

Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool

Introductory concepts of health economics and the social impact of the alcohol misuse

Edilaine Moraes,¹ Geraldo M Campos,² Neliana B Figlie,²
Ronaldo Laranjeira,² Marcos B Ferraz^{3,4}

Resumo

A sociedade brasileira arca, atualmente, com um elevado custo econômico frente aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool. No Brasil, estudos econômicos relacionados ao abuso e/ou dependência química são escassos ou inexistentes, embora exista uma grande limitação de recursos e enormes problemas de saúde decorrentes. Este artigo tem como objetivo introduzir aos profissionais da saúde conceitos fundamentais da Economia da Saúde, tais como: avaliação econômica completa e incompleta, custo da doença, comparação de custos, tipos de avaliação (custo-minimização, custo-efetividade, custo-utility e custo-benefício), pontos de vista da análise (do paciente, da Instituição de Saúde, do Ministério da Saúde ou da sociedade), tipos de custos (diretos, indiretos e intangíveis) e outros. Além disso, serão descritos alguns dados de pesquisas sobre o impacto do consumo de álcool na sociedade brasileira. Não pretendemos esgotar os assuntos tratados, mas sim, enfatizar a necessidade de pesquisas nacionais que aliem a avaliação econômica à dependência alcoólica, tendo por finalidade propiciar o maior ganho de saúde possível, com a menor utilização dos escassos recursos destinados ao sistema saúde, na busca de maior eficiência.

Descritores: Economia da saúde; Política social; Transtornos relacionados ao uso de substâncias; Alcoolismo

Abstract

Brazilian society bears high economic costs in view of the problems resulting from the alcohol consumption. There is a lack of economic studies into alcohol misuse or dependence in Brazil due to the limited financial resources, despite the huge health problems the country has been facing. This paper aims to introduce basic concepts of Health Economics to health care practitioners, such as: Complete and Incomplete Economic Evaluation, Disease Costs, Cost Comparison, Types of Evaluation (cost-minimisation, cost-effectiveness, cost-utility, and cost-benefice), Point of View Analysis (from patient, health institution, Ministry of Health, or society), Types of Costs (direct, indirect and intangible), and other ones. In addition, research data on the impact of the alcohol consumption on the Brazilian society is described. We do not intend to exhaust the subjects addressed in this paper, but emphasise the need for more national researches that link the economic evaluation to the alcohol addiction issue in order to seek maximum efficiency by maximising the health care and minimising the scarce health system resources.

Descriptors: Health economics; Public policy; Substance related disorders; Alcoholism

¹ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

² Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

³ Professor adjunto da Disciplina de Reumatologia, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

⁴ Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo (SP), Brasil

Correspondência

Edilaine Moraes

UNIAD - UNIFESP/EPM - Departamento de Psiquiatria

Rua Botucatu, 591 conjunto 173 - Vila Clementino

04023-062 São Paulo, SP, Brasil

Tel: (55 11) 5083-7760 / 9969-6887

E-mail: nanemoraes@uol.com.br ou edilaine@psiquiatria.epm.br

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo (FAPESP)

Conflito de Interesse: Inexistente

Submetido: 13 Março 2006

Aceito: 19 Julho 2006

Introdução

A etiologia e as conseqüências da Síndrome da Dependência Alcoólica (DA) vêm sendo muito estudadas há algumas décadas. São notórios os problemas de ordem biopsicossocial decorrentes do abuso e/ou dependência alcoólica, que afetam tanto o próprio usuário, quanto seus familiares. São eles: sofrimento e complicações físicas e mentais, desemprego, violência e criminalidade, mortalidade, morbidade, entre outros. Todos estes problemas acarretam, significativamente, um elevado custo econômico para a sociedade.

Apesar da transparência com que estes problemas permeiam a sociedade diariamente, pouco tem sido feito para mensurar, quantitativamente, suas conseqüências em nosso país. Isto pode estar ocorrendo visto ainda não estarmos familiarizados com metodologias específicas para levantamentos de tal magnitude.

Alguns países desenvolvidos já iniciaram pesquisas sobre este tema. Canadá,¹⁻³ Estados Unidos,⁴⁻⁵ Alemanha,⁶ Nova Zelândia,⁷ Reino Unido⁸ e França⁹ vêm estudando o custo social da DA por intermédio de um tipo de avaliação econômica (AE) (considerada incompleta) denominada *cost of illness* (custo da doença).

Com base nos resultados destes estudos, uma das pretensões deste artigo é incitar a curiosidade/preocupação de pesquisadores, profissionais da saúde e tomadores de decisão sobre a necessidade de trazermos para a nossa realidade um aprofundamento de questões tão relevantes para a sociedade, dentro de um embasamento científico.

Uma constatação da necessidade de ampliação desta discussão está no fato de que, atualmente, elementos fundamentais – como os custos indiretos – não estão sendo considerados nas estimativas de custos da DA. Os custos indiretos atingem não só os abusadores/dependentes de álcool, mas também, como exemplo, seus empregadores, que podem ter elevados gastos com perda de produtividade relacionada às doenças, licenças médicas e com o próprio consumo de álcool durante o trabalho.¹⁰

Para termos uma dimensão da importância de apenas este elemento nas estimativas do custo social gerado pelo uso abusivo de álcool, um estudo recente, realizado na Inglaterra, apresentou um custo indireto, gerado pelos abusadores, estimado em 18 milhões de libras esterlinas, gastos anualmente com cuidados sociais e de saúde, perda de produtividade e atividades criminais.¹¹

Tais estudos econômicos relacionados à dependência química ainda são escassos ou inexistentes, tanto no Brasil, quanto em outros países em desenvolvimento.

No entanto, são estes países que apresentam os mais graves problemas de saúde pública, aliados à escassez de recursos a serem investidos. Isto faz com que os tomadores de decisão necessitem conhecer melhor não só os desfechos clínicos de determinado tratamento, mas também quais pacientes seriam mais “custosos” e quais aqueles que mais se beneficiariam com a intervenção, antes da alocação dos poucos recursos disponíveis.¹²

Diante disso, este artigo tem como objetivo principal introduzir e familiarizar os profissionais da saúde, que estejam direta ou indiretamente relacionados a esta problemática e aos conceitos fundamentais da economia da saúde (ES). Não obstante, visa também descrever alguns dados de pesquisa sobre o impacto do abuso de álcool na sociedade brasileira, com a pretensão de justificar a realização de pesquisas nacionais nesta área econômica.

Economia da saúde

A ES, uma especialidade recente no Brasil, procura aliar os conhecimentos adquiridos pela Medicina (segurança do procedimento, eficácia e efetividade da intervenção) ao conceito de eficiência – originado na Economia –, com o objetivo de instrumentalizar os gestores de saúde em suas tomadas de decisão, principalmente quanto a um melhor aproveitamento de recursos frente às necessidades da sociedade.¹³ Desta forma, eficiência na aplicação dos recursos não se torna sinônimo de economia de verbas, mas sim, a melhor alocação dos recursos disponíveis, levando-se em consideração segurança, eficácia e efetividade das intervenções avaliadas.

Na busca pela maximização da eficiência do setor saúde, uma das ferramentas utilizadas é a compreensão da utilização dos recursos, seus custos e os potenciais ganhos de saúde para a população. O conjunto dos estudos que utilizam estes conceitos pode ser chamado de Avaliação Econômica em Saúde (AE).

A AE – um dos instrumentos da ES – é tida como uma ferramenta fundamental para as tomadas de decisão na área de saúde, auxiliando os gestores a observarem o real impacto das doenças na sociedade, tanto do ponto de vista de agravo à saúde, como as conseqüências econômicas para a sociedade decorrentes destas doenças. Tem como objetivo principal auxiliar a tomada de decisão, visando uma melhor alocação dos escassos recursos disponíveis. A AE pode ser classificada como incompleta e completa.

Na AE incompleta, temos os estudos do tipo “custo da doença” (*cost of illness*) e “comparação de custos” (*cost comparison*). No tipo “custo da doença”, estima-se e quantifica-se a utilização de recursos das diversas intervenções propostas para determinada doença, em um período de tempo. Tem como objetivo conhecer o padrão de utilização destes recursos (adequados e/ou inadequados) conforme a melhor evidência tida como cientificamente válida no momento do estudo. Cada recurso é, por sua vez, custeado em termos monetários, o que permite, ao final, termos um custo total da doença para o sistema de saúde. No tipo “comparação de custos”, temos a possibilidade de comparar a utilização de recursos de duas intervenções pré-definidas para uma determinada doença ou condição e, na seqüência, valorar os recursos utilizados, em termos monetários.

A AE completa é o instrumento utilizado pela ES para a análise sistemática e comparativa de duas ou mais intervenções na área da saúde, considerando-se os custos e benefícios proporcionados.¹⁴

Diante da complexidade de seu objetivo, a AE completa deve ser vista sob três diferentes vertentes:¹⁵ 1) tipos de AE; 2) possíveis pontos de vista da análise; e 3) diferentes tipos de custos.

1. Tipos de AE completa: custo-minimização; custo-efetividade; custo-utility e custo-benefício

1) Custo-minimização é a análise realizada quando duas ou mais intervenções proporcionam o mesmo benefício, diferindo apenas em relação aos custos. Sendo assim, apenas os custos seriam considerados, visto que os desfechos são os mesmos. Não é uma análise muito utilizada, uma vez que é raro encontrarmos intervenções que apresentem os mesmos benefícios comprovados cientificamente. Ex: dois tratamentos para alcoolismo que atinjam o mesmo percentual de abstinência, no mesmo período de tempo. Como ambos apresentariam a mesma efetividade, a única variável a ser comparada seria o custo de cada intervenção.

2) Custo-efetividade, mais comumente encontrado na literatura, é utilizado quando as intervenções apresentam desfechos clínicos semelhantes, porém diferenciando-se não só quanto aos custos, mas também quanto à extensão dos efeitos esperados. Ex: um tratamento ambulatorial para alcoolismo que atinge um determinado índice de abstinência, comparado a uma nova intervenção agregada a este tratamento ambulatorial, gerando melhores índices de abstinência. A AE de custo-efetividade irá quantificar o custo adicional que cada unidade percentual ganha no índice de abstinência.

3) Custo-utility evidencia a preferência do indivíduo ou da sociedade por um estado de saúde ou desfechos específicos. O parâmetro mais comumente utilizado é o “*Quality Adjusted Life Years - QALY*” (sobrevida ajustada à qualidade de vida). Este tipo de análise vem adquirindo grande expressão em pesquisas atuais,¹⁶⁻¹⁸ pois possibilita a comparação entre diversas intervenções em diferentes doenças ou especialidades médicas, uma vez que o parâmetro que mensura o ganho de saúde pode ser medido em qualquer condição ou doença. Isto favorece o processo de tomada de decisão pelos gestores de diversas áreas, pois, teoricamente, possibilita uma alocação mais eficiente dos escassos recursos existentes.

4) Custo-benefício é um tipo de análise na qual os resultados são estimados em valores monetários. Devido à dificuldade, complexidade e controvérsias em se valorar a vida humana e determinadas condições de saúde em termos monetários, ainda é uma análise raramente encontrada na literatura.

2. Possíveis pontos de vista – ou perspectivas - da análise

É de fundamental importância para a AE a perspectiva sob a qual a análise de custos é feita. Baseia-se em quem irá arcar com os custos referentes ao programa estudado, além de definir quais serão os recursos (custos) incluídos para a análise. Exemplos de pontos de vista são: do paciente, da instituição de saúde, do Ministério da Saúde, ou, geralmente, da sociedade.

Na perspectiva do paciente, por exemplo, são considerados os custos referentes às consultas (quando pagas por ele), ao transporte entre sua residência ou local de trabalho até o local de tratamento, retorno, entre outros.

No entanto, a perspectiva da sociedade é a mais abrangente, pois considera todos os custos referentes ao programa, independente de quem irá pagar as despesas. Isto faz com que esta perspectiva seja considerada a mais apropriada para embasar as decisões tomadas na área da saúde.

3. Diferentes tipos de custos

Para melhor compreensão deste item, vale ressaltar que os termos *recursos* e *custos* são distintos, embora em todo recurso empregado incida um custo. Os recursos se referem aos procedimentos aplicados e/ou avaliados; os custos se referem aos valores atribuídos a cada recurso. Diante disso, tanto a quantificação do recurso quanto seus custos podem ser encontrados na literatura.

Em uma AE completa, os custos podem ser classificados como diretos, indiretos e intangíveis.^{15,19}

1) Custos diretos: estão diretamente relacionados aos recursos oriundos da intervenção.

São subdivididos em custos médico-hospitalares (custo de medicações, exames, internações, remuneração dos profissionais, consultas médicas e fisioterápicas, cirurgias, entre outros) e custos não médico-hospitalares (transporte de ida e

volta ao tratamento, contratação de terceiros para auxílio no tratamento, entre outros).

2) Custos indiretos: não estão diretamente relacionados à intervenção. No entanto, podem gerar custos tanto para os pacientes e familiares, quanto para empregadores ou para sociedade (ex: a redução/falta de produtividade do usuário e/ou familiar, devido ao tempo despendido para participação no programa de saúde ou de doenças decorrentes).

3) Custos intangíveis: são os mais difíceis de serem medidos ou valorados, pois se referem ao custo do sofrimento físico e/ou psíquico. Dependem, unicamente, da percepção que o paciente tem sobre seus problemas de saúde e as conseqüências sociais, como o isolamento. Geralmente, estes custos não são incluídos nas análises de custos, visto que ainda existe grande controvérsia sobre a metodologia para obtenção dos mesmos.

Para finalizar esta introdução à ES, cabe ressaltar alguns pontos importantes:

1) mesmo se tratando de uma única doença, a comparação entre os custos obtidos por diferentes estudos, em diferentes países, pode servir apenas para avaliarmos a complexidade dos problemas/gastos gerados. Não deve ser utilizada como parâmetro de análise, uma vez que tal comparação dependeria da avaliação de recursos semelhantes (o que raramente ocorre em estudos distintos), do valor destinado ao tratamento desta doença em diferentes países e do valor monetário do ano em que tais estudos foram realizados.¹⁰ Tais constatações já poderiam justificar a necessidade de realização de estudos no Brasil, uma vez que é extremamente difícil extrapolar e considerar válidos, para a nossa realidade, resultados obtidos em outros países;

2) a ES não tem como propósito determinar o que deve ser feito, mas sim, fornecer dados consistentes para que os tomadores de decisão se encontrem suficientemente munidos de informações para melhor alocarem os recursos disponíveis.¹³

O impacto social do abuso de álcool

O consumo de álcool vem se alastrando muito rapidamente, facilitado pelo baixo custo e fácil acesso a todas as camadas sociais, gerando grande preocupação nas comunidades acadêmica, terapêutica, familiar e, em alguns países, também governamental.

No Brasil, entre os anos de 1970 e 1996, ocorreu um acréscimo de 74,53% neste consumo.²⁰ Estima-se que 11,2% da população brasileira seja dependente de álcool. Este índice, dividido por gênero, aponta a dependência em 17,1% da população masculina e 5,7% da população feminina.²¹

Estes dados, que por si só já são preocupantes, tornam-se ainda mais inquietantes quando analisamos a distribuição etária deste consumo: 41,2% de alunos dos ensinos fundamental e médio da rede pública, entre 10 e 12 anos, fizeram uso de álcool.²²

Da mesma forma que o início ocorre cada vez mais precocemente, o consumo de álcool pelos idosos também vem aumentando consideravelmente: 15% dos idosos que procuraram atendimento em determinado ambulatório de Geriatria na cidade de São Paulo apresentavam a condição de dependentes de álcool.²³

No Brasil, o álcool é responsável por 85% das internações decorrentes do uso de drogas;²⁴ 20% das internações em clínica geral e 50% das internações masculinas psiquiátricas.²⁵ Somente entre os anos de 1995 e 1997, as internações decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras

drogas geraram um gasto de 310 milhões de reais.²⁶ Além disso, estudo realizado em Recife, Brasília, Curitiba e Salvador detectou índice de 61% de casos de alcoolemia em pessoas envolvidas em acidentes de trânsito.²⁷

Estudo realizado em 1993, pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), mostrou que o alcoolismo, se comparado a outros problemas de saúde, é responsável por gerar três vezes mais licenças médicas; aumentar em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho; aumentar em oito vezes a utilização de diárias hospitalares, e levar as famílias a recorrerem três vezes mais às assistências médica e social.²⁸

Visto que o aumento do consumo de álcool eleva também a gravidade dos problemas decorrentes, conseqüentemente, o custo social será maior. Dados especulativos, porém relevantes, estimam que o Brasil gaste, anualmente, 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) com conseqüências de problemas relacionados ao álcool - desde o tratamento do paciente, até a perda da produtividade por causa da bebida.²⁹ Considerando-se o PIB brasileiro do ano de 2004 em R\$ 1,769 trilhão,³⁰ tal custo social atingirá a cifra de R\$ 130 bilhões, por ano.

Considerações finais

Cada vez mais, a sociedade brasileira vem sentindo o impacto do custo social gerado pelo uso abusivo de álcool, ao mesmo tempo em que percebe que os investimentos realizados não estão conseguindo reduzir os problemas decorrentes, tais como criminalidade, acidentes, violência doméstica, absenteísmo, desemprego e outros.

A razão para isso pode estar na má alocação dos recursos, uma vez que, no Brasil, ainda não existem parâmetros, baseados em evidências científicas, que sustentem uma correta tomada de decisão.

Em alguns países desenvolvidos, onde também existe a preocupação com os custos sociais gerados pelo abuso e/ou dependência química, tal decisão vem sendo respaldada pela realização de estudos de AE nesta área. Resultados já obtidos por estes estudos demonstram a importância deste tipo de avaliação na tomada de decisão quanto à alocação de recursos em intervenções que possam vir a minimizar, de forma comprovadamente custo-efetiva, a incidência desses custos para a sociedade.

Embora os dados obtidos sejam considerados válidos apenas para os países onde as pesquisas foram realizadas, alguns resultados serão demonstrados, de forma a realçar a importância da AE na DA. Entre outras constatações, já foi verificado que:

- 1) Intervenções de baixo custo podem ser tão efetivas quanto aquelas de custo mais elevado;³¹
- 2) intervenções mais custo-efetivas nem sempre são mais baratas de serem implementadas;¹⁰
- 3) o custo-efetividade de abordagens como a Entrevista Motivacional Breve é maior que em outras intervenções;¹⁷
- 4) desfechos voltados para a saúde, com tratamentos psicossociais - incluindo Entrevista Motivacional e Treinamento de Habilidades Sociais - apresentam redução do custo social.¹⁷

Estes estudos apontam, também, para a necessidade de realização de novas pesquisas de AE, como forma de disseminar e aperfeiçoar a metodologia utilizada e apresentar os problemas metodológicos já enfrentados por outros pesquisadores. Uma crítica apontada por Sindelar diz respeito à utilização, nas AEs, de um único desfecho clínico (p.ex.: abstinên-

cia alcoólica), representante apenas de um custo direto.³² Outros custos, principalmente indiretos (redução da criminalidade ou do absenteísmo, melhora do relacionamento familiar, entre outros), embora sejam os que mais impactam a sociedade, muitas vezes deixam de ser incluídos nas análises, até pela dificuldade de mensuração de mais de um desfecho clínico.

Vale ressaltar que a simples transposição destes achados para a nossa realidade não pode ocorrer, haja vista as diferenças socioculturais e econômicas entre os países. No entanto, permitem uma reflexão sobre a necessidade de obtermos nossos próprios dados a partir destas experiências bem sucedidas, adequando os modelos específicos de AE ao contexto brasileiro.

Dessa forma, os dados obtidos em futuros estudos brasileiros poderão auxiliar os gestores de saúde em processos de tomadas de decisão e, conseqüentemente, na condução das políticas públicas do álcool e na distribuição de verbas, uma vez que estarão respaldadas por um novo e eficiente parâmetro.

Sabemos que, diante da magnitude e complexidade de uma pesquisa de AE, somente ensaios clínicos bem estruturados permitirão a obtenção de dados confiáveis. Sendo assim, uma pesquisa de doutorado (ensaio clínico randomizado) atualmente em andamento na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas, da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD/UNIFESP), em parceria com o Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES/UNIFESP), tem por objetivo avaliar o custo-efetividade da visita domiciliar, como uma intervenção complementar ao tratamento ambulatorial de dependentes de álcool. Os resultados preliminares apontam para a efetividade da intervenção, embora ainda necessite a constatação de sua viabilidade econômica, que será apurada até o final de tal estudo.³³

Diante do que foi exposto até aqui, esperamos ter realçado a importância de estudos científicos que aliem a AE ao uso abusivo e/ou DA, a serem realizados também no Brasil. O objetivo principal desse novo modo de pensar é propiciar o maior ganho de saúde possível, com a menor utilização dos escassos recursos destinados ao sistema saúde.

Outros tópicos importantes, relativos à avaliação econômica no tratamento do alcoolismo, não foram aqui abordados, visto este artigo não ter a intenção de esgotar tais temas, mas sim, exclusivamente, possibilitar ao leitor o acesso às noções introdutórias da ES e a alguns dados referentes ao impacto social do abuso de álcool no Brasil.

Referências

1. Single E. Estimating the costs of substance abuse: implications to the estimation of the costs and benefits of gambling. *J Gambli Studi.* 2003;19(2):215-33.
2. Single E, Robson L, Xie X, Rehm J. The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992. *Addiction.* 1998;93(7):991-1006.
3. Xie X, Rehm J, Single E, Robson L, Paul J. The economic costs of alcohol abuse in Ontario. *Pharmacological Res.* 1998;37(3):241-9.
4. Heien DM, Pittman DJ. The economic costs of alcohol abuse: an assessment of current methods and estimates. *J Stud Alcohol.* 1989;50(6):567-79.
5. Cartwright WS. Costs of drug abuse to society. *J Mental Health Policy Econ.* 1999;2(3):133-4.
6. Brecht JG, Poldrugo F, Schadlich PK. The cost of illness in the Federal Republic of Germany. *Pharmacoeconomics.* 1996;10(8):484-93.

7. Devlin NJ, Scuffham PA, Bunt LJ. The social costs of alcohol abuse in New Zealand. *Addiction*. 1997;92(11):1491-505.
8. Varney SJ, Guest JF. The annual societal costs of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(13):891-907.
9. Reynaud M, Gaudin-Colombel AF, Le Pen C. Two Methods of Estimating Health Costs Linked to Alcoholism in France with a note on social costs. *Alcohol Alcoholism*. 2001;36(1):89-95.
10. Godfrey C, Stewart D, Gossop M. Economic analysis of costs and consequences of the treatment of drug misuse: 2 year outcome data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Addiction*. 2004;99(6):697-707.
11. Leontaridi R. Alcohol misuse: how much does it cost? London: Cabinet Office, 2003. [cited 10march 2006] [Available at: <http://strategy.gov.uk/files/pdf/econ.pdf>].
12. French, MT. Economic evaluation of drug abuse treatment programs: methodology and findings. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1995;21(1):111-35.
13. Ferraz MB. Economia da saúde e Medicina. *Sinop Reumatol*. 2005;4:98-102.
14. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press; 1997.
15. Azevedo AB, Ciconelli RM, Ferraz MB. Tipos de análises econômicas. *Sinop Reumatol*. 2005;4:106-10.
16. Mortimer D, Segal L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: do within-family external effects make a difference? *Alcohol Alcohol*. 2006;41(1):92-8.
17. UKATT Research Team. Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *BMJ*. 2005;331((7516):544-8.
18. Mortimer D, Segal L. Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per QALY estimates. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(6):549-55.
19. Kowalski SC, Ferraz MB. Avaliação da saúde em termos monetários: método de valoração por contingência. *Sinop Reumatol*. 2005;4:117-9.
20. Carlini-Marlatt B. Estratégias Preventivas nas Escolas. In: Seibel SD, Toscano Jr. A, orgs. *Dependência de Drogas*. São Paulo: Atheneu; 2001.
21. Carlini EA, Galduroz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID; 2002.
22. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA, eds. V Levantamento Nacional sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004. São Paulo: CEBRID, 2005.
23. Hirata ES, Almeida OP, Funari RR, Klein EL. Alcoholism in a geriatric outpatient clinic of São Paulo-Brazil. *Int Psychogeriatr*. 1997;9(1):95-103.
24. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID, 2000.
25. Romano M, Laranjeira R. Políticas Públicas para o Álcool. In: Figlie NB, Bordin S, Laranjeira R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2004; p. 513-27.
26. SENAD 2003. *Informações sobre drogas*. [Acessado: 23 jan 2006] [Disponível em: <http://obid.send.gov.br/OBID/Portal/index.jsp?IdPessoaJuridica=>].
27. Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito (ABDETRAN). Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidentes de trânsito. Brasília: CETAD/ RAID; 1997. p. 87.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
29. Scheinberg G. Alcoolismo afeta 15% da população brasileira. *O Estado de S. Paulo*, São Paulo. 1999 set 29; Geral, Saúde, p. A12.
30. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. O valor do PIB em 2004 foi de R\$ 1,8 trilhão e PIB per capita atinge R\$ 9.743. [Acessado em: 2006 jan 25]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=337&id_pagina=1.
31. Godfrey C. Assessing the cost-effectiveness of alcohol services. *J Mental Health*. 1994;3(1):3-21.
32. Sindelar, JL, Jofre-Bonet M, French MT, McLellan T. Cost-effectiveness analysis of addiction treatment: paradoxes of multiple outcomes. *Drug Alcohol Depend*. 2004;73(1):41-50.
33. Moraes E, Campos GM, Silva SP, Figlie NB, Laranjeira R. Visita Domiciliar no tratamento de pacientes dependentes de álcool: dados preliminares. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(4):341-8.