação formal e informal, foram elementos-chave.

Em projetos comunitários abrangentes, os componentes individuais podem melhorar e reforçar uns aos outros, especialmente quando há apoio de alto nível, coordenação ativa e publicidade favorável. O treinamento ORB, por exemplo, pode ter um maior impacto se for acompanhado por uma aplicação bem divulgada das regulamentações. Também é essencial, como nas abordagens de prevenção em geral, que as iniciativas comunitárias maximizem o uso de intervenções baseadas em evidências.

Uma limitação das abordagens comunitárias abrangentes é que elas requerem considerável vontade política para serem iniciadas e implementadas. Embora a pesquisa sugira que há apoio geral da comunidade para intervenções relacionadas ao álcool (Tindall *et al.* 2016; Skoglund *et al.* 2017), os locais de consumo social normalmente fornecem benefícios financeiros e sociais consideráveis que a comunidade pode não estar disposta a perder. Assim, as comunidades só podem estar dispostas a agir quando os problemas se tornam altamente salientes, como quando uma morte ou agressão sexual bem divulgada ocorre em um local licenciado para o consumo de bebidas alcoólicas. Muitas vezes, é mais fácil implementar uma única intervenção direcionada do que assumir um compromisso a longo prazo com uma abordagem comunitária abrangente, apesar da maior probabilidade de impacto da abordagem abrangente.

12.6 Conclusão

Intervenções para modificar o ambiente de consumo são populares e provavelmente continuarão sendo. Essas intervenções, contudo, raramente funcionam como modelos “*de pronta entrega*”, mas devem ser compreendidas e adaptadas, com base em suas características subjacentes e nos princípios que provavelmente explicam sua eficácia, que variam não apenas de acordo com as características e implementação da intervenção, mas também dependendo do contexto em que a intervenção é implementada.

Conforme descrito neste capítulo, as intervenções que visam reduzir o consumo ou os problemas com o álcool ocorrem em diferentes níveis dentro desse contexto – consumidores individuais, estabelecimentos para beber e o ambiente policial e regulatório. Conforme resumido na tabela 12.1, cada nível tem vantagens e desvantagens.

A eficácia das intervenções varia de acordo com o conteúdo da intervenção, como ela é implementada e o contexto cultural em que a intervenção é aplicada. O impacto do reforço da fiscalização policial, por exemplo, pode variar de acordo com as consequências para os infratores, a consistência da implementação e o contexto cultural em que a polícia opera. A participação voluntária é fundamental para algumas intervenções. É improvável que as intervenções focadas no local sejam bem-sucedidas se a participação entrar em conflito com a cultura do local ou parecer financeiramente desvantajosa (Moore *et al.* 2012). Da mesma forma, o apoio ativo das principais partes interessadas é fundamental para o sucesso de abordagens comunitárias abrangentes.

Tabela 12.1 Vantagens e desvantagens das intervenções para modificar o contexto de consumo de acordo com o nível de foco da intervenção

Foco de intervenção	Vantagens	Desvantagens
1. Indivíduos no contexto de consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser aplicado a uma série de contextos de consumo social • Aborda a violência sexual, bem como outras formas de violência de gênero • Facilmente direcionado para populações em risco, por exemplo jovens adultos • Explora sentimentos de responsabilidade por outras pessoas no grupo de consumo de bebidas 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto uso de recursos em relação ao número de indivíduos afetados • Pouca avaliação do impacto final sobre os danos e da sustentabilidade
2. Estabelecimentos para beber	<ul style="list-style-type: none"> • Diversas intervenções foram amplamente avaliadas • Pode definir padrões claros para atender a equipe e a administração • Pode ser reforçado com intervenções em outros níveis, tais como a fiscalização 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser ineficaz, a menos que combinado com outras intervenções, como a fiscalização • A implementação pode ser afetada pela cultura dos funcionários e dos consumidores do estabelecimento • O impacto pode diminuir ao longo do tempo, sem reforço

Foco de intervenção	Vantagens	Desvantagens
3. Execução e regulamentações	<ul style="list-style-type: none"> • Capaz de reforçar ambientes e práticas menos prejudiciais e deter ou punir as mais prejudiciais • Pode refletir os padrões e expectativas da comunidade • Pode visar fatores de risco específicos em vários estabelecimentos 	<ul style="list-style-type: none"> • O impacto pode depender da natureza das consequências • É necessária vontade política para a sustentabilidade
4. Comunidade abrangente	<ul style="list-style-type: none"> • Pode produzir grandes benefícios, especialmente se houver compromisso a longo prazo de reguladores de alto nível • Facilita sinergias entre diferentes intervenções • Capaz de adaptar-se ao contexto local 	<ul style="list-style-type: none"> • Pode ser difícil obter apoio a longo prazo das principais partes interessadas • Frequentemente requer recursos substanciais
5. Intervenções focadas no contexto generalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Pode visar danos específicos (por exemplo, dirigir alcoolizado, violência sexual, lesões) mais facilmente do que outras intervenções, como tributação e preços • Capaz de ser modificado para diferentes culturas e mudanças de circunstâncias dentro da mesma cultura 	<ul style="list-style-type: none"> • A eficácia dependerá do conteúdo, implementação e cultura, portanto, os resultados da avaliação de um contexto não significam necessariamente que a intervenção será eficaz em outro contexto • Normalmente, exigem mais recursos do que simples mudanças de política, como preços ou horários de venda

^a Inclui vantagens e desvantagens dos outros três níveis.

Apesar das limitações na pesquisa de avaliação, existem algumas conclusões que podem ser tiradas sobre a eficácia de cada intervenção. A tabela 12.2 mostra as classificações da eficácia das intervenções em termos de redução do consumo de álcool ou dos problemas relacionados ao álcool e a amplitude da pesquisa na qual as classificações se baseiam. Deve-se notar que os resultados intermediários não são mostrados nes-

ta tabela. A avaliação OBR, por exemplo, apresentou impactos positivos bastante confiáveis sobre o conhecimento ou comportamento dos atendedores, mas não há evidências consistentes de impactos sustentados sobre o consumo de álcool ou problemas relacionados ao álcool.

Tabela 12.2 Classificações consensuais de eficácia e amplitude de apoio de pesquisa para intervenções que modificam o contexto de consumo^c

	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Intervenções centradas nos colegas	+/0	+	Redução da vitimização sexual das mulheres, aumento das ações de proteção em relação aos outros e redução de algumas formas de agressão, mas sem impacto na agressão em geral. Descobertas mistas para efeitos sobre o consumo de álcool
Serviços para auxiliar os frequentadores na saída dos bares	?	+	Pesquisa limitada, efeitos fracos de dois estudos pertencentes apenas a alguns resultados. Embora os resultados sejam promissores, eles são insuficientes para uma avaliação positiva da eficácia, dadas as inconsistências nas constatações, a heterogeneidade da programação e a quantidade relativamente pequena de pesquisas
Treinamento de equipe e gestão e políticas internas relacionadas ao oferta responsável de bebidas (ORB)	0	+++	A maior parte dos programas é capaz de mudar o conhecimento e as práticas de serviço a curto prazo. Embora algumas intervenções tenham mostrado reduções no consumo ou problemas relacionados ao álcool, especialmente quando combinadas com a fiscalização ou como parte de uma abordagem comunitária abrangente, os efeitos sobre o consumo e os danos relacionados ao álcool não são prováveis apenas com a ORB
Treinamento de equipe e gestão para melhor gerenciar as agressões	+	+	Evidências de impactos na agressão atualmente limitadas a um estudo randomizado controlado e resultados de apoio de programas comunitários com vários componentes


	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Intervenções para abordar contextos de consumo de bebidas em recintos/ eventos desportivos e em festivais	0	+	O treinamento e as políticas de ORBs em instalações esportivas podem mudar o conhecimento e as políticas das instalações. Evidência mista de impacto no consumo de álcool
Aplicação aprimorada de leis locais e requisitos legais e policiamento proativo	+	++	Impactos normalmente positivos no consumo e crimes relacionados ao álcool e direção, mas não para todos os resultados. Os efeitos sustentados dependem de tornar o reforço da fiscalização parte das práticas policiais em andamento
Policiamento direcionado	+	++	Alguns resultados positivos para a abordagem da “última bebida” em ofensas e lesões relacionadas ao álcool e potencial para fazer parte do policiamento de rotina, mas nenhum impacto do policiamento do “ponto de acesso”. O impacto pode depender da natureza das intervenções com instalações específicas
Regulação voluntária e quase voluntária e/ou coordenação	0	+	Ineficaz quando estritamente voluntário, mas pode propiciar uma base para fundamentação quando outras opções não forem viáveis
Responsabilidade legal de atendentes, gerentes e proprietários de instalações licenciadas	++	+	Efeitos mostrados para resultados de condução sob o efeito do álcool; efeitos mais fortes onde os esforços foram feitos para divulgar a responsabilidade. Pesquisa limitada aos Estados Unidos

	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Abordagens regulatórias focadas em aspectos específicos de beber em público (por exemplo, “confinamentos”, restrições a bebidas pela noite)	?	+	Constatações mistas, sem evidências consistentes de eficácia na redução da violência relacionada ao estabelecimento e outros problemas como a única intervenção; normalmente implementado como parte de intervenções de múltiplos componentes
Abordagens de múltiplos componentes em toda a comunidade para implementar e fazer cumprir políticas eficazes	+/?	++	Projetos na Suécia, Estados Unidos e Austrália mostraram reduções significativas na violência e em alguns outros problemas relacionados ao álcool; nenhuma evidência clara de impacto sobre o consumo. A aplicação da abordagem ao consumo de álcool pelos jovens na Europa teve resultados variáveis. A extensão do impacto depende da qualidade e intensidade das intervenções e adesão local. É difícil atingir a sustentabilidade
Abordagens comunitárias focadas em populações-alvo específicas	+	+	Pesquisa limitada mostrando alguns impactos positivos tanto no consumo quanto nos problemas

^a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se fazer um julgamento.

^b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem concebidos foram concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas nenhuma análise integrativa disponível ou nenhuma que incluía PBMRS; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir análises integrativas da literatura ou metanálises, havendo alguns testes em países de baixa e média renda.

Nota: Os seguintes tipos de intervenções foram excluídos da tabela devido à falta de uma avaliação bem elaborada: outras intervenções específicas do local (avaliação de risco, recipientes alternativos para bebidas); licenciamento baseado em risco; intervenções centradas no contexto implementadas como parte de intervenções de múltiplos componentes. Além disso, o treinamento de intervenção do espectador focado em pessoas desacompanhadas que bebem foi excluído da tabela de classificação porque não houve avaliações de resultados específicos para contextos de consumo.

^c Para mais informações, por favor, consulte o  apêndice on-line 1

Conforme mostrado na tabela, há evidências de que algumas das abordagens focadas no indivíduo e no estabelecimento (ou seja, intervenções de colegas, treinamento na prevenção da agressão) têm um impacto modesto em alguns problemas relacionados ao álcool; no entanto, as intervenções nesses níveis tendem a consumir muitos recursos e serão altamente dependentes da qualidade e implementação do programa e de outros fatores culturais e contextuais.

Abordagens de policiamento (reforço da fiscalização e policiamento direcionado) mostraram alguns impactos positivos, mas envolvem custos moderados, sendo improvável que os efeitos sejam sustentados, a menos que sejam incorporados às práticas de policiamento em andamento. A abordagem regulatória de tornar os atendentes legalmente responsáveis por danos causados por pessoas a quem eles atenderam tem sido associada a problemas reduzidos de álcool, mas não há evidências de sua eficácia fora dos Estados Unidos. Abordagens e regulamentações voluntárias voltadas para aspectos específicos do contexto do consumo de álcool não mostraram evidências claras de eficácia.

Abordagens comunitárias abrangentes são as únicas intervenções que mostraram efeito consideráveis, mas, como demonstrado pelo STAD na Europa, essas abordagens só podem ter sucesso se conseguirem um forte envolvimento da parte de líderes comunitários e partes interessadas e incluam componentes eficazes. Poucos projetos comunitários foram capazes de demonstrar a sustentabilidade do impacto a longo prazo.

Para muitas intervenções centradas no contexto, a amplitude do apoio à pesquisa, particularmente em países de baixa e média renda, é limitada. E a maioria não tem amplo alcance populacional, embora sejam capazes de atingir grupos específicos de alto risco.

Apesar das limitações de impacto e alcance, existem algumas vantagens importantes de intervenções voltadas para a redução do consumo e/ou problemas de álcool, modificando o contexto de consumo. Isso inclui a condição de atingir locais específicos e tipos específicos de danos relacionados ao álcool. Além disso, várias abordagens podem ser aplicadas ao mesmo tempo (por exemplo o treinamento, fiscalização e a redução de fatores de risco ambientais), de modo que a combinação de intervenções pode ser concebida para atender às necessidades específicas de cada comunidade. Por fim, a maior parte das abordagens de contextos

de consumo de alto risco são percebidos como aceitáveis na maior parte das culturas, podendo ser mais fáceis de implementar do que estratégias como impostos mais altos ou mudanças na disponibilização do álcool. As medidas para reduzir os danos na situação de consumo de álcool são, portanto, um elemento útil na combinação de estratégias para prevenir problemas relacionados ao álcool.

Referências

Banyard VL, Moynihan MM, Cares AC, *et al.* (2014) How do we know if it works? Measuring outcomes in bystander-focused abuse prevention on campuses. *Psychology of Violence*, 4, 101– 15.

Bennett S and Banyard VL (2016) Do friends really help friends? The effect of relational factors and perceived severity on bystander perception of sexual violence. *Psychology of Violence*, 6, 64– 72.

Bolier L, Voorham L, Monshouwer K, *et al.* (2011) Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Subst Use Misuse*, 46, 1569– 91.

Brennan I, Moore SC, Byrne E, *et al.* (2011) Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989– 2009. *Addiction*, 106, 706– 13.

Brooks AT, Johnson M, and Kelley-Baker T (2013) Adapting the SafeNights intervention to college campuses. *Am J Health Stud*, 28, 101– 8.

Buka SL and Birdthistle IJ (1999) Long-term effects of a community-wide alcohol server training intervention. *J Stud Alcohol*, 60, 27– 36.

Burns L, Flaherty B, Ireland S, *et al.* (1995) Policing pubs: what happens to crime? *Drug Alcohol Rev*, 14, 369– 75.

Bushman BJ (1997) Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed explanations. In: Galanter M (ed.) *Recent developments in alcoholism*. New York, NY: Springer, p. 227– 43.

Buvik K and Baklien B (2016) ‘Girls will be served until you have to carry them out’: gendered serving practices in Oslo. *Addiction Research and Theory*, 24, 17– 24.

Buvik K and Rossow I (2017) Server training at drinking establishments: a Sisyphean task? A commentary on Toomey *et al.* (2007). *J Stud Alcohol Drugs*, 78, 276– 7.

Buvik K and Tutenges S (2017) Bartenders as street-level bureaucrats: theorizing server practices in the nighttime economy. *Addiction Research and Theory*, 26, 230– 7.

Byrnes HF, Miller BA, Bourdeau B, *et al.* (2019) Prevention of alcohol and other drug overuse among nightclub patrons: a randomized trial of a group-based mobile intervention at nightclubs. *J Stud Alcohol Drugs*, 80, 423– 30.

Cavan S (1966) Bar sociability. In: Cavan S (ed.) *Liquor License: An Ethnography of a Bbar*. Chicago, IL: Aldine, p. 49– 87.

Charman AJ, Petersen LM, and Govender T (2014) Shebeens as spaces and places of informality, enterprise, drinking and sociability. *South African Geographical Journal*, 96, 31– 49.

Charman AJ, Petersen LM, and Piper L (2013) Enforced informalisation: the case of liquor retailers in South Africa. *Development Southern Africa*, 30(4– 5), 580– 95.

Coomber K, Zahnow R, Ferris J, *et al.* (2018) Short-term changes in nightlife attendance and patron intoxication following alcohol restrictions in Queensland, Australia. *BMC Public Health*, 18, 1185.

Cornish DB and Clarke RV (2003) Opportunities, precipitators and criminal decisions: a reply to Wortley’s critique of situational crime prevention. In: Smith M and Cornish D (eds.) *Theory for Practice in Situational Crime Prevention. Crime Prevention Studies*. Monsey, NY: Criminal Justice Press, p. 41– 96.

Curtis A, Bowe SJ, Coomber K, *et al.* (2019a) Risk-based licensing of alcohol venues and emergency department injury presentations in two Australian states. *Int J Drug Policy*, 70, 99– 106.

Curtis A, Droste N, Coomber K, *et al.* (2019b) The impact of twenty four-hour public transport in Melbourne, Australia: an evaluation of alcohol-related harms. *J Stud Alcohol Drugs*, 80, 314– 18.

Curtis A, Miller P, Droste N, *et al.* (2016) ‘The ones that turn up are the ones that are responsible’: key stakeholders perspectives on liquor accords. *Drug Alcohol Rev*, 35, 273– 9.

Devilley GJ, Hides L, and Kavanagh DJ (2019) A big night out getting bigger: alcohol consumption, arrests and crowd numbers, before and after legislative change. *PLoS One*, 14, e0218161.

Drivdal L and Lawhon M (2014) Plural regulation of shebeens (informal drinking places). *South African Geographical Journal*, 96, 97– 112.

Dumas TM, Graham K, and Wells S (2015) The company they keep: drinking group attitudes and male bar aggression. *J Stud Alcohol Drugs*, 76, 447– 51.

Dumas TM, Wells S, Flynn A, *et al.* (2014) The influence of status on group drinking by Young adults: a survey of natural drinking groups on their way to and from bars. *Alcohol Clin Exp Res*, 38, 1100– 7.

Durbeej N, Elgan TH, Jalling C, *et al.* (2016) Alcohol prevention at sporting events: study protocol for a quasi-experimental control group study. *BMC Public Health*, 16, 471. Doi 10.1186/s12889-016-3145-3

Durbeej N, Elgan TH, Jalling C, *et al.* (2017) Alcohol intoxication at Swedish football matches: a study using biological sampling to assess blood alcohol concentration levels among spectators. *PLoS One*, 12(11). [https://doi.org/ 10.1371/journal.pone.0188284](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188284)

Elgan TH, Durbeej N, Holder HD, *et al.* (2018) Overserving and allowed entry of obviously alcohol-intoxicated spectators at sporting events. *Alcohol Clin Exp Res*, 42, 444– 52.

Elgan TH, Durbeej N, Holder HD, *et al.* (2021) Effects of a multi-component alcohol prevention intervention at sporting events: a quasi-experimental control group study, 116, 2663– 2672. *Addiction*, <https://doi.org/10.1111/add.15461>

Fell JC, Fisher DA, Yao J, *et al.* (2017) Evaluation of a responsible beverage service and enforcement program: effects on bar patron intoxication and potential impaired driving by Young adults. *Traffic Inj Prev*, 18, 557– 65.

Felson M (1995) Those who discourage crime. In: Eck JE and Weisburd D (eds.) *Crime and Place*. Monsey, NY: Criminal Justice Press, p. 53– 66.

Feltmann K, Gripenberg J, and Elgan TH (2020) Compliance to the alcohol law: overserving to obviously intoxicated visitors at music festivals. *Int J Environ Res Public Health*, 17, 8699.

Fileborn B, Wadds P, and Tomsen S (2020) Sexual harassment and violence at Australian music festivals: reporting practices and experiences of festival attendees. *Austr N Z J Criminol*, 53,194– 212.

Fitterer JL, Nelson TA, and Stockwell T (2017) The positive effects of increased foot patrols on the incidence of liquor infractions and assaults in the Granville Street Entertainment Area of Vancouver British Columbia Canada. *Applied Geography*, 87, 97– 105.

Fitterer JL, Nelson TA, and Stockwell T (2018) The negative effects of alcohol establishment size and proximity on the frequency of violent and disorder crime across block groups of Victoria, British Columbia. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 7, 297.

Florence C, Shepherd J, Brennan I, *et al.* (2011) Effectiveness of anonymised information sharing and use in health service, police, and local government partnership for preventing violence related injury: experimental study and time series analysis. *BMJ*, 342, d3313.

Forsyth AJM (2008) Banning glassware from nightclubs in Glasgow (Scotland): observed impacts, compliance and patron's views. *Alcohol Alcohol*, 43, 111– 17.

Foster J and Charalambides L (2016) *The Licensing Act (2003): Its Uses and Abuses 10 Years on*. London: Institute of Alcohol Studies.

Frogner L, Andershed H, Lindberg O, *et al.* (2013) Directed patrol for preventing city centre street violence in Sweden— a hot spot policing intervention. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 19, 333– 50.

Graham K, Bernards S, Osgood DW, *et al.* (2005a) Guardians and handlers: the role of bar staff in preventing and managing aggression. *Addiction*, 100, 755– 66.

Graham K, Bernards S, Osgood DW, *et al.* (2014) “Blurred lines?” Sexual aggression and barroom culture. *Alcohol Clin Exp Res*, 38, 1416– 24.

Graham K, Braun K, Bois C, *et al.* (2008) *Safer Bars Trainer's Guide*, 2nd ed. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.

Graham K and Homel R (2008) *Raising the Bar: Preventing Aggression In and Around Bars, Pubs and Clubs*. Oxford: Routledge Publishing.

Graham K, Jelley J, and Purcell J (2005b) Training bar staff in preventing and managing aggression in licensed premises. *J Subst Use*, 10, 48– 61.

Graham K, Osgood DW, Wells S, *et al.* (2006) To what extent is intoxication associated with aggression in bars? A multilevel analysis. *J Stud Alcohol*, 67, 382– 90.

Graham K, Osgood DW, Zibrowski E, *et al.* (2004) The effect of the Safer Bars programme on physical aggression in bars: results of a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Rev*, 23, 31– 41.

Gripenberg J, Elgan TH, and Andreasson S (2017) Alcohol prevention in the nightlife setting: 20-year follow-up of a Responsible Beverage Service program. Presented at the European Society for Prevention Research Annual Meeting in Vienna, September 2017.

Hadfield P (2009) *Nightlife and Crime: Social Order and Governance in International Perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Hauritz M, Homel R, McIlwain G, *et al.* (1998a) Reducing violence in licensed venues through community safety action projects: the Queensland experience. *Contemporary Drug Problems*, 25, 511– 51.

Hauritz M, Homel R, Townsley M, *et al.* (1998b) *An evaluation of the local government safety action projects in Cairns, Townsville and Mackay: a report to the Queensland Department of Health, the Queensland Police Service and the Criminology Research Council, Australia*. Griffith University, Centre for Crime Policy and Public Safety; School of Justice Administration.

Herrick C and Charman A (2013) Multiple criminalities of South African liquor and its regulation. *South African Crime Quarterly*, 45, 25– 32.

Hobbs D, Hadfield P, Lister S, *et al.* (2003) *Bouncers: Violence and Governance in the Night-Time Economy*. Oxford: Oxford University Press.

Hobbs D, Lister S, Hadfield P, *et al.* (2000) Receiving shadows: governance and criminality in the night-time economy, *Br J Sociol*, 51, 701– 17.

Homel R, Hauritz M, Wortley R, *et al.* (1997) Preventing alcohol-related crime through Community action: the Surfers Paradise Safety Action project. In: Homel R (ed.) *Policing for Prevention: Reducing Crime, Public Intoxication and Injury*. Monsey, NY: Criminal Justice Press, p. 35– 90.

Huckle T, Gruenewald P, and Ponicki WR (2016) Context-specific drinking risks among Young people. *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 1129– 35.

Hughes K, Quigg Z, Bellis MA, *et al.* (2012) Drunk and disorganised: relationship between bar characteristics and customer intoxication in European drinking environments. *Int J Environ Res Public Health*, 9, 4068– 82.

Irving A, Buykx P, Amos Y, *et al.* (2020) The acceptability of alcohol intoxication management services to users: a mixed methods study. *Drug Alcohol Rev*, 39, 36– 43.

Jeffs BW and Saunders WM (1983) Minimizing alcohol related offences by enforcement of the existing licensing legislation. *Br J Addict*, 78, 67– 77.

Jones L, Hughes K, Atkinson AM *et al.* (2011) Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place*, 17, 508– 18.

Katz J and Moore J (2013) Bystander education training for campus sexual assault prevention: an initial meta-analysis. *Violence Vict*, 28, 1054– 67.

Kelley-Baker T, Johnson MB, Romano E, *et al.* (2011) Preventing victimization among Young women: the SafeNights intervention. *Am J Health Stud*, 26, 185– 95.

Kingsland M, Wolfenden L, Tindall J, *et al.* (2015a) Improving the implementation of responsible alcohol management practices by community sporting clubs: a randomised controlled trial. *Drug Alcohol Rev*, 34, 447– 57.

Kingsland M, Wolfenden L, Tindall J, *et al.* (2015b) Tackling risky alcohol consumption in sport: a cluster randomised controlled trial of an alcohol management intervention with community football clubs. *J Epidemiol Community Health*, 69, 993– 9.

Kypri K, Jones C, McElduff P, *et al.* (2011) Effects of restricting pub closing times on night-time assaults in an Australian city. *Addiction*, 106, 303– 10.

Lang E, Stockwell T, Rydon P, *et al.* (1998) Can training bar staff in responsible serving practices reduce alcohol-related harm? *Drug Alcohol Rev*, 17, 39– 50.

Langhinrichsen-Rohling J, Foubert JD, Brasfield HM, *et al.* (2011) The men's program: does it impact college men's self-reported bystander efficacy and willingness to intervene? *Violence Against Women*, 17, 743– 59.

Lenk KM, Erickson DJ, Nelson TF, et al. (2018) Changes in alcohol policies and practices in bars and restaurants after completion of manager-focused responsible service training. *Drug Alcohol Rev*, 37, 356– 64.

Levine M, Lowe R, Best R, et al. (2012) ‘We police it ourselves’: group processes in the escalation and regulation of violence in the night-time economy. *Eur J Soc Psychol*, 42, 924– 32.

Levy DT and Miller TR (1995) A cost-benefit analysis of enforcement efforts to reduce serving intoxicated patrons. *J Stud Alcohol*, 56, 240– 7.

Liesbt LS, Ejbye-Ernst P, Philpot R, et al. (2019) Intervention or involvement: a video observational analysis of bouncers in aggressive encounters. *Deviant Behavior*, 1– 19.

Lopez E (2018) Safer Bars: help is on the house. Presentation at the Summit on Campus Sexual Assault, University of Michigan, 2 May 2018.

MacAndrew C and Edgerton R (1969) *Drunken Comportment: A Social Explanation*. London: Thomas Nelson and Sons Ltd.

Madensen TD and Eck JE (2008) Violence in bars: exploring the impact of place manager decision-making. *Crime Prevention and Community Safety Journal*, 10, 111– 25.

Maguire M, Nettleton H, Rix A et al. (2003) *Reducing alcohol-related violence and disorder: na evaluation of the ‘TASC’ project (No. 265)*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Mansdotter AM, Rydberg MK, Wallin E, et al. (2007) A cost-effectiveness analysis of alcohol prevention targeting licensed premises. *Eur J Public Health*, 17, 618– 23.

Manton, E. 2014. Liquor accords: Do they work? In: Manton, E, Room, R, Giorgi, C and Thorn, M, eds., *Stemming the Tide of Alcohol: Liquor Licensing and the Public Interest*. Canberra: Foundation for Alcohol Research and Education, p. 158– 166.

McCarthy P (2007) *Accords: Are they an effective means of mitigating alcohol-related harm?* Melbourne: DrinkWise Australia.

McKnight AJ and Streff FM (1994) The effect of enforcement upon service of alcohol to intoxicated patrons of bars and restaurants. *Accid Anal Prev*, 26, 79– 88.

Mercer Kollar LM, Sumner SA, Bartholow B, et al. (2020) Building capacity for injury prevention: a process evaluation of a replication of the Cardiff Violence Prevention Programme in the Southeastern USA. *Inj Prev*, 26, 221– 8.

Miller P, Coomber K, Ferris J, et al. (2019) Queensland Alcohol-related violence and Night Time Economy Monitoring (QUANTEM): Final Report (April 2019). Geelong: Deakin University. Prepared for the Queensland Government of Premier and Cabinet.

Miller P, Curtis A, Palmer D, et al. (2014) Changes in injury-related hospital emergency department presentations associated with the imposition of regulatory versus voluntary licensing conditions on licensed venues in two cities. *Drug Alcohol Rev*, 33, 314– 22.

Miller P, Curtis A, Palmer D, et al. (2016) Patron banning in the nightlife entertainment districts: a key informant perspective. *J Stud Alcohol Drugs*, 77, 606– 11.

Miller PG, Curtis A, Graham K, et al. (2020) Understanding risk-based licensing schemes for alcohol outlets: a key informant perspective. *Drug Alcohol Rev*, 39, 267– 77.

Moore S, Young T, Irving A, et al. (2020) Controlled observational study and economic evaluation of the effect of city-centre night-time alcohol intoxication management services on the emergency care system compared with usual care. *Emerg Med J*, 38(7), 504–510. doi:10.1136/emmermed-2019-209273

Moore SC, Alam MF, Heikkinen M, *et al.* (2017) The effectiveness of an intervention to reduce alcohol-related violence in premises licensed for the sale and on-site consumption of alcohol: a randomized controlled trial. *Addiction*, 112, 1898– 906.

Moore SC, Murphy S, Moore SN, *et al.* (2012) An exploratory randomised controlled trial of a premises-level intervention to reduce alcohol related harm including violence in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 12, 412.

Morojele NK, Kitleli N, Ngako K, *et al.* (2014) Feasibility and acceptability of a bar-based sexual risk reduction intervention for bar patrons in Tshwane, South Africa. *SAHARA J*, 11, 1– 9.

Mosher JF, Toomey TL, Good C, *et al.* (2002) State laws mandating or promoting training programs for alcohol servers and establishment managers: an assessment of statutory and administrative procedures. *J Public Health Policy*, 23, 90– 113.

Navarro HJ, Shakeshaft A, Doran CM *et al.* (2013) Does increasing community and liquor licensees' awareness, police activity, and feedback reduce alcohol-related violent crime? A benefit– cost analysis. *Int J Environ Res Public Health*, 10, 5490– 506.

Nepal S, Kypri K, Attia J, *et al.* (2019) Effects of a risk-based licensing scheme on the incidence of alcohol-related assault in Queensland, Australia: a quasi-experimental evaluation. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 4637. Doi:10.3390/ijerph16234637

Nilsson T, Norstrom T, Andreasson S, *et al.* (2020) Effects of local alcohol prevention initiatives in Swedish municipalities, 2006–2014. *Subst Use Misuse*, 55, 1008– 20.

Norstrom T and Trollidal B (2013) Was the STAD programme really that successful? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30,171– 8.

Ntshingila B and Petersen N (2015) Safe Shebeens: Promoting community safety through innovation, 12 month impact assessment report. Cape Town: Sustainable Livelihoods Foundation, NPC. <http://livelihoods.org.za/wp-content/uploads/2020/05/SafeShebeens-Year-One-Impact.pdf>

O'Farrell A, Kingsland M, Kenny S, *et al.* (2018) A multi-faceted intervention to reduce alcohol misuse and harm amongst sports people in Ireland: a controlled trial. *Drug Alcohol Rev*, 37, 14– 22.

Palmer D and Warren I (2014) The pursuit of exclusion through zonal banning. *Austr N Z J Criminol*, 47, 429– 46.

Pantani D, Sparks R, Sanchez ZM, *et al.* (2012) 'Responsible drinking' programs and the alcohol industry in Brazil: killing two birds with one stone?. *Soc Sci Med*, 75, 1387– 91.

Peltzer K, Ramlagan S, and Gliksman L (2006) Responsible alcoholic beverages sales and services training intervention in Cape Town: a pilot study. *Journal of Psychology in Africa*, 16, 45– 52.

Powers RA and Leili J (2018) Bar training for active bystanders: evaluation of a community based bystander intervention program. *Violence Against Women*, 24, 1614– 34.

Putnam SL, Rockett IRH, and Campbell MK (1993) Methodological issues in community-based alcohol-related injury prevention projects: Attribution of program effects. In: Greenfield TK and Zimmerman R (eds.) *Experiences with Community Action Projects: New Research in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems, CSAP Prevention Monograph No. 14*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, p. 31– 9.

Quigg Z, Butler N, Bates R, *et al.* (2019) *STAD in Europe* (Evaluation Report). Liverpool: Liverpool John Moores University. <http://stadineurope.eu/resources/publications-2-2/>

Quigg Z, Hughes K, Butler N, *et al.* (2018) Drink less enjoy more: effects of a multi-componente intervention on improving adherence to, and knowledge of, alcohol legislation in a UK nightlife setting. *Addiction*, 113, 1420– 9.

Ramirez R, Nguyen D, Cannon C, *et al.* (2008) *A campaign to reduce impaired driving through retail-oriented enforcement in Washington State*. Demonstration Project Report, National Highway Traffic Safety Administration, United States. National Highway Traffic Safety Administration.

Rammohan V, Hahn RA, Elder R, *et al.* (2011) Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med*, 41, 334– 43.

Ramstedt M, Leifman H, Muller D, *et al.* (2013) Reducing youth violence related to student parties: findings from a community intervention project in Stockholm. *Drug Alcohol Rev*, 32, 561– 5.

Room R, MacLean S, Dwyer R, *et al.* (2021) Changing risky drinking practices in diferente types of social worlds: concepts and experiences. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 29, 32– 42.

Rossow I and Buvik K (2017) Preventing intoxication and related harm in nightlife settings. In: Giesbrecht N and Bosma LM (eds.) *Preventing Alcohol-Related Problems: Evidence and Community-Based Initiatives*. Washington DC: APHA Press, p. 309– 24.

Saltz RF, Welker LR, Paschall MJ, *et al.* (2009) Evaluating a comprehensive campus— Community prevention intervention to reduce alcohol-related problems in a college population. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 16, 21– 7.

Scherer M, Fell JC, Thomas S, *et al.* (2015) Effects of dram shop, responsible beverage service training, and state alcohol control laws on underage drinking driver fatal crash ratios. *Traffic Inj Prev*, 16 (Suppl 2), S59– 65.

Skoglund C, Durbeej N, Elgan TH, *et al.* (2017) Public opinion on alcohol consumption and intoxication at Swedish professional football events. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 12, 21.

Sloan FA, Stout EM, Whetten-Goldstein K, *et al.* (2000) *Drinkers, Drivers and Bartenders: Balancing Private Choices and Public Accountability*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Sogaard TF (2018) Voices of the banned: emergent causality and the unforeseen consequences of patron banning policies. *Contemporary Drug Problems*, 45, 15– 32.

Solomon R and Payne J (1996) Alcohol liability in Canada and Australia: sell, serve and be sued. *The Tort Law Review*, 4, 188– 241.

Stevly S, Costello D, and Ashe M (2012) Safer bars: reducing violence in and around licensed premises. *Inj Prev*, 18 (Suppl 1), A31.

Stevly AK, Holmes J, McNamara S, *et al.* (2020) Drinking contexts and their association with acute alcohol-related harm: a systematic review of event-level studies on adults' drinking occasions. *Drug Alcohol Rev*, 39, 309– 20.

Stewart L (1993) *Police enforcement of liquor licensing laws: The UK experience*. Alcohol and Public Health Research Unit, University of Auckland.

Stout RL, Rose JS, Speare MC, *et al.* (1993) Sustaining interventions in communities: The Rhode Island community-based prevention trial. In: Greenfield TK and Zimmerman R (eds.) *Experiences with Community Action Projects: New Research in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, p. 253– 61.

Taylor N, Coomber K, Curtis A, *et al.* (2020) The impact of street service care on frontline service utilisation during high-alcohol use hours in one night-time entertainment precinct in Australia. *Drug Alcohol Rev*, 39, 21– 8.

Taylor N, Coomber K, Mayshak R, *et al.* (2019) The impact of liquor restrictions on serious assaults across Queensland, Australia. *Int J Environ Res Public Health*, 16(22), 4362.

Taylor N, Miller P, Coomber K, *et al.* (2018) A mapping review of evaluations of alcohol policy restrictions targeting alcohol-related harm in night-time entertainment precincts. *Int J Drug Policy*, 62, 1– 13.

Tindall J, Groombridge D, Wiggers J, *et al.* (2016) Alcohol-related crime in city entertainment precincts: public perception and experience of alcohol-related crime and support for strategies to reduce such crime. *Drug Alcohol Rev*, 35, 263– 72.

Toomey TL, Erickson DJ, Lenk KM, *et al.* (2008a) A randomized trial to evaluate a management training program to prevent illegal alcohol sales. *Addiction*, 103, 405– 13.

Toomey TL, Erickson DJ, Lenk KM, *et al.* (2008b) Likelihood of illegal alcohol sales at professional sport stadiums. *Alcohol Clin Exp Res*, 32, 1859– 64.

Toomey TL, Fabian LA, Erickson DJ, *et al.* (2006) Influencing alcohol control policies and practices at community festivals. *J Drug Educ*, 36, 15– 32.

Toomey TL, Kilian GR, Gehan JP, *et al.* (1998) Qualitative assessment of training programs for alcohol servers and establishment managers. *Public Health Rep*, 113, 162– 9.

Toomey TL, Lenk KM, Erickson DJ, *et al.* (2017) Effects of a hybrid on-line and in-person training program designed to reduce alcohol sales to obviously intoxicated patrons. *J Stud Alcohol Drugs*, 78, 268– 75.

Toomey TL, Lenk KM, Nederhoff DM, *et al.* (2016) Can obviously intoxicated patrons still easily buy alcohol at on-premise establishments? *Alcohol Clin Exp Res*, 40, 616– 22.

Townsley M and Grimshaw R (2013) The consequences of queueing: crowding, situational features and aggression in entertainment precincts. *Crime Prevention and Community Safety Journal*, 15, 23– 47.

Treno AJ, Gruenewald PJ, Lee JP, *et al.* (2007) The Sacramento neighborhood alcohol prevention project: outcomes from a community prevention trial. *J Stud Alcohol Drugs*, 68, 197– 207.

Trolldal B, Paschall M, and Leifman H (2012) Effects of a multi-component responsible Beverage service program on violent assaults in Sweden. *Addiction*, 108, 89– 96.

Tutenges S and Bohling F (2019) Designing drunkenness: how pubs, bars and nightclubs increase alcohol sales. *Int J Drug Policy*, 70, 15– 21.

VicHealth (2019a) *Alcohol culture change initiative 2016– 2019*. Carlton, Victoria: Victorian Health Promotion. <https://www.vichealth.vic.gov.au/programs-and-projects/alcohol-culture-changeinitiative>

VicHealth (2019b) *Alcohol cultures framework background paper— a framework to guide public health action on risky drinking cultures, revised edition*. Melbourne: Victorian Health Promotion Foundation. <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/alcohol-cultures-framework>

Wallin E, Gripenberg J, and Andreasson S (2002) Too drunk for a beer? A study of overserving in Stockholm. *Addiction*, 97, 901– 7.

Wallin E, Gripenberg J, and Andreasson S (2005) Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. *J Stud Alcohol*, 66, 806– 14.

Wallin E, Lindewald B, and Andreasson S (2004) Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Eval Rev*, 28, 396– 419.

Wallin E, Norstrom T, and Andreasson S (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *J Stud Alcohol*, 64, 270– 7.

Warburton AL and Shepherd JP (2000) Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial. *Inj Prev*, 6, 36– 40.

Warburton AL and Shepherd JP (2006) Tackling alcohol related violence in city centres: effect of emergency medicine and police intervention. *Emerg Med J*, 23, 12– 17.

Warpenius K, Holmila M, and Mustonen H (2010) Effects of a community intervention to reduce the serving of alcohol to intoxicated patrons. *Addiction*, 105, 1032– 40.

Wells S, Graham K, and West P (1998) ‘The good, the bad, and the ugly’: Responses by security staff to aggressive incidents in public drinking settings. *Journal of Drug Issues*, 28, 817–36.

Wiggers JH, Hacker A, Kingsland M, *et al.* (2016) Facilitating police recording of the alcoholrelated characteristics of assault incidents: a stepped wedge implementation trial. *Drug Alcohol Rev*, 35, 30– 9.

Wiggers J, Jauncey M, Considine R, *et al.* (2004) Strategies and outcome in translating alcohol harm reduction research into practice: The Alcohol Linking Program. *Drug Alcohol Rev*, 23, 355– 64.

Wilkinson C and MacLean S (2013) Enforcement of liquor licence provisions: the introduction of civilian licence inspectors in Victoria. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 20, 15– 21.

World Health Organization (2018) *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

13

SERVIÇOS DE TRATAMENTO E INTERVENÇÃO INICIAL

13.1 Introdução

As políticas do álcool são, principalmente, uma responsabilidade dos governos locais, regionais e nacionais, que muitas vezes consideram a oferta de tratamento como parte de uma abordagem abrangente dos problemas relacionados ao álcool. Além de seu valor na restauração da saúde psicológica e física de uma pessoa, o tratamento pode ser considerado uma forma de prevenção. Quando as intervenções terapêuticas ocorrem logo após o início do **consumo de álcool insalubre**, o tratamento é chamado de prevenção secundária. Quando o tratamento é iniciado para controlar os danos associados ao consumo crônico, ele é chamado de prevenção terciária. Como uma das primeiras respostas sociais aos problemas do álcool, as intervenções de tratamento foram avaliadas em termos de seu impacto sobre a pessoa que consome álcool individualmente, porém foi dedicada uma menor atenção na pesquisa à sua capacidade de reduzir os índices de problemas relacionados ao álcool na população em geral, apesar dos recursos que elas consomem.

Este capítulo descreve a base científica das políticas de tratamento do álcool em termos de pesquisas sobre a eficácia e os custos de uma ampla gama de intervenções de tratamento e serviços relacionados. Por política de tratamento, entendemos as ações governamentais e da sociedade civil que afetam a provisão de serviços de tratamento, a alocação de recursos e a combinação ideal de serviços para a gestão de transtornos relacionados ao consumo de álcool. Em algumas jurisdições, os serviços de apoio a pessoas que possuem problemas com o álcool e outras drogas são administrados separadamente; em outros, eles compartilham os mesmos programas e instalações. Em alguns países, esses serviços fazem parte do sistema de assistência médica, enquanto em outros estão integrados a serviços sociais ou psiquiátricos. Todos esses arranjos têm

implicações para a eficiência e eficácia do tratamento do álcool. Embora existam descrições e algumas comparações entre sistemas de tratamento de problemas relacionados ao álcool nacionais e locais, poucas pesquisas foram feitas sobre a eficácia no nível do sistema de tratamento. Neste capítulo, consideramos a organização e o funcionamento de programas de tratamento, **serviços de curta intervenção**¹³ e **organizações de auxílio mútuo** como partes importantes dos sistemas de atendimento, bem como se os sistemas de serviços impactam os índices de problemas relacionados ao álcool no nível da população.

Embora houvesse provisão substancial de serviços de tratamento especializado para problemas derivados do álcool em vários países antes da Primeira Guerra Mundial (Baumohl e Room 1987), quase nenhum desses serviços sobreviveu na era moderna. Em muitas partes do mundo industrializado, novos tipos de programas foram criados após a Segunda Guerra Mundial, de modo que muitos países, especialmente aqueles com alta prevalência de problemas derivados do álcool, investiram em uma série de serviços, muitas vezes em conjunto com o tratamento de outros problemas com drogas (Klingemann *et al.* 1992; Klingemann e Hunt 1998).

Nos Estados Unidos, um país com uma extensa rede de serviços, havia 17.808 estabelecimentos que ofereciam tratamento para transtornos relacionados a drogas e álcool em 2019, sendo que 90% deles gerenciavam clientes diagnosticados com transtornos por consumo de álcool (Gestão de Atendimento a Casos de Consumo Excessivo de Substâncias e de Saúde Mental em 2020). A maior parte das instalações é operada por organizações privadas sem fins lucrativos (60% de todas as instalações) ou organizações privadas com fins lucrativos (40% das instalações), embora os serviços prestados sejam frequentemente financiados por um ou mais níveis de governo. Uma pesquisa de prevalência pontual registrou 205.402 clientes apresentando problemas de alto consumo de álcool sendo tratados em 9.123 instalações e 476.065 clientes a mais apresentando alto nível de consumo de álcool e drogas (Gestão de Atendimento a Casos de Consumo Excessivo de Substâncias e de Saúde Mental em 2020). Em outras partes do mundo, os serviços são muitas vezes geridos por órgãos governamentais, normalmente como parte do sistema de atendimento

13 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

sanitário, mas também como parte do bem-estar ou de outros sistemas de serviço social. Dois terços dos serviços na Suécia, por exemplo, são oferecidos pelo sistema de assistência social, e não pelo sistema de saúde, embora nem todos os serviços pagos pelos governos sejam administrados pelo governo.

Uma pesquisa da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Babor e Stenius 2010) indica que os serviços foram organizados onde quer que a incidência do consumo de álcool e drogas esteja aumentando, mesmo em países historicamente abstinente no Mediterrâneo Oriental (Babor 2018). A cobertura do tratamento, porém, (ou seja, a proporção de pessoas com transtornos por consumo de álcool que estão em contato com os serviços de tratamento) varia substancialmente entre os Estados Membros da OMS. De acordo com uma pesquisa global da OMS com os Estados Membros (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 93), apenas 14% dos países associados relataram altos índices de cobertura por meio de tratamentos, enquanto 28% indicaram tratamentos limitados ou inexistentes e muitos países de baixa renda não puderam informar dados sobre este tópico.

13.2 Serviços e sistemas de atendimento

Os serviços sociais e de saúde para problemas relacionados ao álcool normalmente envolvem triagem, intervenções curtas, orientações de encaminhamento, avaliação diagnóstica, desintoxicação, intervenções terapêuticas e atendimentos continuados. Numerosas abordagens terapêuticas, denominadas modalidades de tratamento, têm sido avaliadas por meio de ensaios clínicos randomizados. Podemos citar como exemplos a entrevista motivacional, a terapia conjugal e familiar, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), o treinamento de prevenção de recaídas, a gestão de contingências, a farmacoterapia e intervenções baseadas nos Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA). Essas modalidades são oferecidas em diversos ambientes, incluindo atendimentos primários de saúde, instalações residenciais autônomas, ambientes psiquiátricos e hospitalares gerais, programas ambulatoriais e, mais recentemente, o atendimento por meio de tecnologias digitais pela internet. Os serviços de tratamento em alguns países foram organizados nos níveis municipal e nacional em sistemas, um termo que se refere às ligações entre diferentes instalações e

níveis de atendimento e à integração do tratamento do álcool com outros tipos de serviços, como o de saúde mental, tratamento de dependência de drogas e organizações de auxílio mútuo (Klingemann *et al.* 1993; Klingemann e Klingemann 1999).

A maior parte das pesquisas de tratamento e as evidências científicas derivadas delas são baseadas em componentes, concentrando-se nos efeitos de uma única intervenção ou episódio de atendimento dentro de um único componente do sistema de tratamento (por exemplo, o tratamento ambulatorial). Em geral, as evidências da pesquisa podem ser organizadas de acordo com três tipos de intervenção: (1) intervenções curtas para pessoas que bebem, não dependentes de alto risco; (2) tratamento formal para problemas de alcoolismo e dependência de álcool; e (3) intervenções de auxílio mútuo.

13.3 Intervenções concebidas para pessoas não dependentes e que bebem em excesso

Normalmente, o consumo prejudicial precede o desenvolvimento da dependência do álcool e, por definição, ele pode causar sérios problemas médicos e psicológicos na ausência de dependência. Com o aumento do interesse por serviços clínicos preventivos em países desenvolvidos e em desenvolvimento, a OMS e órgãos nacionais, desenvolveram programas de intervenção inicial para facilitar o manejo do consumo nocivo de álcool no atendimento primário à saúde e em outros ambientes. Após uma triagem inicial para identificar os níveis de risco, o paciente é encaminhado para uma curta intervenção ou tratamento especializado mais intensivo. As intervenções curtas são caracterizadas por sua baixa intensidade e curta duração, consistindo de uma a três sessões de orientações e educação. O objetivo é motivar essas pessoas que bebem excessivamente a moderar o consumo de álcool ou reduzir o risco de danos relacionados à bebida, em vez de promover a abstinência total, encaminhando os casos mais graves para tratamento adequado, normalmente com orientação para a abstinência.

Durante as últimas duas décadas, vários ensaios clínicos randomizados foram conduzidos para avaliar a eficácia de intervenções curtas no atendimento inicial à saúde e em outros ambientes de assistência à saúde.

de. Evidências cumulativas de análises sistemáticas e metanálises (Kaner *et al.* 2018) mostram que reduções clinicamente significativas no consumo de álcool e problemas relacionados ao álcool podem resultar de intervenções curtas. Enfermeiros e outros profissionais de saúde são tão eficazes quanto os médicos na produção de mudanças de comportamento, de modo que os efeitos positivos foram observados em adolescentes, adultos, idosos, estudantes universitários e mulheres grávidas. Apesar da evidência do benefício deste tipo de intervenção, muitas vezes são encontradas dificuldades em persuadir os profissionais a prestarem tais atendimentos. Avaliações de programas e políticas para estimular a adoção de triagem de álcool e curta intervenção (TCI) para o consumo insalubre de álcool sugerem um sucesso limitado na implementação (Nilsen *et al.* 2006; Williams *et al.* 2011; McCambridge e Saitz 2017). A eficácia da implementação da oferta de TCI aumenta quando os programas incluem vários componentes (Anderson *et al.* 2004), contêm maior intensidade de esforço (Nilsen *et al.* 2006) e focam em clínicos gerais e profissionais de nível médio simultaneamente (Williams *et al.* 2011). O ensaio ODHIN (Anderson *et al.* 2016) testou oito estratégias para promover a TCI em unidades de atendimento primário em cinco países europeus, concluindo que os incentivos financeiros às organizações prestadoras eram fundamentais, embora precisassem ser reforçados em termos de treinamento e apoio.

As tecnologias digitais também foram aplicadas para melhorar a entrega da TCI e do encaminhamento para tratamentos. A TCI disponibilizada por computador e telefone oferece intervenções eficazes em ambientes educacionais e de saúde, podendo ser mais aceitável do que as abordagens tradicionais (presenciais) (Donoghue *et al.* 2014).

Com o aumento do uso de tecnologias móveis e digitais para tratamento e intervenções curtas, a cobertura populacional pode ser aumentada e o custo de entrega reduzido.

13.4 Tratamento especializado para pessoas com transtornos por consumo de álcool

Em países com sistemas de saúde bem desenvolvidos, é extensa a gama de órgãos e prestadores de serviços profissionais envolvidos no tratamento especializado de problemas relacionados ao álcool. Algumas

das questões-chave que a pesquisa de tratamento abordou com crescente rigor científico incluem a eficácia de diferentes medidas de desintoxicação, configurações de tratamento e modalidades terapêuticas, bem como mecanismos de mudança de comportamento e o papel da coercividade.

13.4.1 Desintoxicação

Os serviços de desintoxicação são direcionados principalmente a pacientes com histórico de consumo crônico (especialmente aqueles com má nutrição) que correm o risco de apresentar sintomas de abstinência como parte de uma **síndrome de abstinência** alcoólica. Esses serviços normalmente envolvem um leito e certa vigilância para observar e responder a convulsões, mas não precisam envolver a internação (Fernandez 2019). A administração de tiamina e polivitamínicos é uma intervenção de baixo custo e baixo risco que previne distúrbios neurológicos relacionados ao álcool, sendo normalmente combinada com atendimentos auxiliares e tratamento de doenças concomitantes. Uma série de medicamentos tem sido usada para o tratamento da abstinência alcoólica, mas os benzodiazepínicos, especialmente o Diazepam e o clordiazepóxido, suplantaram amplamente todos os outros medicamentos por causa de seus perfis favoráveis de efeitos colaterais (Kattimani e Bharadwaj 2013); os anticonvulsivantes, especialmente os fenobarbitais, são igualmente eficazes (Hammond *et al.* 2017). Não há dúvida de que o monitoramento dos sinais vitais e o tratamento que evita o desenvolvimento dos sintomas de abstinência mais graves podem salvar vidas.

13.4.2 Configurações de tratamento e tecnologias de aplicação

Tradicionalmente, o atendimento residencial tem sido o ambiente mais adequado para lidar com as necessidades de pessoas com transtornos por consumo de álcool, mas à medida que os serviços se expandiram e novas técnicas e tecnologias terapêuticas foram introduzidas, houve uma mudança para ambientes ambulatoriais. O tratamento residencial continua sendo utilizado em muitos países para pessoas com dependência grave de álcool, que não respondem a esforços mais limitados de reabilitação. O termo reabilitação residencial descreve uma infinidade de programas que diferem em filosofia, intensidade, características

do cliente, conteúdo do programa e duração. Embora o tratamento residencial possa operar de forma mais coletiva, por exemplo, como uma “comunidade terapêutica” (De Leon 2000), muitas vezes o único fator comum é que os residentes precisam passar a noite na instalação para receber tratamento e espera-se que não bebam álcool quando iniciarem o programa. Embora um corpo considerável de pesquisas tenha avaliado o tratamento residencial, a qualidade dos estudos anteriores foi baixa. Uma análise de estudos mais recentes publicados entre 2013 e 2018 (de Andrade *et al.* 2019) constatou que o tratamento residencial é uma intervenção eficaz para muitos adultos com problemas de consumo de álcool e outras substâncias. No geral, houve evidências de qualidade moderada de que o tratamento residencial seja eficaz na redução do uso de substâncias e na melhoria da saúde mental, além de algumas evidências de que o tratamento pode ter um efeito positivo na redução do crime e dos resultados sociais adversos. Na maior parte dos estudos comparativos, constatou-se que os programas ambulatoriais produzem resultados comparáveis aos dos programas residenciais, embora alguns pacientes possam beneficiar-se mais do tratamento residencial por causa de seus problemas médicos e psiquiátricos (Finney *et al.* 1996; de Andrade *et al.* 2019).

O uso generalizado de computadores, internet e smartphones propiciou o desenvolvimento de sistemas eletrônicos para oferecer a triagem, intervenções curtas e terapias comportamentais. A aplicação dessas tecnologias pode potencialmente abordar as barreiras para a implementação da tradicional TCI presencial e da terapia ambulatorial. Devido à sua flexibilidade e anonimato, elas têm o potencial de atingir uma proporção maior da população que precisa de atendimento. Análises sistemáticas constataram que tratamentos com base na Internet e TCI são tão eficazes na redução do consumo de álcool quanto tratamentos ambulatoriais presenciais (Donoghue *et al.* 2014; Riper *et al.* 2018).

13.4.3 Modalidades terapêuticas: abordagens comportamentais e psicossociais

Em ambientes residenciais e ambulatoriais, várias modalidades terapêuticas foram adotadas para tratar os problemas de alcoolismo do paciente, promover a abstinência de álcool e prevenir recaídas. As abor-

dagens com maior quantidade de evidências de apoio são: a terapia comportamental, terapia de grupo, tratamento familiar e aprimoramento motivacional (Babor *et al.* 2015). As intervenções de auxílio mútuo e as terapias derivadas delas serão tratadas a seguir (vide a seção 13.5). Abordagens comportamentais incluem a terapia conjugal e familiar, treinamento de habilidades, prevenção de recaídas e gestão de contingências. O último item envolve testar repetidamente um paciente para verificar a sobriedade e dar-lhe uma recompensa ou incentivo, desde que o teste mostre que ele está abstinente. Estudos (Koffarnus *et al.* 2018) mostraram que essas intervenções não farmacológicas são formas eficazes de reduzir o consumo problemático e promover a abstinência, embora os resultados positivos do tratamento raramente tenham sido avaliados além de 1 ano após o término do tratamento e os índices de recaída sejam altos, mesmo dentro desse período.

13.4.4 Modalidades terapêuticas: intervenções farmacológicas

Outra abordagem de tratamento, muitas vezes combinada com terapia comportamental e terapia de grupo, é o uso de drogas que sensibilizam o álcool, bem como de medicamentos para reduzir diretamente o consumo de álcool e tratar a psicopatologia comórbida (Kranzler 2000). Medicamentos que sensibilizam o álcool, como o dissulfiram (controle supervisionado de uso excessivo de substâncias tóxicas) e a carbimida de cálcio, causam uma reação física desagradável quando o álcool é consumido. Esses medicamentos podem ajudar pacientes motivados, abstinentes e dependentes de álcool quando eles fazem esforços especiais (como, por exemplo, a dosagem supervisionada), a fim de garantir a adesão ao uso do medicamento (Miller *et al.* 2011), sendo, porém, que sua eficácia geral não foi demonstrada (Fuller *et al.* 1986).

Outra classe de medicamentos, incluindo os opioides endógenos, opera em sistemas específicos de neurotransmissores cerebrais implicados no controle do consumo de álcool. Antagonistas opioides, como a naltrexona, foram constatados em alguns estudos, mas não em todos, como sendo superiores ao placebo em retardar o tempo de recaída e reduzir o índice de pacientes que tiveram recaídas e voltaram a beber intensamente (Anton *et al.* 2006; Jonas *et al.* 2014). Relatou-se que o Acamprosato, um derivado de aminoácido, apresenta vantagens signifi-

cativas sobre o placebo, porém alguns estudos em larga escala acusaram resultados negativos (Anton *et al.* 2006).

Apesar dos avanços na busca de uma intervenção farmacológica que pudesse reduzir o desejo e outros precipitantes de recaída, os efeitos aditivos das farmacoterapias têm sido marginais além dos benefícios produzidos pelo manejo médico, orientação padrão e terapias comportamentais. Esses medicamentos tendem a produzir efeito pequenos, mostrando eficácia apenas para um número limitado de indivíduos com transtornos pelo consumo de álcool (Litten *et al.* 2018). A naltrexona, que pode ser administrada uma vez ao dia, reduz a probabilidade de retorno a qualquer bebida em 5% e o risco de consumo excessivo de álcool em 10% (Kranzler e Soyka 2018). Como os medicamentos, mesmo em países de alta renda, são prescritos para menos de 9% dos pacientes que provavelmente se beneficiarão deles (Kranzler e Soyka 2018), é improvável que venham a substituir a orientação e terapias comportamentais na maior parte dos países.

13.4.5 Mecanismos de mudança de comportamento: mediadores e moderadores da eficácia do tratamento

A pesquisa de tratamentos produziu evidências de reduções quase equivalentes no consumo de álcool, independentemente do tipo de orientações ou terapias, tornando improvável que a eficácia do tratamento seja atribuível aos ingredientes de terapias específicas, exceto para elementos comuns a todas as formas de terapia (Magill e Longabaugh 2013). A pesquisa dos mecanismos de mudança de comportamento ajuda a responder a perguntas sobre, como e por que o tratamento funciona (efeitos mediadores) e, para quem certos tratamentos funcionam melhor (moderadores). Esta pesquisa ocorreu dentro do modelo de tecnologia clínica de eficácia do tratamento e da combinação de tratamentos, que postula que os atributos do paciente e os elementos do processo de tratamento, respectivamente, constituem mediadores e moderadores da mudança no consumo de álcool após o tratamento. Estudos mostram que combinar os atributos do paciente com orientações terapêuticas teoricamente relevantes (como, por exemplo, combinar pacientes com baixa motivação para a terapia de aprimoramento motivacional) não melhora substancialmente os resultados, como se acreditava anteriormente (Ba-

bor e Del Boca 2003). Eles também indicam que os mecanismos de mediação subjacentes a várias das terapias mais populares são diferentes do que é sugerido por seus proponentes. Em geral, o modelo tecnológico de eficácia do tratamento pode ser falho, pois se aplica ao tratamento da dependência de álcool. Em vez de elementos distintos e não sobrepostos, a terapia pode funcionar por meio de mecanismos comuns como a empatia, uma parceria eficaz entre o(a) terapeuta e o(a) cliente, o desejo de mudança, a mobilização de recursos internos e uma rede social de apoio e fornecimento de soluções, culturalmente apropriada para um problema socialmente definido (Cooney *et al.* 2003). [...] espiritualidade e religiosidade, por exemplo, são componentes-chave em vários tipos de intervenções de uso de substâncias, incluindo grupos de auxílio mútuo de 12 passos. Uma análise sistemática de estudos nesta área (Hai *et al.* 2019) encontrou evidências de eficácia, sendo que, porém, as constatações não podem ser interpretadas como prova de que os componentes espirituais/religiosos eram os únicos ingredientes ativos em operação. Outro estudo constatou que o Programa dos Doze Passos (PDP), que é concebido para apresentar pessoas com problemas com bebidas aos princípios de AA, foi tão eficaz quanto as terapias mais pautadas na teoria (Babor *et al.* 2003), principalmente porque o participante está envolvido em redes sociais que apoiam a abstinência, em vez de seu efeito na espiritualidade.

13.4.6 Tratamentos obrigatórios e outros tratamentos coercivos

Há um certo grau de coerção em grande parte do incentivo ou pressão por parte da família, amigos ou empregadores que precedem a entrada no tratamento, mesmo para pacientes que pensam na eventual decisão de vir como sendo sua (DuPont e Humphreys 2011; Room *et al.* 2020). Para grande parte do tratamento com álcool, porém, a coerção é mais formal, imposta por decisões ou ameaças oficiais. As opiniões estão fortemente divididas sobre a ética e a eficácia dessas ações oficiais, que determinam que pessoas com transtornos por consumo de álcool e outras substâncias iniciem o tratamento e mantenham a abstinência após o tratamento. De acordo com Vuong *et al.* (2019), o tratamento obrigatório compele alguém ao tratamento involuntariamente, quando o indivíduo não tem escolha ou opinião sobre o assunto, ou por meio de coerção, quando há uma escolha entre uma sanção da justiça criminal e um programa de tratamento.

Existem pelo menos cinco tipos de tratamentos obrigatórios (Vuong *et al.* 2019): (1) tratamento prescrito pelo tribunal; (2) tribunais para dependentes químicos; (3) tratamento compulsório na prisão; (4) compromisso civil; e (5) reabilitação compulsória oferecida em centros (específico para países do Leste e Sudeste Asiático). Além disso, alguns países têm programas operados por grupos profissionais como associações de médicos e enfermeiros, para tratar e monitorar membros que foram ameaçados com suspensão da habilitação ou rescisão de contrato de trabalho devido a infrações relacionadas a álcool ou drogas. Programas de saúde para médicos, por exemplo, exigem que médicos com problemas com drogas e álcool concluam o programa e se submetam a testes do balão aleatórios e frequentes por períodos de até 5 anos, visando garantir a abstinência.

Uma análise dos resultados da pesquisa (Vuong *et al.* 2019) sobre a eficácia dos esquemas de tratamentos obrigatórios indicou o seguinte: (1) há pesquisas limitadas sobre a eficácia do tratamento obrigatório a longo prazo (ou seja, após o período do programa de tratamento), mas avaliações de efeitos de curto prazo, particularmente de programas e tribunais para dependentes químicos, mostram a redução no uso e/ou dependência de álcool e drogas; (2) foi constatado certo grau de êxito em todos os modelos de coerção, particularmente nos tribunais para dependentes químicos, no que diz respeito à redução da reincidência por infrações relacionadas a substâncias tóxicas; (3) os modelos de tratamento coercitivo foram considerados como tendo boa relação custo-benefício na Austrália, mas os programas de tratamento involuntário não; e (4) campos de detenção e reabilitação quase militares que buscam abordar o uso problemático de álcool e drogas têm poucas evidências de apoio e foram fortemente criticados por abusos dos direitos humanos (por exemplo, Hall *et al.* 2012; Organização Mundial da Saúde 2020).

13.5 Intervenções de auxílio mútuo

Embora as sociedades de auxílio mútuo não sejam consideradas um tratamento formal para a dependência de álcool, elas são frequentemente usadas como um substituto ou como um complemento ao tratamento. Com cerca de 2.077.374 membros afiliados a mais de 125.000 grupos em 180 países (Alcoólicos Anônimos 2019), o AA é de longe a

fonte de assistência mais utilizada para pessoas com problemas com a bebida. Organizações paralelas com várias ideologias e abordagens foram desenvolvidas em vários outros países, como a Danshukai no Japão, a Kreuzbund na Alemanha, a Croix d'Or e Vie Libre na França, a Abstainers Clubs na Polônia, a Family Clubs na Itália e a Links, nos Países escandinavos (Room 1998; Humphreys *et al.* 2004). Vários estudos de grande escala e bem concebidos (Walsh *et al.* 1991; Ouimette *et al.* 1999) sugerem que o AA pode ter um efeito incremental quando combinado com o tratamento formal, de modo que o frequentar o AA por si só pode ser melhor do que a total ausência de intervenções.

Em uma análise da Colaboração Cochrane, formada por 27 estudos contendo 10.565 participantes (Kelly *et al.* 2020), os autores concluíram que as intervenções manuais de AA/PDP são mais eficazes do que outros tratamentos estabelecidos, como o TCC, para aumentar a abstinência. As intervenções de AA/PDP não manualizadas podem funcionar tão bem quanto esses outros tratamentos estabelecidos. As intervenções de AA/PDP, tanto manuais quanto não manuais, podem ser pelo menos tão eficazes quanto outros tratamentos para outros desfechos relacionados ao álcool; aqueles que abandonam o AA após o primeiro ano, em vez de continuarem por toda a vida, conforme instado pelo AA, podem se sair tão bem quanto aqueles que continuam no AA (Kaskutas *et al.* 2005). O AA pode ser eficaz não apenas porque facilita mudanças adaptativas nas redes sociais dos participantes, mas também por ensinar habilidades de enfrentamento para a recuperação, oferecendo a motivação para a recuperação, aumentando a autoeficácia da abstinência e reduzindo a impulsividade e o desejo (Kelly 2017). E as intervenções de AA/PDP provavelmente produzem economias substanciais nos custos de saúde entre pessoas com transtornos por consumo de álcool.

13.6 Considerações acerca do custo

Uma questão politicamente importante no que diz respeito à viabilidade e extensão da curta intervenção e tratamento especializado é o custo. Nos últimos anos, houve melhorias significativas nas ferramentas metodológicas utilizadas nos estudos econométricos, embora a pesquisa econômica nesse campo ainda seja escassa e nem sempre rigorosa (Rehm

e Barbosa 2018). Barbosa *et al.* (2015) analisaram a relação custo-benefício da triagem de álcool, a curta intervenção e o encaminhamento para tratamento (CIET) em departamentos de emergência (DE), quando comparados a ambientes médicos ambulatoriais, nos Estados Unidos. A CIET de álcool gerou economia de custos e melhorou a saúde em ambientes de emergência e ambulatoriais. Informações limitadas estão disponíveis sobre a eficácia a longo prazo de curtas intervenções de álcool. Dois estudos acompanharam pacientes por até 48 meses após a intervenção (Fleming *et al.* 2002; Ockene *et al.* 2009) e mostraram efeitos modestos a curto prazo que desapareceram com o tempo. Outros estudos de eficácia mostraram que o TCI em ambientes ambulatoriais é superior ao TCI em ambientes de emergência, tanto em termos de resultados de consumo quanto de persistência desses resultados em acompanhamentos além de 6 meses (Havard *et al.* 2008). Isso sugere que, em comparação com configurações de DE, a CIET ambulatorial pode ter uma melhor relação custo-benefício a longo prazo.

Pesquisas semelhantes foram realizadas para avaliar os custos e benefícios do tratamento para dependência de álcool realizado principalmente em ambientes ambulatoriais. Rehm e Barbosa (2018) analisaram estudos sobre a relação custo-benefício de intervenções comportamentais, farmacológicas e combinadas para tratar transtornos por consumo de álcool. Do ponto de vista de um prestador de serviços de saúde, os custos das intervenções foram menores do que a economia na prestação de serviços nos anos após o tratamento. Vários estudos avaliaram o custo efetivo do atendimento de AA e das intervenções de PDP, que demonstraram maior economia de custos com saúde do que o tratamento ambulatorial. Além disso, os custos totais de assistência médica diminuem para os participantes em tratamento com AA/PDP, especialmente entre aqueles com as piores características de prognóstico (Kelly *et al.* 2020).

Em relação às alternativas de custo efetivo para o tratamento do alcoolismo em internação, análises dessa literatura (Finney *et al.* 1996; Babor *et al.* 2008) concluem que: (1) programas de alcoolismo em internação com duração de 4 semanas a vários meses não têm índices de sucesso mais altos do que períodos de curta internação; (2) alguns pacientes podem ser desintoxicados com segurança sem farmacoterapia e em ambientes não hospitalares; (3) programas de internação parcial (“internação diurna” sem pernoite) apresentam resultados iguais ou superiores à internação hospita-

lar, com custos que variam da metade a um terço do custo da internação hospitalar; e (4) em algumas populações, os programas ambulatoriais produzem resultados comparáveis aos dos programas hospitalares.

13.7 Efeitos agregados do tratamento e intervenções curtas

Apesar das evidências da eficácia de intervenções curtas para pessoas que bebem de forma insalubre e do tratamento para pessoas com dependência de álcool, pouca atenção tem sido dada a como esses benefícios individuais se traduzem a nível populacional. Intervenções curtas e o tratamento terciário são concebidos, principalmente, para atender às necessidades de pacientes ou clientes individuais, mas há várias maneiras pelas quais essas intervenções podem impactar os níveis comunitário e populacional. O efeito das intervenções de tratamento se manifesta mais diretamente na redução da quantidade de álcool consumida pelo pessoa que bebe e nos danos associados. Ao remover uma fonte de influência recíproca que provavelmente contribuirá para a manutenção de subculturas de consumo intensivo (Skog 1985; Room *et al.* 2016), o tratamento deve diminuir os índices de problemas relacionados ao álcool em uma comunidade de maneiras que vão além da recuperação de pessoas que bebem sozinhas. Os serviços de tratamento e intervenção curta também podem contribuir para a saúde da população ao aumentar a conscientização pública sobre os problemas do álcool, estabelecer normas sobre os benefícios da abstinência e diretrizes de baixo risco, envolver os profissionais de saúde na defesa da prevenção (vide o capítulo 14) e oferecer apoio às famílias e empregadores.

Com o crescimento dos programas TCI e pesquisas de avaliação relacionadas à implementação, uma questão chave é se os benefícios individuais podem resultar em um efeito populacional na morbidade e mortalidade relacionadas ao álcool. Esta questão foi abordada por Heather (2012), que analisou diferentes estudos empíricos e de modelagem de TCI em termos de seu potencial para acarretar um “benefício de saúde pública”, ou seja, efeitos favoráveis que são detectáveis em medidas a nível populacional, como estatísticas de mortalidade ou lesões causadas pela condução sob o efeito do álcool. Segundo a análise de Heather, é improvável que o potencial de saúde pública de TCI seja realizado sem a

triagem universal e a implementação generalizada de intervenções curtas, duas condições que raramente existem em comunidades e nações.

Grande parte da pesquisa sobre TCI até o momento foi organizada em torno de um modelo de atendimento clínico estritamente focado, em vez de adotar uma abordagem de saúde pública complementar mais ampla que tenta maximizar seu impacto nos índices populacionais de consumo de álcool insalubre e nocivo. Apesar do crescimento da triagem universal em serviços de saúde para identificar e encaminhar as pessoas que bebem para níveis adequados de atendimento, o impacto populacional dos programas TCI será limitado pelo número de indivíduos que entram nesses ambientes. Estratégias criativas serão necessárias para implementar um programa de triagem universal ou quase universal, de modo que quaisquer programas propostos precisariam funcionar sinergicamente com o atendimento primário e o sistema especializado de tratamento da dependência. Em um dado cenário (Babor *et al.* 2018), o número de pessoas que acessam os serviços de TCI poderia ser aumentado por meio de campanhas de marketing social que disseminassem amplamente as diretrizes de consumo insalubre e outras mensagens de TCI, bem como por meio de medidas para levar os serviços de TCI para fora da clínica e à comunidade, por meio das tecnologias digitais.

Além do TCI, uma questão relacionada é se os serviços de tratamento especializados na maioria dos países têm impacto sobre a morbidade e a mortalidade no nível das comunidades e dos estados nacionais. Conforme observado em outras partes deste capítulo, poucos países têm a capacidade de oferecer serviços de tratamento de álcool para a maioria dos necessitados. Há, no entanto, certo nível de evidência de que o tratamento possui o potencial de produzir impactos agregados em países onde o sistema de tratamento é relativamente bem desenvolvido (Smart e Mann 2000). Vários pesquisadores identificaram associações entre o declínio dos índices de cirrose hepática e o crescimento do tratamento especializado. Mann *et al.* (1988) constataram que a diminuição dos índices de alta hospitalar por cirrose hepática estava associada ao aumento do tratamento em Ontário, Canadá. Romelsjo (1987) sugeriu que, além da diminuição do consumo per capita, o tratamento ambulatorial pode ter contribuído para a redução dos índices de cirrose hepática em Estocolmo, na Suécia. Holder e Parker (1992) constataram que o aumento das internações para tratamento de álcool (tanto em pacientes internos quanto externos) durante um período de

20 anos na Carolina do Norte estava relacionado a uma redução significativa nas taxas de mortalidade por cirrose.

Apesar dessas constatações, há uma escassez de pesquisas sobre o impacto geral da intervenção curta e dos serviços tradicionais de tratamento na saúde da população ou nos indicadores de assistência social, sendo que tem houve poucas pesquisas sobre se diferentes projetos de sistemas são mais eficientes ou eficazes do que outros. Uma abordagem que ajudou a atender a essa necessidade é o uso de modelagem estatística para estimar o impacto das intervenções de tratamentos na mortalidade e morbidade relacionadas ao álcool. O quadro 13.1 descreve os resultados de vários estudos de modelagem, sugerindo que o tratamento e os serviços de TCI podem fazer uma diferença substancial nos índices populacionais nas condições certas.

Outras pesquisas tentaram avaliar os efeitos de diferentes modelos organizacionais e qualidades de sistemas de tratamento. Uma comparação dos sistemas nacionais de tratamento do álcool na Dinamarca e na Suécia (Pedersen *et al.* 2004) mostrou que certas características internas do sistema de tratamento (ou seja, a acessibilidade, a relação com o tratamento da toxicodependência, o tratamento para grupos especiais e o tratamento estruturado) foram importantes para direcionar os pacientes ao tratamento (captura), embora certos fatores externos tivessem sido relevantes para o índice de tratamento (ou seja, uma garantia de encaminhamento e uma apreciação geral nos sistemas circundantes da natureza do tratamento do álcool). Em um estudo com quase 1.900 clientes e pacientes em diferentes partes do sistema de tratamento de consumo excessivo de substâncias tóxicas no condado de Estocolmo, Stenius *et al.* (2005) constataram que, em contraste com um modelo organizacional em que predominava o tratamento residencial, um sistema organizado em torno de serviços ambulatoriais se mostrou melhor para recrutar membros de grupos vulneráveis para o tratamento, o que poderia traduzir-se em benefícios para a saúde da população.

Quadro 13.1 Os serviços de tratamento podem fazer a diferença na morbidade e mortalidade a nível populacional (utilizando modelos estatísticos para responder a uma pergunta-chave)?

Por meio de dados provenientes das 27 nações da União Europeia, Rehm *et al.* (2013) modelaram o impacto da dependência de álcool sobre a mortalidade, que foi estimada em uma a cada sete mortes para os homens e uma a cada 13 para as mulheres. Com base nos dados de eficácia do tratamento, derivados da literatura de intervenção curta e tratamento de álcool para terapias não farmacológicas e farmacológicas, verificou-se que, ao aumentar a cobertura do tratamento para 40% das pessoas com dependência de álcool (do nível atual de 10%), a mortalidade atribuível ao álcool poderia ser reduzida em 13% nos homens e em 9% nas mulheres. Embora os benefícios potenciais do aumento da disponibilidade de tratamento sejam comparáveis aos documentados em pesquisas sobre medidas a nível populacional, como aumento de impostos sobre o álcool e controles de disponibilidade (vide os capítulos 8 e 9), os autores advertem que essas projeções estão sujeitas às limitações da modelagem estatística, bem como custos e viabilidade, devendo ser usados para complementar, em vez de substituir, mais abordagens baseadas em evidências.

Em outra análise de modelagem, Brennan e colegas (2019) estimaram o impacto do aumento do acesso a vias de tratamento especializado em um município do Reino Unido na futura dependência de álcool, resultados de tratamento, custos e mortalidade. Em um cenário, estima-se que aumentar os índices de acesso ao mesmo nível da vizinha Escócia reduziria a prevalência futura de dependência do álcool em 19,2%.

Além de modelar os efeitos dos serviços formais de tratamento, outras tentativas foram feitas para estimar o benefício da TCI para a saúde pública. Chisholm *et al.* (2004) realizaram uma análise comparativa de custo-eficácia para estimar o impacto populacional de cinco intervenções baseadas em evidências, incluindo a TCI. Em regiões com altos índices de consumo insalubre, estima-se que tanto a orientação médica (por exemplo, a TCI) quanto medidas em toda a população, como impostos sobre o álcool, tenham um impacto favorável na saúde da população. Em regiões com índices baixos, estratégias como breves orientações direcionadas a subgrupos específicos de pessoas que bebem excessivamente foram consideradas como apresentando melhor custo-benefício do que as medidas em toda a população. Outra abordagem, denominada de Modelo de Política Relativa ao Álcool, de Sheffield (Brennan *et al.* 2015), estimou os efeitos de um hipotético programa nacional de triagem de 10 anos no Reino Unido. Embora um cenário de departamentos de emergência tenha produzido resultados decepcionantes, os modelos que utilizam médicos clínicos gerais demonstraram boas relações custo-benefício.

13.8 Conclusão: construção de sistemas de tratamento mais eficazes


No século XXI, tem havido uma consciência crescente acerca da necessidade de pesquisas sobre as formas pelas quais os sistemas de tratamento para problemas relacionados ao álcool são conceituados e organizados. Tem havido um crescente reconhecimento de que há problemas sociais e de saúde decorrentes do consumo de álcool, não apenas para a

pessoa que bebe, mas também para os familiares e outras pessoas ao redor dela (Selbekk *et al.* 2018) (vide também o capítulo 4), ao passo que os serviços para lidar com os problemas muitas vezes são financiados apenas para o tratamento do consumidor de bebidas alcoólicas. A discussão sobre o tratamento em nível sistêmico muitas vezes se limita a focar no sistema de saúde, quando outros sistemas de resposta social – assistência social, justiça e habitação pública, por exemplo – também são altamente relevantes. O discurso político sobre os sistemas de tratamento é frequentemente dominado por um foco nacional (Klingemann 2020). Apesar de alguns estudos comparativos iniciais de sistemas nacionais de tratamento (por exemplo, Klingemann *et al.* 1992; Storbjörk 2010), poucas pesquisas avaliaram seu impacto a nível populacional e as características do sistema associadas a ele. Uma pesquisa em dez países europeus constatou uma difusão bastante lenta de inovações, uma tendência questionável para métodos de “nova gestão pública”, certo grau de regressão a abordagens mais moralizadas e lacunas contínuas de tratamento para populações menos favorecidas (Klingemann 2020).

Um conjunto de padrões internacionais para o tratamento de “distúrbios advindos do consumo de drogas”, desenvolvido em conjunto pela OMS e pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (2020), oferece uma estrutura para a elaboração de sistemas de tratamento especializados para todos os transtornos em decorrência do consumo de substâncias psicoativas. De acordo com as normas, um sistema nacional eficaz requer uma resposta coordenada e integrada por parte de muitos atores. O objetivo é disponibilizar serviços e intervenções em vários ambientes, visando diferentes grupos em diferentes estágios do transtorno por consumo de substâncias tóxicas. O sistema público de saúde, e não necessariamente o braço psiquiátrico dos serviços de assistência médica, trabalhando em estreita coordenação com a assistência social e outros serviços comunitários, é considerado a melhor opção na oferta de serviços de tratamento eficazes. Em alguns países, o setor privado e as organizações não-governamentais podem desempenhar um papel importante, embora seja necessário um financiamento substancial por parte do governo.

A maior parte das intervenções de tratamento são necessárias em níveis de menor intensidade, de modo que os serviços precisam ir além do setor de saúde. Intervenções de baixa intensidade em ambientes co-

munitários ou não especializados (como a TCI) podem impedir que as pessoas desenvolvam distúrbios mais graves. O tratamento ambulatorial é a primeira escolha recomendada do ponto de vista da saúde pública, desde que seja baseado em evidências e possa atender às necessidades do paciente. O tratamento residencial e hospitalar pode ser necessário, com base em uma avaliação individualizada para aqueles com transtornos de uso de substâncias mais graves ou complexas ou problemas sociais adicionais (Organização Mundial da Saúde e Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime 2020, p. 16–17). De acordo com os padrões da OMS e do UNODC (2020), os serviços de tratamento devem estar disponíveis, acessíveis, baratos, pautados em evidências e diversificados o suficiente para atender às necessidades de diferentes subpopulações, como adolescentes, usuários de múltiplas substâncias tóxicas, pessoas com transtornos psiquiátricos concomitantes, mulheres grávidas e idosos.

Em última análise, os formuladores de políticas e o público em geral querem saber duas coisas sobre os serviços de tratamento a pessoas que tem problemas com o álcool: (1) O tratamento funciona bem o suficiente para alterar o curso do comportamento de consumo de álcool insalubre da parte de alguém que bebe excessivamente?; e (2) A totalidade dos serviços sociais e clínicos pode reduzir os custos humanos e financeiros para a sociedade, especialmente em termos de doenças relacionadas ao álcool, crime, violência, mortes no trânsito e outros problemas? Para responder à primeira pergunta, a tabela 13.1 oferece as classificações de consenso dos autores das intervenções consideradas neste capítulo. Conforme descrito no  apêndice on-line 1, as estratégias e intervenções são classificadas pelos autores em duas áreas principais: (1) evidência de eficácia; e (2) nível de fundamentação por meio de pesquisas.

As classificações de eficácia indicam que a primeira pergunta pode ser respondida afirmativamente, com base nas constatações provenientes de 50 anos de pesquisas clínicas, que mostram que a maior parte dos serviços de tratamento para pessoas com padrões nocivos de consumo contribui para a abstinência a curto prazo ou a redução do consumo e, em menor grau, a recuperação a longo prazo. As intervenções de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são eficazes e apresentam uma relação custo-benefício moderadamente boa, principalmente quando realizadas em regime ambulatorial. Programas operados por organizações de auxílio mútuo, como a Alcoólicos Anônimos, são classificados

como muito bons em termos de eficácia, alcance da população e baixo custo. Além disso, intervenções curtas para pessoas que bebem de forma insalubre sem serem dependentes, juntamente com encaminhamentos para tratamentos de casos mais graves, têm forte fundamentação por parte de pesquisas, sendo, porém, que a implementação desses programas continua sendo um desafio na maior parte dos países (Heather 2012).

A segunda pergunta trata da questão dos sistemas de tratamento e se o desenvolvimento de uma continuidade de serviços pode ter um impacto significativo na prevalência de problemas relacionados ao álcool na sociedade. Houve avanços em diversas áreas relacionadas ao sistema de tratamento e seus serviços. Isso inclui estudos sobre o impacto da coordenação de serviços em custos e resultados (Pedersen *et al.* 2004), no planejamento baseado em necessidades (Ritter *et al.* 2019; Rush e Urbanoski 2019); e na medição de componentes e no desempenho do sistema de serviço (Hirschovits-Gerz *et al.* 2019; Mota *et al.* 2019; Tremblay *et al.* 2019). O impacto geral dos serviços de tratamento na morbidade e mortalidade, não obstante, não foi suficientemente estudado para responder a essa pergunta, embora estudos de modelagem sugiram o potencial para um impacto modesto (vide o quadro 13.1).

A relativa escassez de pesquisas de tratamento no nível dos sistemas, sugere a necessidade de um modelo de saúde pública dos recursos estruturais e qualidades dos sistemas de tratamento do álcool que possam explicar como um conjunto de serviços poderia funcionar sinergicamente para melhorar a saúde da população. A Figura 13.1 apresenta esse modelo heurístico, que começa com os determinantes políticos dos serviços de tratamento e termina com o impacto dos sistemas de tratamento na população. As políticas de tratamento, bem como as decisões de financiamento, afetam o número de serviços, bem como a qualidade do sistema, especificando não apenas onde os serviços estão localizados, mas também como eles são organizados e integrados. As qualidades do sistema incluem a equidade (até que ponto os serviços estão igualmente disponíveis e acessíveis a todos os grupos populacionais), a eficiência (a combinação mais apropriada de serviços) e a economia (os serviços com melhor relação custo-benefício). Essas qualidades podem ser consideradas mediadoras da efetividade do sistema, na medida em que transmitem os efeitos das estruturas e programas do sistema. Nesse modelo concei-

tual, postula-se que os recursos estruturais e as qualidades do sistema contribuem significativamente para a eficácia dos serviços (Babor 20015).


Tabela 13.1 Classificações De Consenso De Serviços De Tratamento E Intervenção Precoce^c

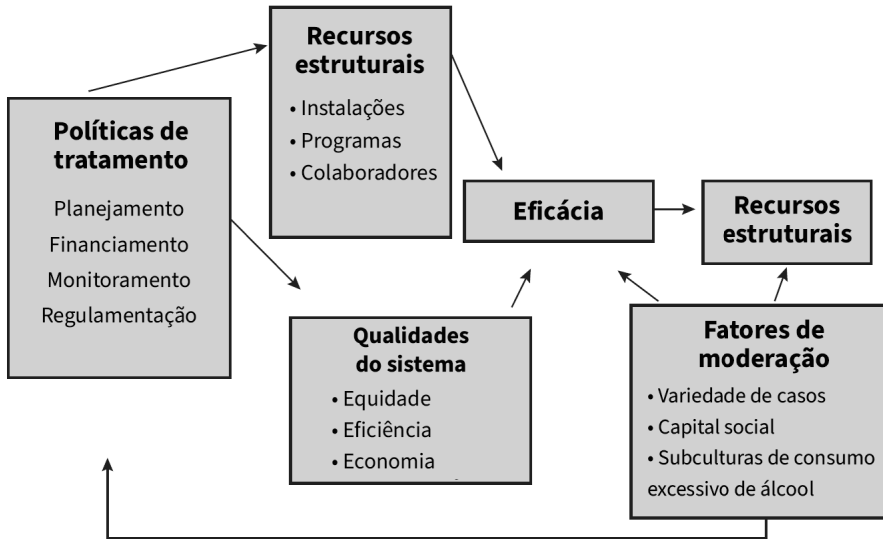
Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Intervenções breves concebidas para consumidores não dependentes altamente insalubres	++	+++	Pode ser eficaz, mas a maioria dos profissionais de atendimentos primários carece de treinamento e tempo (e, muitas vezes, de motivação) para conduzir a triagem e intervenções curtas. Custo moderado para implementar e sustentar; alcance populacional baixo a moderado
Desintoxicação médica e social para pessoas com dependência alcoólica	++	++	Seguro e eficaz (pode salvar vidas) no tratamento da síndrome de abstinência, mas tem pouco efeito no consumo prolongado de álcool, a menos que combinado com outras terapias; alto custo para implementar e sustentar
Modalidades comportamentais e psicossociais	+ / ++	+++	Quantidades consideráveis de pesquisas indicam eficácia na redução do consumo de álcool e danos, mas a recaída é típica para uma proporção significativa da população tratada. A padronização de técnicas terapêuticas por meio do treinamento de terapeutas pode ser responsável por efeitos em estudos de pesquisa, em comparação com ambientes comunitários onde a maior parte da terapia não é padronizada
Gerência de contingência	++	++	Altamente eficaz em promover o comparecimento ao tratamento e reduzir a recaída no consumo de álcool. Pouca pesquisa em países de baixa e média renda e programas difíceis de implementar em países de alta renda
Tratamento farmacológico	+ / ++	++	Eficaz na redução do consumo de álcool e danos, mas a recaída é típica para uma proporção significativa da população tratada. Os efeitos aditivos das farmacoterapias, quando combinadas com terapias psicossociais, têm sido marginais

Estratégia ou intervenção	Eficácia ^a	Amplitude do apoio à pesquisa ^b	Comentários
Tratamento obrigatório e coercitivo.	+/?	++	Grande parte do tratamento da dependência de álcool contém um elemento de coerção, mas essa classificação se refere a estudos de programas altamente coercitivos; o custo para implementar e sustentar provavelmente será alto
Intervenções de auxílio mútuo	++	++	Um complemento viável e econômico ou uma alternativa ao tratamento formal em muitos países; os índices de recaída são altos, sendo necessárias múltiplas exposições a grupos de apoio; baixo custo para implementar e sustentar

^a 0 As evidências indicam falta de efeito, ou seja, a intervenção foi avaliada e considerada ineficaz na redução do consumo de álcool ou problemas com álcool; + Evidência de um efeito pequeno ou limitado no consumo ou problemas; ++ Evidência de um efeito moderado no consumo ou problemas; +++ Evidência de forte efeito no consumo ou problemas; ? Um ou mais estudos foram realizados, mas não há evidências suficientes para se fazer um julgamento.

^b 0 Nenhum estudo de eficácia foi realizado; + Um ou dois estudos de eficácia bem concebidos foram concluídos; ++ Mais de dois estudos de eficácia foram concluídos, mas não há nenhuma análise integrativa disponível ou nenhuma que inclua países de baixa e média renda; +++ Estudos suficientes de eficácia foram concluídos para permitir revisões integrativas da literatura ou metanálises, com alguns testes feitos em países de baixa e média renda.

^c Para mais informações, consulte o  apêndice on-line 11



Políticas → Características do sistema → Eficácia → Impacto populacional

Figura 13.1 Modelo conceitual de impacto populacional de sistemas de tratamento ao alcoolismo.

Adaptado com permissão de Babor TF, Stenius K e Romelsjo A (2008) Sistemas de tratamento ao álcool e drogas na perspectiva da saúde pública: mediadores e moderadores dos efeitos da população. Revista Internacional de Métodos em Pesquisa Psiquiátrica, 17(S1), S50– S59.

Conforme sugerido na Figura 13.1, o impacto cumulativo desses serviços deve traduzir-se em benefícios para a saúde da população, como a redução da mortalidade e morbidade, bem como reduções no desemprego, invalidez, criminalidade, suicídio e custos com a saúde. O modelo também prevê a possibilidade de que tanto a eficácia quanto o impacto populacional dos sistemas de tratamento sejam influenciados por certos fatores moderadores, como as características sociodemográficas da população com transtornos por consumo de álcool (ou seja, “variedade de casos”), o capital social possuído por (ou em falta) desses grupos populacionais (como, por exemplo, a participação cívica e a integração comunitária) e os fatores culturais que determinam os padrões de uso de substâncias tóxicas, bem como as reações sociais a elas. Esses fatores moderadores podem contribuir para o resultado do tratamento, in-

dependentemente das qualidades do sistema e dos tipos de tratamento, devendo ser levados em consideração no projeto e avaliação de qualquer sistema de tratamento. Por esse motivo, incluímos um ciclo de avaliações dos fatores moderadores para a caixa de política de tratamento para enfatizar que, para que haja um desempenho ideal, os sistemas de tratamento precisam ser concebidos com o objetivo de atender às características da população e suas necessidades de tratamento.

Apesar do progresso significativo na avaliação da eficácia do tratamento, o histórico dos serviços de tratamento contra o álcool oferece várias lições de alerta para funcionários do governo e outros interessados em políticas que apoiem programas de tratamento. Uma lição é que os serviços de tratamento ao alcoolismo tendem a evoluir mais em resposta à tradição e ao rápido aumento dos índices de problemas, do que em resposta a um planejamento racional. Outra lição foi que os serviços diminuem em tempos de crise econômica, em parte porque o estigma do vício não ajuda no recrutamento de aliados poderosos para sustentar o financiamento. Também aprendemos que os serviços evoluem em resposta a mudanças nos padrões de uso de substâncias tóxicas, ensinando-nos que os modelos estáticos de planejamento de tratamento precisam ser substituídos por formas mais dinâmicas de atender às tendências em constante mudança em tecnologia, pesquisa, cultura e demografia.

Com base nas evidências analisadas neste capítulo, o caminho a seguir parece claro – os serviços de tratamento visam principalmente responder aos problemas depois que eles existem.

Eles podem contribuir para a combinação de estratégias necessárias para reduzir os problemas do álcool, mas não eliminam a necessidade de estratégias universais que possam ter um impacto maior na população a um custo muito menor.

Referências

Alcoholics Anonymous (2019) Estimated worldwide A.A. individual and group membership. Service Material from the General Service Office SMF-13. https://www.aa.org/assets/en_US/smf-132_en.pdf

Anderson P, Bendtsen P, Spak F, *et al.* (2016) Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the Optimizing Delivery of Health Care Intervention (ODHIN) five-country cluster randomized factorial trial. *Addiction*, 111, 1935– 45.

Anderson P, Laurant M, Kaner E, *et al.* (2004) Engaging general practitioners in the management of hazardous and harmful alcohol consumption: results of a meta-analysis. *J Stud Alcohol*, 65, 191– 9.

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA, *et al.* (2006) Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial. *JAMA*, 295, 2003– 17.

Babor, TF (2017) Development of services for substance use problems: The need for a system based approach. *Eastern Mediterranean Health Journal* 23(3), 206– 213.

Babor, TF (2015) Treatment Systems for Population Management of Substance Use Disorders: Requirements and Priorities from a Public Health Perspective (Chapter 39). In El-Guebaly, N. and Uchtenhagen, A. (eds) *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Springer-Verlag Italia, p. 1214– 1227.

Babor TF and Del Boca FK (eds.) (2003) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.

Babor, TF, Hernandez-Avliá, CA, Ungemack, JA (2015) Substance-Related Disorders: Alcohol-Related Disorders. In Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. et al (Eds.), *Psychiatry*, 4th Edition, Wiley-Blackwell, p. 1401– 1434.

Babor TF, Steinberg K, Zweben A, *et al.* (2003) Treatment effects across multiple dimensions of outcome. In: Babor TF and Del Boca FK (eds.) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 150– 64.

Babor TF and Stenius K (2010) Treatment services. In: World Health Organization (ed.). *ATLAS on Substance Use— Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*. Geneva: World Health Organization, p. 23– 56.

Babor TF, Stenius K, and Romelsjö A (2008) Alcohol and drug treatment systems in public health perspective: mediators and moderators of population effects. *Int J Methods Psychiatr Res*, 17(Suppl 1), S50– 9.

Barbosa C, Cowell A, Bray J, *et al.* (2015) The cost-effectiveness of alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment (CIET) in emergency and outpatient medical settings. *J Subst Abuse Treat*, 53, 1– 8.

Baumohl J and Room R (1987) Inebriety, doctors and the state: alcoholism treatment institutions before 1940. In: Galanter M (ed.) *Recent Developments in Alcoholism*. Vol. 5. New York: Plenum, p. 135– 74.

Brennan A, Hill-McManus D, Stone T, *et al.* (2019) Modeling the potential impact of changing access rates to specialist treatment for alcohol dependence for local authorities in England— the Specialist Treatment for Alcohol Model (STreAM). *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 96– 109.

Brennan A, Meier P, Purshouse R, *et al.* (2015) The Sheffield Alcohol Policy Model: a mathematical description. *Health Econ*, 24, 1368– 88.

Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, *et al.* (2004) Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*, 65, 782– 93.

Cooney NL, Babor TF, DiClemente CC, *et al.* (2003) Clinical and scientific implications of Project MATCH. In: Babor TF and Del Boca FK (eds.) *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press, p. 222– 37.

De Andrade D, Elphinston RA, Quinn C, *et al.* (2019) The effectiveness of residential treatment services for individuals with substance use disorders: a systematic review. *Drug Alcohol Depend*, 201, 227– 35.

De Leon G (2000) *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*. New York, NY: Springer.

Donoghue K, Patton R, Phillips T, *et al.* (2014) The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and metaanalysis. *J Med Internet Res*, 16, e142.

DuPont RL and Humphreys K (2011) A new paradigm for long-term recovery. *Subst Abus*, 32, 1– 6.

Fernandez J (2019) Community alcohol detoxification in primary care services. *Pract Nurs*, 30, 38– 43.

Finney JW, Hahn AC, and Moos RH (1996) The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773– 96.

Fleming MF, Mundt MP, French MT, *et al.* (2002) Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26, 36– 43.

Fuller RK, Branchey L, Brightwell DR, *et al.* (1986) Disulfiram treatment of alcoholism: a Veterans administration cooperative study. *JAMA*, 256, 1449– 55.

Hai AH, Franklin C, Park S, *et al.* (2019) The efficacy of spiritual/ religious interventions for substance use problems: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Drug Alcohol Depend*, 202, 134– 48.

Hall W, Babor T, Edwards G, *et al.* (2012) Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, 107, 1891– 3.

Hammond DA, Rowe JM, Wong A, *et al.* (2017) Patient outcomes associated with phenobarbital use with or without benzodiazepines for alcohol withdrawal syndrome: a systematic review. *Hosp Pharm*, 52, 607– 16.

Havard A, Shakeshaft A, and Sanson-Fisher RW (2008) Systematic review and meta-analyses of strategies targeting alcohol problems in emergency departments: interventions reduce alcohol-related injuries. *Addiction*, 103, 368– 76; discussion 377– 8.

Heather N (2012) Can screening and brief intervention lead to population-level reductions in alcohol-related harm? *Addict Sci Clin Pract*, 7, 15.

Hirschovits-Gerz T, Kuussaari K, Stenius K, *et al.* (2019) Estimating the needs of substance problem use services: an exercise in several Finnish municipalities using nationally collected, municipallevel survey and register data. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 76– 86.

Holder H and Parker RN (1992) Effect of alcoholism treatment on cirrhosis mortality: a 20-year multivariate time series analysis. *Br J Addict*, 87, 1263– 74.

Humphreys K, Wing S, McCarty D, *et al.* (2004) Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *J Subst Abuse Treat*, 26, 151– 8.

Jonas DE, Amick HR, Feltner C, *et al.* (2014) Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 311, 1889– 900.

Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, *et al.* (2018) Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD004148.

Kaskutas LA, Ammon L, Delucchi K, *et al.* (2005) Alcoholics Anonymous careers: patterns of AA involvement five years after treatment entry. *Alcohol Clin Exp Res*, 29, 1983– 90.

Kattimani S and Bharadwaj B (2013) Clinical management of alcohol withdrawal: a systematic review. *Ind Psychiatry J*, 22, 100– 8.

Kelly JF (2017) Is Alcoholics Anonymous religious, spiritual, neither? Findings from 25 years of mechanisms of behavior change research. *Addiction*, 112, 929– 36.

Kelly JF, Humphreys K, and Ferri M (2020) Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD012880.

Klingemann H (2020) Successes and failures in treatment of substance abuse: treatment system perspective and lessons from the European continent. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 37, 323– 37.

Klingemann H and Hunt G (eds.) (1998) *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons, and Delinquents*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Klingemann H and Klingemann HD (1999) National treatment systems in global perspective. *Eur Addict Res*, 5, 109– 17.

Klingemann H, Takala JP, and Hunt G (1992) *Cure, Care or Control: Alcoholism Treatment in Sixteen Countries*. Albany, NY: State University of New York Press.

Klingemann H, Takala JP, and Hunt G (1993) The development of alcohol treatment systems: an international perspective. *Alcohol Health and Research World*, 3, 221– 7.

Koffarnus MN, Bickel WK, and Kablinger AS (2018) Remote alcohol monitoring to facilitate incentive-based treatment for alcohol use disorder: a randomized trial. *Alcohol Clin Exp Res*, 42, 2423– 31.

Kranzler HR (2000). Medications for alcohol dependence— new vistas. *JAMA*, 284, 1016– 17.

Kranzler HR and Soyka M (2018) Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *JAMA*, 320, 815– 24.

Litten RZ, Falk DE, Ryan ML, *et al.* (2018) Advances in pharmacotherapy development: human clinical studies. *Handb Exp Pharmacol*, 248, 579– 613.

Magill M and Longabaugh R (2013) Efficacy combined with specified ingredients: A new direction for empirically supported addiction treatment. *Addiction*, 108, 874– 881.

Makela, K, Arminen, I, Bloomfield, K, *et al.* (1996). *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: A study in eight societies*. Madison: The University of Wisconsin Press.

Mann RE, Smart R, Anglin L, *et al.* (1988) Are decreases in liver cirrhosis rates a result of increased treatment for alcoholism? *Br J Addict*, 83, 683– 8.

McCambridge J and Saitz R (2017) Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ* 356, j1116.

Miller PM, Book SW, and Stewart SH (2011) Medical treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Int J Psychiatry Med*, 42, 227– 66.

Mota DCB, Silveira CM, Siu E, *et al.* (2019) Estimating service needs for alcohol and other drug users according to a tiered framework: the case of the Sao Paulo, Brazil, metropolitan area. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 87– 95.

Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, and Seppa K (2006) Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review. *Scand J Prim Health Care*, 24, 5– 15.

Ockene JK, Reed GW, and Reiff-Hekking S (2009) Brief patient-centered clinician-delivered counseling for high-risk drinking: 4-year results. *Ann Behav Med*, 37, 335– 42.

Ouimette PC, Finney JW, Gima K, *et al.* (1999) A comparative evaluation of substance abuse treatment: examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcohol Clin Exp Res*, 23, 545– 51.

Pedersen MU, Vind L, Milter M, *et al.* (2004) *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark— Semmenlignet med Sverige [Alcohol Treatment Efforts in Denmark – Compared with Sweden]*. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning.

Rehm J and Barbosa C (2018) The cost-effectiveness of therapies to treat alcohol use disorders. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 18, 43– 9.

Rehm J, Shield KD, Gmel G, *et al.* (2013) Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*, 23, 89– 97.

Riper H, Hoogendoorn A, Cuijpers P, *et al.* (2018) Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: an individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Med*, 15, e1002714.

Ritter A, Mellor R, Chalmers J, *et al.* (2019) Key considerations in planning for substance use treatment: estimating treatment need and demand. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, 80, Sup 19, S42– 50.

Romelsjo A (1987) Decline in alcohol-related in-patient care and mortality in Stockholm County. *Br J Addict*, 82, 653– 63.

Room R (1998) Mutual help movements for alcohol problems in an international perspective. *Addict Res*, 6, 131– 45.

Room R, Callinan S, and Dietze P (2016) Influences on the drinking of heavier drinkers: interactional realities in seeking to ‘change drinking cultures’. *Drug Alcohol Rev*, 35,13– 21.

Room R, Storbjork J, and Laslett A-M (2020) Taking account of third parties in the path to treatment. *Sucht*, 66, 135– 7.

Rush B and Urbanoski K (2019) Seven core principles of substance use treatment system design to aid in identifying strengths, gaps and required enhancements. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 9– 21.

Selbekk AS, Adams PJ, and Sagvaag H (2018) 'A problem like this is not owned by an individual': affected family members negotiating positions in alcohol and other drug treatment. *Contemporary Drug Problems*, 45, 146– 62.

Skog, OJ (1985) The collectivity of drinking cultures: A theory of the distribution of alcohol consumption. *British Journal of Addiction* 80, 83– 99.

Smart RG and Mann RE (2000) The impact of programs for high-risk drinkers on population levels of alcohol problems. *Addiction*, 95, 37– 52.

Stenius K, Storbjork J, and Romelsjo A (2005) Decentralisation and integration of addiction treatment: does it make any difference? A preliminary study in Stockholm County. Paper presented at the 31st Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol (KBS), Riverside, CA, June.

Storbjork J (2010) Alcohol and drug treatment systems research— a question of money, professionals and democracy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 27, 543– 7.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020) *National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2019, Data on Substance Abuse Treatment Facilities*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Tremblay J, Bertrand K, Blanchette-Martin N, *et al.* (2019) Estimation of needs for addiction services: a youth model. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*, Sup 18, 64– 75.

Vuong T, Ritter A, Hughes C, *et al.* (2019) Mandatory alcohol and drug treatment: What is it and does it work? Bulletin No. 27, Drug Policy Modelling Program, UNSW, Sydney. <https://core.ac.uk/download/pdf/199192786.pdf>

Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, *et al.* (1991) A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med*, 325, 775– 81.

Williams EC, Johnson ML, Lapham GT, *et al.* (2011) Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review. *Psychol Addict Behav*, 25, 206– 14.

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

World Health Organization (2020) Compulsory drug detention and rehabilitation centres in Asia and the Pacific in the context of COVID-19, June 1, 2020. https://www.who.int/docs/default-source/searo/hiv-hepatitis/compulsory-drug-detention-and-rehabilitationcentres-in-asia-and-the-pacific-in-the-context-of-covid-19-2020.pdf?sfvrsn=ba3845fc_2

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime (2020) International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

14

O PROCESSO POLÍTICO: VÁRIAS PARTES INTERESSADAS E MÚLTIPLAS AGENDAS

14.1 Introdução: as principais partes interessadas

Este livro trata da política do álcool, vista de uma perspectiva de saúde pública, com foco na prevenção de problemas relacionados ao álcool. Embora haja no momento uma base científica crescente para apoiar a eficácia de inúmeras iniciativas de políticas de controle ao álcool, há uma compreensão muito menor acerca da maneira como os governos, grupos de interesse e comunidades atuam na esfera política para aplicar essas informações conforme o interesse da saúde pública. Neste capítulo, consideramos as seguintes questões: quem são os principais intervenientes na área da política do controle ao álcool? Como cada ator contribui para o processo de formulação de políticas? Qual é o seu impacto individual e coletivo na saúde pública? As respostas a essas perguntas não são simples e variam entre os países e entre os níveis governamentais dentro dos países. Adotamos uma perspectiva de economia política sobre como as agendas são definidas no processo de formulação de políticas (Zahariadis 2016), levando em conta os principais interesses que, muitas vezes, estão envolvidos em sociedades democráticas na formação, implementação e aplicação de políticas na área de controle do álcool. A medida da influência que qualquer participante desse processo pode exercer sobre a política do álcool dependerá de seu poder político, da estrutura conceitual sob a qual opera e das táticas empregadas para implementar estratégias políticas.

A tabela 14.1 oferece um panorama geral das partes interessadas envolvidas na formulação, implementação e aplicação da política do álcool, incluindo órgãos e agências legislativas do governo, profissionais de saúde, organizações não governamentais (ONGs), comunidades científicas, veículos de comunicação de massa e interesses comerciais ligados à indústria de bebidas alcoólicas. Além de grupos e organizações que trabalham no interesse da saúde pública e do bem-estar, também estão envolvidos

interesses comerciais. Existem também outros atores, incluindo departamentos governamentais como o Ministério das Finanças, que podem estar buscando aumentar a produção e as vendas de álcool no interesse da geração de uma maior receita ou de um maior desenvolvimento econômico ou agrícola, agendas que muitas vezes conflitam com o interesse da saúde pública em reduzir os danos provenientes do consumo de álcool.

14.2 Formuladores de políticas governamentais e órgãos

As políticas de controle do álcool são desenvolvidas, implementadas e aplicadas em diferentes níveis governamentais. A estrutura legislativa específica do álcool é, muitas vezes, estabelecida a nível nacional, embora em países federais, grande parte da elaboração de leis e governança possa ser feita a nível estadual ou provincial. As áreas comumente contempladas pelas leis específicas do álcool incluem: controle sobre a produção, exportação e importação de produtos alcoólicos comerciais; controle do atacado e varejo; idade mínima legal para a compra de bebidas alcoólicas; proibições relativas ao consumo de bebidas em lugares específicos ou com atividades específicas (como leis contra dirigir alcoolizado); restrições ao marketing do álcool; e apoio de serviços de tratamento e prevenção. Além disso, em um ou mais níveis de governo, normalmente há impostos especiais sobre bebidas alcoólicas (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 95–112) (vide o capítulo 7). Além dessas leis específicas do álcool, as bebidas alcoólicas também estarão sujeitas a legislação e regulamentações gerais, por exemplo, sobre a pureza e rotulagem de alimentos, sob a jurisdição de vários departamentos governamentais. Conforme descrito no Capítulo 15, não há leis obrigatórias que controlem o álcool no interesse da saúde pública a nível internacional. Os interesses comerciais e fiscais, porém, têm usado cada vez mais os processos internacionais de acordos comerciais e de investimentos para limitar o poder dos governos nacionais de controlar seu mercado doméstico de álcool. Isso sugere a necessidade de uma política internacional coordenada do álcool para neutralizar esses interesses.

Tabela 14.1 Partes interessadas, estruturas conceituais, principais agendas e estratégias e táticas envolvidas na formulação, implementação e aplicação da política de controle ao álcool

Partes interessadas	Exemplos	Quadro conceitual	Principais agendas	Estratégias e táticas
Órgãos governamentais	Ministérios das Finanças, Saúde Pública e Justiça Criminal	Desenvolvimento econômico, saúde pública ou controle social	Receitas fiscais, desenvolvimento econômico, saúde pública, dirigir alcoolizado, crime, punição e dissuasão	Leis, regulamentações, aplicação, tratamento, serviços de prevenção, informação pública, treinamento
Interesses comerciais	Grandes produtores, grupos comerciais, ASORP, anunciantes, varejistas, indústria hoteleira	Capitalismo de livre mercado	Vendas e lucros, livre comércio, autorregulação	Lobby, litígio, atividades de responsabilidade social corporativa, gestão de reputação, prevenção de regulamentação e tributação
Grupos de interesse público	Fornecedores de tratamentos, organizações não governamentais, sociedades e grupos profissionais	Prevenção e minimização de problemas, bem-estar social, desenvolvimento sustentável	Serviços de tratamento e prevenção, políticas de controle do álcool	Disseminação de informações, defesa de políticas, movimentos sociais
Comunidade científica	Cientistas da dependência, epidemiologistas	Busca e compartilhamento do conhecimento científico	Financiamento de pesquisas, traduzir pesquisas em prática e política	Pesquisa científica, análise de políticas, publicações acadêmicas
Veículos de comunicação de massa e mídias sociais	Facebook, YouTube, televisão, rádio, jornais, revistas, mídia controlada pelo governo	Variado, dependendo da propriedade governamental ou privada	Receitas publicitárias, liberdade de expressão, autorregulação	Notícias, comentários, debate

Além das leis nos níveis nacional e estadual/provincial, a produção, venda e consumo de álcool também são regulamentados nos níveis

locais. Os danos causados pela bebida são mais imediatamente visíveis nos bairros e comunidades; portanto, responder a problemas relacionados ao álcool costuma ser uma prioridade nesse nível (Reynolds *et al.* 2020), embora interesses comerciais e fiscais também possam usar leis provinciais ou nacionais para limitar a ação local.

Em muitas sociedades democráticas, as oportunidades de influenciar a estrutura legal das políticas do álcool fazem parte do processo legislativo no qual as partes interessadas podem participar. O processo político formal pode incluir consultas setoriais, análises de políticas e investigações efetuadas por comissões. O projeto de lei oferece oportunidades para várias partes interessadas disponibilizarem comentários, reunirem-se com comitês legislativos e fazerem contato com representantes que votarão na lei ou regulamentação. Pessoas interessadas, grupos profissionais, sindicatos, ONGs e representantes do setor participam dessa forma. Embora todas as partes interessadas possam ser formalmente iguais, contudo, alguns participantes, como a indústria do álcool, podem ter uma vantagem por possuírem mais recursos para dedicar ao processo do que outros participantes. Este também é o caso das muitas formas informais de participação no processo político em que os resultados da política do álcool e sua implementação no dia a dia podem ser influenciados pelo lobby contínuo de políticos e autoridades reguladoras, por meio da participação em conselhos administrativos e consultivos e tanto pela opinião pública quanto pelo clima político por meio dos meios de comunicação de massa (Casswell 1995). Também existe um longo histórico em muitas jurisdições de apoio financeiro a políticos e partidos políticos devido aos interesses da indústria do álcool, com vistas a encorajar uma posição favorável às políticas que favorecem o setor (Marin Institute 2008; Robaina *et al.* 2020).

Dentro do governo, muitas autoridades decisoras diferentes (como, por exemplo, o ministério da saúde, a autoridade de transportes, agência tributária) estão envolvidas na formulação, implementação e aplicação da política do álcool, sendo que as diferentes responsabilidades principais dos departamentos podem levar a agendas conflitantes. Por um lado, o governo tem interesse em fomentar a indústria e a economia e arrecadar receitas para financiar o Estado, interesses esses que devem beneficiar-se com o aumento das vendas e do consumo de álcool. Por outro lado, o governo também tem interesses e responsabilidades na promoção da ordem

e segurança públicas, produtividade do trabalho e saúde pública, todos os quais provavelmente se beneficiarão de um menor consumo de álcool (Mäkelä e Viikari 1977). O departamento que tiver jurisdição sobre uma função do governo poderá afetar a forma como ele age com relação a essas agendas conflitantes. Um **monopólio** governamental **do álcool** no varejo¹⁴, por exemplo, é tanto uma fonte de receita do governo quanto um meio potencial de controle do álcool no interesse da saúde pública; portanto, se o monopólio é colocado sob um departamento de finanças ou um departamento de saúde ou bem-estar, é provável que ele influencie qual das agendas concorrentes prevalecerá (Room e Cisneros Örnberg 2019).

A agenda de cada departamento é regida pela legislação e influenciada pelas decisões do governo central, mas no dia a dia essa agenda está nas mãos de seus principais funcionários públicos, que, muitas vezes, são atores a longo prazo, em comparação com os representantes eleitos. Existem, portanto, muitos caminhos pelos quais grupos de interesse ou organizações da sociedade civil podem influenciar a agenda do departamento, não apenas por meio de audiências e apresentações formais, mas também por meio de conexões informais, incentivos e contatos.

Ter uma política nacional para reduzir o consumo insalubre do álcool é a primeira das dez áreas-alvo para a ação governamental especificada pela Organização Mundial da Saúde (2010, p. 11). Ter, porém, uma política nacional escrita não significa necessariamente que os interesses da saúde pública tenham definido uma agenda nacional. Verifica-se, por exemplo, que as quase idênticas políticas nacionais do álcool propostas em quatro países africanos na década de 2000 foram escritas pelo mesmo consultor externo pago pelos interesses da indústria do álcool (Bakke e Endal 2010) que se beneficiariam de políticas com a menor quantidade de restrições. Mesmo sem o envolvimento direto da influência do setor do álcool, pode haver um efeito de “menor denominador comum” que move um documento de política nacional na direção de restrições mínimas, as quais podem ser endossadas por todos, com a exclusão de controles legislativos que incorporam as melhores práticas; assim, as políticas nacionais costumam ser muito fracas e normalmente se concentram em

14 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

soluções que dependem da responsabilidade individual, em vez de estratégias universais no nível da população (vide o capítulos 7, 8 e 9).

14.3 Interesses comerciais

Existem interesses comerciais significativos envolvidos na fabricação, comercialização, distribuição, precificação e venda de bebidas alcoólicas. Embora a indústria do álcool não seja monolítica em termos de motivos, poder ou operações, em muitos casos, o imperativo comercial da indústria do lucro compete com os objetivos de saúde pública. A eliminação das restrições nos horários de venda, por exemplo, muitas vezes favorecida pelos interesses da indústria, pode levar ao aumento do consumo de álcool e problemas relacionados (vide o capítulo 8). A publicidade na mídia e outros tipos de marketing são considerados pelos defensores da saúde como que representando um risco particular para populações vulneráveis, como adolescentes (vide o capítulo 9), mas as regulamentações governamentais sobre a publicidade são consistentemente contestadas pela indústria do álcool em favor de uma abordagem de autorregulação.

Com seus interesses comerciais em jogo, não é de surpreender o fato que a indústria do álcool esteja ativamente envolvida na esfera política. Mesmo onde a indústria não é a presença não governamental dominante na mesa de formulação de políticas, seus representantes normalmente são influentes na definição da agenda política, moldando as perspectivas dos legisladores sobre questões políticas e determinando o resultado dos debates políticos (por exemplo, McCambridge *et al.* 2018). Suas estratégias e táticas de influência foram bem documentadas (Savell *et al.* 2015; Robaina *et al.* 2020), incluindo: (1) obter acesso aos tomadores de decisões políticas; (2) visar os tomadores de decisões políticas indiretamente por meio do apoio constituinte; (3) promoção de políticas alternativas ou medidas voluntárias; (4) fornecer incentivos financeiros para influenciar os formuladores de políticas governamentais a agir de uma determinada maneira; e (5) litigar para neutralizar uma medida indesejável ou contorná-la.

Obter acesso aos decisores do governo para controlar o fluxo de informações pode ser o objetivo político mais importante de uma empre-

sa (Hillman *et al.* 1999; Schuler *et al.* 2002). As táticas para controlar esse fluxo incluem: parcerias com órgãos governamentais e organizações da sociedade civil; atividades para moldar evidências científicas, o enquadramento do discurso da mídia; e lobby político. Pode-se conseguir parcerias informais com o governo, por exemplo, ao nomear ex-membros de alto escalão do gabinete e funcionários eleitos para os conselhos de empresas de bebidas alcoólicas, onde eles podem usar seus contatos com funcionários do governo para influenciar a legislação e a regulamentação. Desenvolver relacionamentos a longo prazo com políticos e autoridades é uma estratégia essencial, visto que os formuladores de políticas normalmente dependem de fontes de informações confiáveis em um ambiente complexo e sobrecarregado de informações (Cairney 2019).

Moldar a base de evidências por meio de pesquisa patrocinada, disseminação seletiva de pesquisa e descrédito da pesquisa em saúde pública são outras táticas usadas pela indústria. O apoio seletivo à pesquisa que provavelmente favoreceria os interesses da indústria e o acesso aos tomadores de decisão do governo ficou evidente no envolvimento da indústria do álcool em um grande, mas eventualmente abortado, estudo internacional sobre o consumo moderado e doenças cardiovasculares sob os auspícios dos Institutos Nacionais de Saúde (Mitchell *et al.* 2020).

Outro veículo para mobilizar a influência política se dá por meio de associações comerciais, que representam os interesses dos produtores de vinho, destilados e cerveja para a mídia, o público e o governo. As corporações da indústria do álcool também encontram aliados em outras indústrias que lucram com a venda de álcool (como, por exemplo, restaurantes e bares, mercearias e outros varejistas, hotéis e órgãos de mídia, marketing, esportes e cultura). Organizações esportivas em muitos países têm relações estreitas com as indústrias do álcool e da mídia. A federação internacional de futebol FIFA, por exemplo, garantiu a remoção temporária da legislação de controle do álcool como parte de seu acordo de patrocínio para a Copa do Mundo no Brasil em 2014; isso abriu as portas para aumentos contínuos da disponibilidade de álcool em eventos esportivos brasileiros cuja duração se estendeu para muito além da Copa do Mundo (de Almeida e Marchi Júnior 2020).

A substituição de políticas é uma tática usada pelo setor para impedir a implementação de regulamentações. Essas substituições incluem

a promoção de ações voluntárias por membros da indústria, particularmente a autorregulação, em vez de políticas efetivas. A indústria faz lobby ativamente para desenvolver nova (ou preservar a existente) autorregulação na forma de códigos voluntários ineficazes de práticas de marketing (Noel *et al.* 2017) e inovações na rotulagem escritas por organizações apoiadas pela indústria – no lugar da legislação formal.

Doações e contribuições de campanha para políticos são outra forma pela qual a indústria do álcool mantém fortes conexões com os governos locais e estaduais. Segundo a Transparência Brasil (2016, p. 11), uma organização não governamental anticorrupção, a maior produtora de álcool do Brasil, a Ambev, gastou aproximadamente 10 milhões de dólares em doações políticas e lobby em 2014, o que foi 3,7 vezes mais do que a empresa gastou em 2010. Em vários casos, grandes produtores foram multados por causa de contribuições ilegais a funcionários do governo (consulte o quadro 14.1). Quando os governos propõem novas regulamentações, a indústria ameaça ou institui uma ação legal contra as políticas do álcool ou contra as pesquisas de políticas (consulte o quadro 14.2). Ser signatário de acordos comerciais e de investimento também afeta a disposição dos governos de adotar políticas do álcool; mesmo na ausência de uma ação legal, pode haver um efeito inibidor (vide o capítulo 15).

Outra maneira pela qual os grandes produtores promovem seus interesses políticos é por meio de doações filantrópicas e atividades de **responsabilidade social corporativa** (RSC). A indústria do álcool e seus **aspectos sociais e organizações de relações públicas** (ASORP) se envolvem em uma série de atividades educacionais, apoiam programas de treinamento de atendentes e conduzem campanhas de motoristas solicitados (Esser *et al.* 2016; Babor *et al.* 2018), normalmente promovendo um conjunto de mensagens-chave, como a responsabilidade do consumidor, que ecoam os interesses da indústria (Anderson 2004). Eles também apoiam políticas de redução de danos, normalmente aquelas que terão o menor impacto sobre o total de vendas (McCambridge *et al.* 2018). Assim, a Aliança Internacional para o Consumo Responsável (IARD), uma organização de relações públicas apoiada pelos maiores produtores mundiais de álcool, distribui publicações que enfatizam a educação sobre o álcool, campanhas divulgando o “beber com responsabilidade”, a autorregulamentação da indústria de marketing e o treinamento sobre a postura que os varejistas e atendentes devem adotar em relação ao ál-

cool, como medidas preferenciais para prevenir problemas relacionados às bebidas alcoólicas. Conforme descrito nos Capítulos 9, 10 e 12 deste livro, no entanto, essas medidas estão entre as menos eficazes para reduzir os danos relacionados ao álcool, em comparação com outras estratégias, como a tributação e a limitação do acesso, que podem ser financeiramente desvantajosas para a indústria do álcool.

Quadro 14.1 Álcool forte: bom cidadão corporativo ou intruso estrangeiro ilícito?

Em 27 de julho de 2011, a Comissão de Segurança e Câmbio (SEC) dos Estados Unidos emitiu uma ordem de cessar e desistir para a Diageo plc, uma das maiores produtoras de álcool do mundo, bem como uma multa civil de \$ 3.000.000. De acordo com um resumo do processo:

Este assunto diz respeito a várias violações da Lei de Práticas de Corrupção no Exterior (“LPCE”) pelo réu Diageo, um dos maiores produtores mundiais de bebidas alcoólicas *premium*. Por mais de seis anos, a Diageo, por meio de suas subsidiárias, pagou mais de US\$ 2,7 milhões a vários funcionários do governo na Índia, Tailândia e Coreia do Sul em esforços separados para obter vendas lucrativas e benefícios fiscais. A Diageo e suas subsidiárias deixaram de contabilizar com precisão esses pagamentos ilícitos em seus livros e registros. Exercendo uma supervisão imprecisa, a Diageo também deixou de criar e manter controles contábeis internos suficientes para detectar e impedir os pagamentos.

Uma década depois, a Diageo concordou em pagar uma multa civil de US\$ 5 milhões para resolver as acusações da SEC, de que a divisão da empresa na América do Norte pressionou os distribuidores a comprar excesso de estoque para impulsionar seus resultados em um mercado em declínio.

Fontes: dados de Murphy EM (2011) Ordem instituindo procedimentos de cessação e desistência de acordo com a Seção 21c do Lei do Mercado de Valores Mobiliários de 1934, fazendo constatações e impondo uma ordem de cessação e desistência e uma penalidade civil. A Comissão de Valores Mobiliários (<https://www.sec.gov/litigation/admin/2011/34-64978.pdf>); e Stempel J (2020) Diageo pagará US \$ 5 milhões para liquidar as acusações da SEC de ocultar bebidas alcoólicas em remessas. Reuters, 19 de fevereiro (<https://www.reuters.com/article/us-diageo-sec-idUSKBN20D27Z>).

Quadro 14.2 Ameaça de ação legal contra a pesquisa de políticas

Em 2017, cientistas do álcool da *Public Health Ontario* e do Instituto Canadense de Pesquisas do Uso de Substâncias Tóxicas da Universidade de Victoria conduziram um estudo inovador (Zhao *et al.* 2020) sobre rótulos de alerta de álcool em Yukon, Canadá. Os rótulos incluíam: (1) um alerta de câncer; (2) diretrizes de consumo de baixo risco; e (3) mensagens padrão sobre as bebidas. Em comparação com as regiões vizinhas (que serviram de locais de controle), as vendas per capita de produtos rotulados diminuíram 6,6% na comunidade que sofreu a intervenção. Este estudo mostrou que rótulos com alertas aprimorados sobre o álcool são notados e podem ser uma estratégia eficaz para reduzir o consumo excessivo de álcool (Schoueri-Mychasiw *et al.* 2020). Durante o estudo, os lobistas da indústria do álcool pressionaram o governo de Yukon a encerrar temporariamente a pesquisa, usando a ameaça de litígio para remover o alerta de câncer da pesquisa em andamento. Apesar das interferências, o estudo foi concluído de forma modificada. Ironicamente, ao chamar a atenção da mídia para suas próprias atividades de lobby, a indústria pode ter inadvertidamente aumentado o apoio público às políticas contra o álcool e ajudado a divulgar ainda mais a mensagem de que o álcool causa câncer (Stockwell *et al.* 2020).

14.4 Grupos de interesse público e movimentos sociais

Na era moderna, vários grupos de interesse público atuam nos níveis local, nacional e internacional para abordar o papel do álcool nos problemas sociais e sanitários a partir de diferentes abordagens filosóficas. Um desses grupos foi a União das Mulheres Cristãs pela Temperança, que funcionou no final do século XIX e início do século XX em alguns países (Tyrrell 1991). As ONGs na tradição da temperança ainda contribuem para o processo político em algumas áreas do mundo, como, por exemplo, a FORUT, uma organização internacional norueguesa de desenvolvimento e assistência (<https://forut.no/english/>) e a *Movendi International* (antiga IOGT; <https://movendi.ngo/about-movendi/>), uma ONG internacional com foco particular em países de baixa e média renda (PBMRs).

Como o álcool é reconhecido como um dos quatro principais fatores de risco de **doenças não transmissíveis** (DCNTs), o foco internacional nas DCNTs aumentou o envolvimento de ONGs internacionais, incluindo a DCNT *Alliance* (<https://ncdalliance.org/>) e a *Vital Strategies*, que promovem a saúde pública em PBMRs (<https://www.vitalstrategies.org/about-us/>).

Nas últimas décadas, também surgiram grupos de interesse que representam aqueles que são prejudicados pelo consumo de álcool por parte de outras pessoas em diversas regiões do mundo. Frequentemente, esses foram movimentos de mulheres contra os problemas colocados pela bebida consumida por homens, por exemplo, na Índia (Gururaj *et al.* 2021) e nas ilhas do Pacífico (Marshall e Marshall 1990) e entre as mulheres aborígenes australianas (Wright 2009; Brady 2019). O movimento *Mães Contra a Condução sob o Efeito de Álcool* (MADD) nos Estados Unidos, que envolveu mais do que mães, foi um elemento importante na defesa bem-sucedida do aumento da idade mínima para beber bebidas alcoólicas nos Estados Unidos para 21 anos (DeJong e Russell 1995). O papel da opinião pública, independentemente de movimentos ou grupos de interesse específicos, também pode ser influente (Pertschuk 2010).

Como os movimentos de temperança em muitas sociedades diminuíram em meados do século XX, os problemas relacionados ao álcool foram cada vez mais abordados por instituições de saúde pública e ONGs (Room 1984). Desde a década de 1980, associações nacionais de saúde pública em vários países e organizações globais incluíram questões relacionadas ao álcool em suas agendas de defesa. A Associação Americana da Saúde Pública e a Associação Médica Mundial, por exemplo, têm políticas a favor de uma Convenção-Quadro para o Controle do Álcool. A Aliança Global de Políticas do Álcool (GAPA) (<https://globalgapa.org/>) é uma organização internacional de defesa com a missão de promover políticas baseadas em evidências livres de interesses comerciais. Ela tem como foco principal a política global, incluindo a promoção de uma Convenção-Quadro para o Controle do Álcool.

Profissionais médicos e seus grupos afiliados também foram fundamentais para colocar as questões do álcool na agenda pública. Os desenvolvimentos da política de saúde pública na França na década de 1980, por exemplo, foram iniciados pelos esforços de um grupo de médicos especialistas – “os cinco sábios” (Craplet 1997). Profissionais preocupados com a lei e a ordem também desempenharam um papel importante no processo de formulação de políticas em alguns países (Baggott 1986). Um cirurgião da polícia em Victoria, na Austrália, desempenhou um papel de liderança na adoção pioneira do teste aleatório do bafômetro (TAB), a medida preventiva mais eficaz contra acidentes ao dirigir embriagado (Garrard 2004).

Os danos causados pelo álcool normalmente são mais visíveis na esfera do bairro ou da localidade. Lesões e mortes em acidentes envolvendo motoristas alcoolizados são tratadas pela polícia comunitária, hospitais e serviços médicos de emergência. Por vezes, os problemas com o álcool são experiências pessoais muito marcantes para os membros da comunidade, os quais são motivados a agir localmente, muitas vezes protestando contra o número de pontos de venda de produtos alcoólicos em sua comunidade. Esses grupos também podem criar uma pressão pública contra a venda de álcool no varejo para menores de idade e contra o acesso ao álcool em eventos sociais juvenis.

Da mesma forma, as questões do álcool muitas vezes se tornam parte da agenda política quando ocorrem danos relacionados ao álcool bem divulgados (por exemplo, ferimentos ou mortes em um bar ou boate) ou quando os primeiros a responder a emergências de saúde, lesões ou assaltos (por exemplo, funcionários de ambulâncias, policiais, médicos de emergência) prestam depoimento em audiências públicas ou inquéritos, destacando os efeitos nocivos do álcool (Conigrave 2016). Seu testemunho pode ser apoiado por evidências de registros institucionais, mas muitas vezes suas descrições de casos e eventos específicos são vistas como a evidência mais persuasiva.

Embora seja relativamente fácil introduzir campanhas educativas ou informativas a nível local, os desafios de interesses comerciais e outros podem surgir rapidamente contra a implementação de políticas voltadas para a aplicação da lei, ambientes de consumo, acesso ao álcool e mudanças na regulamentação. Conforme observado na seção 14.3, os grupos de cidadãos que apoiam os esforços para implementar políticas especiais precisam estar preparados para a oposição ou para que a agenda seja desviada pela indústria do álcool para iniciativas de alto perfil, mas com pouco ou nenhum impacto sobre os problemas relacionados ao álcool (por exemplo, oferecer café gratuitamente aos motoristas na véspera de ano novo).

Coalizões de defesa construídas a nível local normalmente incluem pesquisadores científicos ao lado de funcionários públicos, policiais, representantes do setor de saúde e ONGs locais. Na Noruega, tal coalizão promovendo os efeitos benéficos da restrição do horário comercial foi neutralizada por uma coalizão de políticos conservadores e representantes da indústria hoteleira enfatizando a liberdade individual, im-

pactos econômicos e outros interesses da indústria (Rossow *et al.* 2015). Esses vetores opostos de interesses concorrentes são comuns nas arenas políticas locais e nacionais.

Uma abordagem que começou na Nova Zelândia na década de 1980 foi traduzir estratégias baseadas em evidências em políticas locais com relação ao álcool por meio de projetos de ação comunitária de múltiplos componentes para reduzir os danos relacionados ao álcool (Hill e Stewart 1996; Stewart *et al.* 1997). Os principais elementos de um desses modelos desenvolvidos na Nova Zelândia estão resumidos no quadro 14.3. Conforme descrito no capítulo 12, projetos de ação comunitária avaliados também foram implementados nos Estados Unidos, Austrália, Canadá e vários países nórdicos (Midford e Shakeshaft 2017; Room 2017).

Embora tenha havido sucessos notáveis de projetos específicos (por exemplo, o projeto STAD em Estocolmo, Suécia) (Wallin *et al.* 2003, 2005), esses sucessos não foram facilmente replicados em outras comunidades (Hallgren e Andréasson 2013; Quigg *et al.* 2019). Um problema comum é que as comunidades normalmente têm poder limitado para mudar importantes determinantes dos problemas do álcool, como a extensão da disponibilidade de álcool (Room 2017).

As constatações de um estudo de movimentos comunitários bem-sucedidos sobre questões de controle de álcool em comunidades urbanas nos Estados Unidos sugerem que um ingrediente crucial para uma ação comunitária bem-sucedida é a paixão e o sentimento de ressentimento (Herd e Berman 2015). Sempre que os projetos de ação comunitária avaliados foram iniciados fora da comunidade e financiados por um orçamento de pesquisa proveniente de outro nível do governo, isso pode ter diminuído o espaço para o envolvimento autêntico da comunidade. Sempre, porém, que a pesquisa não era a preocupação dominante, sendo ainda um componente importante e negociado, uma parceria entre pesquisadores e uma população indígena foi considerada bem-sucedida (Moewaka Barnes 2000). Dada a falta de recursos inerente às comunidades desfavorecidas, pode ser necessário o apoio tanto da comunidade quanto de recursos externos para alcançar mudanças duradouras.

Quadro 14.3 Elementos-chave do modelo de ação comunitária baseado em pesquisas na Nova Zelândia

- Objetivos realistas e cronogramas negociados e analisados regularmente com todas as partes interessadas, incluindo financiadores
- Prontidão da comunidade para envolver-se em ações comunitárias ou tempo suficiente para o trabalho de desenvolvimento inicial a fim de desenvolver a capacitação na comunidade, incluindo a infraestrutura para apoiar o projeto
- Desenvolvimento de parceria entre organizações comunitárias e avaliadores
- Organizadores comunitários designados, trabalhando pautados em uma organização comunitária local de apoio
- Estratégias desenvolvidas e entregues pelo grupo étnico mais apropriado, com vistas a garantir o conhecimento cultural para um melhor alcance, engajamento e compreensão
- Dados de pesquisas, outras evidências, avaliações críticas e conhecimento local reunidos para desenvolver estratégias e atividades de projeto que respondam ao contexto político, social e econômico
- Foco em estratégias ambientais específicas para a mudança estrutural
- Colaboração intersetorial com as principais partes interessadas
- Uso da mídia local para aumentar a conscientização da comunidade
- Debate em veículos de comunicação de massa a nível nacional, estratégias de marketing social e estrutura de políticas

Fonte: dados de Conway K e Casswell S (2003) Dominando as ondas: O contexto político e financeiro de vinte e cinco anos de pesquisa sobre a ação comunitária com vistas a reduzir os malefícios do álcool na Nova Zelândia. *Estudos nórdicos sobre o álcool e as drogas* 20:(supl. 1): 13–24.

14.5 A Comunidade científica

O debate sobre políticas depende cada vez mais de constatações de pesquisas para reforçar um ponto de vista. Não há, porém, uma relação simples entre as constatações científicas e a formulação de políticas. A conclusão de Bruun (1973) de que a pesquisa “produz argumentos em vez de conclusões lógicas sobre políticas e ações” permanece válida. Houve, no entanto, um crescimento exponencial na pesquisa científica que foi relevante para a política do álcool, incluindo aumentos concomitantes de artigos publicados e de cientistas trabalhando na área (Babor *et al.* 2017), embora o aumento seja distribuído de forma desigual, mesmo entre **países de alta renda** (Savic e Sala 2014).

Os pesquisadores normalmente fornecem a matéria-prima para decisões políticas por meio do monitoramento e da vigilância. O projeto Carga Mundial de Morbidade, por exemplo, teve um grande impacto sobre a forma como o álcool é visto, sendo um elemento que contribui para a mortalidade e a invalidez (vide o capítulo 4). Os pesquisadores também desempenham um papel importante ao avaliar a eficácia de determinados programas ou políticas. Um dos exemplos mais claros disso foi o debate sobre a legislação do TAB em Nova Gales do Sul, Austrália (Homel 1993). Os resultados da pesquisa que apoiam a eficácia do TAB foram amplamente divulgados no contexto da grande preocupação do público com as estatísticas da condução sob o efeito do álcool. A pesquisa desempenhou um papel fundamental na legislação que elevou a idade mínima para a compra do álcool a 21 anos nos Estados Unidos (Wagenaar 1993). Na Tailândia, a pesquisa foi um dos três elementos no desenvolvimento da política de controle do álcool, juntamente com a defesa da política e a mobilização social (Thamarangsi 2009).

A necessidade de manter uma comunidade científica independente capaz de contribuir para o processo político foi ameaçada pelo crescente envolvimento de interesses comerciais na pesquisa científica sobre o álcool (Babor e Robaina 2013). Embora o envolvimento da indústria em atividades de pesquisa esteja aumentando, atualmente ele constitui um investimento direto bastante pequeno. As atividades de disseminação e desinformação da indústria podem, no entanto, confundir a discussão pública de questões envolvendo a saúde e opções de políticas, disponibilizando, assim, uma maneira conveniente de demonstrar “responsabilidade social corporativa” à indústria, em suas tentativas de evitar impostos e regulamentações (Tesler e Malone 2008). Por essas razões, os cientistas do álcool tornaram-se cada vez mais céticos quanto à aceitação de financiamentos por parte da indústria para suas pesquisas (Casswell 2009; Miller *et al.* 2009).

Desafios adicionais à política com base em evidências derivam da tendência dos formuladores de políticas a “escolher a evidência a dedo”. Existem inúmeros exemplos em que os formuladores de políticas selecionam evidências ou interpretações que se encaixam bem em suas próprias agendas e podem não refletir com precisão o quadro completo (Rossow *et al.* 2015; Rossow e McCambridge 2019). Isso exige conscien-

tização e avaliação crítica de todas as afirmações científicas no processo de formulação de políticas.

O que é necessário em qualquer sociedade onde há uso substancial de álcool é um programa de pesquisa a longo prazo com financiamento público, concebido para envolver membros da comunidade científica na coleta, avaliação e interpretação de dados de pesquisa que sejam relevantes para as necessidades da política do álcool do país. O financiamento público apoia a responsabilidade dos pesquisadores em relatar o que encontram, mesmo quando as constatações vão contra as políticas estabelecidas. Assim, uma agenda política comprometida em ser pautada na pesquisa deve ser preparada para uma nova reflexão quando os resultados da pesquisa não forem replicados e as conclusões forem refinadas ou alteradas.

14.6 Meios de comunicação de massa e redes sociais

Em muitos países, a preocupação pública com os problemas relacionados ao álcool só ocasionalmente encontra expressão política. Preocupações sobre a condução sob o efeito de álcool, distúrbios por embriaguez nos centros das cidades ou em festivais culturais e o comportamento de torcedores de futebol embriagados, por exemplo, mudaram periodicamente a opinião pública sobre a necessidade de uma política específica ao álcool. Tais preocupações são, muitas vezes, trazidas à atenção do público pela cobertura de notícias e comentários nos meios de comunicação de massa, que podem ter uma influência significativa no debate político a nível nacional e local (Milio 1987). A cobertura da mídia tem uma função de “definição de agenda” (Erbring *et al.* 1980), influenciando o fato de os formuladores de políticas perceberem a existência de um problema e atribuírem importância suficiente a ele com o fim de justificar uma resposta apropriada.

O enquadramento da mídia sobre as questões relacionadas ao álcool, assim como a outros determinantes comerciais da saúde, tem variado acentuadamente, influenciado por dois enquadramentos e focos contrastantes – um sobre responsabilidades individuais e enquadramentos de “justiça de mercado”, empregados por interesses corporativos, e outro sobre a necessidade de intervenções a nível populacional juntamente com quadros de “justiça social”, implantados por defensores da saúde pública

(Weishaar *et al.* 2016). Na cobertura da mídia sobre o debate a respeito do preço unitário mínimo (PUM) na Escócia, as opiniões dos produtores de álcool e grupos de reflexão contrários ao PUM foram fortemente polarizadas contra as dos defensores da saúde pública e instituições de caridade a favor da política (Fergie *et al.* 2019). A oposição das associações comerciais da indústria de bebidas destiladas a um aumento proposto no imposto especial de consumo sobre bebidas destiladas na Polônia se concentrou, principalmente, na possibilidade de aumento do consumo ilícito de álcool, enquanto as questões de saúde estavam ausentes do debate na mídia (Zatoński *et al.* 2016).

A mídia também pode estabelecer a credibilidade dos comentaristas sobre questões atuais (Flora *et al.* 1989), como referências a atores da indústria como especialistas durante o debate sobre a política do álcool no Vietnã (Casswell 2020). Deve-se ter em mente, contudo, que a relação entre a mídia e o processo político é inerentemente bidirecional – enquanto “a mídia pode ter efeitos no processo político como um mecanismo de feedback positivo e negativo... ela é também um destinatário dos resultados desses processos políticos” (Russell *et al.* 2016).

A importância da mídia em moldar o debate sobre políticas levou ao aumento do uso da defesa da mídia entre os profissionais da saúde pública envolvidos em debates sobre políticas nacionais e locais (Chapman e Lupton 1994). A “defesa da mídia” se refere à colaboração estratégica com a mídia para promover objetivos políticos. A defesa da mídia foi realizada como um componente de iniciativas multifacetadas de ação comunitária, resultando em maior cobertura da mídia sobre a política do álcool (Stewart e Casswell 1993; Wallin *et al.* 2004) e em conexão com mudanças regulatórias, a aplicação da lei, a mobilização da comunidade e o monitoramento do comportamento de alto risco (Treno *et al.* 1996; Treno e Holder 1997; Holder e Treno 1997).

O uso da mídia por diferentes interesses na arena política mudou significativamente com a expansão das mídias sociais on-line. Enquanto os defensores da saúde pública experimentaram restrições no acesso à cobertura da mídia tradicional por causa dos interesses comerciais compartilhados da mídia e da indústria do álcool, a disseminação de informações nas mídias sociais é mais direta e menos suscetível a tais restrições, apesar do profundo envolvimento das mídias sociais também com

serviços pagos pela indústria do álcool (vide o capítulo 9). A comunicação nas mídias sociais reflete, portanto, interesses comerciais e de saúde. Verificou-se, por exemplo, que ASORPs financiados pela indústria são menos propensos do que as ONGs independentes a tuitar sobre o marketing ou preços do álcool e menos propensos a mencionar danos à saúde, incluindo o câncer (Hessari *et al.* 2019). Por outro lado, a análise de tuítes durante o debate escocês sobre o PUM encontrou evidências de uma resposta coordenada por organizações de saúde pública com foco em uma única mensagem – que o PUM reduz problemas de saúde relacionados ao álcool (Wright *et al.* 2019).

14.7 Interesses da saúde pública e a formação e implementação de políticas

Nas últimas décadas, cientistas de várias disciplinas deram uma atenção substancial a como as agendas políticas são definidas, decididas e implementadas. Grande parte desse trabalho se concentrou, inicialmente, em países de alta renda, porém estudos na mesma tradição consideraram uma gama mais ampla de países (Gilson *et al.* 2018). O cenário ideal de um grupo central de formuladores de políticas perseguindo objetivos políticos em um processo claramente definido e bem ordenado não descreve a complexidade e a imprevisibilidade da formulação de políticas públicas. Não importa que tipo ou nível de governança seja considerado, o processo raramente é simples e direto – particularmente quando há interesses conflitantes em jogo, como normalmente é o caso das políticas do álcool. Em tais casos, o processo político é frequentemente imobilizado e a formulação de políticas é uma questão de “equilíbrio pontuado” (Baumgartner e Jones 1993), com longos períodos estáveis e momentos ocasionais de mudança política em larga escala desencadeados por “eventos focais” (Birkland e Schwaeble 2019).

Os interesses da saúde pública internacional tiveram que reconhecer esse processo complexo, particularmente no contexto da pressão da OMS sobre as DNTs. A prevenção eficaz de DNTs requer atenção a uma série de fatores em vários setores, incluindo a agricultura, finanças, comércio, transporte, planejamento urbano, educação e esporte. Neste contexto, a OMS (2008) apelou para “ações multissetoriais” envolvendo

políticas e planos de alto nível. Tais esforços sobre o álcool frequentemente se mostraram desafiadores para o interesse da saúde pública devido à interferência da indústria no desenvolvimento de políticas e no processo de implementação, como foi constatado em um estudo de políticas para DNTs em cinco países africanos (Juma *et al.* 2018). Um estudo relacionado do processo multissetorial no desenvolvimento de políticas do álcool em Malawi apontou que o desenvolvimento de uma política nacional do álcool foi muito demorado, tendo durado 8 anos. Isso foi atribuído à interferência da indústria, juntamente com a falta de recursos do governo (Mwagomba *et al.* 2018). O documento da política que resultou do processo se absteve de abordar aumentos de impostos sobre o álcool ou a aplicação de proibições à publicidade do álcool, dois dos “melhores focos” recomendadas pela OMS para a política. Tal experiência levanta questões sobre se as atividades multissetoriais envolvendo a indústria do álcool são um caminho produtivo para a política do álcool.

Para que as evidências influenciem as políticas, Cairney (2015) argumenta que os pesquisadores precisam recorrer a uma série de teorias políticas para informar seu trabalho. Uma teoria, a Estrutura de Coalizão da Defesa (Pierce *et al.* 2020), é relevante para esforços colaborativos a longo prazo que incluem pesquisadores, junto a advogados, consultores de políticas e formuladores de políticas.

Outra teoria, o “Triângulo que Move a Montanha”, descreve um modelo predominante na Tailândia. Consiste em uma aliança entre três setores que trabalham para influenciar a política do álcool: (1) profissionais e pesquisadores; (2) mobilização social por meio de ONGs e redes; e (3) órgãos públicos e políticos simpatizantes (Thamarangsi 2009). Na aplicação dessa abordagem, “janelas de oportunidades” (Kingdon 1995), um ministro da saúde comprometido e fatores culturais também contribuíram para o sucesso da formulação de políticas da saúde pública sobre o álcool na Tailândia.

A questão de um modo de governança apropriado para coordenar atividades multissetoriais referentes a um problema de risco de saúde substancial foi abordada no contexto da obesidade, outro fator de risco para DNTs com fortes interesses comerciais envolvidos (Khayatzadeh-Mahani *et al.* 2018). Depois de apontar as desvantagens de um modelo de governança compartilhada, onde todos os interesses têm voz ativa, bem como de

um modelo de organização líder, onde um departamento governamental abrangente e existente assume a liderança, a análise sugere o uso da “governança de organização administrativa em rede”, onde uma entidade jurídica nova e à parte assume a função de liderança e coordenação.

Os modelos de liderança mais comuns em relação à política do álcool, no entanto, são os modos de governança compartilhada e a organização de liderança. A Tailândia é um exemplo de um sistema abrangente de governança compartilhada com quatro autoridades nacionais e uma série de comitês provinciais legalmente obrigatórios para implementar a legislação de controle do álcool, com o órgão nacional máximo presidido pelo primeiro-ministro. A Fundação Tailandesa de Promoção da Saúde (ThaiHealth) é uma entidade legal à parte, fora do Ministério da Saúde, que apoia a sociedade civil e o marketing social; ele destinou fundos derivados, em parte, de uma pequena taxa sobre o álcool (Pongutta *et al.* 2019). A ThaiHealth não é um exemplo único de tributação destinada à promoção da saúde. Em 2020, foi um dos oito membros constituídos de forma semelhante em sete diversos países da Ásia-Pacífico da Rede Internacional de Fundações para a Promoção da Saúde (<https://inhpf.net/>).

Outra alternativa poderia ser a atribuição do papel de liderança e coordenação a um monopólio governamental do álcool, caso exista. Conforme observado por Room e Cisneros Ornberg (2019), os monopólios aderem estritamente às restrições de vendas (para clientes menores de idade ou embriagados), não têm fins lucrativos privados e são impedidos de fazer lobby para aumentar as vendas. Nos monopólios nórdicos do álcool (por exemplo, Rossow e Grotting 2021), existe um forte perfil de responsabilidade social e compromisso de servir como instrumento de saúde pública. Tal arranjo, não obstante, só faz sentido quando o controle do álcool e as funções de assistência social e saúde pública do monopólio têm prioridade sobre suas funções de arrecadação de receita, o que muitas vezes não tem sido o caso na história dos monopólios governamentais de álcool e outras drogas (Room 2020).

Modelos de formulação e implementação de políticas eficazes para minimizar os danos relacionados ao álcool exigem que se vá além do setor da saúde e que se adote uma compreensão da natureza sistêmica do problema, em vez do foco no comportamento individual (Khayat-zadeh-Mahani *et al.* 2018). Modelos eficazes provavelmente também exigirão

uma abertura para trabalhar com pesquisadores, grupos profissionais, organizações comunitárias e departamentos governamentais, além de uma capacidade de excluir interesses econômicos adquiridos da definição da agenda. Como as experiências observadas anteriormente sugerem, esta última pré-condição é talvez a mais importante para a formulação de políticas eficazes no interesse da saúde pública e do bem-estar. Para o tabaco, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco determina a exclusão da indústria do tabaco. No interesse da saúde pública, é necessária uma norma internacional semelhante para o álcool.

14.8 Conclusão

Dentro de cada jurisdição que aborda a política do álcool, existem processos paralelos e competitivos, pois diferentes grupos de interesse tentam definir a agenda e influenciar o resultado. Grupos envolvidos na produção e venda de álcool com fins lucrativos tornaram-se cada vez mais atores-chave nos debates políticos. ONGs, organizações profissionais e indivíduos interessados são vozes em nome do interesse público em muitas jurisdições, sendo que aqueles que comunicam os resultados da pesquisa também são atores na arena política. A mídia serve como um fórum onde questões políticas podem ser levantadas e debatidas, muitas vezes dando sua própria contribuição para como as questões são definidas e as agendas estipuladas.

O álcool não é uma mercadoria comum porque requer uma quantidade extraordinária de atenção das políticas públicas na forma de regulamentação, tributação e serviços humanos para tratar e pagar pelos danos que causa. Uma avaliação dos vários atores na arena da política do álcool pode aumentar nossa compreensão da seguinte conclusão fundamental – a política do álcool é, muitas vezes, o produto de interesses, valores e interesses conflitantes.

Como este capítulo sugeriu, os interesses da indústria divergem consideravelmente daqueles dos profissionais da saúde pública e das ONGs. A experiência sugere que trabalhar em parceria com a indústria do álcool provavelmente levará a políticas ineficazes em termos de saúde pública e bem estar.

Em uma sociedade ou comunidade em que o consumo de álcool é uma parte comum da vida de uma parcela substancial da população, a política do álcool não é uma simples questão de adotar uma política abrangente de uma vez por todas. Novos problemas e questões surgirão, novos interesses serão expressos e novas medidas ou procedimentos deverão ser considerados. O apelo da Estratégia Global da OMS para uma política nacional “abrangente e intersetorial” foi interpretado como um processo nacional envolvendo múltiplos interesses e instituições, incluindo interesses comerciais e a indústria do álcool. Dados os interesses conflitantes envolvidos, os esforços para decretar a política do álcool com uma grande “ação multissetorial” tiveram apenas um sucesso limitado.

O processo de criação da política do álcool, em cada país e internacionalmente, precisa ser melhor compreendido e mais responsivo aos consumidores finais das políticas emergentes. Grande parte da ação na arena do álcool é conduzida nos bastidores, sujeita a considerações políticas e interesses escusos. Desinformada pela ciência e insuficientemente monitorada em seus resultados, essa política do álcool normalmente não é baseada em evidências e nem eficaz.

Referências

Anderson P (2004) The beverage alcohol industry's social aspects organizations: a public health warning. *Addiction*, 99, 1376– 7.

Babor TF and Robaina K (2013) Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *Am J Public Health*, 103, 206– 14.

Babor TF, Morisano D, Noel J, *et al.* (2017) Infrastructure and career opportunities in addiction science: the emergence of an interdisciplinary field. In: Babor TF, Stenius K, Pates R, *et al.* (eds.) *Publishing Addiction Science: A Guide for the Perplexed*. London: Ubiquity Press, p. 9– 34.

Babor TF, Robaina K, Brown K, *et al.* (2018) Is the alcohol industry doing well by 'doing good'? Findings from a content analysis of the alcohol industry's actions to reduce harmful drinking. *BMJ Open*, 8, e024325.

Baggott R (1986) By voluntary agreement: the politics of instrument selection. *Public Administration*, 64, 51– 67.

Bakke O and Endal D (2010) Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction*, 105, 22– 8.

Baumgartner FR and Jones BD (1993) *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Birkland TA and Schwaeble KL (2019) Agenda setting and the policy process: focusing events. In: Thompson WR (ed.) *Oxford Research Encyclopedia: Politics*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acrefore/9780190228637.013.165

Bruun K (1973) Social research, social policy and action. In: (Hawks, D., ed.) *The Epidemiology of Drug Dependence: Report on a Conference*, London 25– 29 September 1972, p. 115– 19.

Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, EURO 5436 IV.

Cairney P (2015) *The Politics of Evidence-Based Policy Making*. London: Palgrave Macmillan.

Cairney P (2019) *Understanding Public Policy: Theories and Issues*, 2nd ed. London: Macmillan Science & Education.

Casswell S (1995) Public discourse on alcohol: implications for public policy. In: Holder HD and Edwards G (eds.) *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford: Oxford University Press, p. 190– 214.

Casswell S (2009) Alcohol industry and alcohol policy— the challenge ahead. *Addiction*, 104, 3– 5.

Casswell S (2020) Alcohol industry influence in alcohol control policy in Vietnam: a case study of a ‘perfect storm’ (Working paper). SHORE & Whariki Research Centre, College of Health, Massey University, New Zealand. <https://shoreandwhariki.ac.nz/alcohol-1>

Casswell S and Thamarangsi T (2009) Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373, 2247– 57.

Chapman S and Lupton D (1994) *Fight for Public Health: Principles and Practice of Media Advocacy*. London: BMJ Publishing Group.

Conigrave K (2016) Last drinks laws: a health perspective. *Current Issues in Criminal Justice*, 28, 111– 16.

Craplet M (1997) Alcohol advertising: the need for European regulation. *Commercial Communications*, 9, 1– 3.

de Almeida BS and Marchi Junior W (2020) Brazil's legislation of alcohol consumption by sports fans and the 2014 FIFA World Cup. In: Gee S (ed.) *Sport, Alcohol and Social Inquiry* (Research in the Sociology of Sport, Vol. 14). Bingley: Emerald Publishing Ltd, p. 99– 114.

DeJong W and Russell A (1995) MADD's position on alcohol advertising: a response to Marshall and Oleson. *J Public Health Policy*, 16, 231– 8.

Erbring L, Goldenberg E, and Miller A (1980) Front page news and real world cues: a new look at agenda setting by the media. *American Journal of Political Science*, 24, 16– 49.

Esser MB, Bao J, Jernigan DH, *et al.* (2016) Evaluation of the evidence base for the alcohol industry's actions to reduce drink driving globally. *Am J Public Health*, 106, 707– 13.

Fergie G, Leifeld P, Hawkins B, *et al.* (2019) Mapping discourse coalitions in the minimum unit pricing for alcohol debate: a discourse network analysis of UK newspaper coverage. *Addiction*, 114, 741– 53.

Flora J, Maibach E, and Maccoby N (1989) The role of the media across four levels of health promotion intervention. *Ann Rev Public Health*, 10, 181– 201.

Garrard J (2004) Book review: *Twenty Years as a Police Surgeon*, by John Birrell. *Austr N Z J Public Health*, 28, 392– 93.

Gilson L, Orgill M, and Shroff ZC (eds.) (2018) *A health policy analysis reader: the politics of policy change in Low-and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310886/9789241514514-eng.pdf>

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368– 84.

Hallgren M and Andreasson S (2013) The Swedish six-community alcohol and drug prevention trial: effects on youth drinking. *Drug Alcohol Rev*, 32, 504– 11.

Herd D and Berman J (2015) Mobilizing for change: activism and alcohol policy issues in inner city communities. *Social Movement Studies*, 14, 331– 51.

Hessari NM, Bertscher A, Critchlow N, *et al.* (2019) Recruiting the ‘heavy-using loyalists of tomorrow’: an analysis of the aims, effects and mechanisms of alcohol advertising, based on advertising industry evaluations. *Int J Environ Res Public Health*, 16, 4092.

Hill L and Stewart L (1996) The Sale of Liquor Act 1989: reviewing regulatory practices. *Social Policy Journal of New Zealand*, 7, 174– 90.

Hillman AJ, Zardkoohi A, and Bierman L (1999) Corporate political strategies and firm performance: indications of firm-specific benefits from personal service in the US government. *Strategic Management Journal*, 20, 67– 81.

Holder HD and Treno AJ (1997) Media advocacy in community prevention: news as a means to advance policy change. *Addiction*, 92 (Suppl 2), 189– 99S.

Homel R (1993) Random breath testing in Australia: getting it to work according to specifications. *Addiction*, 88 (Suppl.), 27– 33S.

Juma PA, Mapa-Tassou C, Mohamed SF, *et al.* (2018) Multi-sectoral action in noncommunicable disease prevention policy development in five African countries. *BMC Public Health*, 18 (Suppl 1), 953, 15– 25.

Khayat-zadeh-Mahani A, Ruckert A, and Labonte R (2018) Obesity prevention: co-framing for intersectoral ‘buy-in’. *Critical Public Health*, 28, 4– 11.

Kingdon J (1995) *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York, NY: Harper Collins.

Makela K and Viikari M (1977) Notes on alcohol and the state. *Acta Sociologica*, 20, 1551– 79.

Marin Institute (2008) *You Get What You Pay For: California's Alcohol Lobby*. San Rafael, CA: Marin Institute.

Marshall M and Marshall LB (1990) *Silent Voices Speak: Women and Prohibition in Truk*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.

McCambridge J, Mialon M, and Hawkins B (2018) Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction*, 113, 1571– 84.

Midford R and Shakeshaft A (2017) Community- focused approaches to the prevention of alcohol-related harms: from past experiences to future possibilities. In: Kolind T, Thom B, and Hunt G (eds.) *The SAGE Handbook of Drug and Alcohol Studies: Social Science Approaches*. London: SAGE Publications, p. 213– 37.

Milio N (1987) Making healthy public policy: developing the science by learning the art: an ecological framework for policy studies. *Health Promot*, 2, 263– 74.

Miller PG, Kypri K, Chikritzhs TN, *et al.* (2009) Health experts reject industry-backed funding for alcohol research. *Med J Austr*, 190, 713– 14.

Mitchell A and O'Brien P (2020) 'If one Thai bottle should accidentally fall': health information, alcohol labelling and international trade law. *Journal of World Investment and Trade*, 21, 674– 97.

Moewaka Barnes H (2000) Collaboration in community action: a successful partnership between indigenous communities and researchers. *Health Promot Int*, 15, 17– 25.

Mwagomba BLM, Nkhata MJ, Baldacchino A, *et al.* (2018) Alcohol policies in Malawi: inclusion of WHO 'best buy' interventions and use of multi- sectoral action. *BMC Public Health*, 18 (Suppl 1), 957.

Noel J, Babor T, Robaina K. (2017) Industry self- regulation of alcohol marketing: A systematic review of content and exposure research. *Addiction*, 112, S1, 28– 50.

Pertschuk M (2010) *The DeMarco Factor: Transforming Public Will into Political Power*. Nashville, TX: Vanderbilt University Press.

Pierce JK, Peterson HL, and Hicks KC (2020) Policy change: an advocacy coalition framework perspective. *Policy Studies Journal*, 48, 64– 86.

Pongutta S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, *et al.* (2019) Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bull World Health Organ*, 97, 213– 20.

Quigg Z, Butler N, Bates R, *et al.* (2019) STAD in Europe (Evaluation Report). Liverpool: Liverpool John Moores University. <http://stadineurope.eu/resources/publications-2-2/>

Reynolds J, McGrath M, Halliday E, *et al.* (2020) ‘The opportunity to have their say?’ Identifying mechanisms of community engagement in local alcohol decision- making. *Int J Drug Policy*, 85, 102909.

Robaina K, Babor T, Pinsky I, *et al.* (2020) The alcohol industry’s commercial and political activities in Latin America and the Caribbean: implications for public health. Geneva: DCNT Alliance, Global Alcohol Policy Alliance, Healthy Latin America Coalition, and Healthy Caribbean Coalition. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCDAlliance_Alcohol%20Control%20report%20in%20LAC_English_0.pdf

Room R (1984) Alcohol control and public health. *Ann Rev Public Health*, 5, 293– 317.

Room R (2017) Prevention of alcohol- related problems in the community context. In: Giesbrecht N and Bosma L (eds.) *Preventing Alcohol- Related Problems: Evidence and Community- Based Initiatives*. Washington, DC: American Public Health Association, p. 19– 32.

Room R (2020) The monopoly option: obsolescent or a ‘best buy’ in alcohol and other drug control? *Social History of Alcohol and Drugs*, 31, 215– 32.

Room R and Cisneros Ornberg J (2019) Government monopoly as an instrument for public health and welfare: lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *Int J Drug Policy*, 74, 223– 8.

Rossow I and Grotting MW (2021) Evaluation of an alcohol policy measure employing a randomized controlled trial design: why was it possible? *Drug Alcohol Rev*, 40, 468– 71.

Rossow I and McCambridge J (2019) The handling of evidence in national and local policy making: a case study of alcohol industry actor strategies regarding data on on- premise trading hours and violence in Norway. *BMC Public Health*, 19, 44.

Rossow I, Ugland T, and Baklien B (2015) Use of research in local alcohol policy making. *Drugs and Alcohol Today*, 15, 192– 202.

Russell A, Dwidar M, and Jones BD (2016) The mass media and the policy process. In: Thompson WR (ed.) *Oxford Research Encyclopedia, Politics*. Oxford: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acrefore/9780190228637.013.240

Savic M and Room R (2014) Differences in alcohol- related research publication output between countries: a manifestation of societal concern. *Eur Addict Res*, 20, 319– 23.

Savell E, Fooks G, Gilmore AB. (2016) How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, 111(1), 18– 32.

Schoueri- Mychasiw N, Weerasinghe A, Vallance K, *et al.* (2020) Examining the impact of alcohol labels on awareness and knowledge of national drinking guidelines: a real- world study in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 262– 72.

Schuler DA, Rehbein K, and Cramer RD (2002) Pursuing strategic advantage through political means: a multivariate approach. *Acad Manage J*, 45, 659– 72.

Stewart L and Casswell S (1993) Media advocacy for alcohol policy support: results from the New Zealand Community Action Project. *Health Promot Int*, 8, 167– 75.

Stewart L, Casswell S, and Thomson A (1997) Promoting public health in liquor licensing: perceptions of the role of alcohol community workers. *Contemporary Drug Problems*, 24, 1– 37.

Stockwell T, Solomon R, O'Brien P, *et al.* (2020) Cancer warning labels on alcohol containers: a consumer's right to know, a government's responsibility to inform, and an industry's power to thwart. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 284– 92.

Tesler TE and Malone RE (2008) Corporate philanthropy, lobbying, and public health policy. *Am J Public Health*, 98, 2123– 32.

Thamarangsi T (2009) The 'triangle that moves the mountain' and Thai alcohol policy development: four case studies. *Contemporary Drug Problems*, 36, 245– 81.

Transparencia Brasil (2016) Financiamento eleitoral e lobby da industria de alimentos no Congresso Nacional (Financing electoral campaigns and lobbying by

the food industry in the National Congress) Transparencia Brasil, Sao Paulo. https://actbr.org.br/uploads/arquivos/relatorio_act_financiamentoCampanha_alimentos.pdf

Treno AJ, Breed L, Holder HD, *et al.* (1996) Evaluation of media advocacy efforts within a community trial to reduce alcohol- involved injury: preliminary newspaper results. *Eval Rev*, 20, 404– 23.

Treno AJ and Holder HD (1997) Community mobilization, organizing, and media advocacy: a discussion of methodological issues. *Eval Rev*, 21, 166– 90.

Tyrrell I (1991) *Woman's World/ Woman's Empire: The Woman's Christian Temperance Union in International Perspective, 1880– 1930*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.

Wagenaar A (1993) Research affects public policy: the case of the legal drinking age in the United States. *Addiction*, 88 (Suppl), 75– 81S.

Wallin E, Norstrom T, and Andreasson S (2003) Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *J Stud Alcohol*, 64, 270– 7.

Wallin E, Lindewald B, and Andreasson S (2004) Institutionalization of a community action program targeting licensed premises in Stockholm, Sweden. *Eval Rev*, 28, 396– 419.

Wallin E, Gripenberg J, and Andreasson S (2005) Overserving at licensed premises in Stockholm: effects of a community action program. *J Stud Alcohol*, 66, 806– 14.

Weishaar H, Dorfman L, Freudenberg N, *et al.* (2016) Why media representations of corporations matter for public health policy: a scoping review. *BMC Public Health*, 16, 899.

World Health Organization (2008) Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Assembly Document A61/ 8 (16 April 2008). In: *2008– 2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Health Organization, p. 8– 29. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=588D1F3F1C4DB86E-62F28C42C4225409?sequence= 1

World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/global-alcohol-strategy>

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>

Wright A (2009) *Grog War: One Town's Fight against Alcohol*, 1st ed. 1997. Broome, Western Australia: Magabala Books.

Wright L A, Golder S, Balkham A, *et al.* (2019) Understanding public opinion to the introduction of minimum pricing unit in Scotland: a qualitative study using Twitter. *BMJ Open*, 9(6), e029690. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2019-029690>

Zahariadis N (2016) Setting the agenda on agenda setting: definitions, concepts, and controversies. In: Zahariadis N (ed.) *Handbook of Public Policy on Agenda Setting*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing, p. 1– 22. <https://www.elgaronline.com/view/edcoll/9781784715915/9781784715915.00002.xml>

Zatoński M, Hawkins B, and McKee M (2016) Framing the policy debate over spirits excise tax in Poland. *Health Promot Int*, 33, 515– 24.

Zhao J, Stockwell T, Vallance K, *et al.* (2020) The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time- series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 225– 37.

15

INTERESSES ECONÔMICOS, PRIORIDADES DE SAÚDE PÚBLICA E GOVERNANÇA GLOBAL DO ÁLCOOL

15.1 Introdução

As estratégias e intervenções abordadas nos capítulos 7 a 13 deste livro foram concebidas para serem implementadas a nível nacional ou subnacional, sendo, porém, fortemente influenciadas pela situação a nível internacional. Na ausência de um corpo de direito internacional, a arena de governança global em relação ao álcool é predominantemente influenciada por uma rede de acordos regionais, multilaterais e bilaterais, alguns focados no comércio e investimento, incluindo cada vez mais questões de comércio eletrônico, tendo alguns uma configuração mais ampla, como a União Europeia (UE) ou a Associação das Nações do Sudeste Asiático (ASEAN). Nas últimas décadas, a premissa operacional nos acordos internacionais tem sido tratar as bebidas alcoólicas como mercadorias comuns, tal como a água engarrafada, o leite, o café e o chá. Conforme discutido no Capítulo 5, a globalização dos produtores de álcool fez com que as políticas de controle nacionais e locais fossem cada vez mais pressionadas pelas **corporações transnacionais do álcool**¹⁵ (CTNAs), com estratégias de marketing dirigidas por suas matrizes, localizadas principalmente em alguns poucos PARs. No início do século XXI, as plataformas digitais, cujas análises de dados são direcionadas aos consumidores, e as organizações globais como a FIFA (federação internacional de futebol) fizeram parceria com marcas de álcool e se juntaram às CTNAs em uma matriz de influência global que afeta as políticas do álcool. Esse ambiente global tem impactos sobre a política do álcool, tanto por minar

15 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo

diretamente a eficácia das políticas a nível nacional, como tentativas de restringir o marketing, quanto por influenciar a nível global com vistas a minar uma resposta multilateral mundial (Casswell e Rehm 2020).

Este capítulo descreve essas pressões internacionais e os limites que elas impõem às políticas nacionais e locais do álcool, bem como as perspectivas de controle do álcool a nível internacional. Argumenta-se que as ameaças atuais ao controle efetivo do álcool por parte do comércio e investimentos internacionais, o marketing internacional e outros aspectos da globalização são significativas, podendo ser mitigadas por uma ação intencional a nível global no interesse da saúde pública e do bem-estar.

15.2 Acordos comerciais e de investimento como uma ameaça aos controles do álcool

Os acordos comerciais bilaterais e até regionais têm sido uma parte importante do cenário do comércio internacional ao longo da história. Em épocas anteriores, essas medidas eram frequentemente implementadas para proteger as indústrias nacionais ou a receita tributária do estado. No meio século após a Segunda Guerra Mundial, o foco principal das negociações e acordos comerciais mudou para a redução dessas barreiras nacionais ao comércio internacional, como uma forma importante de promover o desenvolvimento econômico global. No início do século XXI, havia ao todo 127 acordos regionais e outros acordos comerciais registrados na Organização Mundial do Comércio (OMC) (Andriamananjara 2001).

Inicialmente, os acordos do pós-guerra se concentraram na redução das barreiras ao comércio de mercadorias. Mais recentemente, também foram firmados acordos sobre serviços e proteção de investimentos e propriedade intelectual. À medida que o alcance e o poder das corporações transnacionais cresciam, aumentava a ênfase na preservação dos interesses privados além das fronteiras nacionais. A nível global, os acordos comerciais multilaterais passaram a ser responsabilidade da OMC, que, em 2020, contava com 164 Estados membros (Organização Mundial do Comércio 2020), sendo a maioria dos Estados não membros (localizados principalmente no norte da África e Oriente Médio) identificados como um “observador negociando a adesão”.

Após 2010, no entanto, a imagem de negociação comercial tornou-se mais fragmentada. A pandemia do coronavírus (COVID-19) destacou a disposição das nações de recorrer a ações unilaterais diante da escassez de suprimentos médicos (Stewart 2020). Embora a OMC tenha continuado como um órgão comercial mundial, registrando acordos e controvérsias, houve uma mudança de ênfase nas negociações comerciais para “acordos de comércio e investimento” (ACIs) bilaterais e regionais, como o Acordo Abrangente e Progressivo para a Parceria Transpacífica (CPTPP) que Austrália, Canadá, Japão, México e sete outros países assinaram em 2016 e a Parceria Econômica Regional Abrangente (RCEP) assinada em 2020—o maior ACI regional de todos os tempos, compreendendo economias no valor de US\$ 25 trilhões em 2019 e metade da população mundial, incluindo a China. O desenvolvimento desses ACIs megaregionais reflete os interesses das corporações transnacionais em novos tipos de regras comerciais que nem sequer foram discutidas na OMC. As empresas envolvidas em cadeias de abastecimento globais, como a indústria do álcool, estão mais preocupadas com as barreiras não tarifárias ao comércio (Bown 2017). Avanços nos setores de tecnologia, manufatura e serviços (como, por exemplo, o comércio eletrônico) não foram contemplados pelos acordos existentes da OMC, sendo que a nova geração de ACIs tem mais a ver com investimentos do que com o comércio. “Eles oferecem infraestrutura jurídica para uma reorganização global da produção na qual o comércio transfronteiriço ocorre dentro das redes de afiliados, parceiros contratuais e fornecedores de corporações transnacionais, os quais coordenam até 80% do comércio mundial” (McNeill *et al.* 2017a, p. 760).

Nos países signatários, essa infraestrutura jurídica impacta em sua capacidade de regular seus mercados para cumprir objetivos de saúde e bem-estar (McNeill *et al.* 2017a), incluindo a política de controle do álcool. A introdução, por exemplo, de novas medidas de saúde pública, como requisitos para rótulos de alerta para o álcool, levou a reivindicações feitas sob acordos de investimentos de que o estado não concedeu “tratamento justo e equitativo” ao investimento da empresa ou de que ele “expropriou indiretamente” o investimento da empresa (Mitchell e O’Brien 2020). O efeito desses acordos costuma ser um “esfriamento regulatório” – países menos ricos são dissuadidos de agir pela mera ameaça de ações legais caras (Kelsey 2017). Isso é ilustrado pelo resultado do caso

contra a introdução de embalagens simples de tabaco na Austrália que, embora bem-sucedida, levou 7 anos e custou A\$ 24 milhões. A Austrália recuperou apenas A\$ 12 milhões da Philip Morris (Ranald 2019), e esse desafio resultou em um esfriamento regulatório em outros países (Crosbie e Thomson 2018).

15.2.1 Sistemas de solução de controvérsias

Os acordos comerciais operam dentro de sistemas robustos de solução de controvérsias e sanções previstas nos ACIs, nos quais os acordos podem ter precedência sobre questões de saúde e bem-estar (Lang 2016). As partes em acordos comerciais internacionais são, principalmente, Estados-nações (ou blocos econômicos como a UE). Uma das diferenças na nova geração de ACIs, no entanto, é que, em alguns casos, as corporações e organizações industriais podem entrar com ações judiciais diretamente contra uma nação. Essas disposições de solução de controvérsias entre investidores e estados (SCIEs) estão incluídas em muitos dos cerca de 3.000 tratados bilaterais de investimento atualmente em vigor e, cada vez mais, também em novos acordos comerciais regionais. Elas permitem que investidores estrangeiros, mas não empresas ou cidadãos nacionais, desafiem leis e políticas nacionais (McNeill *et al.* 2017a). Como as empresas normalmente têm presença legal em vários países, elas podem iniciar casos de SCIEs sob qualquer ACI que ofereça as disposições mais vantajosas (McNeill *et al.* 2017b).

Essas adjudicações, muitas vezes, vão de encontro a um interesse de saúde pública que é valorizado por um governo nacional ou subnacional. As decisões sobre o equilíbrio desses interesses são tomadas pelo sistema de adjudicação comercial de acordo com as disposições do acordo comercial relevante e não estão sujeitas a apelações fora desse sistema. A existência, porém, de um tratado de saúde em relação a um tema específico da saúde, a **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)** (Organização Mundial da Saúde 2020a), tem exercido influência nas controvérsias comerciais no sistema da OMC, sendo referida como fonte de evidências oficiais relacionadas ao controle do tabaco, incluindo a eficácia das medidas de saúde pública (O'Brien 2021). Outro contexto em que as questões econômicas foram contrabalançadas por questões de saúde e bem-estar é a UE, que assumiu preocupações e responsabilidades

mais amplas além do comércio, incluindo a saúde pública e outros interesses públicos (Greer 2014; Conselho da União Europeia 2017; Bartlett e Garde 2017). Isso significa que as considerações de saúde pública são, agora, mais sistematicamente levadas em consideração nas decisões sobre controvérsias comerciais sob a jurisdição da UE do que em outros acordos comerciais (Holden e Hawkins 2018). Outros indícios de que a hegemonia dos interesses comerciais nas políticas comerciais pode estar enfraquecendo foi a preocupação generalizada de uma série de atores, expressada sobre as implicações de ter estendido o direito de controvérsia a partes privadas por meio do mecanismo das SCIEs (McNeill *et al.* 2017b) e a decisão de excluir o mecanismo de um acordo megaregional, o RCEP, assinado em 2020.

15.2.2 O princípio da igualdade de tratamento e seu efeito sobre as políticas do álcool

Um dos princípios fundamentais da OMC e, de forma mais geral, dos ACIs tem sido que os países participantes não devem discriminar entre vendedores domésticos e estrangeiros (Grieshaber-Otto *et al.* 2006). Medidas fiscais e regulatórias, portanto, não podem ser aplicadas como proteção para a produção doméstica contra as importações.

De acordo com o princípio da igualdade de tratamento, os ACIs têm sido usados para atacar as operações ou a existência de monopólios e empresas estatais de álcool (por exemplo, Room *et al.* 2006). Embora a maioria desses acordos reconheça o direito dos países parceiros de administrar monopólios, sua atividade é restrita, pois tendem a reduzir as oportunidades de importações e as CTNAs. Finlândia, Islândia, Noruega e Suécia foram, assim, compelidas a privatizar seus monopólios de importação, exportação, atacado e produção de bebidas alcoólicas quando entraram no acordo do Espaço Econômico Europeu (EEE), embora tenham conseguido manter seus monopólios de varejo fora das instalações de bebidas alcoólicas (Holder *et al.* 1998).

O tratamento de mercadorias domésticas e estrangeiras em termos iguais levanta a questão do que deve ser interpretado como substitutos ou mercadorias semelhantes. Em um caso contra o Chile, por exemplo, o painel da OMC determinou que as bebidas alcoólicas importadas com maior

teor alcoólico do que o pisco chileno não poderiam ser tributadas a taxas mais altas, pois isso tinha o efeito de proteger a produção doméstica de bebidas alcoólicas (Grieshaber-Otto *et al.* 2000; Zeigler 2006). As decisões de controvérsia comercial nem sempre aceitaram a posição “volumétrica” usual da saúde pública de que, do ponto de vista da prevenção de danos, a igualdade nas alíquotas de impostos para diferentes bebidas alcoólicas deveria significar uma alíquota igual para a mesma quantidade de álcool puro (Meier *et al.* 2016) ou a posição alternativa de um imposto um pouco mais alto por unidade de etanol para bebidas mais fortes.

Visto que diferentes alíquotas nacionais interferem na operação eficiente do mercado único europeu, a UE desde 1972 tem tentado harmonizar os impostos especiais de consumo sobre o álcool por meio de decisões administrativas (Osterberg e Karlsson 2002). Isso, no entanto, normalmente resultou em pressão para reduzir, em vez de aumentar, os impostos, principalmente porque os países produtores de vinho insistiram em que o imposto mínimo sobre o vinho permanecesse em zero. Dado que as regras do mercado único não permitem limites razoáveis sobre a quantidade de álcool que pode ser trazida pelos viajantes transfronteiriços, a redução das taxas de imposto sobre o álcool também foi usada, por exemplo, nos países bálticos (Montalto Monella e Harris 2019), para incentivar o turismo e aumentar as importações de álcool dos viajantes para seu país de origem.

15.2.3 A rotulagem sanitária do álcool como uma questão comercial com implicações para a saúde pública

No século XXI, a rotulagem de bebidas alcoólicas tornou-se uma questão importante a nível internacional entre os interesses da saúde pública e da indústria do álcool. O tema vem sendo tratado na OMC por meio do Acordo sobre Barreiras Técnicas ao Comércio (BTC), em novos ACIs bilaterais e multilaterais, e no Codex Alimentarius, um conjunto de padrões, diretrizes e códigos de prática regidos por uma comissão estabelecida pela Organização intergovernamental para a Agricultura e Alimentação (FAO) e a OMS para proteger a saúde do consumidor e promover práticas justas no comércio de alimentos (vide o quadro 15.1).

Tem havido três áreas principais de discórdia entre a indústria do álcool e os interesses da saúde pública em relação à rotulagem do álcool: (1) o conteúdo dos rótulos de alerta; (2) as listagens de composição nutricional e ingredientes aplicáveis a alimentos em geral; e (3) o “espaço promocional valioso”, como a indústria o considera; este é o espaço na embalagem de álcool que a indústria deseja reservar para a rotulagem promocional (O’Brien 2014). Em cada área, a indústria se opõe a alertas de saúde e rótulos nutricionais, exceto nos casos em que grupos da indústria ou seus substitutos pagos controlam o processo de rotulagem (O’Brien e Mitchell 2018; Varallo e Cravetto 2018). Do ponto de vista da saúde pública, a rotulagem do álcool faz parte de uma estratégia abrangente de controle do álcool não apenas como uma mensagem educacional, mas também como um elemento que interrompe a função de marketing da rotulagem e da embalagem de produtos alcoólicos (vide, por exemplo, o quadro 14.2).

Os alertas de saúde normalmente são mensagens curtas, como “o álcool causa câncer”, “mulheres grávidas não devem consumir álcool” e “o álcool prejudica a capacidade de dirigir”. Em 2020, o Sistema de Informação Global sobre o Álcool e a Saúde da OMS informou que 47 países exigem algum tipo de rótulo de alerta de saúde em recipientes de álcool (Stockwell *et al.* 2020). A crescente concentração da indústria do álcool (vide o capítulo 5) foi acompanhada por tentativas das CTNAs de impor limites internacionais aos requisitos nacionais de rotulagem, agindo por meio de delegações nacionais em fóruns comerciais e outros intergovernamentais.

Quadro 15.1 Não há padrões internacionais sobre alertas na rotulagem do álcool – mesmo os padrões para gêneros alimentícios não se aplicam

A Comissão do Codex Alimentarius estabelece padrões internacionais para a rotulagem de alimentos. O álcool é considerado como estando na categoria de alimentos, mas a partir de 2022, os padrões não se aplicarão a ele (Hepworth *et al.* 2021). A reunião de 2017 do Comitê de Rotulagem de Alimentos do Codex aceitou uma proposta da OMS, que considera estabelecer padrões para a rotulagem de bebidas alcoólicas, com informações do produto tais como “ingredientes, teor alcoólico, bebidas padrão, calorias e alérgenos” (O’Brien e Mitchell 2018, pág. 155). Alertas de saúde e alertas sobre limites de idade também foram mencionadas pelos participantes como questões para possível rotulagem. Uma oposição substancial, porém, também foi expressa ao Codex avançando nessa temática, a qual vêm com sugestões de que o assunto fosse deixado nas mãos de grupos industriais ou tratado a nível nacional (Codex Commission 2019a, para. 117). Em 2020, o Secretariado do Codex fez mais um pedido de comentários sobre a rotulagem de bebidas alcoólicas (Comissão Codex 2019b), mas a pandemia do coronavírus (COVID-19) retardou qualquer acompanhamento sobre isso. Entidades da indústria do álcool estão envolvidas no processo, com o interesse primordial de evitar a adoção de quaisquer padrões internacionais e, neste intervalo de tempo, “atrasar a tomada de decisões... Grupos de consulta a membros do sistema de saúde a nível nacional também relatam que representantes da indústria do álcool pressionaram os decisores nacionais a adiar quaisquer decisões sobre a rotulagem” (Hepworth *et al.* 2021, p. 13).

Um fórum onde as questões de rotulagem foram debatidas a nível internacional é o Comitê BTC da OMC, que tem sido descrito como uma maneira informal de resolver conflitos comerciais (Horn *et al.* 2013). Embora tenha havido discussões sobre o BTC acerca de outros obstáculos percebidos ao comércio do álcool, causados por considerações da saúde pública, O’Brien e Mitchell (2018) constataram que a questão do álcool mais comumente discutida nas reuniões do Comitê BTC era a rotulagem, que foi levantada 14 vezes entre 2000 e 2017. Essas eram principalmente objeções da UE e de sete outros países (principalmente produtores de vinho) ao plano proposto pelo governo tailandês de rotacionar rótulos gráficos de alerta. Com a Tailândia sob a ameaça de objeções e ameaças implícitas de ações judiciais, a legislação de rótulos de alerta foi abandonada (Treerutkuarkul 2017).

Assim, a posição geral dos interesses do setor e das delegações governamentais que eles alistaram é usar a arena internacional para evitar exigências governamentais de informações de saúde no rótulo do produto, seja evitando padrões internacionais para essas informações ou mediante restrições por meio de ACIs referentes aos requisitos de rotulagem do go-

verno. Em vez disso, grupos do setor propõem opções de rotulagem voluntária desenvolvidas por grupos ou aliados do setor que não são consistentes com práticas eficazes de comunicação em saúde (Tinawi *et al.* 2018).

15.2.4 A exceção à saúde pública nos tratados comerciais

Reconhecendo que os interesses da saúde pública e do comércio, incluindo o livre comércio, podem entrar em conflito, o Artigo XX do tratado do Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (AGTC) da OMC ofereceu uma exceção de saúde pública, usando um “teste de necessidade” para limitar a aplicação das disposições do tratado comercial em caso de tal conflito – que nada no tratado deverá ser interpretado como impedindo um país de adotar ou aplicar uma medida considerada necessária para proteger a vida ou a saúde humana. A redação do caput deste artigo (seu “caput”), porém, especifica que essa exceção não é feita quando a medida discriminar entre países onde prevalecem as mesmas condições ou quando ela for uma restrição disfarçada ao comércio internacional, de modo que disposições paralelas podem ser encontradas em outros ACIs (Chaisse 2013; O’Brien *et al.* 2017, p. 387). Tanto o quanto a medida é necessária para a saúde pública como o quanto ela interfere no comércio e no investimento, portanto, precisam ser levados em consideração em uma série de “testes de equilíbrio”, se uma medida adotada no interesse da saúde pública for defendida com êxito em controvérsias comerciais e tribunais (McGrady 2011, p. 136-69).

Uma questão crucial para determinar a necessidade de uma medida é se há uma medida alternativa que poderia ser adotada, a qual seria menos restritiva ao comércio, mas tão eficaz quanto a medida contestada. No caso da tentativa malsucedida da Tailândia de usar rótulos gráficos de alerta em garrafas, o governo dos EUA teria concordado em pagar para que funcionários tailandeses viajassem a Washington para reunir-se com especialistas americanos em álcool a fim de aprender sobre alternativas para rótulos gráficos de alerta (Barta e Passariello 2010). Não está claro se os juízes ou painéis adjudicantes, com pouca experiência em saúde pública, serão capazes de levar em consideração que as medidas alternativas podem não ser eficazes ou que as medidas podem ser complementares, em vez de alternativas, em seus efeitos. McGrady (2011, p. 141, 168) comenta que “os painéis da OMC têm um alto grau de discricão na aplica-

ção do teste de necessidade” e observa “a incerteza geral que permeia a aplicação” do teste. O resultado final é que, embora haja uma exceção da saúde pública no sistema de tratados comerciais, ela é limitada e incerta em sua aplicação. Em 40 casos perante o Órgão de Solução de Controvérsias da OMC antes de 2010, quando a exceção da saúde foi levantada, em apenas um caso, relacionado ao amianto, o argumento foi mantido (McNeill *et al.* 2017b). As disposições SCIEs, porém, em alguns acordos na nova geração de ACIs incluem salvaguardas explícitas para proteger o interesse público; por exemplo, o acordo bilateral Austrália-Peru de 2020 contém essas salvaguardas explícitas que protegem o direito do governo australiano de regulamentar no interesse público (Parlamento da Austrália 2018, parágrafo 2.23).

15.2.5 Regulamentação do marketing de bebidas alcoólicas no mundo digital

O marketing do álcool pela indústria globalizada do álcool, com estruturas transnacionais para a distribuição de mensagens e coleta de dados do consumidor, ignora as jurisdições nacionais e regionais e suas estruturas de monitoramento e controle. Embora a televisão por satélite continue a ser usada em áreas com acesso limitado à Internet, como em partes da África, a enorme expansão da conectividade tornou as plataformas digitais cada vez mais uma opção preferencial para as CTNAs lançarem campanhas globais para marcas globais (vide os capítulos 5 e 9).

Sob o enquadramento das proteções de “comércio digital”, a nova geração de ACIs inclui proteções de plataformas digitais de supervisão a nível nacional. O primeiro texto legal abrangente, incluído no CPTPP, refletiu as preocupações das plataformas de tecnologia e evitou o que a indústria chamou de “localização forçada”, o que significa que as plataformas não estão sujeitas à contestação legal nas jurisdições em que comercializam (conforme descrito no exemplo no parágrafo seguinte); o texto também protege contra a divulgação de códigos-fonte e algoritmos (Kelsey 2020).

O valor da proteção contra a “localização forçada” para plataformas digitais foi demonstrado na França em 2013, quando a Associação Nacional Francesa de Prevenção em Alcoologia e Dependência (ANPAA)

processou a Heineken e o Facebook por violação da lei, incluindo: uso de “cliques” que, segundo eles, desencadearam publicidade não autorizada e intrusiva; utilização de uma plataforma passível de ser acessada por jovens; e falta de triagem de idade para autorizar o acesso. O Facebook, no entanto, não foi considerado legalmente responsável, alegando que o Facebook era hospedado e operado nos Estados Unidos e na Irlanda. Em outras palavras, a lei francesa, a Lei Evin, não poderia ser aplicada ao Facebook. Essa questão da presença local de plataformas digitais tem grandes implicações para as tentativas de controlar o marketing digital do álcool a nível nacional (Kelsey 2020).

Há uma preocupação crescente com o tamanho e as práticas das plataformas digitais.

Governos, o comércio e agências de vigilância do consumidor em todo o mundo realizaram investigações sobre questões de poder de mercado das plataformas digitais e o efeito sobre a concorrência e o debate democrático, a circulação de desinformação e outras formas de discurso perigoso ou ofensivo, bem como a privacidade individual e danos a consumidores vulneráveis, incluindo crianças, a partir da coleta e direcionamento de dados. Um relatório australiano (Comissão Australiana de Concorrência e Consumidores 2019) se destacou pela forma como se concentrou na concorrência e na proteção ao consumidor. Nesses debates, porém, pouca atenção tem sido dada às plataformas digitais como comercializadoras de produtos insalubres, como o álcool, apesar das implicações para a saúde pública no tocante à capacidade de atingir indivíduos com base no comportamento anterior e provável, de uma forma nunca antes possível (Andrew 2019; Room e O’Brien 2021).

Muitos esforços a nível nacional para responder ao marketing digital não têm, de fato, respondido à nova infraestrutura de marketing que as plataformas digitais proporcionam, mantendo-se centrados em tentativas de controle de conteúdo e exposição. Com dados sobre consumidores individuais coletados pela plataforma, por exemplo, o comércio programático evoluiu para o oferecimento de publicidade direcionada ao indivíduo, em vez da publicidade direcionada a públicos homogêneos em massa. Como o público de um determinado anúncio é determinado por suas escolhas anteriores na plataforma, o foco no conteúdo usado para atrair o público é, portanto, menos importante para os anunciantes (e

menos relevante para as respostas regulatórias) (Andrew 2019). Jurisdições que têm proibições completas de marketing do álcool, como por exemplo a Noruega, incluiu o marketing digital do álcool, embora a aplicação pareça ter sido irregular (Rossow 2021). O esforço da Finlândia em limitar o marketing digital do álcool parece ter tido algum sucesso, mas uma avaliação dele destaca a dificuldade de uma abordagem focada em limitar o conteúdo (Katainen *et al.* 2020). O tabaco oferece um contraste com o álcool onde, possivelmente refletindo tanto a presença da influência normativa da FCTC quanto as proibições a nível nacional, o marketing digital do tabaco é menos difundido.

15.3 Visões e ações das agências de fomento: o álcool é visto principalmente como uma melhoria para o desenvolvimento econômico

Órgãos financeiros e de desenvolvimento internacional, como o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial, muitas vezes tiveram efeitos importantes sobre as políticas do álcool a níveis nacional e local. Embora a industrialização e a concentração da produção e distribuição de álcool desempenhem um papel ambíguo no desenvolvimento econômico, trazendo tanto prejuízos quanto lucros (Room e Jernigan 2000), os órgãos internacionais de desenvolvimento assumem que indústrias de álcool mais desenvolvidas e integradas são um aumento no desenvolvimento em termos econômicos, de modo a, muitas vezes, levar pouco ou nada em consideração os custos em termos de saúde e danos sociais.

Eles também, normalmente, possuem um forte viés ideológico contra a propriedade governamental da produção ou distribuição (Reinsberg *et al.* 2020). Muitas vezes, encorajaram o desmantelamento ou a venda de monopólios governamentais como condição para subsídios de desenvolvimento, particularmente em programas de ajuste estrutural para países com dificuldades financeiras, sem qualquer diferenciação entre bebidas alcoólicas e outras mercadorias, apesar das vantagens dos monopólios governamentais do álcool (vide o capítulo 9 e também Room e Cisneros Ornberg 2019), quando a privatização teve um claro efeito negativo na saúde pública (Hahn *et al.* 2012).

Organismos financeiros internacionais também intervieram no mercado do álcool, financiando usinas de produção de álcool novas ou modernizadas como parte de uma estratégia geral para promover o desenvolvimento econômico. A *International Finance Corporation*, parte do Grupo do Banco Mundial, exclui apenas projetos de financiamento em que o patrocinador esteja substancialmente envolvido na produção de bebidas alcoólicas fortes (bebidas destiladas) – não cerveja e vinho (*International Finance Corporation* 2020). A assistência ao desenvolvimento para países de baixa e média renda (PBMRs) de agências de desenvolvimento e países de alta renda (PARs) oferece regularmente incentivos substanciais para a produção de álcool em PBMRs. Assim, por exemplo, na década de 2010, Holanda, Estados Unidos, Alemanha e um fundo das Nações Unidas deram à Heineken US\$ 10 milhões em subsídios e benefícios fiscais para projetos agrícolas na África; e entre 2002 e 2012, a UE doou US\$ 98,6 milhões para apoiar a indústria de produção de rum no Caribe (Vital Strategies 2021, p. 18–19, 31).

No decorrer da década de 2010, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) começou a dar atenção ao álcool como potencial obstáculo ao desenvolvimento. Uma iniciativa conjunta do PNUD e da OMS em resposta à violência e doenças infecciosas provocadas pelo álcool, patrocinou reuniões na África em 2014 e 2016 para funcionários do governo e de agências das Nações Unidas e organizações não governamentais (ONGs) trabalharem pela “coerência das políticas” acerca do consumo do álcool, da violência de gênero e do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Organização Mundial da Saúde 2021); contudo, os planos de expansão para a Ásia foram frustrados por falta de financiamento. Juntamente com outros órgãos de desenvolvimento na região da Ásia-Pacífico, o PNUD patrocinou um relatório de 2019 sobre a aceleração do progresso dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas. Este relatório identificou os malefícios do álcool como uma externalidade e observou que poderia ser combatido pelo aumento da tributação do álcool, enviando assim “um sinal social”, bem como aumentando a receita do estado (Nações Unidas *et al.* 2019, p. 26, 31). Os órgãos de desenvolvimento de ONGs baseados em PARs específicos, porém, particularmente o FORUT da Noruega (FORUT 2021), têm sido muito mais ativos na oferta de apoio contínuo para abordar a promoção do álcool como um obstáculo ao de-

envolvimento na África e em outras regiões mundiais de baixa e média renda (Bakke e Endal 2014) (<https://forut.no/english/>).

15.4 Órgãos internacionais que promovem perspectivas de saúde pública e interesse público

Conforme discutido abaixo, o único órgão intergovernamental global com interesse contínuo nas questões relacionadas ao álcool é a OMS. Entre os outros 34 órgãos intergovernamentais considerados como parte do “sistema da ONU” (Nações Unidas 2020), vários lidam com interesses públicos gerais, como o bem-estar social e a prevenção ao crime; porém, vários órgãos importantes para as políticas de controle do álcool e dos danos causados pelo álcool demonstraram um interesse mínimo nas questões relacionadas ao álcool.

A Organização Internacional de Polícia Criminal (Interpol), por exemplo, facilita a cooperação policial mundial e o controle do crime. O álcool é um elemento importante em muitos aspectos do trabalho policial, incluindo dirigir alcoolizado, violência doméstica e violência nas ruas. Um estudo Australiano, por exemplo, constatou que um quarto do tempo do trabalho da polícia era gasto em lidar com incidentes relacionados ao álcool (Palk *et al.* 2007). O componente “álcool” em crimes envolvendo violência ou veículos automotores, contudo, parece não ser abordado de forma alguma pela Interpol; os únicos itens sobre álcool no site da Interpol em setembro de 2019 tratavam de uma questão de interesse primário para os produtores transnacionais de álcool – “álcool falso”, embalagens de bebidas alcoólicas com rótulo de marca falsa.

Por outro exemplo, embora a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) tenha um amplo mandato temático, seu único envolvimento recente com questões relacionadas ao álcool parece ser um livreto de 2017 sobre “Respostas do setor educacional ao consumo de álcool, tabaco e drogas”, produzido em parceria com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e a OMS (UNESCO 2017). Outros órgãos da ONU desenvolveram parcerias com CTNAs; por exemplo, o Instituto das Nações Unidas para Treinamento e Pesquisa (UNITAR) fez parceria em projetos de direção sob efeito de álcool com a Diageo (Casswell 2019).

Esses casos e o caso do Banco Mundial mencionado anteriormente exemplificam o envolvimento mínimo, esporádico e, por vezes, problemático com as questões do álcool por parte dos órgãos intergovernamentais mundiais, além da OMS. Em 2018, no entanto, no contexto dos ODS das Nações Unidas (<https://sustainabledevelopment.un.org/>), foi dado o pontapé inicial a uma iniciativa única entre os órgãos, a SAFER (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>), promovendo as políticas de controle de álcool mais eficazes. Ela é liderada pela OMS, mas inclui a Força Tarefa Interagências das Nações Unidas e do PNUD, bem como quatro das principais ONGs no campo.

O interesse da OMS nas questões relacionadas ao álcool é antigo, mas não contínuo. Enquanto a divisão de saúde mental da OMS se interessou inicialmente pelas questões relacionadas ao álcool em 1950 a 1955, um interesse contínuo só surgiu no início dos anos 1970, tanto na sede da OMS em Genebra quanto em seu escritório regional europeu em Copenhague (Sala 1984). A pedra angular desse período de trabalho foi uma resolução da Assembleia Mundial da Saúde de 1983 sobre o “Consumo de álcool e problemas relacionados ao álcool: Desenvolvimento de políticas e programas nacionais” (Assembleia Mundial da Saúde 1983). Durante a presidência de Reagan, a retirada do apoio dos EUA à OMS como um todo foi ameaçada se a OMS continuasse trabalhando em um projeto cooperativo sobre as implicações do marketing do álcool para a saúde pública. Na esteira da bem-sucedida campanha da OMS para a FCTC, os representantes da indústria do álcool cada vez mais viam a OMS e a defesa da saúde pública como uma séria ameaça a seus interesses e trabalharam de várias maneiras para neutralizá-la (Room 2006). Embora algum trabalho em projetos patrocinados pela OMS sobre o álcool tenham prosseguido durante as décadas de 1980 e 1990, particularmente nas áreas de triagem, diagnóstico e tratamento, o trabalho da política do álcool foi limitado em escopo e passou por várias reorganizações (Room 2005).

O foco da OMS no álcool como uma questão de saúde pública global, ressuscitou em meados dos anos 2000, com a aprovação de uma resolução de iniciativa nórdica na Assembleia Mundial da Saúde em 2005 (Bull 2005), levando a uma Estratégia Global sobre o álcool adotada em 2010 (Organização Mundial da Saúde 2010). A partir de 2008, o trabalho da OMS sobre o álcool foi incorporado, principalmente a duas agendas prioritárias abrangentes. O primeiro abordou as doenças não transmissí-

veis (DCNTs). O consumo de álcool foi identificado como um dos quatro principais fatores de risco para as DCNTs. Isso aumentou a prioridade do álcool entre as metas de saúde pública, tanto na OMS quanto por meio de ONGs como a *NCD Alliance* (<https://ncdalliance.org/>), uma aliança global de mais de 1.000 ONGs. Por outro lado, o álcool tinha uma das metas menos ambiciosas, uma redução de 10% no consumo mundial, além de uma análise de 2018 do progresso mundial na redução de DNTs por uma comissão independente de alto nível, que constatou que esse “progresso foi limitado” (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 14).

A outra agenda prioritária abrangente são os 17 ODS das Nações Unidas (<https://sustainabledevelopment.un.org/>), adotados pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015. A OMS assumiu uma responsabilidade especial pelo objetivo 3, preocupado com a saúde e o bem-estar, que incluía o subobjetivo 3.5, de “fortalecer a prevenção e o tratamento no caso de uso excessivo de substâncias tóxicas, incluindo o consumo abusivo de entorpecentes e o consumo prejudicial de álcool”, uma meta que ia além do papel do álcool nas DNTs. O contexto das Nações Unidas, porém, foi particularmente aberto à atividade multissetorial envolvendo interesses privados e, em um “plano de ação global” multissetorial de 2019 sobre o objetivo 3, assinado por 12 organizações internacionais, mas coordenado e publicado pela OMS, a cobertura do álcool é esparsa (Organização Mundial da Saúde 2019). Outros elementos dos ODS incluem compromissos para uma maior liberalização do comércio e com ênfase em parcerias com o setor privado, elementos que os principais produtores de álcool têm usado para “projetar-se como parceiros no progresso, em vez de vetores de uma epidemia industrial” (Collin e Casswell 2016, p. 2582). E em um estudo sobre a carga global de morbidade usando tendências no período de 1990 a 2017, com vistas a projetar o progresso na consecução de 40 ODS orientados para a saúde até 2030, o indicador de álcool estava no quartil mais baixo de índices de melhoria (GBD 2017 Colaboradores dos ODS 2018, Tabela 2). Embora a iniciativa de ODS não ofereça novos mecanismos para atingir as metas aspiracionais, ela ofereceu um forte impulso na medição dos indicadores acordados para o ODS 3.5, que, por sua vez, foram usados para informar as metas e indicadores da Estratégia Global da OMS sobre o álcool.

Na Assembleia Mundial da Saúde de maio de 2019, foi decidido que seria analisado o progresso da Estratégia Global e que seriam traçados

os caminhos a seguir. Após consultas com os estados membros, escritórios regionais da OMS, ONGs e interesses da indústria do álcool, uma resolução de fevereiro de 2020 do Conselho Executivo da OMS concluiu que, após uma década de trabalho de acordo com a Estratégia Global, “a carga geral de morbidade e lesões atribuíveis ao consumo de álcool permanece inaceitavelmente alto”, e que os “recursos e capacidades” para a implementação da Estratégia “não correspondem à magnitude dos problemas” (Organização Mundial da Saúde 2020b). A resolução também ordenou o desenvolvimento de um Plano de Ação para 2022–2030 a ser considerado na Assembleia Mundial da Saúde de 2022 e uma análise da Estratégia Global em 2030, além de propor que o trabalho da OMS sobre o álcool recebesse recursos “adequados” (Organização Mundial da Saúde 2020b).

Os recursos e o pessoal dedicados ao trabalho da OMS sobre o álcool continuam escassos – um punhado de funcionários, em termos equivalentes a tempo integral, em comparação com dezenas de funcionários para o tabaco na secretaria da OMS e da FCTC e centenas de funcionários para drogas controladas no UNODC. Em 2018/2019, o orçamento anual total para o trabalho com álcool na sede da OMS foi de US\$ 1 milhão, um contraste marcante com os US\$ 8,8 bilhões disponíveis para o controle do tabagismo. Nem os estados membros nem as filantropias disponibilizaram qualquer financiamento extraorçamentário substancial para o controle do álcool (Bakke *et al.* 2020).

15.5 Implicações: a necessidade de um acordo internacional vinculativo

Houve um momento na história, há mais de um século atrás, quando uma série de acordos a nível internacional tentou controlar o mercado de “destilados comerciais”, proibindo as exportações para a maior parte da África (Bruun *et al.* 1975, p. 165–73). Desde a Segunda Guerra Mundial, porém, quase não houve acordos a nível internacional que buscassem limitar os danos causados pelo álcool. Está claro que as políticas econômicas a nível internacional limitaram consideravelmente a capacidade das nações e dos governos locais de controlar o consumo de álcool e problemas relacionados (vide a seção 15.2), enquanto pratica-

mente nada foi feito a nível internacional que aumentasse a capacidade dos governos de controlar os problemas com o álcool.

Isso é bem diferente da situação de outras substâncias psicoativas que têm implicações para a saúde pública. Uma série de acordos internacionais, que datam da era colonial europeia no início do século XX, estabeleceram um sistema comum para o controle de opiáceos, cocaína e maconha (Bruun *et al.* 1975), o qual ainda está praticamente intacto. O contraste entre álcool e drogas controladas na carga geral de morbidades do consumo não médico é gritante. A estimativa da Carga Global de Morbidade para a carga do álcool em 2016 é mais de quatro vezes maior do que a carga de todas as drogas sob controle internacional, juntas (GBD 2016 Risk Factors Collaborators 2017), destacando a resposta global inadequada ao álcool.

Um possível modelo para futuros acordos internacionais sobre o álcool é o FCTC (Organização Mundial da Saúde 2020a), o primeiro tratado negociado sob a autoridade da OMS para negociar “acordos” ou “convenções” (Gostin *et al.* 2015). Existem semelhanças entre as situações de álcool e tabaco. Ambos são substâncias psicoativas amplamente disponíveis e comumente usadas, com potencial de dependência substancial e efeitos devastadores sobre a saúde. E o mais importante: o consumo e os danos de ambas as substâncias são impulsionados pelas práticas da indústria de fornecimento e marketing no interesse de aumentar as vendas e os lucros.

A CQCT da OMS “reafirma o direito de todas as pessoas ao mais alto padrão de saúde” e representa uma mudança de paradigma no desenvolvimento de uma estratégia regulatória para lidar com substâncias viciantes (Organização Mundial da Saúde 2020a). Em contraste com as estratégias anteriores de controle de drogas, a CQCT da OMS afirma a importância das estratégias de redução da demanda, bem como das questões de abastecimento. A FCTC foi elogiada como um modelo na área de governança global da saúde e obteve algumas conquistas notáveis nas áreas de conscientização pública, mobilização social, definição de agenda e vigilância da saúde pública (Lee *et al.* 2016). Uma função importante da FCTC tem sido estabelecer um secretariado internacional dedicado, responsável por acompanhar, orientar e auxiliar os estados membros em sua implementação, além de uma conferência anual das partes envolvidas para monitorar o progresso e discutir medidas adicionais. Uma análise

dos estudos sobre o impacto da FCTC em sua primeira década constatou que “as políticas de controle do tabaco são eficazes quando implementadas de acordo com o Tratado e suas diretrizes; porém, o índice geral e a extensão do progresso global na implementação das disposições da Convenção permanecem desiguais entre os países e domínios de política (Chung-Hall *et al.* 2019, p. s123). Assim, um estudo (Hoffman *et al.* 2019) mostra que os países europeus e os PARs em outros lugares tiveram reduções aceleradas no consumo, o que é consistente com outros estudos que documentam a eficácia das políticas que a FCTC promove quando são totalmente implementadas (Jha e Peto 2014 ; Gravelly *et al.* 2017; Chung-Hall *et al.* 2019).

Há, contudo, poucas evidências de que houve progresso na redução do consumo de cigarros em países de baixa e média renda e países asiáticos, que aumentaram o consumo após a ratificação da FCTC, talvez devido às estratégias globais empregadas pela indústria do tabaco (Hoffman *et al.* 2019) e à má implementação da FCTC.

Vários argumentos foram apresentados de uma perspectiva da saúde pública para um acordo vinculativo internacional sobre o controle do álcool, sendo a FCTC frequentemente citada como modelo (por exemplo, Anônimo 2007; Room *et al.* 2008; Casswell e Thamarangsi 2009; Baumberg 2010). Este objetivo também foi adotado por organizações profissionais (por exemplo, a Associação Médica Mundial, a Associação Americana de Saúde Pública) e ONGs internacionais (por exemplo, a Aliança Global de Políticas do Álcool, Movendi).

Room e Cisneros-Ornberg (2021) apresentaram um rascunho proposto para uma Convenção-Quadro sobre Controle de Álcool (FCAC), apontando para paralelos e diferenças entre a FCTC e uma potencial FCAC. Serão necessários ajustes da FCTC devido às diferenças em relação ao tabaco na natureza, produção e consumo do álcool (Casswell e Thamarangsi 2009) e em sua capacidade de produzir intoxicação aguda. Controles sobre o comércio internacional de álcool também são necessários – uma questão ausente da FCTC, embora agora abordada indiretamente com um Protocolo de 47 artigos para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos de Tabaco (Organização Mundial da Saúde 2013). Um modelo sugerido para controles do comércio internacional de álcool conforme o interesse da saúde pública é uma adaptação das disposições

comprovadas sobre o comércio internacional de ópio para uso medicinal na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 (Room e Cisneros Or-nberg 2020). O contexto global em mudança, como o papel aprimorado dos ACIs, também pode sugerir alguns elementos adicionais; embora a FCTC não se refira a ACIs e não os supere no ambiente de governança global, a FCTC tem sido citada como uma autoridade em controvérsias comerciais sobre a gravidade dos problemas associados ao uso do tabaco e a eficácia dos controles de saúde pública nos mercados de tabaco (Barlow *et al.* 2019). Garantir um papel semelhante para um FCAC seria essencial. Por fim, um importante condutor comercial dos malefícios do álcool é a necessidade dos produtores e distribuidores de protegerem seus lucros, o que os leva a interferir no desenvolvimento de políticas econômicas de controle do álcool; a inclusão de uma cláusula semelhante à cláusula 5.3 da FCTC exigindo que os signatários da FCTC protejam as políticas de saúde pública da interferência da indústria seria uma parte essencial de um tratado sobre o álcool (Casswell 2019).

15.6 Conclusão: reformando a governança global do álcool segundo o interesse da saúde pública

Conforme discutido anteriormente, os únicos acordos internacionais substanciais que abrangem bebidas alcoólicas são acordos comerciais. Não existe um acordo internacional vinculante sobre o álcool do ponto de vista da saúde pública ou do bem-estar. Nos acordos comerciais, as bebidas alcoólicas quase sempre são tratadas como bens de consumo comuns. Mesmo quando uma bebida alcoólica (por exemplo, o vinho) é tratada como uma mercadoria especial, isso normalmente ocorre porque esse tipo de bebida se enquadra na categoria de produtos agrícolas subsidiados, e não porque é considerada prejudicial à saúde pública. As disposições dos acordos comerciais estão restringindo cada vez mais as medidas governamentais desenvolvidas para controlar as bebidas alcoólicas como mercadorias especiais. A crescente aplicação do padrão de igualdade de tratamento a serviços e investimentos, combinada com a doutrina da efetiva igualdade de oportunidades para investimentos estrangeiros ou produtores de serviços, é especialmente problemática para as políticas de controle do álcool.

A nível intergovernamental, o principal impulsionador das questões da política do álcool tem sido a OMS, mas ela tem sido prejudicada pela falta de recursos e de financiamento filantrópico e pela relativa escassez e fraqueza das ONGs internacionais focadas nos problemas advindos do álcool. Além disso, muitos problemas relacionados ao álcool normalmente não se enquadram na rubrica da saúde, sendo, assim, preocupações de outros órgãos governamentais, como autoridades policiais e agências de bem-estar social. Existe, portanto, a necessidade de expandir o escopo da ação colaborativa internacional sobre os problemas do álcool para além da OMS. Embora haja muito que possa ser feito nos níveis nacional e subnacional, também há a necessidade de ações a nível intergovernamental, um tópico ao qual retornaremos em nosso capítulo final.

Referências

Andrew D (2019) Programmatic trading: the future of audience economics. *Communication Research and Practice*, 5, 73– 87.

Andriamananjara S (2001) Preferential trade agreements and the multilateral trading system. *International Economic Review*, USITC Publication 3402, Jan/ Feb, p. 1– 4. Washington, DC: US International Trade Commission.

Anonymous (2007) A Framework Convention on Alcohol Control. *Lancet*, 370, 1102.

Australian Competition and Consumer Commission (2019) Digital Platforms Inquiry: final report. Canberra: Australian Competition and Consumer Commission. <https://www.accc.gov.au/publications/digital-platforms-inquiry-final-report>

Bakke O and Endal D (2014) Alcohol and development. Gjøvik: FORUT. https://issuu.com/grosettrykk/docs/forut_alcohol_and_development

Bakke O, Braaten ES, and Casswell S (2020) Despite COVID- 19 member states need to adequately resource WHO's work to address alcohol harm (Letter). *Int J Health Policy Manag*. Published on-line Nov 23. doi: 10.34172/ijhpm.2020.234.

Barlow P, Labonte R, McKee M, *et al.* (2019) WHO response to WTO member state challenges on tobacco, food and beverage policies. *Bull World Health Organ*, 97, 846– 8.

Barta P and Passariello C (2010) Global liquor makers fight graphic labels in Thailand. Wall Street Journal, 17 September 2010. <https://www.wsj.com/articles/SB10001424052748704392104575475513718846130>

Bartlett O and Garde A (2017) EU public health law and policy – on the rocks? A few sobering thoughts on the growing EU alcohol problem. In: Hervey T, Young C, and Bishop L (eds.) *Research Handbook on EU Health Law and Policy*. Cheltenham: Edward Elgar, p. 369– 97.

Baumberg B (2010) World trade law and a Framework Convention on Alcohol Control. *J Epidemiol Community Health*, 64, 473– 4.

Bown CP (2017) Mega- regional trade agreements and the future of the WTO. *Global Policy*, 8, 107– 12.

Bull B (2005) The Nordic countries and the WHO Resolution on Alcohol at the 58th World Health Assembly, May 2005. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22 (Suppl 1), 163– 6.

Bruun K, Edwards G, Lumio M, *et al.* (1975) Alcohol control policies in public health perspective. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol. 25. <http://www.alkoholitutkimussaatio.fi/core/wp-content/uploads/2013/06/Alcohol-Control-Policies-In-Public-Health-Perspective.pdf>

Casswell S (2019) Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed? *J Glob Health*, 9, 020305.

Casswell S and Rehm J (2020) Reduction in global alcohol-attributable harm unlikely after setback at WHO Executive Board. *Lancet*, 395, 1020– 1.

Casswell S and Thamarangsi T (2009) Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373, 2247– 57.

Chaisse J (2013) Exploring the confines of international investment and domestic health protections— is a general exceptions clause a forced perspective? *Am J Law Med*, 39, 332– 60.

Chung- Hall J, Craig L, Gravely S, *et al.* (2019) Impact of the WHO FCTC over the first decade: a global evidence review prepared for the Impact Assessment Expert Group. *Tobacco Control*, 28(Suppl 2), s119– 28.

Codex Commission (2019a) Report of the forty- fifth session of the Codex Committee on Food Labelling, Ottawa, Ontario, Canada 13– 17 May 2019. Document REP19/ FL. Rome: Codex Alimentarius Commission. http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/en/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FMeetings%252FCX-714-45%252FFinal%252520Report%252FREP19_FLe.pdf

Codex Commission (2019b) Request for comments on labelling of alcoholic beverages. December. Document CL 2019/ 86- FL. Rome: Codex Alimentarius Commission. http://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/sh-proxy/es/?lnk=1&url=https%253A%252F%252Fworkspace.fao.org%252Fsites%252Fcodex%252FCircular%252520Letters%252FCL%2525202019-86%252Fcl19_86e.pdf

Collin J and Casswell S (2016) Alcohol and the sustainable development goals. *Lancet*, 387, 2582– 3.

Council of the European Union (2017) Council conclusions on cross- border aspects in alcohol policy— tackling the harmful use of alcohol (2017/ c441/ 04' 22 Dec. 2017). Official Journal of the European Union, C441/ 3– 7. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG1222\(01\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017XG1222(01)&from=EN)

Crosbie E and Thomson G (2018) Regulatory chills: tobacco industry legal threats and the politics of tobacco standardised packaging in New Zealand. *N Z Med J*, 131, 25– 41.

FORUT (2021) *FORUT Approach to Alcohol and Development*. Gjøvik: FORUT.

GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017) Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990– 2016: a systematic analysis for the Carga Mundial de Morbidade Study 2016. *Lancet*, 390, 1345– 422.

GBD 2017 Causes of Death Collaborators (2018) 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 Carga Mundial de Morbidade Study 2017. *Lancet*, 392, 1736– 88.

Gostin LO, Sridhar D, and Hougendobler D (2015) The normative authority of the World Health Organization. *Public Health*, 129, 854– 63.

Gravely S, Giovino GA, Craig L, *et al.* (2017) Implementation of key demand reduction measures of the WHO Framework Convention on Tobacco Control and change in smoking prevalence in 126 countries: an association study. *Lancet Public Health*, 2, e166–74.

Greer SL (2014) The three faces of European Union health policy: policy, markets, and austerity. *Policy and Society*, 33, 13–24.

Grieshaber- Otto J, Schacter N, and Sinclair S (2006) *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Geneva: World Health Organization.

Grieshaber- Otto J, Sinclair S, and Schacter N (2000) Impacts of international trade, services and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 95, S491–504.

Hahn RA, Middleton JC, Elder R, *et al.* (2012) Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*, 42, 418–27.

Hepworth P, Ward S, and Scholin L (2021) Alcohol labelling in the global food system: implications of recent work in the CODEX Committee on Food Labelling. *European Journal of Risk Reduction*, 12(2), 460–476. <https://doi.org/10.1017/err.2020.60>

Hoffman SJ, Poirier MJP, Rogers Van Katwyk S, *et al.* (2019) Impact of the WHO Framework Convention on Tobacco Control on global cigarette consumption: quasi-experimental evaluations using interrupted time series analysis and in-sample forecast event modelling. *BMJ*, 365, l2287.

Holden C and Hawkins B (2018) Law, market building and public health in the European Union. *Global Social Policy*, 18, 45–61.

Holder HD, Kuhlhorn E, Nordlund S, *et al.* (1998) *European Integration and Nordic Alcohol Policies. Changes in Alcohol Controls and Consequences in Finland, Norway and Sweden, 1980–1997*. Aldershot: Ashgate.

Horn H, Mavroidis PC, and Wijkstrom EN (2013) In the Shadow of the DSU: Addressing Specific Concerns in the WTO SPS and BTC Committees. Working Paper No. 960. Stockholm: Research Institute of Industrial Economics. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/81444/1/wp960.pdf>

International Finance Corporation (2020) IFC exclusion list. Washington, DC: International Finance Corporation, World Bank Group. [http:// www.ifc.org/ exclusionlist](http://www.ifc.org/exclusionlist)

Jha P and Peto R (2014) Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco. *N Engl J Med*, 370, 60– 8.

Katainen A, Kauppila E, Svensson J, *et al.* (2020) Regulating alcohol marketing on social media: outcomes and limitations of marketing restrictions of Finland's 2015 Alcohol Act. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 39– 46.

Kelsey J (2017) Regulatory chill: learnings from New Zealand's Plain Packaging Tobacco Law. *QUT Law Review*, 17, 21– 45.

Kelsey J (2020) How might digital trade agreements constrain regulatory autonomy: the case of regulating alcohol marketing in the digital age. *New Zealand Universities Law Review*, 29, 153– 79.

Lang A (2016) Rethinking the 'harmonisation' of international trade and public health. *J Law Med*, 23, 949– 78.

Lee K, Eckhardt J, and Holden C (2016) Tobacco industry globalization and global health governance: towards an interdisciplinary research agenda (July 2016). Palgrave Communications, 2, 16037. Available at SSRN: <https://www.nature.com/articles/palcomms201637> or <http://dx.doi.org/10.1057/palcomms.2016.37>

McGrady B (2011) *Trade and Public Health: The WTO, Tobacco, Alcohol, and Diet*. Cambridge: Cambridge University Press.

McNeill D, Birkbeck CD, Fukuda- Parr S, *et al.* (2017a) Political origins of health inequalities: trade and investment agreements. *Lancet*, 389, 760– 2.

McNeill D, Pepita Barlow P, Birkbeck CD, *et al.* (2017b) Trade and investment agreements: implications for health protection. *Journal of World Trade*, 51, 159– 82.

Meier PS, Holmes J, Angus C, *et al.* (2016) Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med*, 13, e1001963.

Mitchell A and O'Brien P (2020) 'If one Thai bottle should accidentally fall': health information, alcohol labelling and international trade law. *Journal of World Investment and Trade*, 21, 674– 97.

Montalto Monella L and Harris C (2019) Will a booze tax war in the Baltics leave Latvia and Estonia with a bad hangover? EuroNews, updated 27 July. <https://www.euronews.com/2019/07/27/money-before-man-baltic-booze-war-threatens-latvia-estonia-with-health-hangover>

O'Brien P (2014) The contest over 'valuable label real estate': public health reforms to the laws on alcohol beverage labelling in Australia. *University of New South Wales Law Journal*, 37, 565– 602.

O'Brien P (2021) Missing in action: the global strategy to reduce the harmful use of alcohol and the WTO. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 477– 498. <https://doi.org/10.1017/err.2020.67>

O'Brien P and Mitchell AD (2018) On the bottle: health information, alcohol labelling and the WTO Technical Barriers to Trade Agreement. *QUT Law Review*, 18, 125– 54.

O'Brien P, Gleeson D, Room R *et al.* (2017) Marginalising health information: implications of the Trans- Pacific Partnership Agreement for alcohol labelling. *Melbourne University Law Review*, 41, 341– 91. https://law.unimelb.edu.au/data/assets/pdf_file/0009/2494341/09-OBrien-et-al.pdf

Osterberg E and Karlsson T (eds.) (2002) *Alcohol Policies in EU Member States and Norway: A Collection of Country Reports*. Helsinki: STAKES.

Palk G, Davey J, and Freeman J (2007) Policing alcohol-related incidents: a study of time and prevalence. *Policing*, 30, 82– 92.

Parliament of Australia, Joint Standing Committee on Treaties (2018) Report 180. Canberra: Commonwealth of Australia. https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/committees/reportjnt/024178/toc_pdf/Report180.pdf;fileType=application%2Fpdf

Ranald P (2019) When even winning is losing. The surprising cost of defeating Philip Morris over plain packaging. <https://theconversation.com/when-even-winning-is-losing-the-surprising-cost-of-defeating-philip-morris-over-plain-packaging-114279>

Reinsberg B, Stubbs T, Kentikelenis A, *et al.* (2020) Bad governance: how privatization increases corruption in the developing world. *Regulation & Governance*, 14, 698– 717.

Room R (1984) The World Health Organization and alcohol control. *Br J Addict*, 79, 85– 92.

Room R (2005) Alcohol and the World Health Organization: the ups and downs of two decades. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 22 (1 Suppl), 146– 62. <http://www.robinroom.net/WHO%20and%20alcohol%20-%20ups%20and%20downs%20-%20NAT%202005.pdf>

Room R (2006) Advancing industry interests in alcohol policy: the double game. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 26, 389– 402.

Room R and Cisneros Ornberg J (2019) Government monopoly as an instrument for public health and welfare: lessons for cannabis from experience with alcohol monopolies. *Int J Drug Policy*, 74, 223– 8.

Room R and Cisneros Ornberg J (2021) A Framework Convention on Alcohol Control: getting concrete about its contents. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 433– 443. doi:10.1017/err.2020.73

Room R and Jernigan D (2000) The ambiguous role of alcohol in economic and social development. *Addiction*, 95 (Suppl 4), 523– 35.

Room R and O’Brien P (2021) Alcohol marketing and social media: a challenge for public health control. *Drug Alcohol Rev*, 40, 420– 2.

Room R, Schmidt L, Rehm J, *et al.* (2008) International regulation of alcohol. *BMJ*, 337, a2364.

Rossow I (2021). The alcohol advertising ban in Norway: effects on recorded alcohol sales. *Drug Alcohol Rev*, 40(7), 1392– 1395. DOI: 10.1111/ dar.13289

Stewart TP (2020) The future of the WTO— restoring relevance. <https://www.wita.org/blogs/the-future-of-the-wto/>

Stockwell T, Solomon R, O’Brien P, *et al.* (2020) Cancer warning labels on alcohol containers: a consumer’s right to know, a government’s responsibility to inform, and an industry’s power to thwart. *J Stud Alcohol Drugs*, 81, 284– 92.

Tinawi G, Gray T, Knight T, *et al.* (2018) Highly deficient alcohol health warning labels in a high-income country with a voluntary system. *Drug Alcohol Rev*, 37, 616– 26.

Treerutkuarkul A (2017) Moving Thailand's mountain of alcohol- related harm. *Bull World Health Organ*, 95, 487– 8. <https://www.who.int/bulletin/volumes/95/7/17-020717.pdf?ua=1>

UNESCO (2017) Education sector responses to the use of alcohol, tobacco and drugs. Paris: UNESCO; Vienna: UNODC; Geneva: World Health Organization. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000247509>

United Nations (2020) Funds, programmes, specialized agencies and others. New York, NY: United Nations. <https://www.un.org/en/sections/about-un/funds-programmes-specialized-agencies-and-others/>

United Nations, Asian Development Bank, and United Nations Development Programme (2019) Accelerating progress: an empowered, inclusive and equal Asia and the Pacific. Bangkok and Manila: United Nations, Asian Development Bank, and United Nations Development Programme.

Varallo C and Cravetto C (2018) Alcoholic beverages labelling: analysis of the joint 'selfregulatory proposal' of the industry on nutrition labelling and ingredients declaration. *European Journal of Risk Regulation*, 9, 329– 36.

Vital Strategies (2021) The Sobering Truth: Incentivizing Alcohol Death and Disability. New York, NY: Vital Strategies. <https://www.vitalstrategies.org/The-SoberingTruth>

World Health Assembly (1983) Alcohol consumption and alcohol- related problems: development of national policies and programmes. Thirty- sixth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/160567/WHA36_R12_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (2010) Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/teams/mental-health-andsubstance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/alcohol/global-alcohol-strategy>

World Health Organization (2013) Protocol to eliminate illicit trade in tobacco products. Geneva, World Health Organization. https://www.who.int/fctc/protocol/illicit_trade/protocol-publication/en/

World Health Organization (2018) Time to deliver: report of the WHO Independent High Level Commission on Noncommunicable Diseases. Geneva: World

Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272710/9789241514163-eng.pdf>

World Health Organization (2019) Stronger collaboration, better health: global action plan for healthy lives and well-being for all. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail/stronger-collaboration-better-health-global-action-plan-for-healthy-lives-and-well-being-for-all>

World Health Organization (2020a) WHO Framework Convention on Tobacco Control: overview. https://www.who.int/fctc/text_download/en/. (accessed 2 March 2022)

World Health Organization (2020b) Accelerating action to reduce the harmful use of alcohol. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_CONF1Rev1-en.pdf

World Health Organization (2021) The WHO/ UNDP initiative on harmful use of alcohol, violence and infectious diseases. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/activities/botswana_2016/en/

World Trade Organization (2020) Members and observers. Geneva: World Trade Organization. https://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/org6_e.htm

Zeigler DW (2006) International trade agreements challenge tobacco and alcohol control policies. *Drug Alcohol Rev*, 25, 567–79.

16

POLÍTICAS DO ÁLCOOL: UM GUIA DO CONSUMIDOR

16.1 Introdução

Os capítulos anteriores levaram o leitor a uma longa e detalhada jornada intelectual pelas complexidades da política do álcool. A história dessa jornada, conforme apresenta o capítulo 1, foi contada em termos de evidências científicas cumulativas relativas à epidemiologia do consumo e problemas advindos do álcool (vide o capítulos 2–4), estratégias e intervenções para lidar com os problemas (vide o capítulos 6–13) e o processo por meio do qual a política do álcool pode servir melhor ao bem público (vide o capítulos 14–15). O enredo contém elementos de otimismo e pessimismo. Do lado pessimista, os problemas com o álcool são endêmicos em muitas partes do mundo e estão aumentando em áreas geográficas que experimentaram crescimento econômico recente (Manthey *et al.* 2019). Além das evidências epidemiológicas, uma nova área de pesquisa, descrita nos capítulos 5 e 14, demonstra que a indústria do álcool, anteriormente ignorada como um tópico de pesquisa sobre políticas do álcool, emergiu como um dos principais contribuintes para o uso problemático de álcool e um grande obstáculo para uma resposta política eficaz.

Do lado positivo, a pesquisa descrita nos capítulos 7–13 demonstra que várias estratégias e intervenções são eficazes, bem testadas e capazes de atingir grande parte da população mundial. Neste capítulo final, tornamos explícita a conexão entre a pesquisa empírica do cientista da política do álcool e as necessidades práticas do formulador de políticas que deseja implementar respostas baseadas em evidências para os problemas causados ou exacerbados pelo álcool. Nossa intenção é tornar a ciência útil na linha de frente da política do álcool no mundo real.

16.2 Um resumo das evidências

Com base em trabalhos anteriores nessa área (Brand *et al.* 2007; Anderson *et al.* 2009; Nelson *et al.* 2013), os autores desenvolveram um método relativamente simples para sintetizar os resultados de nossa análise das opções políticas. A tabela 16.1 lista as sete áreas políticas que foram analisadas nos capítulos 7 a 13, cada categoria representando várias estratégias e intervenções que foram classificadas em termos de sua eficácia e apoio à pesquisa, sendo posteriormente avaliadas em termos de alcance populacional, custo de implementação e sustentação (☰ consulte o apêndice on-Line 1 para obter uma descrição das diretrizes de classificação). Todas as opções políticas foram avaliadas, principalmente, em termos de sua capacidade de reduzir o consumo de álcool e os problemas relacionados ao álcool. Os resultados intermediários, como mudanças nas informações, atitudes e comportamento agressivo, também foram observados, mas, a menos que uma intervenção impactasse os resultados primários, eles não receberam uma classificação positiva para os fins desta análise. A extensão das opções com evidência de eficácia (53 de 69 opções em todas as sete categorias) mostra que as soluções políticas desenvolvidas para lidar com o álcool não são apenas numerosas, mas também extraordinariamente diversas, variando de serviços terapêuticos individuais para pessoas com problemas relacionados a estratégias de nível populacional, projetadas para influenciar a acessibilidade, disponibilidade e atratividade do álcool para o consumidor em geral. Também existem, porém, inúmeras opções (N = 16), muitas vezes mais palatáveis politicamente porque são menos ameaçadoras para os interesses investidos, onde a evidência aponta para uma falta de eficácia e, em alguns casos, até efeitos nocivos.

Tabela 16.1 Estratégias E Intervenções Relevantes Para Políticas Consideradas Como Melhores Práticas, Boas Práticas Ou Práticas Ineficazes^b

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
------------------	---	-------------------	---------------	--	---

Políticas de preços e tributação (vide o capítulo 7)	5 (4)	Impostos sobre o álcool que diminuem a acessibilidade	Preço unitário mínimo; precificação diferenciada por bebida; impostos especiais sobre bebidas voltadas para jovens	Políticas que aumentam a acessibilidade do álcool	Quando o álcool se torna menos acessível, as pessoas bebem menos e têm menos problemas; quando a acessibilidade aumenta, o mesmo acontece com a bebida e os danos. O aumento de impostos reduz o consumo de álcool e prejudica toda a sociedade, incluindo alcoólatras e adolescentes. O governo também obtém receitas fiscais para compensar a sociedade pelos custos de tratamento, prevenção e fiscalização. Os impostos sobre o álcool precisam ser substanciais para serem eficazes
--	-------	---	--	---	--

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Regulando a disponibilidade física (vide o capítulo 8)	15 (12)	Limitação de horários e locais de venda; monopólio do álcool voltado para o bem-estar público; leis de idade mínima para a compra	Sistemas de racionamento; restrição à densidade de pontos de venda; sistemas de permissão individualizados; interdições preventivas pós-condenação; encorajar bebidas com baixo teor alcoólico; proibições totais quando apoiadas por normas religiosas ou sociais	Políticas que aumentam a densidade de pontos de venda e a disponibilidade temporal e espacial	Regulamentar quem pode consumir álcool ou os locais, horários e contextos de disponibilidade, aumenta os custos econômicos e de oportunidade de obtenção de álcool. Limitações na disponibilidade física, incluindo a conveniência e o acesso legal (por exemplo, as restrições de idade), reduzem o consumo de álcool e os danos. Os controles de disponibilidade podem ser impostos a nível populacional (por exemplo, o horário de venda) ou individual (por exemplo, conforme determinado por ordem judicial). As restrições de disponibilidade podem ter um impacto significativo se aplicadas de forma consistente

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Restrições ao marketing de bebidas alcoólicas (vide o capítulo 9)	3 (2)	Proibição total da comercialização de bebidas alcoólicas ^a	Proibições parciais da comercialização de bebidas alcoólicas	Auto-regulamentação voluntária da indústria de marketing	<p>A exposição ao marketing do álcool aumenta a atratividade do álcool e a probabilidade do consumo por parte dos jovens; as restrições ao marketing provavelmente dissuadirão os jovens de começar a beber precocemente e de beber em excesso. A exposição a imagens e mensagens envolvendo o álcool pode precipitar o desejo e a recaída em pessoas com dependência de álcool. Extensas evidências de impactos sobre o consumo de álcool e a experiência da proibição do tabaco sugerem que uma proibição completa provavelmente seja uma Melhor Prática, apesar da falta de exemplos avaliados</p>




Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Educação e persuasão (vide o capítulo 10)	12 (8)	<p>Campanhas anticondução embriagada; programas de prevenção direcionada; intervenção inclusiva familiar; algumas intervenções com alunos de cursos de graduação; intervenções motivacionais breves em ambientes escolares; intervenções por computador em subpopulações seletivas de pessoas que consomem muito álcool</p>	<p>A maioria dos programas e campanhas patrocinados pela indústria; programas apenas informativos</p>	<p>As intervenções que se concentram em jovens de alto risco e envolvem a família têm maior probabilidade de dissuadir os jovens de beber. Impacto normalmente avaliado em termos de conhecimento e atitudes; efeito sobre o início do hábito de beber e problemas com a bebida é, no mínimo, um equívoco. É improvável que mensagens educativas baseadas em informações mudem o comportamento de beber ou previnam problemas relacionados ao álcool</p>	

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Contra-medidas para a condução sob o efeito de álcool (vide o capítulo 11)	15 (13)	Baixos níveis de TAS para jovens condutores; teste respiratório intensivo, aleatório sempre que possível; programas intensivos de supervisão	Níveis de TAS baixos ou reduzidos (0,00% a 0,05%); habilitação graduada para condutores jovens e iniciantes; pontos de verificação de sobriedade; suspensão administrativa da habilitação; sanções obrigatórias abrangentes; Tribunais específicos para quem dirige alcoolizado; dispositivos de bloqueio	Apenas punição severa; programas de motoristas solicitados; serviços de transporte seguro; programas de educação; painéis de impacto envolvendo vítimas	É improvável que medidas para aumentar a severidade da punição por si só mudem o cenário de pessoas que dirigem sob o efeito do álcool, mas aquelas destinadas à dissuasão geral de beber e dirigir por meio de medidas de vigilância e limitações à condução (por exemplo, remoção temporária da carteira de habilitação) podem ser eficazes

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Modificando o ambiente do consumo de bebidas (vide o capítulo 12)	12(7)	<p>Treino para gerir melhor a agressividade; aplicação aprimorada de leis locais e requisitos legais e policiamento proativo; policiamento direcionado; responsabilidade legal de atendentes, gerentes e proprietários de instalações licenciadas; abordagens comunitárias focadas em populações-alvo específicas</p>	<p>Políticas internas e de treinamento relacionadas ao oferta responsável de bebidas; intervenções para lidar com o consumo de álcool em eventos esportivos e festivos; regulação voluntária ou coordenação</p>	<p>Normalmente avaliadas em termos de como as intervenções afetam os resultados intermediários (por exemplo, conhecimento e comportamento dos funcionários do bar) e problemas relacionados ao álcool, como dirigir alcoolizado e violência, embora algumas avaliações meçam o impacto no consumo em ambientes específicos</p>	

Área de política	Número de opções de políticas avaliadas (número considerado eficaz)	Melhores Práticas	Boas Práticas	Políticas e práticas ineficazes (ou potencialmente prejudiciais)	Comentários sobre os mecanismos de ação e alertas
Tratamento e intervenção inicial (vide o capítulo 13)	7(7)		Intervenções breves para consumidores de alto risco não dependentes; terapias comportamentais e psicossociais; tratamento farmacológico; intervenções de auxílio mútuo	Alguns tipos de tratamento coercitivo	Normalmente avaliado em termos de dias ou meses de abstinência, redução da intensidade e do volume de bebida e melhorias na saúde e na forma de viver. A população-alvo é de pessoas que bebem de forma insalubre e dependentes, salvo indicação contrária

^a Embora o capítulo 9 indique apenas uma pequena quantidade de pesquisas sobre proibições totais de marketing, a designação aqui como Melhor Prática é baseada no grande corpo de pesquisas sobre os efeitos do marketing do álcool, bem como em evidências de pesquisas sobre proibições ao marketing do tabaco.

^b Para mais informações, consulte o  apêndice on-line 1

Do ponto de vista do formulador de políticas, estratégias e intervenções de alta eficácia, apoiadas por numerosos estudos, capazes de atingir seu público-alvo e de custo relativamente baixo podem ser consideradas “Melhores práticas”, ou seja, a opção política foi considerada superior a quaisquer alternativas. “Boas Práticas” são opções classificadas nos capítulos 7 a 13 como menor que o máximo em eficácia e quantidade de apoio à pesquisa, mas que, no entanto, foram consideradas um bom investimento. Outros fatores que contribuíram para nossa seleção de Melhores Práticas e Boas Práticas incluíram a viabilidade em uma série de sistemas políticos e ambientes culturais (por exemplo, a proibição total da venda de álcool pode não ser possível sem um forte apoio religioso) e o potencial de causar consequências não intencionais (por exemplo, desenvolvimento de um mercado ilegal de álcool não registrado). Por fim, a tabela também lista “Práticas ineficazes”, que são opções de políticas que, provavelmente, não afetam o consumo ou os problemas advindos do álcool e, em alguns casos, consomem recursos ou desviam a atenção de políticas alternativas mais eficazes.

16.2.1 As melhores práticas: restrições de acessibilidade, disponibilidade e acessibilidade, bem como controles de marketing e medidas de dissuasão à condução sob o efeito de álcool

De todas as áreas de políticas analisadas, a que recebe mais apoio em termos de pesquisa é a política tributária e de preços do álcool. Isso pode surpreender muitos formuladores de políticas, mas a pesquisa é extensa e os resultados são convincentes. Conforme descrito no capítulo 7, aumentar os impostos sobre o álcool não apenas reduz o consumo de álcool e os danos relacionados, mas também gera receita para o estado. Outra vantagem das estratégias de taxaço e preços é que tanto as pessoas que mais bebem quanto as que menos bebem respondem às mudanças de preços. Mesmo quando o efeito em pessoas que bebem mais é menor em termos de variação percentual do que em pessoas que bebem menos, ainda assim há implicações substanciais para a saúde pública e o bem-estar social. Dado o amplo alcance das estratégias de precificação e tributação e o custo relativamente baixo de implementá-las, o impacto esperado dessas medidas na saúde pública é relativamente alto.

Uma limitação potencial das políticas de preços é que o mercado informal ou ilícito de álcool em alguns países pode transferir o consumo

para bebidas ilícitas menos caras, mas possivelmente mais perigosas. Uma análise (Rehm *et al.* 2021b) das evidências da pesquisa, no entanto, indica que o consumo não registrado de álcool não aumenta necessariamente após aumentos de impostos se medidas de mitigação forem implementadas pelos governos. Isso inclui políticas destinadas a colocar o mercado informal e ilícito sob o controle do governo, bem como medidas para tornar os substitutos tóxicos menos disponíveis ou menos prejudiciais (Lachenmeier *et al.* 2011; Okaru *et al.* 2019; Lachenmeier *et al.* 2021). Outro fator potencialmente limitante dos efeitos das políticas fiscais é o comércio transfronteiriço que ocorre entre países vizinhos com grandes diferenciais de preços.

Além dos impostos sobre o álcool, há fortes evidências para regulamentar a disponibilidade física do álcool. Verificou-se que o consumo de álcool e problemas relacionados aumentam quando o álcool se torna mais acessível e conveniente de usar (vide o capítulo 8). Ao restringir os horários e dias de venda, a conveniência das vendas em supermercados ou lojas de esquina e a densidade ou concentração de estabelecimentos de bebidas no varejo e no local, os formuladores de políticas podem reduzir a exposição aos efeitos intoxicantes e tóxicos do álcool e, assim, reduzir os problemas relacionados a ele. Outro tipo de restrição de disponibilidade empregada em muitos países é a proibição da venda ou uso de álcool em circunstâncias particulares (por exemplo, operação de máquinas), locais (por exemplo, parques) ou grupos populacionais (por exemplo, jovens abaixo de uma certa idade). Os monopólios do governo na produção e venda de álcool oferecem uma maneira eficaz de controlar a disponibilidade quando os objetivos de saúde pública são a principal razão para o sistema. Na ausência de um monopólio, sistemas de licenciamento têm sido usados para controlar a disponibilidade por meio de regulamentação e sanções (por exemplo, a revogação da licença). Uma estratégia empregada em quase todas as nações para controlar o acesso dos jovens ao álcool é a imposição de restrições de idade para a compra de álcool. Sempre que as restrições de idade puderem ser impostas de forma consistente e a idade legal para a compra for definida posteriormente no período de maior risco (por exemplo, 21 anos), pesquisas nos Estados Unidos e em alguns outros países demonstraram reduções significativas em acidentes por condução sob os efeitos do álcool e outros danos relacionados ao álcool entre jovens. A pesquisa sugere que quanto mais restrito for o acesso dos jovens ao álcool, menor será a probabilidade da ocorrência de danos.

Muitos países aumentaram inadvertidamente a disponibilidade de álcool em suas populações por meio de políticas que incentivam o desenvolvimento da economia noturna em áreas urbanas. A pesquisa mostra que a densidade de pontos de venda de álcool e estabelecimentos de bebidas e provisões para serviço noturno ou vendas estão normalmente correlacionadas com os níveis de problemas relacionados ao álcool e, portanto, as restrições na densidade e nos horários de venda provavelmente são um antídoto eficaz contra a embriaguez, ferimentos e violência, por reduzirem a atratividade e a conveniência que há no beber demasiadamente.

Desde o desenvolvimento de técnicas de marketing modernas, agora exacerbadas pelo uso generalizado das mídias digitais pelas corporações transnacionais de álcool¹⁶ (CTNAs), houve muito poucos exemplos de proibições abrangentes de marketing e, portanto, poucas avaliações relevantes foram realizadas. A maior parte das respostas do governo tem sido parcial e é improvável que sejam eficazes, uma vez que o orçamento do vendedor para o marketing será simplesmente transferido para um momento ou meio em que seja permitido. A ampla e robusta literatura de pesquisa analisada no capítulo 9, porém, demonstra que a exposição ao marketing tem implicações consideráveis. Ela aumenta o início precoce do consumo de álcool, bem como padrões de consumo mais arriscados, além de reforçar as normas sociais que apoiam o consumo mais intenso de álcool. O peso da evidência da pesquisa de marketing do álcool e das avaliações de proibições abrangentes ao marketing do tabaco sugere que uma proibição total de toda a gama de práticas de marketing teria um efeito modesto a curto prazo sobre o consumo de álcool e, dado o impacto cumulativo do marketing a longo prazo, impactos tanto no consumo quanto na normalização do álcool. Códigos voluntários de autorregulamentação, a alternativa preferida da indústria do álcool às restrições estatutárias ao marketing, também foram avaliados, mas, não há evidências de que tenham sido bem-sucedidos em proteger populações vulneráveis da exposição à propaganda do álcool ou reduzir os índices de problemas relacionados ao álcool. Deve-se notar que os efeitos nocivos do marketing do álcool se estendem além da

16 Termos-chave que possuem significados técnicos ou linguísticos que não seriam familiares ao leitor comum, são identificados no glossário no final do livro. Esses termos são indicados em negrito quando são usados pela primeira vez em um determinado capítulo.

juventude para incluir pessoas com dependência ao álcool, especialmente aquelas que estão tentando se abster.

É provável que os efeitos de uma proibição da comercialização também sejam benéficos para essas populações. Dada a força da evidência dos impactos adversos à saúde pública do marketing do álcool e o sucesso da proibição do marketing do tabaco, considera-se provável que uma proibição total do marketing do álcool se mostre econômica.

Além dos impostos sobre o álcool, as restrições de disponibilidade e a proibição total do marketing, a tabela mostra que várias medidas contra a direção sob o efeito do álcool (níveis baixos de concentração de álcool no sangue (CAS), teste intensivo do bafômetro) foram consideradas as Melhores Práticas devido à sua capacidade combinada de reduzir a condução sob o efeito do álcool e as lesões no trânsito. Não só há um bom apoio à pesquisa para esses programas, mas também parecem viáveis e aplicáveis na maior parte dos países, embora possam ser caros para implementar e manter. Como princípio geral, contramedidas para a condução sob o efeito do álcool que aumentam a certeza e a visibilidade da aplicação da lei (por exemplo, o teste de bafômetro aleatório), bem como a rapidez das sanções (por exemplo, a suspensão administrativa da habilitação) são formas eficazes de prevenir acidentes automobilísticos relacionados ao álcool.

16.2.2 As Boas Práticas

Além das Melhores Práticas identificadas em quatro áreas políticas, a tabela 16.1 mostra um número ainda maior de Boas Práticas em todas as sete categorias. Essas estratégias e intervenções lidam com restrições adicionais de acessibilidade, disponibilidade e marketing do álcool, bem como intervenções direcionadas a indivíduos e ambientes de alto risco.

Com a quantidade crescente de pesquisas usando projetos de pesquisa randomizados e controlados (vide o capítulo 10), há algumas evidências da eficácia de programas que combinam educação sobre o álcool com envolvimento mais intensivo da família e da comunidade. As estratégias de educação têm custos de moderados a altos, refletindo o gasto de treinamento e implementação. Embora o alcance dos programas educacionais escolares possa realmente ser excelente (devido à disponibilidade de públicos cativos nas escolas), o impacto populacional desses programas na redução de danos é baixo.

As intervenções para modificar contextos de consumo público (por exemplo, tabernas e estádios esportivos) proliferaram nos últimos anos e a quantidade de evidências sobre os efeitos da alteração do contexto de consumo também aumentou. A conclusão desta pesquisa é que as estratégias nesta área podem ter efeitos modestos. Um tema recorrente nessa literatura é a importância de impor limites de vendas e serviços para prevenir a embriaguez. Mesmo o treinamento obrigatório na **oferta responsável de bebidas**, no entanto, terá pouco efeito se não for reforçado por um policiamento contínuo ou por uma ameaça firme de suspensão das licenças de estabelecimentos que atendem clientes embriagados repetidamente. O monitoramento e a aplicação como condição do licenciamento têm custos, embora os custos governamentais possam ser cobertos por meios como o estabelecimento de taxas de licença apropriadas. Abordagens focadas diretamente nos problemas ou danos relacionados ao álcool, e não no consumo, mostraram efeitos igualmente modestos. Por fim, os efeitos sustentados dessas políticas requerem esforço sustentado.

Em muitos países, os serviços de tratamento têm sido a primeira resposta aos problemas relacionados ao álcool, sob a suposição de que se aqueles que desenvolvem dependência de álcool pudessem ser ajudados a parar ou a reduzir o consumo, haveria uma redução significativa nos problemas relacionados ao álcool em sociedade. A literatura analisada no Capítulo 13 revela que muitos serviços de tratamento ao álcool têm boas evidências de eficácia em termos de resultados a curto prazo para casos individuais, mas podem ser caros de serem implementados e mantidos, com exceção de organizações de auxílio mútuo. A nível populacional, seu impacto é limitado, em relação a outras opções de políticas, uma vez que o tratamento para problemas de álcool não beneficia todos os que procuram tratamento e, sim, apenas uma pequena fração daqueles cujo consumo de álcool terá efeitos adversos sobre si mesmos ou sobre outros que procuram tratamento. Mesmo as intervenções curtas para pessoas que bebem de forma insalubre e não são dependentes, as quais apresentam boas evidências de eficácia, são restritas aos serviços de saúde onde a triagem universal é realizada rotineiramente e os profissionais são treinados para intervir. Embora a prestação de serviços de tratamento e intervenção curta seja uma obrigação de uma sociedade humana, seu efeito sobre os índices de problemas na população em geral é limitado.

16.2.3 As medidas ineficazes e opções políticas potencialmente prejudiciais

A tabela também lista as políticas, muitas vezes implementadas por razões econômicas ou políticas, que podem realmente aumentar o preço e a acessibilidade do álcool. Estes são considerados ineficazes e potencialmente prejudiciais do ponto de vista da saúde pública. Medidas que aumentam a exposição dos jovens ao marketing digital e tradicional também podem contribuir para a predominância de problemas relacionados ao álcool. Além dessas mudanças de política potencialmente prejudiciais, há uma série de medidas, muitas vezes defendidas pela indústria do álcool como alternativas a políticas eficazes, que foram consideradas ineficazes e, portanto, substituem de forma inadequada as Melhores Práticas e Boas Práticas descritas neste livro. Entre elas, a autorregulação voluntária da indústria de marketing, os programas de consumo responsável patrocinados pela indústria e os programas de motoristas solicitados não foram avaliados ou mostraram-se ineficazes.

Além disso, o impacto esperado é baixo para as versões mais tradicionais de educação escolar e para mensagens de serviço público sobre o consumo de álcool. A educação por si só, muitas vezes, muda o conhecimento, mas não o comportamento ou os problemas com a bebida, o que explica seus baixos índices de eficácia.

16.3 Aumentando a probabilidade de eficácia: o ambiente político

As políticas do álcool raramente operam de forma independente ou isolada de outras medidas e tendências sociais mais amplas. As medidas políticas são, muitas vezes, moldadas às condições existentes e implementadas ao longo do tempo de forma fragmentada, dividida e descoordenada, em parte devido à variedade de áreas políticas cobertas. Conforme observado no capítulo 14, diferentes ministérios, departamentos e órgãos administrativos têm algum aspecto da política do álcool sob sua alçada. Como resultado, a maior parte dos países não possui um conjunto abrangente e coordenado de políticas em relação ao álcool, mas dezenas de políticas que por vezes se baseiam em suposições profundamente diferentes sobre o papel do álcool na sociedade e a natureza dos

problemas relacionados ao álcool. Para aumentar a probabilidade de eficácia, as políticas do álcool se beneficiariam de uma maior integração e coordenação. A experiência, no entanto, tem mostrado que não se pode alcançar resultados positivos simplesmente convocando representantes de ministérios e departamentos para chegar a um acordo sobre um plano nacional de política. Com as diferentes agendas de diferentes órgãos, o resultado pode ser uma política baseada no mínimo denominador comum. Se o objetivo é uma combinação efetiva de legislação e regulamentação implementada no interesse público, então a coordenação precisa ser liderada por um órgão que tenha a saúde pública e o bem-estar social como sua principal preocupação, dotado de autoridade suficiente para influenciar os setores do governo com diferentes interesses e poder ideológico mais forte (Feiock 2013). Em vez de uma colcha de retalhos de estratégias únicas implementadas sem qualquer justificativa abrangente, a abordagem mais eficaz provavelmente será um sistema complementar de estratégias universais que busque diminuir a acessibilidade, disponibilidade e atratividade do álcool, bem como políticas direcionadas (por exemplo, contramedidas para a condução sob o efeito do álcool) que podem reduzir os danos relacionados ao álcool. Talvez a demonstração mais extrema do potencial do ambiente político para impactar a saúde pública seja o estudo de Nemtsov *et al.* (2019) sobre a mortalidade relacionada ao álcool e a expectativa de vida na Federação Russa entre 1980 e 2017. Conforme mostrado na figura 16.1, as tendências no consumo de álcool foram espelhadas de perto pelas tendências na expectativa de vida e ambas foram influenciadas pela política de imposição sequencial no controle do álcool – bem como pelas condições econômicas gerais. O primeiro grande declínio no consumo coincidiu com a campanha antiálcool na era Gorbachev, que incluiu limites à produção e disponibilidade de álcool em meados da década de 1980. O segundo declínio foi associado às graves dificuldades econômicas resultantes das reformas econômicas da década de 1990. A terceira e mais longa redução envolveu uma série de iniciativas políticas, começando em 2003 com a introdução de um preço mínimo para a vodca, seguida por restrições à comercialização (2004), medidas contra o álcool não registrado (2006) e a proibição de vendas pela Internet (2007), bem como controles de disponibilidade adicionais e aumentos de impostos. A correlação de -0,91 entre o consumo de álcool per capita e a expectativa de vida (Nemtsov *et al.* 2019) demonstra que o

álcool não é, de fato, uma mercadoria comum. Em países com níveis de consumo muito altos, melhorias drásticas na longevidade podem ser alcançadas por meio de uma combinação de medidas de controle do álcool.

Essas constatações longitudinais são apoiadas por estudos transversais comparando um grande número de países (Brand *et al.* 2007; Xuan *et al.* 2015; Cherpitel *et al.* 2018; Korcha *et al.* 2018). Apesar das limitações dos estudos transversais como indicadores de causalidade, os resultados sugerem que os ambientes de políticas do álcool que contêm uma série de medidas baseadas em evidências que restringem a acessibilidade, disponibilidade e atratividade são mais propensos a experimentar níveis mais baixos de consumo e danos.

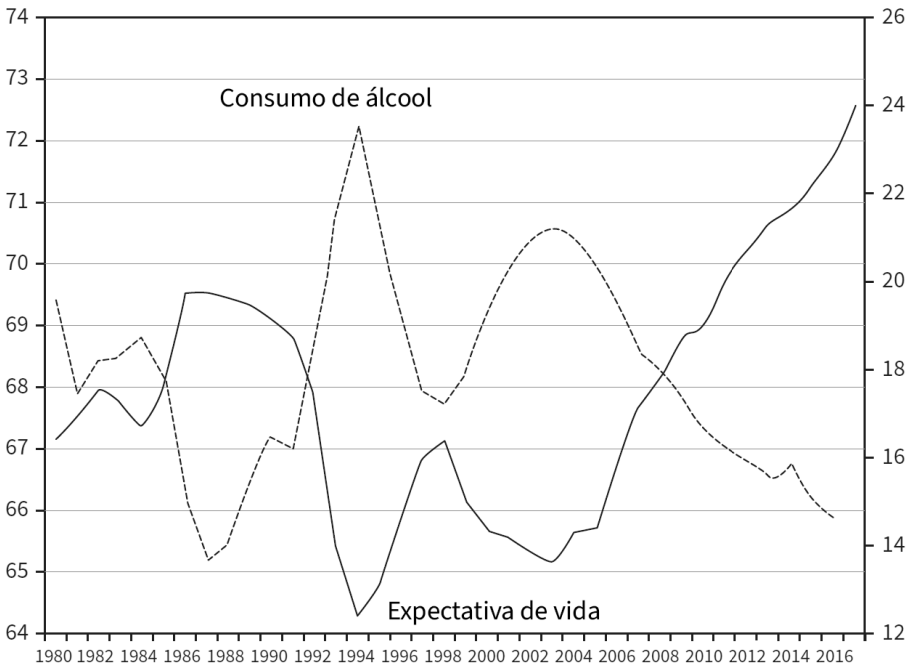


Figura 16.1 Relação entre consumo de álcool per capita e expectativa de vida na Federação Russa entre 1980 e 2016. Linha contínua = expectativa de vida (ambos os sexos). Linha tracejada = consumo total de álcool 15+.

Reproduzido com permissão de Nemtsov N, Neufeld M e Rehm J (2019). As tendências no consumo de álcool e causas específicas de mortalidade na Rússia entre 1990 e 2017 são resultado de medidas da política do álcool? *Revista de Estudos sobre o Álcool e Drogas*, 80: 489–98.

Demonstrar que mudanças nas políticas do álcool podem ter efeitos substanciais na saúde pública e no bem-estar social é um começo sólido, mas levanta a questão de como a pesquisa de políticas pode informar o processo de formulação de políticas. Conforme descrito nos capítulos 14 e 15, o processo envolve o governo e outras partes interessadas envolvidas na formulação e aplicação de políticas nos níveis local, nacional e internacional. Esse processo normalmente é acelerado por indivíduos e eventos importantes que trazem à atenção do público questões de políticas relacionadas ao álcool. O processo também é influenciado pelas crenças, normas e valores do público, dos formuladores de políticas e da mídia, e estes, por sua vez, são afetados por contribuições de uma série de atores (por exemplo, organizações profissionais e de interesse público, a comunidade encarregada das pesquisas, ministérios governamentais). O processo contribui para a combinação de políticas que precisarão incluir estratégias de controle do álcool a nível populacional (por exemplo, o controle dos preços, restrições de disponibilidade, proibições de comercialização), bem como medidas educativas e intervenções para a redução de danos focadas em pessoas que bebem muito e de forma insalubre. Em qualquer sociedade particular, essas políticas, individualmente e em combinação, bem como o histórico do posicionamento do álcool na sociedade, afetam o limite para que o consumo de álcool se torne uma atividade natural na vida cotidiana, sendo que isso se refletirá no consumo total de álcool, bem como no consumo em grupos de alto risco, os quais, por sua vez, afetam o limite até o qual se pode consumir álcool sem que haja danos relacionados a ele.

16.4 Custo e custo-benefício das políticas do álcool: uma justificativa para um ambiente político mais forte

Políticas eficazes podem mitigar os enormes custos sociais e médicos do consumo de álcool. Chisholm *et al.* (2018) usaram procedimentos de modelagem econômica para estimar o custo e a relação de custo-benefício de cinco das intervenções analisadas nos capítulos 7 a 13: breves intervenções psicossociais, impostos especiais de consumo, restrições à comercialização de álcool, limites à disponibilidade e leis sobre a condução sob o efeito do álcool. Os custos foram estimados em dólares internacionais e

pôde-se chegar à eficácia em anos de vida saudáveis. A análise foi realizada para 16 países de baixa, média e alta renda. Consistente com as classificações resumidas e apresentadas na tabela 16.1, o aumento dos impostos especiais de consumo teve um custo baixo e uma proporção altamente favorável de custos para efeitos em ambientes de baixa e alta renda. As restrições de disponibilidade e comercialização também foram altamente econômicas em ambientes de baixa e alta renda. A aplicação das leis sobre a condução sob o efeito de álcool por meio de postos de controle de sobriedade e da aplicação de breves tratamentos psicossociais também foi um custo efetivo, mas em menor grau. Algumas políticas também têm subprodutos positivos. Um benefício adicional dos impostos sobre o álcool, por exemplo, é que a receita arrecadada com os impostos pode ser destinada a financiar serviços de tratamento e programas de prevenção, bem como a aplicação de outras políticas relacionadas ao álcool.

16.5 Papel da indústria do álcool

O capítulo 5 descreve o crescimento da indústria do álcool em termos de sua concentração econômica em grandes produtores, seu alcance mundial nas principais economias do mundo e seu uso de novos projetos de produtos e técnicas sofisticadas de marketing para recrutar novos consumidores e incentivá-los a beber mais álcool em uma gama mais ampla de ocasiões. Conforme observado no capítulo 14, a indústria também desempenha um papel cada vez mais influente no processo de formulação de políticas, promovendo uma abordagem que inclui “parcerias” da indústria com profissionais da saúde pública, órgãos governamentais e a comunidade científica.

Essas parcerias podem ter um impacto negativo quando o bem público entra em conflito com o objetivo da indústria de aumentar as vendas, o que ela busca fazer por meio de três estratégias principais: (1) manter a taxa de álcool o mais baixa possível; (2) ampliar a aceitação situacional de beber; e (3) evitar a regulamentação governamental de marketing e outras atividades promocionais. Quando a indústria do álcool se torna o maior obstáculo à política do álcool em um país, ela contribui para o que Rene Jahiel (1989) chama de doença induzida pelas empresas, refletindo o papel da indústria no processo político, seu efeito no *mix* de políticas e

sua influência direta e o impacto indireto sobre o consumo de álcool e seus níveis problemáticos. Assim, os interesses da saúde pública e do bem-estar serão melhor atendidos excluindo os interesses da indústria do processo de tomada de decisões sobre as políticas do álcool.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus Estados Membros precisam ter cautela especial em relação a esses atores privados (Organização Mundial da Saúde 2016). Outras organizações das Nações Unidas, como o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas, classificaram a indústria do álcool como um dos “setores de alto risco” para as interações comerciais das Nações Unidas (Martens e Seitz 2019). Por tais razões, um Comitê de Especialistas da OMS recomendou que a OMS continue sua prática de não colaboração com os vários setores da indústria do álcool, com interações limitadas às contribuições que a indústria do álcool pode fazer para reduzir os danos relacionados ao álcool no contexto limitado de suas funções como produtores, distribuidores e comercializadores de álcool, e não em termos de desenvolvimento de políticas do álcool ou promoção da saúde (Organização Mundial da Saúde, 2007, p. 48). Isso também implica que a OMS deve encorajar os governos a se engajarem na elaboração de políticas relacionadas ao álcool de forma a manter total independência da indústria do álcool.

16.6 A necessidade de tornar a ciência mais acessível aos formuladores de políticas

Como a disponibilidade e o controle do álcool ocorrem em um ambiente cultural, social e político complexo, as mudanças nas políticas devem ser feitas com cautela e com senso de experimentação para determinar tanto os efeitos positivos quanto os potenciais efeitos negativos. É improvável que o conhecimento necessário para abordar os problemas sociais e de saúde resida em uma única disciplina ou metodologia de pesquisa. Portanto, a pesquisa interdisciplinar deve desempenhar um papel fundamental, aplicando as metodologias das ciências sociais, comportamentais e populacionais para a compreensão dos problemas relacionados ao álcool e sua prevenção.

Os formuladores de políticas não têm tempo nem treinamento para ler, digerir e basear suas decisões em constatações de pesquisas

relatadas na literatura científica. Assim, a responsabilidade de traduzir a pesquisa científica em políticas eficazes é distribuída por uma ampla variedade de órgãos governamentais e grupos de interesse público. Melhorar os processos pelos quais resultados promissores de pesquisas são identificados, sintetizados e comunicados de forma eficaz, tanto para os formuladores de políticas quanto para o público, aumentará a probabilidade de haver a adoção de políticas com bom custo-benefício.

Também é preciso reconhecer que há necessidade de monitoração, avaliação e pesquisa contínuas. É necessário que se forneça recursos para isso em qualquer sociedade onde o álcool é consumido regularmente, como base para ações futuras no contexto das circunstâncias particulares da sociedade.

As políticas do álcool, é claro, sempre serão baseadas em mais do que pura ciência. É provável que surjam de uma combinação de conveniência política, interesses comerciais e fiscais, bom senso e preocupações com a segurança pública, a ordem pública e a saúde pública. A ciência pode mostrar o que acontece se você adicionar ou enfraquecer certas políticas, mas esse conhecimento precisa ser equilibrado com valores e compromissos políticos. O fato, no entanto, de haver múltiplas considerações na formulação de políticas não deve desencorajar os governos de prestar mais atenção às maneiras pelas quais o conhecimento científico pode ser aplicado de maneira inteligente e eficaz.

16.7 Política do álcool e ciência do álcool em países de baixa e média renda

A pesquisa na qual este livro se baseia foi amplamente conduzida nos mercados maduros de álcool de países de alta renda, mas agora há uma literatura crescente de países de baixa e média renda (PBMRs). Conforme observado no Capítulo 4 (Figura 4.1), a carga da doença atribuível ao álcool está inversamente relacionada ao nível de renda nacional (Organização Mundial da Saúde, 2018, p. 83), apesar do menor consumo per capita de álcool em países de baixa renda. A mesma quantidade de álcool puro causa 3,7 vezes mais danos à saúde, em termos de anos de vida ajustados por invalidez atribuíveis ao álcool, em países de baixa renda do que em países de alta renda (calculado a partir da Organização Mundial da Saúde, 2018, p. 57 e 83).

Conforme descrito nos Capítulos 3 e 4, em países de renda baixa e média baixa, o álcool é responsável por uma quantidade considerável de mortes prematuras e incapacidades, principalmente por doenças infecciosas relacionadas ao álcool e lesões não intencionais (Organização Mundial da Saúde 2018, p. 83), e o consumo *per capita* está crescendo nas economias emergentes da Ásia e da África. Níveis relativamente baixos de consumo agregado nessas áreas refletem níveis mais altos de abstenção, mas entre pessoas que bebem, em muitos países de baixa e média renda, um padrão de consumo episódico pesado está associado a lesões e outros problemas agudos de álcool. Isso coloca um fardo pesado nos recursos limitados disponíveis para proteger a saúde, o bem estar e a segurança pública. À medida que ocorre o desenvolvimento econômico, é provável que o consumo de álcool aumente com o aumento da renda, maior disponibilidade e marketing de álcool mais agressivo (Rehm *et al.* 2021a). Esta situação apresenta novos desafios para desenvolver políticas eficazes de álcool para neutralizar o impacto da ênfase nas últimas décadas no livre comércio e acesso ao mercado. De acordo com essa ênfase, acordos internacionais de comércio e investimento e órgãos financeiros desmantelaram e impediram muitas medidas eficazes de controle do álcool. Apesar das fraquezas relativas na base de pesquisa de políticas do álcool em PBMRs, as evidências disponíveis confirmam que as estratégias recomendadas pela análise oferecida neste livro são amplamente aplicáveis (por exemplo, Room *et al.* 2002, 2013; Gururaj *et al.* 2021; Medina-Mora *et al.* 2021; Morojele *et al.* 2021; Neufeld *et al.* 2021). Nesse contexto, os países com economias em crescimento, especialmente aqueles com mercados de álcool em expansão, precisam desenvolver a capacidade de avaliar suas próprias experiências de políticas com relação ao álcool.

16.8 Reformando a governança global do álcool no interesse da saúde pública

O capítulo 15 mostrou que muitas políticas que afetam os problemas relacionados ao álcool não se originam do domínio da saúde, mas sim de preocupações de órgãos governamentais não relacionados à saúde, como o comércio, finanças, aplicação da lei e agências de bem-estar social. Existe, portanto, a necessidade de expandir o escopo da ação colaborativa inter-

nacional sobre os problemas do álcool para além da OMS. Como este livro mostrou, um fator significativo de danos causados pelo álcool é a atividade das CTNAs que produzem álcool e financiam sua comercialização por meio de plataformas digitais. Estas não estão sujeitas à regulamentação internacional e suas estruturas globalizadas militam contra a regulamentação a nível nacional. Os governos nacionais não estão atualmente colaborando para fornecer uma resposta abrangente a questões como o marketing internacional e a proteção de políticas contra conflitos de interesse da indústria.

Na medida em que o álcool é considerado uma mercadoria comum, os acordos comerciais e de investimento muitas vezes se tornam obstáculos para políticas de controle de álcool intencionais e eficientes. Com a crescente ênfase no livre comércio e nos mercados livres (vide o capítulo 15), os acordos de comércio e investimento criaram um ambiente propício para os países desmantelarem e impedirem medidas eficazes de controle do álcool, incluindo a regulamentação de plataformas digitais. Levando em consideração os danos causados pelo álcool aos outros, bem como a quem bebe (vide o capítulo 4), há uma forte necessidade de negociar um tratado internacional de controle do álcool sob tais auspícios. Pedidos reiterados de tal tratado foram feitos desde a virada do século por acadêmicos, organizações profissionais como a Associação Médica Mundial, comissões da OMS e órgãos consultivos técnicos e governos de PBMRs (Casswell 2019). Tal tratado corresponderia ao sucesso da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS e compartilharia algumas características com ela, mas com elementos adicionais que levam em consideração que o álcool é uma droga intoxicante psicoativa e que requer provisões para o controle do comércio internacional, como as presentes nos tratados internacionais de controle de drogas (Casswell e Thamarangsi 2009; Room e Cisneros Ornberg 2020).

16.9 Oportunidades extraordinárias

Com base nas evidências reunidas neste livro, existem oportunidades extraordinárias para fortalecer a resposta política aos problemas relacionados ao álcool. As seguintes considerações apoiam esta conclusão:

- Múltiplas oportunidades. As 69 opções de políticas analisadas nos capítulos 7 a 13 e as 53 opções com evidência de eficácia falam da ampla gama de estratégias e intervenções disponíveis para o formulador de políticas. Cada uma dessas merece um escrutínio à parte, como argumentamos anteriormente, mas a extensão da lista carrega sua própria mensagem.
- Oportunidade de combinar estratégias econômicas em uma política geral integrada. É provável que a política do álcool seja mais eficaz ao utilizar uma série de estratégias complementares para toda a população que desencorajam o consumo excessivo de álcool. Tanto na Lituânia quanto na Rússia, por exemplo, nos últimos anos as medidas que tornaram o álcool mais caro, menos prontamente disponível e menos promovido têm se apoiado mutuamente e resultaram em reduções substanciais nos níveis de consumo de álcool e danos relacionados ao álcool (Nemtsov *et al.* 2019; Neufeld *et al.* 2021).
- A pesquisa pode otimizar a eficácia das políticas. Metodologias de pesquisa estão agora disponíveis para monitorar a contribuição do álcool para a carga global de morbidade e a eficácia de diferentes respostas políticas. Em vez de ver as intervenções nas políticas do álcool como soluções invariáveis ou como “tiros no escuro” esperançosos, agora é possível usar pesquisas epidemiológicas e políticas para informar o desenvolvimento de políticas do álcool que se apoiam mutuamente e são sinérgicas. Acreditamos que é correto pedir que a ciência seja levada a sério. A pesquisa tem a capacidade de indicar quais estratégias, provavelmente, terão sucesso em suas intenções de saúde pública e quais, provavelmente, serão menos eficazes ou até inúteis, diversionistas, e um desperdício de recursos. A monitoração e a análise dos efeitos das mudanças nas políticas são o melhor guia de como elas podem ser melhoradas, sendo que o financiamento dessa pesquisa deve ser incluído como parte da implementação da política.
- *Oportunidades para fortalecer a conscientização e o apoio do público.* Os consumidores das pesquisas relatadas neste livro devem ser, em parte, o público em geral. É necessário um maior esforço para traduzir as evidências científicas em uma linguagem simples para a mídia, formadores de opinião, grupos comunitários e a população

em geral. Um clima público informado pode ajudar a gerar o apoio necessário para as políticas públicas sobre o álcool.

- *Melhorar a colaboração internacional na resposta ao álcool.* Este livro teve uma perspectiva internacional por toda parte. A pesquisa que apresentamos e as opções políticas que descrevemos vêm da experiência em muitos países diferentes. Os acordos internacionais de comércio e investimento e as atividades globais da indústria transnacional do álcool tornam essencial uma visão internacional dos problemas relacionados ao álcool. Existem oportunidades consideráveis de fortalecer a colaboração internacional e o compartilhamento de experiências nessa área. O papel da OMS deve ser central, embora os danos sociais e de bem-estar do álcool signifiquem que ela não deva ser o único organismo internacional envolvido na política do álcool. Em nossa opinião, os resultados da pesquisa constituem um forte argumento para o fortalecimento das iniciativas da OMS sobre álcool e saúde pública, incluindo uma Convenção-Quadro para o Controle do Álcool. A iniciativa SAFER da OMS, lançada em 2018 para promover estratégias e intervenções eficazes, é um bom começo, mas irá requerer um apoio muito maior a nível nacional, bem como a adição de um tratado internacional de saúde para apoiar os controles sobre as práticas da indústria, como a comercialização de álcool na fronteira.

16.10 Conclusão

A diferença entre boas e más políticas sobre o consumo de álcool não é uma abstração, mas muitas vezes uma questão de vida ou morte. Este livro mostrou que as oportunidades para políticas de combate ao álcool baseadas em evidências que melhor atendem ao bem público estão mais claras do que nunca, como resultado do acúmulo de conhecimento sobre quais estratégias funcionam melhor. Esta conclusão nos enche de motivos para sermos otimistas. Este livro, porém, também deve ser visto como sendo o portador de outra mensagem bem evidenciada e não tão boa. Ele disponibiliza à comunidade mundial uma nova documentação de que a produção, vendas e marketing do álcool estão causando grandes

danos à saúde pública e ao bem-estar em escala global. Também mostra que as políticas para lidar com esses problemas raramente são informadas pela ciência, de modo que ainda há muitos casos de vácuos de políticas nacionais preenchidos por estratégias e intervenções não avaliadas ou ineficazes, frequentemente promovidas pela indústria mundial do álcool.

Otimismo ou pessimismo – Qual dos dois? A resposta a essa pergunta pode depender significativamente do futuro uso de políticas do álcool baseadas em evidências, tanto a nível nacional quanto internacional. É para isso que os cidadãos de países que consomem álcool precisam trabalhar, mas também é o que eles têm o direito de esperar.

Referências

Anderson P, Chisholm D, and Fuhr DC (2009) Effectiveness and cost- effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 27, 2234– 46.

Brand DA, Saisana M, Rynn LA, *et al.* (2007) Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLoS Med*, 4, e151.

Casswell S (2019) Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed? *J Glob Health*, 9, 020305.

Casswell S and Thamarangsi T (2009) Reducing harm from alcohol: call to action. *Lancet*, 373, 2247– 57.

Cherpitel CJ, Witbrodt J, Korcha R, *et al.* (2018) Multi- level analysis of alcohol-related injury, societal drinking pattern and alcohol control policy: emergency department data from 28 countries. *Addiction*, 113, 2031– 40.

Chisholm D, Moro D, Bertram M, *et al.* (2018) Are the “Best Buys” for alcohol control still valid? An update on the comparative cost- effectiveness of alcohol control strategies at the global level. *J Stud Alcohol Drugs*, 79, 514– 22.

Feiock RC (2013) The Institutional Collective Action Framework. *Policy Stud J*, 41, 397– 425.

Gururaj G, Gautham MS, and Arvind BA (2021) Alcohol consumption in India: a rising burden and a fractured response. *Drug Alcohol Rev*, 40, 368– 84.

Jahiel RI (2008) Corporate- induced diseases, upstream epidemiological surveillance, and urban health. *Journal of Urban Health*, 85, 117– 31.

Korcha RA, Witbrodt J, Cherpitel CJ, *et al.* (2018) Development of the International Alcohol Policy and Injury Index. *Rev Panam Salud Publica*, 42, e6.

Lachenmeier DW, Neufeld M, and Rehm J (2021) The impact of unrecorded alcohol use on health— what do we know in 2020? *J Stud Alcohol Drugs*, 82, 28– 41.

Lachenmeier DW, Taylor BJ, and Rehm J (2011) Alcohol under the radar: do we have policy options regarding unrecorded alcohol? *Int J Drug Policy*, 22, 153– 60.

Manthey J, Shield KD, Rylett M, *et al.* (2019) Global alcohol exposure between 1990 and 2017 and forecasts until 2030: a modelling study. *Lancet*, 393, 2493– 502.

Martens J and Seitz K (2019) Rules of engagement between the UN and private actors: towards a regulatory and institutional framework. Aachen: Bischofliches Hilfswerk MISEREOR. https://www.globalpolicy.org/sites/default/files/Rules_of_Engagement_UN_Private_Actors_web_0.pdf

Medina- Mora ME, Monteiro M, Rafful C, *et al.* (2021) Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug Alcohol Rev*, 40, 385– 401.

Morojele NK, Dumbili EW, Obot IS, *et al.* (2021) Alcohol consumption, harms and policy developments in sub- Saharan Africa: the case for stronger national and regional responses. *Drug Alcohol Rev*, 40, 402– 19.

Nelson TF, Xuan Z, Babor T, *et al.* (2013) Efficacy and strength- of- evidence of US alcohol control policies. *Am J Prev Med*, 45, 19– 28.

Nemtsov N, Neufeld M, and Rehm J (2019) Are trends in alcohol consumption and causespecific mortality in Russia between 1990 and 2017 the result of alcohol policy measures? *J Stud Alcohol Drugs*, 80(5), 489– 498.

Neufeld M, Bobrova A, Davletov K, *et al.* (2021) Alcohol control policies in former Soviet Union countries: a narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug Alcohol Rev*, 40, 350– 67.

Okaru AO, Rehm J, Sommerfeld K, *et al.* (2019) The threat to quality of alcoholic beverages by unrecorded consumption. In: Grumezescu A and Holban A- M

(eds.) *Alcoholic Beverages: 7. The Science of Beverages*. Cambridge, MA: Woodhead Publishing, p. 1– 34.

Rehm J, Babor TF, Casswell S, *et al.* (2021a) Heterogeneity in trends of alcohol use around the world: do policies make a difference? *Drug Alcohol Rev*, 40, 345– 9.

Rehm J, Neufeld M, Room R, *et al.* (2021b). The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: a review and recommendations. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103420.

Room R and Cisneros Ornberg J (2020) A Framework Convention on Alcohol Control: getting concrete about its contents. *European Journal of Risk Regulation*, 12(2), 433– 443. doi:10.1017/err.2020.73

Room R, Jernigan D, Carlini- Marlatt B, *et al.* (2002) *Alcohol in Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies and Geneva: World Health Organization.

Room R, Jernigan D, Carlini BH, *et al.* (2013) *El Alcohol y los Países en Desarrollo: Una Perspectiva de Salud Pública*. Mexico City: Fondo de Cultura Económica and Organización Panamericana de la Salud. (edition of Room *et al.* 2002 in Spanish with new material updating epidemiology and concerning Latin America).

World Health Organization (2007) *WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption: Second Report*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/second-report-who-expert-committee-on-problems-related-toalcohol-consumption>

World Health Organization (2016) Framework of engagement with non- State actors. WHA69.10. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-en.pdf?ua=1

World Health Organization (2018) *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>

Xuan Z, Blanchette J, Nelson TF, *et al.* (2015) The alcohol policy environment and policy subgroups as predictors of binge drinking measures among US adults. *Am J Public Health*, 105, 816– 22.

GLOSSÁRIO DOS TERMOS

Revogação da habilitação administrativa (RHA)	<p>A carteira de habilitação é cassada administrativamente, sem a necessidade de processo judicial, em caso de prisão por dirigir embriagado, condenação ou, em alguns casos, recusa de exame de sangue ou bafômetro. O termo RHA é um termo dos EUA; em outros lugares, “revogação de licença” é frequentemente usado para o mesmo processo.</p>
Síndrome de dependência de álcool	<p>Termo utilizado nas classificações psiquiátricas, introduzido na década de 1970 para substituir o “alcoolismo”. Na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (2016), o termo equivalente é “dependência de álcool”, definido em termos da presença de quaisquer dois dos três critérios: (1) controle prejudicado sobre o uso de álcool; (2) o uso de álcool está se tornando uma prioridade crescente na vida; e (3) “dependência física”, indicada pela tolerância ao álcool, sintomas de abstinência por reduzir o uso ou beber para evitar a abstinência. No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais baseado nos EUA, quinta edição (DSM-5) (Associação Americana de Psiquiatria 2013), o termo foi abandonado e seu conteúdo incluído em “distúrbio por uso de álcool” (Saunders <i>et al.</i> 2019).</p>
Dirigir sob o efeito de álcool	<p>Quando alguém dirige um veículo motorizado sob efeito de álcool. Frequentemente definido legalmente de acordo com a concentração de álcool no sangue. Dirigir sob efeito de álcool por vezes é chamado de dirigir alcoolizado, dirigir sob a influência (DSI) ou dirigir embriagado (DEB) e envolve a operação de um veículo com um nível de teor de álcool no sangue (TAS) igual ou superior ao limite legal. Em alguns sistemas jurídicos, o termo é definido em termos de testes comportamentais ou observações feitas por agentes da lei.</p>
Intoxicação por álcool	<p>Um estado mais ou menos de curto prazo de prejuízo funcional no julgamento e no desempenho psicológico e psicomotor induzido pela presença de álcool no corpo. Há uma variação cultural considerável em quanto o comprometimento é considerado intoxicação.</p>
Alcoolismo	<p>Termo tradicionalmente utilizado para identificar o consumo crônico excessivo por indivíduos física e psicologicamente dependentes do álcool. Embora o termo permaneça em uso comum, não é um termo diagnóstico há várias décadas. Consulte “Síndrome de dependência de álcool”. “Alcoólatra” permanece em uso diagnóstico, como em “cirrose alcoólica”, no significado separado de “envolvido com álcool”.</p>

Monopólio do álcool	<p>Um monopólio do governo na fabricação e/ou varejo de algumas ou todas as bebidas alcoólicas, como cerveja, vinho e destilados. Pode ser usado como uma alternativa para a proibição total do álcool. Monopólios governamentais de álcool foram criados na América do Norte, Norte da Europa e Índia para limitar os problemas sociais e de saúde.</p>
Consumo de álcool per capita (CPC)	<p>O consumo total de álcool per capita (CPC) é o consumo de álcool registrado somado ao não registrado per capita de 15 anos ou mais em um ano civil, normalmente expresso em litros de álcool puro, ajustado para consumo turístico (Organização Mundial da Saúde 2018). Cuidado – o mesmo termo é frequentemente usado para um índice calculado sobre a população total, incluindo menores de 15 anos.</p>
Programas de prevenção ao álcool	<p>Normalmente usado para referir-se a iniciativas de prevenção para aumentar o conhecimento e a conscientização sobre o consumo de álcool entre adolescentes, mudança de crenças, atitudes e comportamentos de consumo do adolescente e modificação de fatores como habilidades sociais gerais e autoestima que supostamente fundamentam o consumo de álcool na adolescência. O termo também pode ser usado para referir-se de forma mais genérica a tais iniciativas voltadas para a população em geral.</p>
Transtorno por Uso de Álcool (TUA)	<p>O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, quinta edição (DSM-5) combina categorias diagnósticas previamente separadas (abuso de álcool e dependência de álcool) em uma categoria de transtorno por uso de álcool. Uma pessoa é diagnosticada com TUA se apresentar dois dos 11 sintomas durante um período de 12 meses; as subclassificações são baseadas no número de sintomas que o paciente apresenta (TUA leve = dois ou três sintomas; TUA moderado = quatro ou cinco sintomas; e TUA grave = seis ou mais sintomas). A Classificação Internacional de Doenças, 11ª revisão (CID-11) usa uma versão do mesmo termo “Transtornos devido ao uso de álcool” (código 6C40), mas abrangendo uma gama mais ampla de diagnósticos, incluindo padrão nocivo de uso de álcool, dependência, abstinência de álcool, transtornos psicóticos induzidos pelo álcool e transtorno amnésico ou demência devido ao uso de álcool.</p>
Alcopops	<p>Também conhecido como destilados pré-misturados, destilados prontos para beber (PPB) ou bebidas de grife. Bebidas alcoólicas, muitas vezes projetadas para um mercado jovem, caracterizadas por carbonatação, corantes artificiais e doçura. Pode ser à base de aguardente ou à base de bebidas fermentadas. O teor alcoólico é de aproximadamente 5%, mas alguns alcopops têm um teor mais alto.</p>

Araca	Usado para descrever uma série de bebidas destiladas feitas a partir do produto fermentado da vegetação local em muitas partes do mundo, muitas vezes com sabores variados. <i>Palm toddy</i> ou outros sucos, arroz e cana-de-açúcar são usados principalmente nas Índias Orientais e na Índia, uvas e outras frutas nos Bálcãs e tâmaras e outros produtos no Oriente Médio.
Fração atribuível	Na formulação “fração atribuível ao álcool” (FAA), é a proporção de casos em uma categoria de doença ou causa de morte considerada causada pelo consumo de álcool.
Baijiu	Uma categoria de bebidas alcoólicas que abrange todas as aguardentes de grãos chinesas tradicionais, normalmente destiladas de sorgo, mas também podem ser feitas de arroz, trigo, milho e painço. O teor de álcool é tipicamente entre 35% e 60% de álcool por volume.
Beber em excesso (Bebedeira)	No uso tradicional, um padrão de consumo excessivo de álcool que ocorre durante um longo período de tempo. Em meados do século XX e em pesquisas populacionais anteriores, o termo se referia a uma bebedeira forte por mais de um dia de cada vez. Em pesquisas norte-americanas, mais recentemente, o termo passou a ser aplicado ao consumo de álcool por jovens e tem sido definido em termos de um número mínimo de bebidas alcoólicas (normalmente quatro ou cinco) consumidas em uma única ocasião, podendo este significado ser alterado também se utilizado em outro lugar. Por vezes definido como o ato de beber que normalmente resulta em um CAS de nível de comprometimento (por exemplo, $\geq 0,08\%$) para a maioria dos homens e mulheres. Isso corresponde aproximadamente a cinco ou mais drinques para homens e quatro ou mais drinques para mulheres, em cerca de 2 horários.
Concentração/ teor de álcool no sangue (CAS)	A porcentagem (%) de etanol no sangue, com base na massa de álcool por massa de sangue. Por exemplo, uma TAS de 0,10 (0,10%, ou um décimo de 1%) significa que há 0,10 gramas de álcool para cada decilitro (100 mL) de sangue. CAS também podem ser derivados de testes respiratórios ou monitores transcutâneos. Isso por vezes é expresso em termos diferentes, por exemplo como miligramas por decilitro, caso em que um CAS de 0,1% é expresso como 100 mg/dL.
Expansão da marca	O processo de usar um nome de marca existente para lançar produtos em uma categoria de produto diferente. O uso de logotipos de marcas de álcool, por exemplo, em um moletom ou para uma bebida sem álcool.

Serviços de intervenção breve	Uma curta sessão de orientações, normalmente não superior a 10 minutos, que costuma oferecer avaliações sobre os resultados de um teste de triagem de álcool, informações sobre diretrizes de consumo de baixo risco e orientações sobre como evitar problemas relacionados ao álcool. Os serviços de intervenção curta consistem em uma a três sessões de aconselhamento e educação. O objetivo é motivar os consumidores de alto risco a moderar o consumo de álcool ou reduzir o risco de danos relacionados ao consumo, em vez de promover a abstinência total, e encaminhar os casos mais graves para tratamento adequado.
Chibuku	Bebida alcoólica indígena da África Austral. Também uma cerveja comercial de sorgo baseada nas tradicionais cervejas africanas caseiras.
Chicha	Bebida alcoólica fermentada produzida na América Latina a partir de uma série de plantas, especialmente o milho. Muitas vezes é consumido em um estado ativo de fermentação e tem uma baixa porcentagem de álcool, normalmente de 1% a 3% de álcool por volume.
Análises Cochrane	Análise sistemáticas e metanálises da literatura científica que exploram as evidências a favor e contra a eficácia e adequação dos tratamentos médicos, bem como das intervenções sociais e psicológicas (consulte https://www.cochranelibrary.com/about/about-cochrane-reviews). Essas análises são concebidas para facilitar as escolhas que médicos, pacientes, formuladores de políticas e outros enfrentam nas decisões de saúde e políticas sociais e de saúde.
Avaliações comparativas de riscos	Comparando os efeitos de todos os principais fatores de risco para a carga de doença evitável.
Efeito <i>confounding</i>	Uma distorção de resultados que ocorre quando a relação entre uma variável aparentemente causal e uma variável de resultado de interesse na verdade resulta total ou parcialmente de uma variável externa que influencia ambas as variáveis ou sua relação (https://www.scribbr.com/methodology/confounding-variables/). Observe que o enfraquecimento da relação aparente poderia, alternativamente, refletir que a terceira variável é uma variável interveniente, localizada na cadeia causal entre as variáveis supostamente causais e as variáveis de resultado.
Gestão de contingência	Testar repetidamente um paciente para verificar a sobriedade e dar ao paciente uma recompensa ou um incentivo por não transgredir os limites comportamentais acordados; por exemplo, testar repetidamente um paciente em tratamento para um transtorno do consumo de álcool e recompensá-lo cada vez que o teste mostrar que ele está abstinente.

Responsabilidade Social Corporativa (RSC)	A ideia de que uma empresa tem uma responsabilidade para com a sociedade que existe ao seu redor. Como estratégia empresarial, consiste em atividades filantrópicas e campanhas de relações públicas destinadas a melhorar a imagem pública de uma empresa ou a influenciar decisões políticas a seu favor.
Contrapublicidade	Publicidade que procura contrariar uma mensagem comercial. Na área do álcool, ações envolvendo o uso de mensagens publicitárias sobre os riscos e consequências negativas do consumo de álcool, destinadas a combater os efeitos da propaganda de álcool sobre o consumo de álcool. Tais medidas podem assumir a forma de anúncios impressos ou transmitidos (por exemplo, anúncios de serviço público), bem como rótulos de alerta de produtos.
Elasticidade cruzada de preço/demanda	Uma medida da capacidade de resposta na quantidade demandada de uma bebida alcoólica quando o preço de outra varia.
Dependência	Consulte “Síndrome de dependência alcoólica”
Mídia digital	Qualquer mídia codificada em formatos legíveis por máquina. O conteúdo de mídia digital pode ser criado, visualizado, distribuído, modificado, ouvido e preservado em um dispositivo eletrônico digital, como um smartphone ou um laptop. Digital pode ser definido como qualquer dado representado por uma série de dígitos, enquanto mídia se refere a um método de transmissão ou comunicação de informações. Mídia digital se refere a qualquer informação que nos é transmitida por meio de uma tela. Isso inclui texto, áudio, vídeo e gráficos transmitidos pela Internet para visualização na Internet.
Plataformas Digitais	Uma plataforma digital é o ambiente no qual um <i>software</i> é executado. Pode ser o hardware ou o sistema operacional, até mesmo um navegador da web e interfaces de programação de aplicativos associados ou outro <i>software</i> subjacente, desde que o código do programa seja executado com ele. As plataformas digitais oferecem serviços que são úteis para seus usuários. Eles incluem negócios on-line que facilitam as interações comerciais entre pelo menos dois grupos diferentes, sendo um tipicamente fornecedores e o outro consumidores. Cada uma dessas plataformas possui regras diferentes para otimizar essas interações.
Anos de vida ajustados por invalidez (AVAI)	Uma medida resumida de saúde composta que combina anos de vida perdidos por morte prematura com anos de vida perdidos por invalidez. O ajuste por invalidez é calculado para uma determinada doença em termos de fração de ano, refletindo a extensão da invalidez para cada ano afetado pela doença.

Responsabilidade da loja de bebidas	Um termo dos EUA para um conjunto de leis que rege a responsabilidade civil de tabernas, lojas de bebidas e outros estabelecimentos comerciais que servem bebidas alcoólicas. A pessoa que serve pode ser responsabilizada por danos devido ao consumo de bebidas alcoólicas servidas ou vendidas antes de um acidente de trânsito quando um cliente sai dirigindo embriagado, se o serviço for ilegal (por exemplo, o cliente era menor de idade ou já estava embriagado quando foi atendido). Aplica-se em alguns estados dos EUA por legislação ou lei comum, principalmente para serviços comerciais, em vez de privados, mas raramente é empregado em outros países.
Embriaguez ao volante	Dirigir ou operar um veículo motorizado com invalidez ou enquanto a concentração de álcool no sangue estiver acima do limite estabelecido por lei. Consulte “Condução sob efeito de álcool”.
Padrões de consumo	Regularidades na frequência, quantidade e tipo de álcool consumido durante um período de tempo.
Tamanho do efeito	Um conceito estatístico que se refere à força da relação entre duas variáveis em uma escala numérica que mede a magnitude da diferença entre grupos. Quanto maior o tamanho do efeito, mais forte é a relação entre duas variáveis.
Elasticidade	Consulte “Elasticidade do preço da demanda”
Impostos especiais de consumo, taxação especial do consumo	Um imposto legislado sobre bens ou serviços específicos na compra, como combustível, tabaco e álcool. Os impostos especiais de consumo são diferentes dos impostos gerais sobre vendas, que também podem ser aplicados à compra. Os impostos especiais de consumo são impostos intranacionais cobrados dentro de uma infraestrutura do governo, em vez de impostos internacionais cobrados além das fronteiras do país.
Transtornos do espectro alcoólico fetal	Um conjunto de transtornos que podem ocorrer em uma pessoa cuja mãe bebeu álcool durante a gravidez. Os distúrbios do espectro alcoólico fetal são evitáveis se a mulher não ingerir álcool durante a gravidez.
Síndrome alcoólica fetal	Um distúrbio em uma criança que resulta da exposição ao álcool durante a gravidez da mãe. A síndrome alcoólica fetal causa danos cerebrais e problemas de crescimento. Os problemas causados pela síndrome alcoólica fetal variam de criança para criança, mas a maioria dos defeitos não é reversível.

Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT)	O primeiro tratado negociado sob os auspícios da OMS. Ele entrou em vigor em fevereiro de 2005. As provisões para os Estados Membros que ratificaram o tratado incluem: uma proibição abrangente da propaganda, patrocínio e promoção do tabaco a ser implementada em 5 anos; fortes alertas de saúde nas embalagens de tabaco que contemplem pelo menos 30% (e idealmente 50%) das principais áreas de exibição dentro de 3 anos; proteção contra o fumo passivo em todos os locais de trabalho fechados, locais públicos e nos transportes públicos; e medidas para reduzir o contrabando de produtos de tabaco.
carteira de habilitação progressiva	Processo pelo qual as carteiras de motorista são emitidas com limitações nos privilégios de condução, juntamente com a perda da carteira por infrações, por exemplo, se testado positivo para CAS. Usada principalmente para motoristas novatos ou quando uma licença foi previamente suspensa ou revogada.
Consumo danoso (também chamado de uso prejudicial (de álcool))	Consumo de álcool que sabidamente causou dano tecidual ou doença mental em uma pessoa em particular (Edwards et al. 1981). No CID-10, é definido como um padrão de consumo de álcool que causa dano mental ou físico. Atualmente, a OMS o utiliza em dois significados diferentes: (1) como diagnóstico no CID-11, se refere ao padrão de consumo excessivo de álcool do indivíduo que causou danos à saúde física ou mental do indivíduo ou resultou em comportamento prejudicial para a saúde dos demais; (2) no contexto da Estratégia Global da OMS de 2010 para Reduzir o Consumo danoso de Álcool, o conceito de consumo prejudicial é definido de forma ampla e abrange o consumo de bebidas que causam danos à saúde e consequências sociais para o consumidor, às pessoas ao seu redor e à sociedade em geral, bem como os padrões de consumo associados a um risco aumentado de resultados adversos à saúde.
Consumo insalubre (também chamado de nocivo (de álcool))	Uso de álcool que provavelmente levará a disfunções (funcionamento psicológico ou social prejudicado) ou danos (danos nos tecidos ou doença mental) (Edwards et al. 1981). Um padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de alguém se machucar. Alguns limitariam esta definição às consequências para a saúde física ou mental (como no consumo prejudicial). Outros incluiriam consequências sociais. O termo é usado atualmente pela OMS para descrever esse padrão de consumo de álcool. Não é um termo diagnóstico; no CID-11, está incluído e definido (QE10) entre os “fatores que influenciam o estado de saúde”. Algumas vezes definido em termos do número mínimo de unidades de álcool absoluto com probabilidade de produzir comprometimento psicomotor agudo e/ou dano tecidual a longo prazo (por exemplo, 20 gramas de álcool puro por ocasião de consumo).

Consumo ocasional intenso (COI)	<p>Beber uma quantidade relativamente grande de álcool em algumas ocasiões de consumo, independentemente de também beber quantidades menores em outras ocasiões. A intoxicação normalmente resulta de COI, embora o termo cubra mais do que simplesmente a quantidade de álcool consumida. O COI é uma característica particularmente marcante do consumo de álcool por adolescentes e jovens adultos. Também definido como o consumo de 60 ou mais gramas de álcool em pelo menos uma única ocasião, ao menos uma vez por mês. Um termo mais claramente definido do que “consumidor compulsivo” ou “consumidor que bebe muito ocasionalmente”.</p>
Países de alta renda (PARs)	<p>Países na mais alta das quatro categorias de renda nacional bruta na classificação de países do Banco Mundial. Em 2021, esta foi uma renda nacional bruta de \$ 12.695 ou mais per capita em dólares americanos correntes (https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2020-2021).</p>
Horários e dias de venda	<p>Dias da semana e horários do dia em que é permitido vender bebidas alcoólicas. Os horários e dias podem diferir entre o serviço para consumo em local, em taberna ou restaurante, e a venda em garrafa ou lata para consumo fora de estabelecimento.</p>
Prevenção indicada	<p>Programas usados para indivíduos que podem ou não exibir sinais precoces de consumo excessivo de substâncias, mas que apresentam fatores de risco (Instituto Nacional para Tratamento de Uso Excessivo de Drogas 2003). Exemplos de fatores de risco incluem a reprovação escolar, problemas interpessoais, delinquência e outros.</p>
Influenciador	<p>Uma pessoa com a capacidade de influenciar potenciais compradores de um produto ou serviço, recomendando ou promovendo os itens, principalmente nas redes sociais; uma pessoa capaz de gerar interesse em algo (como um produto de consumo) postando sobre isso nas mídias sociais.</p>
Sistema de licenciamento	<p>Um esquema para controlar a venda e distribuição de bebidas alcoólicas por meio de licenças concedidas por uma autoridade governamental nacional ou local a pessoas qualificadas e/ou empresas. As licenças variam de acordo com o tipo de bebida (cerveja, vinho, destilados) e local de venda (em casa ou fora, taberna, bar, supermercado), com o objetivo de restringir as vendas a determinados horários, locais, clientes, faixas etárias etc.</p>
Países de baixa e média renda (PBMRs)	<p>Um grupo diversificado de países definido pelo Banco Mundial por nível de renda nacional per capita; países nas três categorias inferiores (baixo, médio inferior, médio superior) de uma escala de quatro categorias (comparar com PARs). Para 2021, as economias de baixa renda são definidas como aquelas com uma Renda Nacional Bruta (RNB) per capita de US\$ 1.045 ou menos; as economias de renda média baixa são aquelas com RNB per capita entre US\$ 1.046 e US\$ 4.095; as economias de renda média alta são aquelas com RNB per capita entre US\$ 4.096 e US\$ 12.695.</p>

Terapia conjugal e familiar	<p>Uma forma de psicoterapia que aborda os comportamentos de todos os membros da família, bem como do caso índice, de modo a tratar a forma como esses comportamentos afetam não apenas os membros individuais da família, mas também as relações entre os membros da família e a unidade familiar como um todo. Este ramo da psicologia postula que esses relacionamentos estão no centro de nosso estado psicológico e, portanto, devem ser incluídos em qualquer tratamento psicológico significativo.</p>
Alfabetização midiática	<p>A capacidade ou habilidades para analisar criticamente o conteúdo criado e consumido em várias mídias em termos de precisão, credibilidade ou evidência de viés. Na política do álcool, a educação para a alfabetização midiática oferece ferramentas para ajudar os jovens a analisar criticamente a publicidade do álcool e outras mensagens de marketing e, assim, obter maior consciência do potencial de deturpação e manipulação.</p>
Mediador	<p>Um fator interveniente ou intermediário (por exemplo, intoxicação) que ocorre em uma casualidade de um fator de risco (por exemplo, consumo de álcool) e um problema de saúde (ou social) (por exemplo, uma lesão acidental). Causa variação no indicador do problema, de modo que a variação em si é causada pelo fator de risco. Veja também a definição do fator <i>confounder</i>. Deve-se notar que o mesmo efeito no relacionamento entre pares pode ser exercido por um mediador ou um <i>confounder</i>, de modo que é necessária atenção ao tempo e outras indicações de direção causal.</p>
Metanálise	<p>Análises estatísticas nas quais os dados de vários estudos diferentes são selecionados e reanalisados. A abordagem é particularmente útil quando há uma pergunta específica a ser respondida e, pelo menos, alguns estudos relativamente fortes que chegam a conclusões diferentes. Uma metanálise difere de uma análise de síntese porque os dados de estudos anteriores são reunidos em uma nova análise, enquanto uma análise de síntese perscruta (e pode calcular estatísticas resumidas) as análises relatadas dos estudos primários nos quais ela se baseia.</p>
Idade mínima legal para beber (IMLB) e idade mínima legal para compra (IMLC)	<p>Restrições legais sobre a idade em que os jovens podem vender, comprar, possuir ou consumir álcool em locais públicos. As restrições variam amplamente, variando de 13 a 25 anos de idade, embora sejam mais comumente definidas entre 16 e 18 anos. Em geral, os termos idade mínima legal para beber (IMLB) e idade mínima legal para compra (IMLC) são usados de forma intercambiável e, em muitas jurisdições, são definidos no mesmo nível. A IMLC implica que a fiscalização será focada nos vendedores de álcool, o que provavelmente será mais eficaz na redução do acesso de menores ao álcool do que a fiscalização no nível do consumidor, implícita pelas restrições da IMLB.</p>

Preço unitário mínimo	<p>Uma política que proíbe a venda de bebidas alcoólicas aos consumidores abaixo de um determinado preço por unidade de etanol. Em alguns países, também existem preços mínimos para bebidas específicas frequentemente comercializadas para jovens e consumidores que bebem muito. A proibição de vendas abaixo do custo impede que os vendedores estabeleçam o preço abaixo do custo comercial, muitas vezes com a intenção de atrair clientes para comprar outros produtos.</p>
Terapia de aprimoramento motivacional (TAM)	<p>Uma abordagem de aconselhamento que ajuda os indivíduos a resolver sua ambivalência sobre o envolvimento no tratamento e a mudar seu comportamento, por exemplo, parando ou reduzindo o consumo de álcool. Esta abordagem visa evocar uma mudança motivada internamente.</p>
Organizações de auxílio mútuo	<p>Organizações com várias ideologias e abordagens foram desenvolvidas em vários países para fornecer apoio e aconselhamento a pessoas que procuram parar de beber, reduzir seus níveis de consumo e/ou recuperar-se de problemas relacionados ao álcool. O “auxílio mútuo” indica que a organização opera por processos em grupos em vez de terapeutas profissionais. Alcoólicos anônimos é a organização de auxílio mútuo mais amplamente utilizada para pessoas com problemas com a bebida. Outras organizações, muitas vezes orientadas por um secretariado permanente e com algum envolvimento profissional, mas com uma vertente de ajuda, incluem a Danshukai no Japão, a Kreuzbund na Alemanha, a Croix d’Or e Vie Libre na França, a Abstainers Clubs na Polónia, a Family Clubs na Itália e a Links nos países escandinavos.</p>
Experimento natural	<p>A pesquisa da mudança dentro e em relação a um contexto sobre o qual o pesquisador não tem controle, como quando uma mudança de política é politicamente determinada para uma jurisdição como um todo ou é implementada em uma comunidade, mas não em uma comunidade comparável.</p>
Externalidades negativas	<p>Existe uma externalidade negativa quando a produção ou o consumo de álcool resulta em custo para terceiros. A poluição da água pelas cervejarias e o ruído ou lesões associadas à economia noturna são exemplos de externalidades negativas.</p>
Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNTs)	<p>Uma série de transtornos que não são causados por uma infecção aguda e, portanto, não são transmissíveis diretamente de uma pessoa para outra. Eles resultam em consequências à saúde a longo prazo e, muitas vezes, criam a necessidade de tratamento e cuidados a longo prazo. Os transtornos de saúde física contemplados incluem o câncer, doenças cardiovasculares, cirrose e diabetes. Também conhecidas como doenças crônicas, normalmente são o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. O Plano de Ação da OMS sobre as DNTs em 2013 não incluiu transtornos mentais (incluindo transtornos por uso de álcool) na categoria de DNTs, mas foram incluídas DNTs desde 2018.</p>

Vendas e consumo fora do estabelecimento	Licença para locais que vendem álcool em vasilhames para clientes que compram e levam para outro lugar para consumo. Dependendo das regulamentações locais, isso pode incluir uma grande variedade de estabelecimentos – não apenas lojas de bebidas e vinhos, mas também mercearias, lojas de esquina e serviços de pedidos on-line e entrega a domicílio.
Vendas e consumo no local	A venda e atendimento com bebidas alcoólicas para consumo no local. Isso pode aplicar-se a vários tipos de estabelecimentos, incluindo tabernas e outros locais para beber, definidos, por exemplo, por vendas que representem >50% do faturamento bruto. Também estão incluídos na categoria restaurantes que servem bebidas alcoólicas durante as refeições, clubes e outros locais de consumo semipúblicos. Uma licença de vendas no local normalmente se destina a permitir que os clientes bebam em uma área especificamente designada onde os atendentes possam monitorar o consumo. Como condição da licença, espera-se que eles impeçam as vendas a menores e interrompam as vendas quando alguém estiver embriagado.
Padrão de consumo	Consulte “Padrões de consumo”.
Leis “perse”	Leis que definem claramente infrações por dirigir embriagado em termos de alcoolemia igual ou superior a um nível prescrito para todos os motoristas ou motoristas jovens.
Imposto pigouviano	Imposto cobrado de pessoas físicas ou jurídicas pelo exercício de atividades que gerem efeitos colaterais adversos para a sociedade, especialmente aqueles custos que não fazem parte do preço de mercado do produto. O objetivo é tornar o preço do bem igual ao custo marginal social e criar uma alocação de recursos socialmente mais eficiente.
Pisco	Um conhaque fabricado na América do Sul (licor chileno).
Aperitivo	Consulte “Pré-carregamento”.
Pré-carregamento	Consumo de álcool, muitas vezes por grupos de jovens em casa ou em locais públicos, antes de sair para bares, clubes e outros lugares onde o álcool só pode ser comprado a um preço mais alto.
Premiumização	Incentivar os consumidores a buscar bebidas com preços mais altos.
Paradoxo da prevenção	A noção de que a maioria dos problemas relacionados ao álcool em uma população não está associada ao consumo de álcool por alcoólatras, mas sim ao consumo de álcool por um número maior de consumidores “sociais” não alcoólatras (Kreitman 1986; Skog 1999).

Elasticidade do preço	<p>Um termo em economia que significa que a variação percentual na quantidade de uma mercadoria comprada é maior do que a variação percentual no preço. As bebidas alcoólicas raramente são elásticas em relação ao preço no sentido específico do termo.</p>
Elasticidade de preços da demanda	<p>O termo “elasticidade” é usado pelos economistas para descrever a capacidade de resposta de uma variável a mudanças em outra variável. A elasticidade de preços da demanda mede a capacidade de resposta da demanda por bebidas alcoólicas às mudanças no preço. Envolve comparar as mudanças proporcionais no preço com as mudanças proporcionais na quantidade demandada. A relação é expressa na forma de uma razão, com razões acima de 1 sendo “elásticas” e aquelas abaixo de 1 “inelásticas”.</p>
Preço inelástico	<p>A variação percentual no preço é maior do que a variação percentual na quantidade de álcool consumida (ou quantidade demandada). Observe que “inelástico” aqui não significa que não haja efeito do preço na demanda ou nas vendas.</p>
Anúncios de utilidade pública (AUPs)	<p>Mensagens preparadas por agências de saúde e outras agências governamentais, organizações não-governamentais e organizações da mídia com o objetivo de fornecer informações em benefício de um público específico. Quando aplicados ao álcool, podem tratar do “beber com responsabilidade”, os perigos de dirigir sob a influência do álcool e tópicos relacionados. Veja também as definições de “Responsabilidade social corporativa” e “Aspectos sociais e organizações de relações públicas”.</p>
Pulque	<p>Bebida alcoólica indígena do México, agora também comercializada. É feito de suco de palma maguey que passa por um processo de fermentação (semelhante ao da cerveja).</p>
Quase experimental	<p>Falta de controle total sobre o agendamento de uma intervenção experimental que torne possíveis experimentos verdadeiros. Um projeto quase experimental não inclui a designação aleatória entre os que recebem e os que não recebem a intervenção. A força da evidência sobre a causalidade de um projeto quase experimental é menor do que a de um projeto experimental verdadeiro (consulte “Ensaio clínico randomizado”).</p>
Teste do balão aleatório	<p>Verificações na estrada para motoristas selecionados aleatoriamente a fim de avaliar o nível de álcool no sangue com base no teor de álcool no ar expirado. Também chamado de “teste respiratório obrigatório” em alguns países. Os motoristas podem ser parados aleatoriamente pela polícia e obrigados a fazer um teste de bafômetro preliminar, mesmo que não sejam suspeitos de qualquer infração.</p>

Ensaio clínico randomizado	Um projeto de pesquisa no qual os participantes do estudo são alocados aleatoriamente para um grupo que receberá um tratamento experimental ou um que receberá um tratamento de comparação ou placebo. A randomização é feita para eliminar erros de autosseleção ou outros tipos de vieses sistemáticos. Também chamado de ensaio controlado randomizado.
Racionamento	Em termos de venda de bebidas alcoólicas, a quantidade vendida é limitada a um determinado valor por pessoa (normalmente determinado pelas autoridades governamentais). O racionamento de álcool era comum em muitos países durante as duas Guerras Mundiais e foi aplicado em alguns países como uma alternativa à proibição, mas é incomum no século XXI.
Regressão à média	Um fenômeno estatístico que pode fazer variações naturais em dados repetidos parecerem mudanças reais. Ele descreve a constatação comum de que medições excepcionalmente altas ou baixas em uma determinada pessoa ou unidade de análise tendem a ser seguidas por medições que estão mais próximas da média.
Prevenção de recaídas	Uma abordagem terapêutica cognitivo-comportamental baseada em habilidades que exige que os pacientes e seus médicos identifiquem situações que colocam a pessoa em maior risco de recaída e, em seguida, desenvolvam uma estratégia para reduzir a probabilidade e a gravidade da recaída.
Atendimento com bebidas responsável	Limitar a porção de álcool para o consumo no local, de modo a evitar a venda de álcool a clientes menores de idade ou embriagados. Um programa responsável de atendimento com bebidas envolve o treinamento de atendentes em relação às políticas de álcool do estado, da comunidade e do estabelecimento; descrever as possíveis consequências do não cumprimento de tais políticas (por exemplo, responsabilidade criminal ou civil, perda de emprego); e desenvolvimento das habilidades necessárias para o cumprimento dessas políticas. O treinamento é de intensidade variável e pode consistir apenas de um requisito para assistir a um pequeno vídeo. O programa também pode envolver treinamento e comprometimento com os padrões por parte da administração do estabelecimento.
Beber com responsabilidade	Consumo de bebidas alcoólicas com moderação; consumo que não leva a um mau comportamento e danos ao quem bebe ou a outros. O termo não é definido de forma mais concreta e é muito favorecido pelos interesses da indústria do álcool, pois aponta o comportamento do consumidor – e não seu produto – como a fonte de qualquer dano.

Triagem e intervenção curta(TIC)	Uma triagem válida e confiável que pode ser administrada de várias maneiras, seguida por uma curta intervenção (de até 3 minutos), se necessário, com base nos resultados da triagem. A TIC é uma abordagem para a entrega de intervenção inicial e encaminhamento para tratamento de pessoas com transtornos por uso de substâncias tóxicas e aquelas em risco de desenvolver esses transtornos.
Prevenção seletiva	Estratégias que são direcionadas a subpopulações identificadas como estando em risco elevado de um distúrbio ou dano.
Shebeens	Um estabelecimento não licenciado ou casa particular que vende álcool. Um termo originalmente irlandês usado para descrever uma categoria de estabelecimentos de bebidas na África do Sul.
Shochu	Uma bebida destilada japonesa de baixo preço com um teor alcoólico de cerca de 25%
Efeito da abstenção tardia	O fato de muitas pessoas se absterem de álcool porque já estão doentes, fazendo com que os abstêmios pareçam menos saudáveis como um grupo do que os consumidores moderados (Rehm et al. 2008).
Pontos de controle da sobriedade	Locais onde são administrados os testes de estrada, destinados a avaliar se um indivíduo está dirigindo sob a influência de álcool.
Organizações de Aspectos Sociais e Relações Públicas (ASORPs)	Organizações financiadas por fontes da indústria do álcool cujo objetivo ostensivo é fornecer informações e conduzir atividades de responsabilidade social corporativa em nome da indústria do álcool. Operando dentro da estrutura política neoliberal, as ASORPs buscam impedir a regulamentação e priorizar os lucros da indústria sobre a saúde pública, promovendo intervenções ineficazes favoráveis à indústria (como educação escolar, anúncios de serviço público ou campanhas de consumo responsável) e criando dúvidas sobre intervenções que têm uma forte base de evidências (como impostos mais altos sobre bebidas alcoólicas).
Aspectos sociais e organizações de relações públicas (ASORPs)	Organizações financiadas por fontes da indústria do álcool cujo objetivo ostensivo é fornecer informações e conduzir atividades de responsabilidade social corporativa em nome da indústria do álcool. Operando dentro da estrutura política neoliberal, as ASORPs buscam impedir a regulamentação e priorizar os lucros da indústria sobre a saúde pública, promovendo intervenções ineficazes favoráveis à indústria (como educação escolar, anúncios de serviço público ou campanhas de consumo responsável) e criando dúvidas sobre intervenções que têm uma forte base de evidências (como impostos mais altos sobre bebidas alcoólicas).

Marketing Social	O uso de princípios e técnicas de marketing comercial para melhorar o bem-estar das pessoas e o ambiente físico, social e econômico em que vivem (Andreasen, 1994). É uma abordagem cuidadosamente planejada e de longo prazo para mudar o comportamento humano. As atividades de responsabilidade social corporativa dos interesses da indústria do álcool, no entanto, raramente se encaixam no escopo do que foi pretendido pela defesa do marketing social.
Plataforma de redes sociais	Um aplicativo de Internet baseado na web e móvel que permite a criação, acesso e troca de conteúdo gerado pelo usuário. As mídias sociais usam tecnologias interativas mediadas digitalmente que facilitam a criação ou compartilhamento/troca de informações, ideias, interesses profissionais e outras formas de expressão por meio de comunidades e redes virtuais. Veja também a plataforma digital.
Bem-estar social	Uma condição na qual as necessidades humanas básicas são atendidas e as pessoas podem coexistir pacificamente em comunidades com oportunidades de progresso. A capacidade de fazer e manter relacionamentos positivos significativos e contato regular com a família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho
Soju	Licor coreano tradicional destilado de arroz, cevada e batata-doce.
Análise sistemática	Um artigo de análises publicado, cujo objetivo é resumir a pesquisa primária disponível em resposta a uma questão de pesquisa. Os autores tentam identificar, avaliar e sintetizar todas as evidências empíricas que atendem aos critérios de elegibilidade pré-especificados para responder a uma questão de pesquisa específica.
Repasso de impostos ao preço	O grau em que os custos de um aumento de impostos são repassados ao consumidor por meio de um ajuste no preço de compra.
Séries temporais	Uma sequência de pontos de dados que ocorrem em ordem sucessiva durante algum período de tempo. Isso pode ser contrastado com dados transversais que capturam um único ponto no tempo.
Análise de série temporal	Procedimentos estatísticos que permitem inferências causais ou descritivas a partir de medidas repetidas feitas nos mesmos indivíduos ou coletividades ao longo do tempo. Em um tipo de análise, diferentes séries de medições repetidas são comparadas e analisadas ao longo do tempo para produzir alguma evidência de causalidade, observando como uma mudança em uma série se relaciona com uma mudança na outra.
Comunidade Terapêutica (CT)	Uma forma comum de tratamento residencial a longo prazo para transtornos por uso de substâncias tóxicas, com foco em mudanças gerais no estilo de vida e não apenas na abstinência do consumo de drogas. O termo implica que a interação da comunidade e o processo dentro do grupo que compartilha a residência têm benefícios terapêuticos.

Corporações transnacionais de álcool (CTNAs)	A indústria do álcool é dominada por um pequeno grupo de empresas transnacionais que controlam mais da metade do mercado mundial. A sua dimensão permite que recursos consideráveis sejam dedicados, direta ou indiretamente, à promoção dos interesses da indústria. Elas são empresas constituídas ou não incorporadas que operam em vários países, compreendendo empresas-mãe e suas afiliadas estrangeiras.
Estratégia universal de prevenção	Um termo da teoria da prevenção, mais ou menos equivalente a “prevenção primária”, em oposição à “secundária” e “terciária”, ou seja, voltada para todos, e não para subgrupos identificados. No campo do álcool, uma estratégia universal de prevenção é dirigida a toda a população e não aos consumidores de alto risco ou com transtornos relacionados ao uso de álcool. As campanhas da veí-culos de comunicação de massa normalmente usam uma abordagem de estratégia universal.
Álcool não registrado	Um termo que se refere ao álcool que não é tributado e está fora do sistema usual de controle governamental, incluindo o álcool produzido em casa ou informalmente (legal ou ilegal), o álcool contrabandeado, o álcool substituto (que é álcool não destinado ao consumo humano) ou o álcool obtido através de vendas transfronteiriças.
Painel de impacto de vítimas (PIVs)	Um programa concebido para ajudar os infratores que dirigem alcoolizados a reconhecer e internalizar os efeitos duradouros e de longo prazo da direção sob o efeito de álcool. Por vezes, eles consistem em um grupo voluntário de vítimas e familiares sobreviventes que falam ao público sobre as consequências que alteram a vida em virtude da condução sob influência do álcool.
Rótulos de alerta	Mensagens impressas em recipientes de bebidas alcoólicas, alertando aqueles que bebem sobre possíveis danos ao beber, incluindo os efeitos nocivos do álcool na saúde.
Síndrome de abstinência	Também conhecida como síndrome de descontinuação; ocorre em indivíduos que desenvolveram dependência fisiológica de álcool ou outras drogas e que interrompem ou reduzem seu uso. O termo se refere a sintomas que ocorrem quando uma pessoa dependente de álcool para abruptamente de beber.
Tolerância zero	O conceito de obrigar as autoridades legais e judiciais que, de outra forma, poderiam exercer seu poder discricionário ao fazer julgamentos subjetivos sobre a gravidade de uma determinada infração por dirigir embriagado a impor uma punição pré-determinada, independentemente da culpabilidade individual ou “circunstâncias atenuantes”. Embora o termo “tolerância zero” seja específico dos EUA, muitos países adotaram leis de tolerância zero em relação a crimes como dirigir embriagado, como sentenças de prisão obrigatórias.

Referências^a

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5)*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreasen AR (1994) Social marketing: Its definition and domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, 13, 108– 14.

Babor TF, Campbell R, Room R, *et al.* (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*. Geneva: World Health Organization.

Edwards G, Arif A, and Hodgson R (1981) Nomenclature and classification of drug- and alcohol- related problems: a WHO memorandum. *Bull World Health Organ*, 59, 225– 42.

Keller M, McCormick H, and Efron V (1982) *A Dictionary of Words about Alcohol*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Kreitman N (1986) Alcohol consumption and the preventive paradox. *Br J Addict*, 81, 353– 63.

National Institute on Drug Abuse (2003) *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research- Based Guide*, 2nd ed. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Rehm J, Irving H, Ye Y, *et al.* (2008) Are lifetime abstainers the best control group in alcohol epidemiology? On the stability and validity of reported lifetime abstinence. *Am J Epidemiol*, 168, 866– 71.

Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, *et al.* (2019) Alcohol use disorders in ICD-11: past, present, and future. *Alcohol Clin Exp Res*, 43, 1617– 31.

Skog OJ (1999) The prevention paradox revisited. *Addiction*, 94, 751– 7.

^a A maior parte das definições neste glossário são adaptadas das seguintes fontes: Keller *et al.* (1982), Babor *et al.* (1994) e Wikipédia.

ÍNDICE REMISSIVO

Para benefício dos usuários digitais, os termos indexados que abrangem duas páginas (por exemplo, 52 a 53) podem, ocasionalmente, aparecer em apenas uma dessas páginas.

A

AB InBev, 139
abordagens a nível comunitário, 400
abordagem da “última bebida”, 397
abordagens de tributação, 208
abordagens atuais para restringir o marketing, 287
abordagens comportamentais, 437
abordagens comunitárias, 393
abordagens em toda a comunidade, 404
abordagens na comunidade, 400
abordagens políticas, 274
abordagens psicossociais, 320
abordagens voluntárias e quase voluntárias, 398
abstêmios, 29
acamprosato, 438
acessibilidade, 21
acessibilidade para formuladores de políticas, 538
acesso às comodidades do bairro e ao espaço público, 118
acidentes de trânsito, 47
acidentes de trânsito atribuíveis a, 339
ações multissetoriais, 480
ações unilaterais nacionais, 490
acordo bilateral com o Peru, 498
Acordo Abrangente e Progressivo para a Parceria Transpacífica (CPTPP), 495
Acordo de Responsabilidade pela Saúde Pública, 337

Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio, 501
acordo internacional vinculativo, 509
acordos, 36
acordos comerciais e de investimento, 145
acordos de comércio e investimento, 495
acordos internacionais, 293
adolescentes, 44
África, 18
África do Sul, 114
África subsaariana, 29
agências de desenvolvimento, 505
agressão, 95
Alasca, 178
álcool não registrado, 18
Alcoólicos Anônimos (AA), 433
alcoholismo, 31
alcopops, 215
Alcorão, 23
alfabetização midiática, 570
Aliança Global de Políticas do Álcool, 473
Aliança Internacional para o Consumo Responsável, 152
Amazon, 157
ambientes privados, 76
ambiente político, 537
ambientes públicos, 76
América do Sul, 29
América latina, 17
amostras grátis, 282
análise da literatura, 30
Análises Cochrane, 554
análise de custo-benefício, 178
análise de custo-efetividade, 178
análise de dados, 274

análises em nível populacional, 97
análise de série temporal interrompida, 178
análise sistemática, 112
anfitriões sociais, 250
anos de vida ajustados por invalidez (AVAI), 100
antagonistas opioides, 438
Antiga União Soviética, 27
anúncios de utilidade pública, 313
ápice da idade para, 45
aplicação, 26
araca, 230
Aspectos sociais e organizações de relações públicas
Assembleia Mundial da Saúde, 11
associações comerciais, 152
atendentes que servem bebidas alcoólicas,
atendimento primário, 434
aumento no consumo de álcool, 112
Austrália, 9
ausência de doenças, 112
autorregulação, 274
auxílio mútuo, 431
avaliações comparativas de risco, 106
avaliação de políticas de álcool, 173

B

baijiu, 142
Banco Mundial, 64
bar, 24
beber em ambientes fechados, 76
beber em privacidade, 76
bebedeira, 44
bebida cruzada, 191

bebidas adulteradas com metanol 2b, 25
bebidas alcoólicas carbonatadas, 146
bebidas e menores de idade, 241
bebidas alcoólicas eram frequentemente usadas como remédios, 44
bebidas com baixo teor alcoólico, 146
bebidas mais fortes disponíveis, 245
bebidas não alcoólicas, 69
bebidas prontas para servir, 191
bem público, 31
bem-estar, 18
bem-estar social, 18
Bielorrússia, acessibilidade ao álcool e consumo, 199
bloqueios, 154
Boas Práticas, 398
Brasil, 24

C

campanhas de mídia, 210
campanhas de veículos de comunicação em massa, 310
campanhas integradas, 274
Canadá, 25
câncer de mama, 99
carbimida de cálcio, 438
cardioproteção, 44
Carlyle Group, 144
carteira de habilitação progressiva, 553
Cerveceros Latinoamericanos, 152
Cerveja, 35
cerveja artesanal, 139
cerveja de sorgo, 75

Ch

chibuku, 46
chicha, 75
Chile, 67
China, 23

C

cirrose hepática (doença), 93
Classificação Internacional de Doenças, 55
classificações consensuais de eficácia e amplitude do apoio à pesquisa, 412
classificações consensuais de estratégias e intervenções, 212
classificações consensuais de serviços,
Coalizões de defesa, 474
Coca Cola, 146
códigos voluntários, 274
colocação de produtos, 279
Colômbia, postos de controle de sobriedade, 347
Comissão Codex Alimentarius, 496
compras transfronteiriças, 200
compra e entrega on-line, 152
comunidade científica, 476
comunidade terapêutica (CT), 565
Comunidades no Embate com o Álcool, 329
concentração de álcool no sangue, 52
condução sob o efeito de álcool, 175
condução sob o efeito do álcool, 91
configurações residenciais
confinamentos, 401
conflitos de interesse, 5
confusão, 97
considerações acerca do custo, 442

consequências para a saúde, 76
consumidores de alto risco não dependentes, 531
consumidores de pequenas doses diárias, 73
consumo, 21
Consumo excessivo de álcool na comunidade de Rhode Island, 400
consumo de álcool, 21
consumo de álcool registrado, 64
por consumo de álcool não registrado, 154
consumo de álcool a nível populacional, 31-32
consumo de cerveja, 199
Consumo insalubre, 434
consumo não registrado, 194
consumo nocivo, 80
consumo ocasional intenso, 138
consumo per capita de álcool (CAC), 574
consumo privado de bebidas alcoólicas, 76
consumo responsável, 146
contramensagens de alerta, 468
contrapublicidade, 307
contexto da obesidade, 477
contexto do consumo, 532
contexto do consumo de bebidas, 76
contrapublicidade, 311
Controle supervisionado de uso excessivo de substâncias tóxicas, 438
Convenção-Quadro para o Controle do Álcool, 473
Convenção-Quadro da OMS para o Controle do Tabaco (CQCT), 290
Coreia, soju, 574
corporações transnacionais de álcool, 534
Costa Rica, monopólio do álcool, 224
Costco, 155
COVID-19, 46
COVID-19 e proibições ao álcool, 228
crescimento do volume de destilados, 148

crianças, 44
crime, 47
Croácia, transtornos do espectro alcoólico fetal, 113
cultura, 15
curtas intervenções motivacionais, 323
custos do álcool, 119
custos sociais, 258
custos sociais do álcool, 575

D

dados de pesquisa, 175
danos sociais, 53
danos a terceiros, 112
declínio no consumo, 79
defesa da mídia, 479
definição da política do álcool, 32
definição de glossário, 551
densidade dos pontos de venda, 232
densidade do ponto de venda de álcool, 235
dependência, 5
descontos por volume, 188
desenvolvendo o apoio a programas de educação, 324
desenvolvimento do apoio a campanhas de educação, 324
desintoxicação, 433
destilados, 35
diabetes, 98
dias de vendas, 229
dias de restrição às vendas de álcool, 236
Diageo, 142
diferenças de gênero, 77
digital, 18
Dinamarca, 154

diretrizes de consumo de baixo risco, 319
dirigir embriagado, 26
disponibilidade a nível local, 256
disponibilidade de álcool, 17
disponibilidade de bebidas com baixo teor, 243
disponibilidade de varejo, 229
disponibilidade física de álcool, 81
disponibilidade não comercial, 250
dispositivos de bloqueio, 357
dissulfiram, 438
distribuição de bebidas, 576
distribuição do consumo, 67
doações políticas, 470
doações políticas por álcool
doença cardíaca, 98
doença cardíaca coronária, 98
doença cardiovascular, 110
doenças e mortalidade atribuíveis ao álcool, 104
doenças não transmissíveis (DNT), 11
doenças sexualmente transmissíveis, 103
doenças transmissíveis, 32
drogas que sensibilizam o álcool, 438

E

economias BRICS, 148
educação e persuasão, 21
efeito da “abstenção tardia”, 564
efeitos agregados do tratamento e intervenções curtas, 444
efeitos benéficos do álcool, 98
efeitos da idade
efeitos da inflação, 205
efeitos das alterações de preços, 189

efeitos do álcool sobre a saúde, 91
efeitos do marketing, 274
efeitos na economia e no emprego, 203
efeitos do preço sobre o consumo, 190
efeitos regressivos dos impostos, 206
eficácia, 35
Elasticidade de preços da demanda, 187
elasticidade do preço da demanda, 577
elegibilidade para comprar álcool, 243
embalagem, 146
embalagens, 286
empresas, 28
empresas de capital aberto, 142
emprego e precificação do álcool, 203
engajamento, 149
ensaio clínico randomizado, 577
Escócia, 201
Escolhas seletivas, 148
Eslovênia, 407
espiritualidade, 439
espiritualidade e religiosidade, 436
Estados Unidos (EUA), 577
estimativas regionais, 64
estimativas regionais de consumo de álcool, 64
Estônia, 200
estratégia de desconto
estratégia de prevenção universal, 316
Estrutura de Coalizão da Defesa, 481
estrutura para abordagens, 382
Estudo da Carga Global de Morbidade, 109
estudos econométricos, 189
estudos observacionais, 291
estudos transversais, 174

Europa Oriental, 27
evasão, 199
evasão fiscal, 194
eventos, 73
eventos culturais, 148
Exceção à saúde pública nos tratados comerciais, 497
expansão da marca, 274
experimento natural, 235
externalidades negativas, 188

F

Facebook, 149
família, 5
fatores contextuais, 186
fatores econômicos e álcool
fatores econômicos, 68
fatores econômicos e consumo de álcool, 68
festa de final de ano (bonenkai), 578
festivais, 23
festivais de música, 150
fidelidade à marca, 578
financiamento de serviços de saúde, 204
financiar serviços de saúde e atividades de promoção da saúde,
Finlândia, 25
fiscalização, 315
forma de prevenção, 431
formação e implementação de políticas, 480
formuladores de políticas governamentais e órgãos, 464
FORUT, 472
fração atribuível, 93
França, 47
fontes sociais, 245

força das bebidas alcoólicas, 248
 funções do álcool, 44
 funções simbólicas do álcool, 43
 funções sociais do álcool, 43
 Fundo Monetário Internacional, 504

G

geração de receita, 186
 gestão de contingência, 433
 globalização, 19
 Google, 149
 gravidez, 114
 Grécia Antiga 1
 Groenlândia, 231
 grupos de interesse feminino, 569
 grupos de interesse público, 30

H

happy hours, 188
 Harbin, 304
 Heineken, 40
 hepatites B e C, 102
 HiteJinro, 143
 histórico da política do álcool 1, 23
 histórico da política do álcool 3, 24
 histórico da política do álcool 4, 24
 histórico da política do álcool 3–4, 24
 HIV/AIDS, 103
 homicídio, 116
 Hong Kong, 579
 horários e dias de venda, 533

I

idade mínima legal de compra (IMLC), 171
idade mínima legal para beber, 243
idade mínima legal para compra, 243
idosos, consumo de álcool, 79
Ilhas do Pacífico, 473
impactos, 33
impacto do modelo conceitual de população, 446
implementando intervenções, 384
Importância de, 401
imposto dedicado, 209
impostos hipotecários, 209
Imposto pigouviano, 186
impostos ajustados pela inflação, 205
impostos especiais de consumo, 26
impostos regressivos, 205
incêndios relacionados ao álcool, 113
Índia, 18
indígenas, consumo de álcool, 80
indústria, 21
indústria agrícola, 47
indústria cervejeira, 141
indústria de bebidas destiladas, 140
indústria do álcool, 537
indústria do tabaco, 482
inflação, 26
influenciadores, 11
influência combinada de álcool e drogas, 358
iniciação ao consumo, 195
iniciação ao consumo de álcool, 196
iniciativas, 12
iniciativas de acessibilidade, 148

Instagram, 275
Instalações individualizadas e proibição zonal, 243
instituições, 5
Instituto de Formação e Pesquisa (UNITAR), 581
interesses comerciais, 311
interesse em questões relacionadas ao álcool, 503
interesses de pesquisa científica, 473
interesses de saúde pública, 476
interesses investidos, 177
Intervenção, 22
intervensões, 21
intervensões comunitárias, 245
intervensões curtas, 336
intervensões de múltiplos componentes, 402
intervensões de uso de substâncias, 439
intervensões farmacológicas, 438
intervensões focadas em pares, 387
intervensões focadas no local, 390
Intervenções políticas, 188
Intervenções para melhor gerenciar agressões e outros problemas, 388
intoxicação, 31
intoxicação alcoólica, 43
invalidez, 18
Irlanda, 9
Islândia, 25

J

janelas de oportunidades, 481
Japão, 25
jovens, 35

L

leis “perse”, 253
leis de bebidas alcoólicas, 396
leis de responsabilidade social do anfitrião, 246
licenças, 233
licenciamento com base no risco, 403
ligação violência, 115
limites de concentração de álcool no sangue (CAS), 344
Lituânia, 27
Liviko, 166
local de trabalho, 47
localização forçada, 502
Logotipo Chang, 141
Loi Évin, 289
lojas de bebidas super varejista, 233
lojas de conveniência, 154
Luzhou Laojiao, 164

M

maconha, dirigir alcoolizado, 358
Malawi apontou que o desenvolvimento de políticas, 477
Mães Contra a Condução sob o Efeito de Álcool, 473
marketing focado em, 280
marketing, 21
marketing digital, 18
marketing social, 311
marketing voltado para mulheres,
Matriz de informações sobre álcool universitário, 328
maus-tratos infantis, 112
mecanismos, 34
medicação

mediador, 58
mediadores e moderadores de eficácia, 345
medidas políticas universais, 359
Melhores Práticas, 36
mera exposição, 283
mercadorias, 34
mercados emergentes, 148
mercadorias relacionadas ao álcool, 278
mercados-alvo, 285
mercantilização do álcool, 46
metanálise, 112
método de contagem de votos, 190
métodos não experimentais, 172
método de imposto, 202
métodos de tributação, 207
México, 46
mídia e processo político, 475
mídia digital, 152
mídias sociais, 11
Ming River, 142
modalidades de tratamento, 433
modelo de distribuição de consumo, 71
modelo de governança compartilhada, 481
modelo de organização líder, 481
modelo de tecnologia clínica de eficácia do tratamento, 435
Molson Coors, 141
monopólio de álcool, 26
monopólio do álcool, 232
mortalidade atribuível ao álcool, 108
mortalidade por todas as causas, 95
morte, 6
morte acidental relacionada ao álcool 2b, 24
mortes no trânsito atribuíveis ao álcool, 343

mortes por homicídio, 116
motoristas solicitados, 362
Moutai, 28
Movendi International, 472
movimentos sociais, 472
mudança de comportamento das pessoas, 383
mudança sociopolítica, 69
mudanças na política da publicidade, 286
mudanças no consumo de álcool, 81
mulheres, 45
multas, 354

N

naltrexona, 438
NCD Alliance, 161
neuroadaptação, 56
negligência, 115
Nigéria, 64
Noruega, 25
normalização do consumo de álcool, 168
nova saúde pública, 31
Nova Zelândia, 76

O

O desafio da Philip Morris à embalagem de tabaco, 496
objetivos, 11
objetivos de controle formal, 181
Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, 11
oferta responsável de bebidas, 390
opções de política, 11
oposição a aumentos de impostos, 475

Organização Educacional, Científica e Cultural
desenvolvimento do apoio à educação
Organização das Nações Unidas, 506
Organização Internacional de Polícia Criminal, 585
Organização Mundial da Saúde, 342
Organização Mundial do Comércio, 585
organizações (ASORPs), 564
organizações de auxílio mútuo, 560
organizações não-governamentais (ONGs), 36
órgãos de desenvolvimento, 504
órgãos internacionais, 504

P

padrão de consumo, 585
padrões de consumo, 556
padrões internacionais, 448
painéis de impacto de vítimas (PIV), 357
País de Gales, 236
países de alta renda (PARs), 558
países de baixa e média renda, 558
Países de maioria muçulmana, 28
países de renda baixa e média, 28
Países Nórdicos, 117
PAKKA, 405
paradoxo do dano do álcool, 80
paradoxo da prevenção, 561
Paraguai, vendas de bebidas alcoólicas on-line, 154
Parceria Econômica Regional Abrangente (RCEP), 495
partes interessadas, 465
patrocínio, 142
Patrocínio da Copa do Mundo, 151
Patrocínio da Fórmula 1, 277

Patrocínio de eSports, 277
patrocínio e divulgação seletiva, 465
patrocínio esportivo, 279
Pernod Ricard, 139
Peru, 502
peso do consumo de álcool, 91
pesquisar
pesquisa científica, 17
pesquisa científica e política, 538
pesquisas sociais, 6
pisco, 561
plataformas digitais, 555
policiamento, 48
policiamento/intervenções regulatórias de múltiplos componentes, 398
policiamento direcionado, 396
policiamento e abordagens regulatórias, 396
política, 5
política abrangente do álcool
Políticas da UE 3, 25
política do álcool, 5
política do álcool e ciência do álcool, 539
políticas de controle de álcool lideradas por indígenas, 25
políticas nacionais, 205
políticas públicas, 12
Polônia, 68
pontos de verificação de sobriedade, 366
populações indígenas, 80
populações vulneráveis, 170
práticas, 36
Práticas Ineficazes, 525
pré-carregamento, 561
preço e consumo de álcool, 190
preço inelástico, 562

preço elástico, 562
preço unitário mínimo, 188
preços, 11
preços diferenciados por bebida, 195
preços diferenciados por bebida e substituição, 195
preços do álcool, 185
preço e danos relacionados ao álcool, 196
premiumização, 142
prevenção de recaídas, 563
prevenção de reincidência, 357
prevenção indicada, 558
prevenção seletiva, 322
problemas relacionados ao álcool, 17
processo, 10
processo político, 463
produção de álcool, 139
profissionais médicos e seus grupos afiliados, 473
profissionais da saúde pública local, 329
Programa de Desenvolvimento (PNUD), 542
Programa dos Doze Passos (PDP), 440
programas, 29
programas comunitários, 171
programas com base nos pais, 319
programas de educação, 171
programas de educação escolar, 324
Programas escolares e outros programas educacionais para jovens, 320
programas de educação universitários, 322
programas de medidas corretivas, 358
programas de prevenção ao álcool, 316
programas em instituições de ensino superior, 322
proibição, 24
proibições ao álcool, 226
proibições individuais, 243

proibições das bebidas com alto teor alcoólico, 398
proibição zonal, 243
proibição ao álcool após condenação por dirigir embriagado, 243
proibições ao marketing, 527
proibições de beber em público, 246
proibições a clientes, 394
proibição de publicidade de tabaco, 288
proibições pós-condenação, 242
Projeto Ação de Estocolmo para a Prevenção de Problemas com Álcool e Drogas (STAD), 402
Projeto bairros engajados com os alunos, 404
Projeto de Comunidades dos Estados Unidos mobilizando-se para mudanças referentes ao álcool (CMCA), 240
projeto do produto, 275
Projeto de Ação de Segurança em Surfers, 401
Projeto de Ação pela Segurança de Surfers Paradise, 401
Projeto de Prevenção ao Álcool no Bairro de Sacramento, 403
Projeto de Prevenção de Lesões, 400
Projeto enfrentando o crime de rua relacionado ao álcool (TASC), 179
Projeto STAD, 241
projetos de ação comunitária, 471
promoções de vendas, 184
publicidade, 27
pulque, 47

Q

qualidade de vida, 33
quase experimental, 172
queda no preço real do álcool, 200
questões de medição e inferência
questões de responsabilidade legal, 396

R

- raционamento, 69
- raционamento (sistema motbok), 107
- receitas fiscais do álcool, 181
- recintos desportivos, 390
- recipientes, 249
- recipientes sem vidro, 391
- recipientes para bebidas, 245
- redução, 17
- reforço, 55
- Registro de Bebidas Proibidas (RBP), 242
- registros, 94
- regressão à média, 172
- relação custo-benefício da triagem de álcool, 439
- regulamentação voluntária, 30
- regulamentação e coordenação voluntária e quase voluntária, 394
- regulando a disponibilidade física de álcool, 522
- Reino Unido, 9
- relato de consumo de álcool, 64
- religião
- renda e inflação, 183
- repasse de imposto ao preço, 183
- responsabilidade da loja de bebidas, 396
- responsabilidade legal, 396
- responsabilidade social corporativa (RSC), 12
- resposta à estabilização do consumo em países de alta renda, 144
- Resposta COVID-19, 151
- resposta da indústria do álcool, 151
- restrições à venda de bebidas alcoólicas, 25
- restrições baseadas no local, 246
- restrições aos condutores jovens ou principiantes, 351
- restrições de beber e dirigir, 352

Restrições de vendas em configurações específicas, 248
restrições parciais, 285
restrições relacionadas à idade, 239
restringindo horários de venda de álcool, 236
revogação da habilitação administrativa, 351
Revogação da habilitação administrativa (RHA), 547
rótulos de alerta, 312
Rússia, 25

S

SABMiller, 138
Safe Shebeens, 395
SafeNights, 383
SAFER, 11
Safer Bars, 389
saúde pública, 17
sanções criminais para a embriaguez, 350
sentenças de prisão obrigatória, 349
série temporal, 174
serviços de transporte seguro, 357
serviços de tratamento, 31
serviços de tratamento e intervenção inicial, 427
serviços e sistemas de atendimento, 429
Serviços para auxiliar os frequentadores na saída dos bares, 385
servidores, 241
setor de bebidas destiladas, 140
setor de varejo, 269
setor de produção, 136
setor vitivinícola, 141
severidade da punição, 169
shebeens, 46
shochu, 141

síndrome alcoólica fetal, 51
síndrome da abstinência, 432
sistema de licenciamento, 26
sistemas complexos, 324
sistemas de atendimento, 428
sistemas de permissão, 250
sistema sueco motbok, 227
sistema de tratamento de álcool, 442
sistemas tributários, 190
Sisonke Mentor e Aconselhamento
Skyfall (filme), 126
slogan “beba com responsabilidade”, 380
Slogan “Reduzindo a Força”, 244
Smashed, 316
Smirnoff Equalizer, 274
sobretaxa, 204
sócio-demográfico
socioeconômica e o impacto do álcool, 107
solução de controvérsias entre investidores e estados (SCIEs), 492
Sri Lanka, 186
status socioeconômico, 24
substâncias psicoativas, 358
substituição, 75
substituição de bebidas cruzadas, 191
substituição de políticas, 466
Suécia, 68
Suíça, 191
suicídio, 99
Superama, 153
supervisão intensiva, 356
suprimentos não comerciais, 245
suprimentos sociais, 246
suspensões preventivas pós-condenação, 242

T

tabaco, 19
Tailândia, 13
Taiwan, 350
tamanho do efeito, 236
tecnologias digitais, 18
Tencent, 148
tendências, 18
tendências no consumo de, 66
tendências no consumo de álcool, 68
tendências no consumo de CPC, 67
teorias políticas, 477
teor alcoólico, 74
terapia conjugal e familiar, 429
terapia de aprimoramento motivacional, 435
terapias comportamentais, 433
terapia psicossocial, 434
teste de balão aleatório, 348
teste de necessidade, 497
teste do balão aleatório, 345
teste respiratório obrigatório, 558
testes seletivos, 347
Thai Health, 216
ThaiBev, 139
tolerância zero, 343
toxicidade do álcool, 48
tradição de temperança, 468
Transtorno por Uso de Álcool (TUA), 548
transtornos do espectro alcoólico fetal, 99
transtornos por uso de álcool, 556
transmissão durante a reabertura de estabelecimentos
tratamento, 31

tratamento coercitivo, 437
tratamento especializado, 428
tratamento obrigatório, 170
tratamento residencial, 432
treinamento, 150
treinamento em prevenção, 400
treinamento de gestão de agressões, 388
treinamento de intervenção do espectador, 410
treinamento dos empregados,
triagem e intervenção curta, 321
triagem e intervenções curtas, 447
Triângulo que Move a Montanha, 477
Tribunais DSI
tribunais para pessoas DSI, 354
tributação, 26
tributação/impostos especiais de consumo, 185
tributação e compras transfronteiriças, 195
tributação e mortalidade por todas as causas, 193
tributação e preços, 199
tributação específica, 202
tributação unitária, 202
Twitter, 147

U

Uganda, 25
UNESCO, 509
União Europeia (UE), 26
Uruguai, 343
uso de água, 149

V

valor do álcool, 202
veículos de comunicação de massa, 310
vendas abaixo do custo, 184
vendas por autoatendimento, 245
vendas e consumo fora do estabelecimento, 557
vendas e consumo no local, 557
vendas de supermercado, 152
vendas on-line, 154
Venezuela, 186
VicHealth, 325
Vietnã, 30
vinho, 24
vinho em caixa, 251
visando países de maioria muçulmana 5, 28
violência, 49
violência doméstica, 231
violência por parceiro íntimo, 117
violência sexual, 117
Vital Strategies, 468
Vodka “Travel Safe”, 151
volume de consumo, 77

W

Walmart, 155
waragi, 25
WeChat, 145

Y

YouTube, 275

Z

Zimbábue, 194

Autores

Thomas F. Babor, PhD

Professor Emérito, Departamento de Ciências da Saúde Pública, Universidade de Connecticut e Faculdade de Medicina Farmington, CT, Estados Unidos

Sally Casswell, PhD

Professora, Centro de Pesquisas SHORE e Whariki Faculdade de Saúde, Universidade Massey Auckland, Nova Zelândia

Kathryn Graham, PhD

Cientista Emérita, Instituto de Pesquisa de Políticas Relativas à Saúde Mental, Centro de Dependência e Saúde Mental, Toronto/Londres, Canadá, Professora Adjunta, Divisão Clínica de Saúde Pública, Escola de Saúde Pública Dalla Lana, Universidade de Toronto, Toronto, Canadá, Professora Adjunta, Instituto Nacional de Pesquisa de Medicamentos, Universidade Curtin, Perth, Austrália

Taisia Huckle, PhD

Pesquisadora Sênior, Centro de Pesquisa SHORE e Whariki, Faculdade de saúde Universidade Massey Auckland, Nova Zelândia

Michael Livingston, PhD

Professor Associado, Instituto Nacional de Pesquisa de Medicamentos, Universidade Curtin, Melbourne, Austrália, Centro de Pesquisa de Políticas do Álcool, Universidade La Trobe, Melbourne, Austrália, Departamento de Neurociência Clínica, Instituto Karolinska, Estocolmo, Suécia

Esa Österberg, MSc

Cientista Emérito, Instituto Nacional de Saúde e Bem-Estar Helsinki, Finlândia.

Jürgen Rehm, PhD

Cientista Sênior, Instituto de Pesquisas de Políticas da Saúde Mental e Instituto Campbell de Pesquisas sobre a Saúde Mental Familiar, Centro para a Dependência e Saúde Mental, Toronto, Canadá, Professor, Instituto de Psicologia Clínica e Psicoterapia e Centro de Epidemiologia Clínica e Estudos Longitudinais, Universidade Técnica, Dresden, Alemanha, Cientista Sênior e Professor, Centro de Pesquisas Interdisciplinares sobre Dependências, Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia, Centro Médico Universitário de Hamburgo-Eppendorf, Hamburgo, Alemanha, Professor do Departamento de Psiquiatria e da Faculdade de Saúde Pública Dalla Lana, da Universidade de Toronto, Toronto, Canadá, Departamento de Projetos Internacionais de Saúde, do Instituto de Liderança e Gestão em Saúde, Primeira Universidade Médica Estadual de Moscou I.M. Sechenov, Moscou, Federação Russa.

Robin Room, PhD

Professor Benemérito, Centro de Pesquisas de Políticas do Álcool, Universidade La Trobe, Bundoora, Victoria, Austrália, Centro de Pesquisas Sociais sobre o Álcool e Drogas, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade de Estocolmo, Estocolmo, Suécia.

Ingeborg Rossow, PhD

Professor Investigador, Departamento de Álcool, Tabaco e Drogas, Instituto Norueguês de Saúde Pública, Oslo, Noruega.

Bundit Sompaisarn, MD, PhD

Cientista de Projetos, Centro de Dependência e Saúde Mental, Toronto, Canadá, Faculdade de Saúde Pública Dalla Lana, Universidade de Toronto em Toronto, Canadá, Faculdade de Saúde Pública, Universidade Mahidol, Tailândia.



DIALÉTICA
EDITORA

Este livro foi impresso sob demanda, sem estoques. A tecnologia
POD (Print on Demand) utiliza os recursos naturais de forma
racional e inteligente, contribuindo para a preservação da natureza.

"Rico é aquele que sabe ter o suficiente"
(Lao Tze)