

# POR QUE TAXAR AS BEBIDAS AÇUCARADAS?

## América Latina

Mais de 50% das mulheres da região com idade entre 19 e 50 anos estão obesas ou com sobrepeso.

Os países da América Latina consomem níveis muito altos de açúcares adicionados.

## Uma epidemia de saúde global

Mais de 2,5 bilhões de pessoas estão com sobrepeso ou obesas e essa prevalência está aumentando rapidamente no mundo. Além disso, estimativas recentes mostram que a obesidade e as doenças não transmissíveis relacionadas à nutrição inadequada são a principal causa de morte e incapacitação no mundo, especialmente na América Latina, na maior parte da África e da Ásia e em todas as ilhas.<sup>1 2</sup> Na América Latina, a obesidade continua a aumentar rapidamente e, em média, mais de 50% das mulheres da região com idade entre 19 e 50 anos estão obesas ou com sobrepeso. Esse número é ainda maior para mulheres mais velhas. Dados para os homens estão disponíveis em apenas alguns países, mas mostram níveis similares.<sup>3 4 5 6 7</sup>

O consumo de açúcar é a maior causa desse problema, já que a ingestão excessiva de açúcar está relacionada a um maior risco de diabetes, danos ao rim e ao fígado, doenças cardíacas e vários tipos de câncer.<sup>8 9</sup> A Organização Mundial da Saúde (OMS), a World Cancer Research Federation, a World Health Federation e a maior parte das diretrizes nacionais recomendam uma grande redução no consumo de açúcar.<sup>8 10 11 12</sup> Os países da América Latina consomem níveis muito altos de açúcares adicionados.<sup>13 14</sup>

Os custos econômicos da obesidade e outras doenças (doenças cardíacas e câncer) aumentam os gastos com saúde, as perdas de remuneração devido a doença e incapacitação,<sup>15</sup> a produtividade de trabalho,<sup>15</sup> as taxas de aposentadoria precoce e afetam negativamente o bem-estar de diversas formas.<sup>16</sup>

Na Colômbia, por exemplo, mais de 51% dos adultos e 18% das crianças com idade entre 5 e 17 anos estão com sobrepeso, um aumento de 26% entre 2001 e 2010. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são a maior causa de morte e incapacitação no país.

## Consumo de bebidas açucaradas: Causa significativa do problema

O consumo de bebidas açucaradas está crescendo globalmente e tem taxas muito altas na América Latina.<sup>11 17</sup> Essas bebidas representam uma enorme fonte de açúcar na dieta da maior parte das crianças, adolescentes e jovens adultos, particularmente.<sup>13 14 18 19</sup>

Ao consumirmos bebidas calóricas, sentimos que reduzimos o consumo de alimentos, mas isso não é verdade. A atenção dada por pesquisadores de saúde pública e biomedicina para bebidas açucaradas aumentou significativamente após o trabalho inovador de Mattes e outros mostrando que o consumo de bebidas calóricas em qualquer forma não era compensado por uma redução equivalente no consumo de alimentos,<sup>20 21 22 23</sup> levando, assim, a um aumento nas calorias totais ingeridas.

As bebidas açucaradas levam a aumento de peso, diabetes, hipertensão e doenças cardíacas. Existem muitas evidências, provenientes de estudos e testes controlados, de que as bebidas açucaradas são uma das principais causas de aumento no consumo de calorias, no peso e no risco de diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e vários outros problemas de saúde.<sup>24 25 26 27 28 29 30 31</sup> Dois desses estudos foram feitos com adolescentes.<sup>32 33</sup> Foi mostrado que crianças de todas as idades são afetadas significativamente pelo consumo de bebidas açucaradas, e recentemente descobriu-se que essas bebidas chegam a ser usadas como alternativas durante o fim da amamentação na maioria dos países e que estão ligadas com a nutrição inadequada.<sup>34 35 36</sup>

A OMS publicou diretrizes que afirmam que os açúcares não deveriam representar mais de 10% do consumo total de calorias de uma pessoa, e que preferencialmente não deveriam passar de 5%.<sup>37</sup> Isso se tornou uma meta global e uma necessidade para reduzir a obesidade, diabetes, hipertensão e a maior parte das demais DCNTs. Além da OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Instituto de Medicina e Diretrizes Alimentares dos Estados Unidos e outros países das Américas apoiaram a redução significativa de açúcares como uma forma de melhorar a saúde.<sup>8 9 38 39 40 41</sup>

---

## A solução: Impostos sobre bebidas açucaradas

Impostos sobre bebidas açucaradas salvam vidas e melhoram a saúde através da redução no consumo, conforme mostrado abaixo e em uma ampla variedade de estudos sobre como os consumidores respondem a aumentos de preço usando simulações desses impostos,<sup>42 43 44 45</sup> bem como evidências crescentes de países que implementaram taxações desse tipo.<sup>46 47</sup>

A receita proveniente desses impostos pode ser direcionada a programas de saúde.

Impostos reduzem consideravelmente o consumo de bebidas não saudáveis e aumentam o consumo de água, leite e outras opções mais saudáveis.

Crianças e pessoas de renda baixa, que enfrentam uma carga maior de doenças não tratadas, são mais impactadas por impostos e aumentos no preço e, portanto, mostram mais melhorias na saúde por reduzir o consumo de bebidas açucaradas.<sup>42 43 48 49 50 51</sup>

## O imposto funciona: O exemplo do México

Com um imposto modesto de 10% sobre bebidas açucaradas e a maior taxa de consumo desse tipo de bebidas do mundo, o México teve um aumento de preço e redução de compra significativos.<sup>46 47</sup> Estudos publicados e revisados por pares mostram que o imposto mexicano teve um maior impacto na população de baixa renda e nos que mais consumiam os produtos, conseguindo, assim, beneficiar a saúde dos dois grupos com maiores riscos de saúde: a população de baixa renda, que tem maior probabilidade de ter hipertensão e diabetes não tratadas; e as pessoas que consomem grandes quantidades de bebidas açucaradas. No primeiro ano após a implementação do imposto, a compra de bebidas açucaradas pelo terço mais pobre da população foi reduzida em 17%.<sup>46</sup> Tanto os distribuidores quanto os engarrafadores pagam o imposto mexicano; ele foi implementado de maneira adequada e funciona bem. No segundo ano do imposto, a redução na venda aumentou ainda mais.

Houve, ainda, um aumento significativo de 4% na venda de água engarrafada no México.<sup>46</sup> Não há dados referentes à venda de água em outras formas.

O Reino Unido e outros países agora defendem impostos sobre bebidas açucaradas de 20% ou mais como uma estratégia essencial para conseguir melhorias na saúde. Na verdade, a OMS e outros especialistas dizem que, para trazer impactos, os impostos sobre bebidas açucaradas devem ser maiores que 20%.<sup>8 9</sup> Impostos relacionados a saúde na Hungria e na Dinamarca tiveram como resultado impactos positivos semelhantes ao reduzir a compra de alimentos não saudáveis, da mesma forma que uma taxa sobre alimentos não essenciais fez no México.<sup>52 53 54</sup>

---

## Referências

1. Collaboration NCDRF. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *The Lancet* 2016; 387(10026): 1377-96.
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*; 386(10010): 2287-323.
3. Jaacks LM, Slining MM, Popkin BM. Recent trends in the prevalence of under- and overweight among adolescent girls in low- and middle-income countries. *Pediatric obesity* 2015: n/a-n/a.
4. Barquera S, Campos I, Rivera JA. Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, push backs and future challenges. *Obesity Reviews* 2013; 14: 69-78.
5. Jaime PC, da Silva ACF, Gentil PC, Claro RM, Monteiro CA. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obesity Reviews* 2013; 14: 88-95.
6. Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A, Pillay TD, et al. Obesity risk in rural, urban and rural-to-urban migrants: prospective results of the PERU MIGRANT study. *Int J Obes* 2016; 40(1): 181-5.
7. Kasper NM, Herran OF, Villamor E. Obesity prevalence in Colombian adults is increasing fastest in lower socio-economic status groups and urban residents: results from two nationally representative surveys. *Public Health Nutr* 2014; 17(11): 2398-406.
8. World Cancer Research Fund International. *Curbing global sugar consumption: Effective food policy actions to help promote healthy diets and tackle obesity* 2015. <http://www.wcrf.org/int/policy/our-policy-work/curbing-global-sugar-consumption> (accessed).
9. World Health Organization. *Guideline: Sugar intake for adults and children*. In: WHO Department of Nutrition for Health and Development (NHD), editor. Geneva: WHO; 2015. p. 50.
10. Wise PM, Nattress L, Flammer LJ, Beauchamp GK. Reduced dietary intake of simple sugars alters perceived sweet taste intensity but not perceived pleasantness. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2015.
11. Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, et al. Global, Regional, and National Consumption of Sugar-Sweetened Beverages, Fruit Juices, and Milk: A Systematic Assessment of Beverage Intake in 187 Countries. *PLoS ONE* 2015; 10(8): e0124845.
12. Anand SS, Hawkes C, de Souza RJ, et al. Food Consumption and its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System A Report From the Workshop Convened by the World Heart Federation. *Journal of the American College of Cardiology* 2015; 66(14): 1590-614.
13. Pereira RA, Duffey KJ, Sichieri R, Popkin BM. Sources of excessive saturated fat, trans fat and sugar consumption in Brazil: an analysis of the first Brazilian nationwide individual dietary survey. *Public Health Nutr* 2014; 17(1): 113-21.
14. Barquera S, Hernandez-Barrera L, Tolentino M, et al. Energy intake from beverages is increasing among Mexican adolescents and adults. *J Nutr* 2008; 138(12): 2454-61.
15. Finkelstein EA, DiBonaventura Md, Burgess SM, Hale BC. The Costs of Obesity in the Workplace. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2010; 52(10): 971-6. 10.1097/JOM.0b013e3181f274d2.



16. Popkin BM, Kim S, Rusev ER, Du S, Zizza C. Measuring the full economic costs of diet, physical activity and obesity-related chronic diseases. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity* 2006; 7(3): 271-93.
17. Popkin BM, Hawkes C. Sweetening of the global diet, particularly beverages: patterns, trends, and policy responses. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2016; 4(2): 174-86.
18. Barquera S, Campirano F, Bonvecchio A, Hernández L, Rivera J, opkin B. Caloric beverage consumption patterns in Mexican children. *Nutrition Journal* 2010; 9: 47-56.
19. Pereira R, Souza A, Duffey K, Sichieri A, Popkin B. Beverages consumption in Brazil: results from the first National Dietary Survey. *Public Health Nutrition* 2015; 18(1164-1172).
20. Mattes RD. Dietary compensation by humans for supplemental energy provided as ethanol or carbohydrate in fluids. *Physiol Behav* 1996; 59(1): 179-87.
21. DiMeglio DP, Mattes RD. Liquid versus solid carbohydrate: effects on food intake and body weight. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24(6): 794-800.
22. Mourao DM, Bressan J, Campbell WW, Mattes RD. Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults. *Int J Obes (London)* 2007; 31(11): 1688-95.
23. DellaValle DM, Roe LS, Rolls BJ. Does the consumption of caloric and non-caloric beverages with a meal affect energy intake? *Appetite* 2005; 44(2): 187-93.
24. Te Morenga LA, Howatson AJ, Jones RM, Mann J. Dietary sugars and cardiometabolic risk: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of the effects on blood pressure and lipids. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2014; 100(1): 65-79.
25. Te Morenga L, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *British Medical Journal* 2013; 346: e7492
26. Malik VS, Hu FB. Fructose and Cardiometabolic Health: What the Evidence From Sugar-Sweetened Beverages Tells Us. *Journal of the American College of Cardiology* 2015; 66(14): 1615-24.
27. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nat Rev Endocrinol* 2013; 9(1): 13-27.
28. Malik VS, Pan A, Willett WC, Hu FB. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2013; 98(4): 1084-102.
29. de Koning L, Malik VS, Kellogg MD, Rimm EB, Willett WC, Hu FB. Sweetened Beverage Consumption, Incident Coronary Heart Disease and Biomarkers of Risk in Men. *Circulation* 2012; 125: 1735-41.
30. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, et al. A Randomized Trial of Sugar-Sweetened Beverages and Adolescent Body Weight. *New England Journal of Medicine* 2012; 367(15): 1407-16.
31. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. *New England Journal of Medicine* 2012; 367(15): 1397-406.
32. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, et al. A Randomized Trial of Sugar-Sweetened Beverages and Adolescent Body Weight. *New England Journal of Medicine* 2012; 367(15): 1407-16.
33. de Ruyter JC, Olthof MR, Seidell JC, Katan MB. A Trial of Sugar-free or Sugar-Sweetened Beverages and Body Weight in Children. *New England Journal of Medicine* 2012; 367(15): 1397-406.
34. Pries AM, Huffman SL, Mengkheang K, et al. High use of commercial food products among infants and young children and promotions for these products in Cambodia. *Maternal & Child Nutrition* 2016; 12: 52-63.
35. Pries AM, Huffman SL, Adhikary I, et al. High consumption of commercial food products among children less than 24 months of age and product promotion in Kathmandu Valley, Nepal. *Maternal & Child Nutrition* 2016; 12: 22-37.
36. Feeley AB, Ndeye Coly A, Sy Gueye NY, et al. Promotion and consumption of commercially produced foods among children: situation analysis in an urban setting in Senegal. *Maternal & Child Nutrition* 2016; 12: 64-76.
37. WHO Regional Office for Europe (Nutrition Physical Activity and Obesity Programme ). Using price policies to promote healthier diets. In: Lifecourse DoNDat, editor. Brussels: WHO European Regional Office; 2015. p. 41.
38. U.S. Department of Health and Human Services and the US Department of Agriculture. Scientific Report of the 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee. In: Promotion OoDPaH, editor. Washington DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion USDHHS; 2015. p. 571.
39. Prevention CoAPIo, Institute of Medicine. Measuring Progress in Obesity Prevention: Workshop Report: The National Academies Press; 2012.
40. Institute of Medicine. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?: The National Academies Press; 2006.
41. Johnson RK, Appel LJ, Brands M, et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2009; 120(11): 1011-20.
42. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. *Preventive medicine* 2011; 52(6): 413-6.
43. Andreyeva T, Long MW, Brownell KD. The impact of food prices on consumption: A systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *Am J Public Health* 2009; 100(2): 216-22.
44. Brownell KD, Farley T, Willett WC, et al. The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. *New England Journal of Medicine* 2009; 361(16): 1599-605.
45. Cabrera Escobar MA, Veerman JL, Tollman SM, Bertram MY, Hofman KJ. Evidence that a tax on sugar sweetened beverages reduces the obesity rate: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2013; 13(1): 1-10.
46. Colchero MA, Popkin BM, Rivera JA, Ng SW. Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study. *BMJ* 2016; 352.
47. Colchero MA, Salgado JC, Unar-Munguia M, Molina M, Ng S, Rivera-Dommarco JA. Changes in Prices After an Excise Tax to Sweetened Sugar Beverages Was Implemented in Mexico: Evidence from Urban Areas. *PLoS ONE* 2015; 10(12): e0144408.
48. Brownell KD, Warner KE. The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food? *Milbank Q* 2009; 87(1): 259-94.
49. Warner KE. Tobacco Policy in the United States: Lessons for the Obesity Epidemic. In: Mechanic D, Rogut LB, Colby DC, Knickman JR, eds. *Policy Challenges in Modern Health Care*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2005: 99-114.
50. Chaloupka FJ, Cummings KM, Morley CP, Horan JK. Tax, price and cigarette smoking: evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control* 2002; 11 Suppl 1: 162-72.
51. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tobacco Control* 2000; 9(1): 47-63.
52. Jensen JD, Smed S. The Danish tax on saturated fat – Short run effects on consumption, substitution patterns and consumer prices of fats. *Food Policy* 2013; 42(0): 18-31.
53. Biró A. Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? *Food Policy* 2015; 54: 107-15.
54. Batis C, Rivera JA, Popkin BM, Taillie LS. First-Year Evaluation of Mexico's Tax on Nonessential Energy-Dense Foods: An Observational Study. *PLoS Med* 2016; 13(7): e1002057.