POR QUE TAXAR AS BEBIDAS AÇUCARADAS?

Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável

ACT Promoção da Saúde

O FARDO DA OBESIDADE

NO MUNDO

- A obesidade e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) relacionadas com a nutrição - como a diabetes, as doenças cardíacas e o câncer - são a principal causa de morte e incapacitação no mundo. Em 2015, mais de 2,2 bilhões de pessoas (ou seja, um terço da população mundial) estavam com sobrepeso ou obesas, e essa prevalência está aumentando rapidamente. [1-3]
- A obesidade atualmente é um problema mais grave em países de baixa e média renda do que em países de alta renda. [1, 4-6]
- O excesso de peso corporal foi responsável por aproximadamente 4 milhões de mortes em todo o mundo em 2015. [3]
- A obesidade é um grande fardo para os indivíduos, governantes e para a sociedade porque aumenta significativamente os gastos com cuidados de saúde, é responsável por perda de produtividade provinda de doenças ou incapacitação, reduz a produtividade dos trabalhadores de maneira geral, resulta em aposentadorias precoces e afeta negativamente o bem-estar de várias outras maneiras. [7-9]

NA AMÉRICA LATINA

- As taxas de obesidade na América Latina continuam a aumentar rapidamente. Mais de 50% das mulheres da região na faixa etária de 19 a 50 anos estão com sobrepeso ou obesas, e esses números são ainda maiores para mulheres mais velhas. Dados sobre o sexo masculino estão disponíveis em apenas alguns países, mas mostram taxas semelhantes. [6, 10-14]

NO BRASIL

- Tanto entre adultos, como entre crianças e adolescentes, houve aumento substancial do excesso de peso e da obesidade nas últimas décadas. [15,16]
- O excesso de peso já atinge 56,9% dos adultos brasileiros, e a obesidade, 20,8%. [16] Em 2015, 15,9% dos adolescentes de 13 a 17 anos tinham sobrepeso, e 7,8%, eram obesos. [17]
- No Brasil, as DCNT também aparecem entre os mais importantes problemas de saúde pública. [18] Setenta e quatro por cento das mortes de 2014 foram causadas por DCNTs, em especial doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes. [19]

Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável

ACT Promoção da Saúde

- Nos últimos dez anos, aumentou a proporção de adultos que relataram ter diabetes e hipertensão arterial[20] e já é possível verificar hipertensão entre quase 10% dos adolescentes brasileiros, sendo que um quinto disso é atribuível à obesidade.[21]
- Essas prevalências impactam a economia nacional. Somente em 2011, 2% dos gastos em saúde no Brasil eram relativos à obesidade.[22] Entre as doenças com maior custo relacionado à obesidade estão a diabetes, doença isquêmica do coração, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca.[18]

CONSUMO DE BEBIDAS AÇUCARADAS: UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DA OBESIDADE

- O consumo excessivo de açúcar é uma das principais causas da obesidade e de doenças relacionadas, já que aumenta o risco de diabetes, danos no fígado e no rim, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer.[23,24]

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a World Cancer Research Fund publicaram diretrizes afirmando que o consumo de açúcares adicionados não deveria passar de 10% do consumo total de calorias, sendo preferencialmente menor que 5%.[23,24]

- Em média, uma única garrafa de refrigerante (um dos vários tipos de bebida açucarada) de 600ml tem açúcares adicionados equivalentes a 12% do total de calorias consumidas por um adulto (com uma dieta de 2000 kcal/dia).

- Manter o consumo de açúcar menor que 10% do total de calorias se tornou uma meta global. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a World Cancer Research Fund, a US National Academy of Medicine e outras lideranças globais recomendam grandes reduções no consumo de açúcar.[23-29]

- As bebidas açucaradas são uma fonte significativa de açúcares adicionados. Elas os refrigerantes, chás e sucos industrializados, energéticos, isotônicos e leites e iogurtes com açúcares adicionados.

- O consumo de calorias provenientes de bebidas açucaradas não é compensado por reduções equivalentes de calorias de outros alimentos. Ao bebermos refrigerantes e outras bebidas açucaradas, podemos nos sentir saciados, mas isso não resulta em diminuições no consumo de alimentos, então o consumo total de calorias aumenta.[30-32]

- As bebidas açucaradas frequentemente não têm valor nutricional e, em forma líquida, são particularmente prejudiciais ao corpo. Açúcares em forma líquida são absorvidos pelo fígado mais rápido do que ele consegue processar e liberar, e o excesso, portanto, é armazenado em forma de gordura ou depósitos de glicogênio.[35] Isso pode resultar em doenças hepáticas e maiores riscos de diabetes e outras DCNTs.

- O consumo de bebidas açucaradas leva a maiores riscos de doenças e morte. Essas bebidas são uma das principais causas do aumento de consumo de calorias, de peso e do risco de diabetes, hipertensão, doenças cardíacas e vários outros problemas de saúde.[33-38] Crianças e adolescentes de todas as idades são afetadas negativamente pelo consumo de bebidas açucaradas.[40, 41]

- O consumo de bebidas açucaradas também está relacionado com a nutrição inadequada. Em muitos países da América Latina, Caribe e África, as crianças consomem esse tipo de bebidas durante o desmame, o que causa efeitos negativos no crescimento e na nutrição.[41, 42] Crianças com problemas de crescimento correm um risco muito maior de se tornarem obesas e/ou diabéticas.[43-46]

- O consumo de açúcares provenientes de bebidas açucaradas está crescendo globalmente.[47, 48]

- A população da América Latina consome níveis muito altos de açúcares adicionados (mais do que o triplo do valor recomendado pela OMS).[49, 50] As bebidas açucaradas são a maior fonte de açúcar na dieta da maioria das crianças, adolescentes e adultos jovens da região.[49-52]

BEBIDAS AÇUCARADAS NO BRASIL

O Brasil está indo no caminho oposto às recomendações da OMS.

- A participação de açúcares adicionados consumidos nos domicílios brasileiros chegou ao valor de 16,7% das calorias diárias,[53] o que excede em mais de 50% o valor máximo de consumo de açúcar estabelecido pela OMS. Além disso, esses valores são subestimados, já que 40% da alimentação do brasileiro é realizada fora de casa.[54]

- A composição das fontes de açúcar consumidas pelos brasileiros tem se alterado. Entre 1987-88 e 2008-2009, foi verificada uma menor participação de açúcar de mesa e maior participação do açúcar de refrigerantes e outros produtos ultraprocessados nas regiões metropolitanas.[55] Só entre 1987-88 e 2002-2003, a contribuição de refrigerantes para o total de açúcares de adição aumentou em 200%.[53]

- Um quarto da população adulta brasileira consome refrigerantes e 41% sucos, refrescos ou sucos em pó reconstituídos, segundo dados de consumo alimentar da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009.[56]

- Refrigerantes representam o 5º alimento com maior consumo diário per capita entre adultos brasileiros; sucos, refrescos e sucos em pó reconstituídos estão em 4º lugar.[56]

- O consumo médio de bebidas com adição de açúcar entre adolescentes é maior que o dobro da média dos adultos e idosos no país.[56]

- Entre os adolescentes em idade escolar, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012 mostrou que mais de um terço consome refrigerantes quase diariamente. A maioria (86%) consome ao menos uma vez por semana.[57]

- No Brasil, o refrigerante é o sexto alimento mais consumido entre adolescentes de 12 a 17 anos.[58]

- Mais de 30% das crianças de até dois anos de idade já tomou refrigerante ou suco artificial, conforme aponta a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013.[59]

- Segundo a Euromonitor International, as vendas de bebidas não alcoólicas aumentaram em mais de 30% no país em 13 anos, passando de 69,5 litros per capita anuais, em 2000, para 90,9 litros per capita anuais, em 2013. As bebidas incluíam sucos, bebidas carbonatadas, repositores de energia e chás/cafés prontos para consumo.[60, 61]

A SOLUÇÃO

IMPOSTOS PARA BEBIDAS AÇUCARADAS

- A taxação de bebidas açucaradas traz só vantagens para os países que a implementarem, pois reduz o consumo desse tipo de bebidas ao mesmo tempo em que aumenta a arrecadação de recursos que podem ser usados para financiar outros serviços e iniciativas governamentais.[62]

- Impostos para bebidas açucaradas reduzem seu consumo e a prevalência de doenças e mortes causadas pelo excesso de açúcar. Modelos econômicos que previam diminuições no consumo a partir da taxação foram confirmados por jurisdições reais que implementaram impostos desse tipo.[62-68]

- Além de reduzir significativamente o consumo de bebidas não saudáveis, impostos para bebidas açucaradas também aumentam o consumo de opções saudáveis, como água e leite.[63, 69, 70]

- Impostos para bebidas açucaradas são particularmente eficazes para reduzir o consumo e melhorar a saúde de consumidores de baixa renda, porque esse grupo é mais responsivo a aumentos nos preços.[71] Isso é importante porque pessoas com renda menor costumam sofrer os efeitos negativos da obesidade de maneira desproporcionalmente maior. [72-76]

- A aprovação e implementação de impostos para bebidas açucaradas aumentam a conscientização do público sobre os danos causados por elas e incentiva a indústria de bebidas a reformular seus produtos e disponibilizar opções mais saudáveis.[77-79]

- Além de causarem a diminuição no consumo das bebidas açucaradas, os impostos vão gerar uma receita significativa que pode ser usada para financiar programas de prevenção de besidade e de outras áreas da saúde, aumentando ainda mais o seu impacto.[62, 70, 80, 81]

- No Brasil, estimou-se que, para cada acréscimo em 1% no preço de bebidas açucaradas haveria uma redução de 0,85% nas calorias consumidas dessas bebidas, maior entre as famílias mais pobres. Considerando o consumo dessas bebidas no país, um imposto de 30% por litro geraria 1,6 bilhões de reais (1 bilhão de dólares) de receita fiscal.[82]

OS IMPOSTOS FUNCIONAM: A EXPERIÊNCIA GLOBAL

MÉXICO

O México era o maior consumidor de bebidas açucaradas do mundo. A implementação de um imposto brando de um peso por litro (por volta de 10%) no país em 2014 reduziu efetivamente o consumo desse tipo de bebidas e é aclamado globalmente como uma política de saúde pública bem-sucedida e positiva.

Depois que o imposto foi implementado, o México apresentou uma redução significativa nas compras de bebidas açucaradas, [63, 64] aumentos nas vendas de água[63] e nenhuma alteração referente ao número total de desempregados.[84]

O imposto do México reduziu mais significativamente o consumo da população de baixa renda e dos que consumiam maiores volumes, o que significa que os benefícios foram maiores nos dois grupos que correm mais riscos de sofrer consequências de saúde.[85] Depois do imposto estar em vigor por um ano, as compras de bebidas açucaradas pelo terço mais pobre da população foram reduzidas em 9%, sendo que a média geral do país foi 6%.[63] No segundo ano do imposto, ao contrário de declarações feitas pela indústria, as vendas e compras per capita de bebidas açucaradas continuaram a diminuir.[71]

Pesquisas do México mostram que, depois da implementação do imposto, as bebidas açucaradas começaram a ser substituídas por opções mais saudáveis.[63] Depois do primeiro ano do imposto, as compras de água aumentaram aproximadamente 4%.

Uma redução de 10% no consumo de bebidas açucaradas pelos adultos mexicanos entre 2013 e 2022 resultaria em 189.300 menos casos de diabetes tipo 2, 20.400 menos infartos e ataques cardíacos, 18.900 menos mortes e em uma economia de 983 milhões de dólares no país.[86]

Com base na redução do consumo de bebidas açucaradas no primeiro ano do imposto do México, estima-se que ao final de dez anos a taxação resultará em uma redução média de 2,5% na prevalência de obesidade (sendo que as maiores reduções estarão nos grupos de menor renda).[87]

Melhorias na saúde trazidas pelos impostos sobre bebidas açucaradas beneficiam a economia - em vez de prejudicá-la, como afirmam os que são contra o imposto. Não houve aumento nas taxas totais de desemprego e a saúde e produtividade da população que trabalha podem aumentar.

As taxas de emprego em lojas comerciais de alimentos e bebidas, incluindo no setor de fabricação de bebidas, não diminuíram depois que o imposto sobre bebidas açucaradas foi implementado. Esse resultado foi devido às compras de alimentos e bebidas substitutos, como a água.[84]

OUTROS PAÍSES

Mesmo em Berkeley, na Califórnia, um local de consumidores de bebidas açucaradas com renda alta, o imposto teve impactos positivos na redução de compras e da frequência de consumo desse tipo de bebidas e no aumento das vendas e consumo de água. [72, 88]

A OMS e outros especialistas recomendam que os impostos sobre bebidas açucaradas devem ser de 20% ou maiores para trazer impactos significativos. [89-93]

O Reino Unido, a Irlanda, a Arábia Saudita, os Emirados Árabes Unidos, a Índia e vários outros países já aprovaram impostos sobre bebidas açucaradas de 20% ou mais como uma estratégia essencial para conseguir grandes benefícios para a saúde. [83, 90, 94-96]

As taxações funcionaram para outros produtos não saudáveis. Impostos sobre alimentos não saudáveis na Hungria e na Dinamarca tiveram impactos positivos semelhantes na redução das compras, assim como um imposto sobre alimentos não essenciais no México.[65, 97, 98] Impostos sobre produtos de tabaco também tiveram um papel essencial na redução da prevalência de tabagismo em diversas regiões do mundo.[99]

REFERÊNCIAS

1. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M, 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.
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). 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.
3. The GBD Obesity Collaborators. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. New England Journal of Medicine. ,2017; 377(1): 13-27.
4. N. C. D. Risk Factor Collaboration. 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.
5. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet. 2014.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjöström L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity. 1996; 20(10): 895-903.
10. 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.
11. 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.
12. Jaime PC, da Silva ACF, Gentil PC, Claro RM, Monteiro CA. Brazilian obesity prevention and control initiatives. Obesity Reviews. 2013; 14: 88-95.
13. Carrillo-Larco RM, Bernabe-Ortiz A, Pillay TD, Gilman RH, Sanchez JF, Poterico JA, 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.
14. Popkin BM, Slining MM. New dynamics in global obesity facing low- and middle-income countries. Obesity Reviews. 2013; 14: 11-20.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil, 2008/2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
18. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781): 1949-61.
19. World Health Organization. Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2014. Geneva: WHO; 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 [acesso eletrônico]. 2017a. Disponível em: portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/Comemoracao-10-anos-de-Vigitel---resultados.pdf Acessado em: 10 de maio de 2017.
21. Bloch KV, Klein CH, Szklo M et al. ERICA: prevalências de hipertensão arterial e obesidade em adolescentes brasileiros Revista de Saúde Pública. 2016; 50(supl 1):9s.
22. De Oliveira ML, Santos LMP, Da Silva EM. Direct Healthcare Costo of Obesity in Brazil: na application of the cost-of-ilness method from the perspective of the Public Health System in 2011. PLoS ONE, 2015;10(4):e0121160.
23. World Cancer Research Fund International. Curbing global sugar consumption: Effective food policy actions to help promote healthy diets and tackle obesity. London: WCRF; 2015.
24. 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.
25. 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 Preventio and Health Promotion USDHHS; 2015. p. 571
26. Institute of Medicine Committee on Accelerating Progress in Obesity Prevention. Measuring Progress in Obesity Prevention: Workshop Report: The National Academies Press; 2012.
27. Institute of Medicine. Food Marketing to Children and Youth: Threat or Opportunity?: The National Academies Press; 2006.
28. Johnson RK, Appel LJ, Brands M, Howard BV, Lefevre M, Lustig RH, et al. Dietary sugars intake and cardiovascular health: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009; 120(11): 1011-20.
29. Pan American Health Organization. Plan of Action for the Prevention of Obesity in Children and Adolescents; 2014.
30. Mourao D, Bressan J, Campbell W, Mattes R. Effects of food form on appetite and energy intake in lean and obese young adults. Int J Obes (Lond). 2007; 31(11): 1688-95.
31. 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.
32. 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.
33. 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.

34. 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.
35. 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
36. Malik VS, Willett WC, Hu FB. Global obesity: trends, risk factors and policy implications. Nature reviews Endocrinology. 2013; 9(1): 13-27.
37. 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.
38. 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: 1735-41.
39. 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.
40. Ebbeling CB, Feldman HA, Chomitz VR, Antonelli TA, Gortmaker SL, Osganian SK, et al. A Randomized Trial of Sugar-Sweetened Beverages and Adolescent Body Weight. New England Journal of Medicine. 2012; 367(15): 1407-16.
41. Marriott BM, Campbell L, Hirsch E, Wilson D. Preliminary data from demographic and health surveys on infant feeding in 20 developing countries. The Journal of nutrition. 2007; 137(2): 518S-23S.
42. Zehner E. Promotion and consumption of breastmilk substitutes and infant foods in Cambodia, Nepal, Senegal and Tanzania. Maternal & child nutrition. 2016; 12(S2): 3-7.
43. Adair LS, Fall CH, Osmond C, Stein AD, Martorell R, Ramirez-Zea M, et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies. Lancet. 2013; 382(9891): 525-34.
44. Stein AD, Wang M, Martorell R, Norris SA, Adair LS, Bas I, et al. Growth patterns in early childhood and final attained stature: data from five birth cohorts from low- and middle-income countries. American journal of human biology : the official journal of the Human Biology Council. 2010; 22(3): 353-9.
45. Martorell R, Horta BL, Adair LS, Stein AD, Richter L, Fall CH, et al. Weight gain in the first two years of life is an important predictor of schooling outcomes in pooled analyses from five birth cohorts from low- and middle-income countries. J Nutr. 2010; 140(2): 348-54.
46. Adair LS, Martorell R, Stein AD, Hallal PC, Sachdev HS, Prabhakaran D, et al. Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult blood pressure in 5 low- and middle-income-country cohorts: when does weight gain matter? Am J Clin Nutr. 2009; 89(5): 1383-92.
47. Singh GM, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Lim S, Andrews KG, 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.
48. 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.
49. 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.
50. Barquera S, Hernandez-Barrera L, Tolentino M, Espinosa J, Ng S, Rivera J, et al. Energy intake from beverages is increasing among Mexican adolescents and adults. J Nutr. 2008; 138(12): 2454-61.
51. Barquera S, Campirano F, Bonvecchio A, Hernández L, Rivera J, Popkin B. Caloric beverage consumption patterns in Mexican children. Nutrition Journal 2010; 9: 47-56.
52. 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).
53. Levy RB, Claro RM, Bandoni DH, Mondini L, Monteiro CA. Disponibilidade de "açúcares de adição" no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2012; 15: 3-12.
54. Bezerra IN, Souza AM, Pereira RA, Sichieri R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2013; 47 (Suppl.1).
55. Canella DS, Levy RB, Claro RM et al. Consumo alimentar: muito açúcar (1987-2009). In: Carlos Augusto Monteiro; Renata Bertazzi Levy. (Org.). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: de Geisel a Dilma. 1ed.São Paulo: HUCITEC: NUPENS/USP, 2015: 43-55.
56. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares no Brasil, 2008/2009: análise de consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2012. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
58. Souza AM, Barufaldi LA, Abreu GA et al. ERICA: ingestão de macro e micronutrientes em adolescentes brasileiros Revista de Saúde Pública. 2016; 50(supl 1):5s.
59. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida. Brasil e Grandes Regiões. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
60. Euromonitor International. Passport Global Market Information Database. London: Euromonitor; 2015. Disponível em: http://go.euromonitor.com/Passport-Home
61. Pan American Health Organizaton. Ultra-processed food and drink products in Latn America: Trends, impact on obesity, policy implicatons. Washington, DC: PAHO; 2015.
62. Brownell KD, Farley T, Willett WC, Popkin BM, Chaloupka FJ, Thompson JW, et al. The Public Health and Economic Benefits of Taxing Sugar-Sweetened Beverages. New England Journal of Medicine. 2009; 361(16): 1599-605.
63. 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.
64. Colchero MA, Salgado JC, Unar-Munguía 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.
65. Bíró A. Did the junk food tax make the Hungarians eat healthier? Food Policy. 2015; 54: 107-15.
66. Andreyeva T, Chaloupka FJ, Brownell KD. Estimating the potential of taxes on sugar-sweetened beverages to reduce consumption and generate revenue. Prev Med. 2011; 52(6): 413-6.
67. 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.
68. Escobar MAC, 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.
69. Powell LM, Chriqui JF, Khan T, Wada R, Chaloupka FJ. Assessing the potential effectiveness of food and beverage taxes and subsidies for improving public health: a systematic review of prices, demand and body weight outcomes. Obesity Reviews. 2013; 14(2): 110-28.

70. Silver LD, Ng SW, Ryan-Ibarra S, Taillie LS, Induni M, Miles DR, et al. Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study. PLOS Medicine. 2017; 14(4): e1002283.
71. Colchero MA, Rivera-Dommarco J, Popkin BM, Ng SW. In Mexico, Evidence Of Sustained Consumer Response Two Years After Implementing A Sugar-Sweetened Beverage Tax. Health Affairs. 2017; 36(3): 564-71.
72. Jones-Smith JC, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin BM. Emerging disparities in overweight by educational attainment in Chinese adults (1989-2006). Int J Obes. 2012; 36(6): 866-75.
73. Jones-Smith JC, Gordon-Larsen P, Siddiqi A, Popkin BM. Is the burden of overweight shifting to the poor across the globe[quest] Time trends among women in 39 low- and middle-income countries (1991-2008). Int J Obes. 2012; 36(8): 1114-20.
74. Monteiro CA, Moura EC, Conde WL, Popkin BM. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. Bull World Health Organ. 2004; 82(12): 940-6.
75. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. The Lancet. 381(9866): 585-97.
76. Stevens G, Dias RH, Thomas KJ, Rivera JA, Carvalho N, Barquera S, et al. Characterizing the epidemiological transition in Mexico: national and subnational burden of diseases, injuries, and risk factors. PLoS Med. 2008; 5(6): e125.
77. Donaldson E. Advocating for Sugar-Sweetened Beverage Taxation: A Case Study Of Mexico. Baltimore, Md.: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; 2015.
78. Briggs ADM, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Elhussein A, Rayner M, et al. Health impact assessment of the UK soft drinks industry levy: a comparative risk assessment modelling study. The Lancet Public Health. 2017; 2(1): e15-e22.
79. Roache SA, Gostin LO. The Untapped Power of Soda Taxes: Incentivizing Consumers, Generating Revenue, and Altering Corporate Behavior. International Journal of Health Policy and Management. 2017: -.
80. 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.
81. Go A, Mozaffarian D, Roger V. Sugar-sweetened beverages initiatives can help fight childhood obesity. circulation. 2013; 127: e6-e245.
82. Claro RM, Levy RB, Popkin BM, Monteiro CA. Sugar-sweetened beverage taxes in Brazil. American Journal of Public Health. 2012; 102(1):178–83.
83. Manyema M, Veerman LJ, Chola L, Tugendhaft A, Sartorius B, Labadarios D, et al. The potential impact of a 20% tax on sugar-sweetened beverages on obesity in South African adults: A mathematical model. PloS one. 2014; 9(8): e105287.
84. Guerrero-López CM MM, Juan A. Rivera, Colchero MA.,. Employment changes associated with the implementation of the sugar-sweetened beverage and the nonessential energy dense food taxes in Mexico. In: Mexico NIoPHo, editor. Cuernevaca; 2016.
85. Ng SW JR, BM Popkin, MA Colchero. . Did high purchasers respond differently to the excise tax to sugar sweetened beverages in Mexico. Cuernevaca and Chapel Hill: INSP-UNC; 2016.
86. Sánchez-Romero LM, Penko J, Coxson PG, Fernández A, Mason A, Moran AE, et al. Projected Impact of Mexico's Sugar-Sweetened Beverage Tax Policy on Diabetes and Cardiovascular Disease: A Modeling Study. PLOS Medicine. 2016; 13(11): e1002158.
87. Barrientos-Gutierrez T, Zepeda-Tello R, Rodrigues ER, Colchero-Aragonés A, Rojas-Martínez R, Lazcano-Ponce E, et al. Expected population weight and diabetes impact of the 1-peso-per-litre tax to sugar sweetened beverages in Mexico. PLOS ONE. 2017; 12(5): e0176336.
88. Falbe J, Thompson HR, Becker CM, Rojas N, McCulloch CE, Madsen KA. Impact of the Berkeley Excise Tax on Sugar-Sweetened Beverage Consumption. American Journal of Public Health. 2016: e1-e7.
89. 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.
90. Briggs ADM, Mytton OT, Kehlbacher A, Tiffin R, Rayner M, Scarborough P. Overall and income specific effect on prevalence of overweight and obesity of 20% sugar sweetened drink tax in UK: econometric and comparative risk assessment modelling study. BMJ. 2013; 347.
91. Long MW, Gortmaker SL, Ward ZJ, Resch SC, Moodie ML, Sacks G, et al. Cost Effectiveness of a Sugar-Sweetened Beverage Excise Tax in the U.S. American Journal of Preventive Medicine. 2015; 49(1): 112-23.
92. Veerman JL, Sacks G, Antonopoulos N, Martin J. The Impact of a Tax on Sugar-Sweetened Beverages on Health and Health Care Costs: A Modelling Study. PLoS ONE. 2016; 11(4): e0151460.
93. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. BMC public health. 2017; 17(1): 583.
94. Encarnação R, Lloyd-Williams F, Bromley H, Capewell S. Obesity prevention strategies: could food or soda taxes improve health? The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2016; 46(1): 32-8.
95. Boseley S. Doctors demand a 20% tax on sugary drinks to fight UK obesity epidemic The Guardian. 2015.
96. Donnelly L. Gordhan announces sugar tax. Mail & Guardian. 2016.
97. 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.
98. 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.
99. Jha P, Peto R. Global Effects of Smoking, of Quitting, and of Taxing Tobacco. New England Journal of Medicine. 2014; 370(1): 60-8.

Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável

ACT Promoção da Saúde