Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021



OCDE

Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021



Este estudo foi publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE. As opiniões expressas e os argumentos utilizados nesta publicação não refletem necessariamente a posição da Organização nem dos Governos de seus países membros.

Este documento e qualquer mapa aqui incluído foi elaborado sem prejuízo do status ou soberania de qualquer território, da delimitação de limites e fronteiras internacionais e do nome do território, cidade ou área.

Os dados estatísticos para Israel são fornecidos por e sob a responsabilidade das autoridades israelenses. O uso desses dados pela OCDE é feito sem prejuízo das colinas de Golã, Jerusalém Oriental e assentamentos israelenses na Cisjordânia, nos termos do direito internacional.

Nota de rodapé da Turquia
As informações deste documento que mencionam “Chipre” referem-se à parte sul da ilha. Não existe uma única autoridade que represente ao mesmo tempo as populações cipriotas turcas e gregas na ilha. A Turquia reconhece a República Turca de Chipre do Norte (RT CN). Enquanto não houver uma solução duradoura e justa no âmbito das Nações Unidas, a Turquia manterá sua posição no que diz respeito à “questão de Chipre”.

Nota de rodapé de todos os Estados membros da União Europeia, da OCDE e da União Europeia
A República de Chipre é reconhecida por todos os membros das Nações Unidas com exceção da Turquia. As informações constantes deste documento referem-se à área sob controle efetivo do Governo da República de Chipre.

Por favor, cite esta publicação como:
OECD (2021), *Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021*, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/f2b7ee85-pt*.

ISBN 978-92-64-85392-8 (impresso)
ISBN 978-92-64-86144-2 (pdf)

Fotografias: Capa: © MoH of Brazil.

As erratas das publicações da OCDE podem ser acessadas online em: *www.oecd.org/about/publishing/corrigenda.htm*.

© OCDE 2021

O uso do conteúdo do presente trabalho, tanto em formato digital quanto impresso, é regido pelos termos e condições seguintes: *http://www.oecd.org/termsandconditions*.

Apresentação

Nos últimos 30 anos, o Brasil desenvolveu políticas para alcançar a cobertura universal de saúde. A Constituição Federal de 1988 deu origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS) e, desde o seu início, praticamente toda a população é formalmente atendida pelo setor público de saúde, com benefícios e proteção financeira igualitários. Consequentemente, o Brasil obteve uma melhora significativa na maioria dos indicadores de saúde da população em geral, aumentou o acesso aos serviços de saúde e reduziu as desigualdades nessa área. A expectativa de vida ao nascer aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. A taxa de mortalidade infantil diminuiu em 60%, de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A taxa de mortalidade materna também teve uma diminuição de 13 pontos percentuais no mesmo período.

No entanto, a mobilização de financiamento suficiente para a garantia da cobertura universal de saúde do SUS tem sido um desafio constante, e as ineficiências persistentes no uso dos recursos do sistema de saúde brasileiro não têm ajudado. Embora o Brasil gaste muito com saúde (9,6% do PIB em 2019 – mais do que a média da OCDE de 8,8%), 60% desse gasto é privado, deixando o Sistema Único de Saúde subfinanciado. Além disso, as projeções da OCDE indicam que as despesas com saúde devem aumentar para 12,6% do PIB até 2040, com base nas tendências demográficas e tecnológicas, no aumento da renda e na produtividade do setor de saúde.

Dada a situação econômica e fiscal desafiadora, é necessária uma reflexão importante para garantir mais recursos para o Sistema Único de Saúde brasileiro. Fundamentalmente, o Brasil precisará gastar mais e melhor em seu sistema de saúde pública para que tais despesas sejam mais eficazes para atingir as metas do sistema, sustentáveis no futuro, e possuam maior capacidade de enfrentar grandes emergências de saúde, como a COVID-19. Isso inclui a modernização do setor de atenção primária à saúde, ainda caracterizado por problemas persistentes na coordenação do atendimento em todos os níveis de serviço e com muitos pacientes que ignoram a atenção primária à saúde para buscar atendimento diretamente em clínicas especializadas ambulatoriais e hospitais. Existem também ineficiências generalizadas na prestação de serviços hospitalares no Brasil que poderiam ser combatidas, como o excesso de capacidade em períodos que não sejam caracterizados como emergência sanitária. Em 2019, apenas cerca de 52% dos leitos hospitalares eram, em média, usados para tratamento, muito abaixo da média da OCDE de 76%. Ao mesmo tempo, o Brasil também enfrentará o desafio de lidar com as necessidades futuras de longo prazo no contexto do envelhecimento da população. Estima-se que a proporção da população com 65 anos ou mais aumentará de 8,9% em 2017 para 21,9% em 2050. Será vital fazer a transição para um atendimento de cuidados de longo prazo mais formal, que atualmente não está em vigor ou existe de forma residual. Por fim, vários indicadores preocupantes apontam para a necessidade urgente de uma melhor prevenção e de uma estratégia aprimorada de saúde pública, principalmente para abordar os fatores de risco cada vez maiores para a saúde, como o consumo prejudicial de álcool e, sobretudo, o sobrepeso, que é um fator de risco conhecido não apenas para doenças crônicas não transmissíveis, mas também para infecção grave de COVID-19.

Pensando no futuro, a criação de um sistema de saúde eficiente e sustentável é um objetivo que só pode ser alcançado pelo Brasil por meio do uso inteligente de dados e de tecnologias digitais, exigindo ações

políticas adequadas e supervisão . A coleta, a vinculação (ou pareamento) e a análise de dados de saúde mais amplos e aprimorados trarão ganhos e percepções significativos para o planejamento e a gestão da prestação de serviços no SUS. Isso permitiria desenvolver um sistema de saúde mais digitalizado e alcançar uma melhor compreensão do custo e da eficácia dos tratamentos médicos e dos serviços de saúde.

Esta avaliação foi elaborada pelo Secretariado da OCDE baseando-se em evidências técnicas e práticas recomendadas dos sistemas de saúde da OCDE a fim de auxiliar o Brasil no fortalecimento do desempenho de seu sistema de saúde. Ela usa indicadores e estruturas de política reconhecidos internacionalmente para analisar o desempenho do sistema de saúde brasileiro e aponta para as principais ações que o Brasil deve considerar com o objetivo de aprimorar a eficiência e a sustentabilidade do financiamento, atualizar sua infraestrutura de dados de saúde para otimizar uma transformação digital e abordar os principais fatores de risco populacionais, como sobrepeso e consumo prejudicial de álcool.

Agradecimentos

Este relatório foi conduzido e elaborado por Caroline Berchet, Cristian Herrera e Frederico Guanais. Os outros autores foram Michael Mueller e Gabriel Di Paolantonio. Tom Raitzik Zonenschein e Angel Eugenio Benitez Collan contribuíram com assistência de pesquisa e Tom Raitzik Zonenschein realizou a revisão editorial da tradução para o português. Os autores também desejam agradecer a Mark Pearson e Francesca Colombo, da Diretoria de Emprego, Trabalho e Assuntos Sociais da OCDE, e a Arnold Jens, do Departamento de Economia. Agradecem também a Liv Gudmundson e a Lucy Hulett pela contribuição editorial, a Hannah Whybrow pela assistência administrativa e a Guillaume Haquin pelo apoio na administração de recursos. O primeiro Capítulo do relatório foi editado por Romy de Courtay. A conclusão deste relatório não teria sido possível sem o amplo apoio das autoridades brasileiras.

Este relatório e sua publicação conjunta “Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil” se beneficiaram da expertise e materiais fornecidos por diversas gestores e técnicos públicos de saúde, profissionais de saúde, da sociedade civil, partes interessadas do ramo industrial e outros especialistas em saúde, os quais a equipe da OCDE entrevistou durante uma missão de pesquisa virtual em fevereiro e março de 2021 e em teleconferências bilaterais.

Ambos os estudos gostariam de agradecer aos representantes do Ministério da Saúde, incluindo Ana Maria Cavalcante de Lima, Ana Maria Thomáz Maya Martins, Anna Carvalho, Anna Paula Hormes, Ariene Carmo, Camila Secundo, Carolina Palhares, Caroline Martins, Corah Prado, Dalila Tusset, Daniela Palma Araujo, Darcio Guedes, Dressiane Zanardi Pereira, Eduardo Augusto Fernandes Nilson, Eduardo David Gomes, Eduardo Nilson, Erika Almeida, Everton Macedo Silva, Gisele Bortolini, Graziela Tavares, Joao Ameno, João Batista Freitas, Karla Larica Wanderley, Katia Gomes, Ludimila Oliveira dos Santos, Ludimyla Rodrigues, Magali Cristini Casola Kumbier, Magali Kumbier, Márcia Elizabeth Marinho da Silva, Márcia Jovanovic, Maria Gerlivia de Melo Angelim, Marize Brasil, Marize Lima de Sousa Holanda Biazotto, Myrian Cruz, Olivia Lucena de Medeiros, Paloma Abelin Saldanha Marinho, Paula Sandreschi, Rebeca Carmo de Souza Cruz, Renata Gomes Soares, Rizoneide Gomes de Oliveira, Roseilton Santana Santos, Suzane Maria da Costa Araújo, Thais Coutinho de Oliveira, Vania Canuto e Wendel Rodrigo Teixeira Pimentel; representantes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, incluindo Freire Baeta, Paula Mendes, Renata de Morais Souza , Ricardo Eccard da Silva, Rodrigo Martins de Vargas , Thalita Antony de Souza Lima e Tiago Lanius Rauber; Katia Audi, da Agência Nacional de Saúde Suplementar; Maria Angélica Borges dos Santos, da Fundação Oswaldo Cruz; Itamar Bento Claroe Renata Maciel, do Instituto Nacional do Câncer; Roseli Alves, do Ministério da Educação; Elis Viviane Hoffman, do Ministério da Cidadania; Carlos Vitor Müller, Eduardo Marcusso, Hugo Caruso e Nilton de Morais, do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Luciana Mendes Santos Servo, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

Os estudos também agradecem Aliadne Sousa, Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior, Eliana Maria Ribeiro Dourado, Everton Macêdo, Fernando Passos Cupertino de Barros, Heber Dobis Bernarde, Maria José Oliveira Evangelista, Nereu Henrique Mansano, René José Moreira dos Santos e Rita de Cássia Bertão Cataneli, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Blenda Pereira, Cristiane Martins Pantaleão, Diogo Demarchi, Marcela Alvarenga e Marizelia Leão Moreira, do Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde; Priscilla Viégas, do Conselho Nacional de Saúde; Vinicius Guimarães, do Tribunal de Contas da União; Aline Pinto Guedes, André Tavares, Cristina Shimoda, Davi Iguatu, Fernanda Costa Nunes, Jairo Vinícius Pinto, Katiana Teléfora, Maristela da Costa Sousa e Suelen Letícia Gonçalo, de governos estaduais e municipais.

Paula Johns e Luis Gustavo Kiatake forneceram perspectivas por parte da sociedade civil; e Alexandre Novachi, Anna Paula Alves, Laura Cury, Márcio Maciel, Marina Mantovani e Raquel Salgado forneceram perspectivas do setor empresarial. Demais conhecimentos inestimáveis foram obtidos ao longo de entrevistas com especialistas advindos da academia, think tanks e organizações internacionais, incluindo Adriano Massuda, Alexandre Lemgruber, André Médici, Daniel Soranz, Edson Araujo, Erno Harzheim, Fátima Marinho, James Macinko, Jonas Silveira, Márcia Rocha, Mário Dal Poz, Michael Duncan, Miguel Lago, Renato Tasca e Rudi Rocha.

A equipe responsável pelo presente estudo gostaria de agradecer em especial aos representantes de relações internacionais do Ministério da Saúde e, em particular, a Cristina Vieira Machado Alexandre, Marina Moreira Costa Pittella e Rafaela Beatriz Moreira Batista. A delegação brasileira junto às organizações econômicas internacionais em Paris, em especial Andrezza Brandão Barbosa e Gustavo Gerlach da Silva Ziemath providenciou suporte para estes estudos. Ambos os estudos também se beneficiaram de comentários por parte das autoridades brasileiras e especialistas, os quais revisaram versões prévias.

Índice

Apresentação 3

Agradecimentos 5

Siglas e abreviações 11

Sumário executivo 14

1 Avaliação e recomendações para o sistema de saúde no Brasil 17
1.1. O sistema de saúde do Brasil tem progredido continuamente em direção à cobertura universal 23
1.2. Como melhorar a eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro 26
1.3. Fortalecimento do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil 30
1.4. Combate ao sobrepeso no Brasil 33
1.5. Reduzindo o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil 36
Referências 40

2 A organização do sistema de saúde no Brasil e suas necessidades 43
2.1. Introdução 44
2.2. A saúde e suas necessidades no Brasil 44
2.3. Avanços do Brasil rumo à cobertura universal de saúde 51
2.4. Os principais atores do setor de saúde brasileiro 55
2.5. Conclusão 63
Referências 63
Observações 66

3 Sustentabilidade financeira dos gastos e eficiência no setor da saúde 67
3.1. Introdução 68
3.2. Gastos e financiamento no setor da saúde no Brasil 68
3.3. Despesas com a saúde em relação ao financiamento do governo no Brasil 75
3.4. Existe potencial para aumentar os gastos privados com a saúde no Brasil? 80
3.5. Onde podem ser encontrados ganhos de eficiência no sistema de saúde brasileiro? 83
3.6. Conclusão 105
Referências 107
Observações 112

4 Sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil 116
4.1. Introdução 117

4.2. O sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil 117
4.3. Comparando o desenvolvimento e a governança de dados de saúde do Brasil com os países da OCDE 123
4.4. Defasagens de coleta e disponibilidade de dados entre o Brasil e os países-membros da OCDE 129
4.5. Rumo a um sistema de saúde baseado em informações para uma sustentabilidade mais forte 133
4.6. Conclusão 141
Referências 142

5 Aspectos econômicos do sobrepeso no Brasil 145
5.1. Introdução 146
5.2. Impacto do sobrepeso e da obesidade na economia e na saúde no Brasil 146
5.3. O Brasil tem empreendido esforços para controlar o sobrepeso 153
5.4. Avançando em direção a uma resposta abrangente multissetorial visando aos principais determinantes de sobrepeso 158
5.5. Conclusão 171
Referências 172

6 Aspectos econômicos do consumo de álcool no Brasil 181
6.1. Introdução 182
6.2. Consumo de álcool e suas consequências no Brasil 183
6.3. O Brasil tem adotado políticas importantes e eficazes de controle do álcool 192
6.4. Um pacote de políticas públicas abrangente pode contribuir para reduzir ainda mais o consumo de álcool e suas consequências nocivas no Brasil 197
6.5. Conclusão 209
Referências 210
Observações 218

FIGURAS

Figura 2.1. A expectativa de vida ao nascer aumentou no Brasil, mas permanece cinco anos abaixo da média da OCDE 45
Figura 2.2. Estima-se que o Brasil passará por um rápido processo de envelhecimento da população com uma diminuição na proporção dos habitantes em idade ativa até 2050 46
Figura 2.3. Níveis do PIB e desigualdade de renda no Brasil nos últimos 20 anos 47
Figura 2.4. Os indicadores de bem-estar do Brasil destacam os desafios em comparação com as médias da OCDE 47
Figura 2.5. Desemprego no Brasil e em países da OCDE, 2007-20 48
Figura 2.6. Evolução da taxa de mortalidade da COVID 19 no Brasil e em países selecionados da OCDE entre março de 2020 e 31 de outubro de 2021 49
Figura 2.7. Doenças crônicas não transmissíveis causam a maior parte das mortes no Brasil e na OCDE 50
Figura 2.8. As desigualdades socioeconômicas na saúde são enormes no Brasil 52
Figura 2.9. Desigualdades geográficas na saúde na taxa de mortalidade infantil no Brasil, 1990 a 2015 53
Figura 2.10. Consultas médicas no ano passado na população com e sem seguro saúde privado no Brasil e em países da OCDE, 2019 (ou último ano) 54
Figura 2.11. Evolução dos desembolsos diretos das famílias como um percentual das despesas atuais no setor de saúde no Brasil, 2000-19 55
Figura 2.12. Organização geral do sistema de saúde brasileiro 56
Figura 2.13. Plano de saúde privado duplicado no Brasil e em países selecionados da OCDE, 2010-19 60
Figura 2.14. A proporção de leitos em hospitais públicos no Brasil é muito menor do que em países da OCDE 61
Figura 2.15. Médicos em exercício por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19 (ou o último ano disponível) 62

Figura 2.16. Enfermeiros por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19 62
Figura 3.1. Gastos com a saúde no Brasil e em países selecionados (2000-19) 69
Figura 3.2. Composição dos gastos com a saúde pelos principais regimes de financiamento no Brasil e em países selecionados, 2019 ou no último ano disponível 70
Figura 3.3. Composição de todos os gastos com a saúde por tipo de serviço no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019) 71
Figura 3.4. Alcance da cobertura no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019) 72
Figura 3.5. Gastos com a saúde como proporção do PIB no Brasil e nos países da OCDE (2017-40) 75
Figura 3.6. Despesas totais do governo como porcentagem do PIB (2019) 76
Figure 3.7. Despesas com saúde de fontes públicas como parte das despesas totais do governo, 2019 (ou ano mais recente) 78
Figura 3.8. Seguro de saúde privado voluntário no Brasil e em alguns países da OCDE em 2019 ou no ano anterior 82
Figure 3.9. Categorias de desperdício mapeadas para os participantes e causas envolvidos 85
Figura 3.10. Gastos com atendimento médico básico como parcela dos gastos atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo) 86
Figura 3.11. Leitos hospitalares por cada 1.000 habitantes (2019 ou no ano mais próximo) 90
Figura 3.12 Taxas de cesariana (2019 ou ano mais próximo) 94
Figura 3.13. Volume e participação de valor de genéricos no mercado de varejo farmacêutico em países selecionados 97
Figura 3.14. Custos de administração como parcela das despesas atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo) 100
Figura 3.15. Nível percebido de corrupção na área médica e de saúde (2013) no Brasil e em países selecionados da OCDE 104
Figura 4.1.Estrutura do DATASUS 118
Figura 4.2. Distribuição do desempenho geral dos países no desenvolvimento, na maturidade e no uso dos dados de saúde e na governança dos conjuntos de dados de saúde 125
Figura 4.3. Distribuição dos países que responderam aos questionários de Resultados de Qualidade da Saúde, 2020-21 132
Figura 5.1. Adultos com sobrepeso, 2006-16 146
Figura 5.2. Crianças com sobrepeso no Brasil e em países da OCDE, 2006-16 147
Figura 5.3. Consumo de frutas e vegetais no Brasil e países da OCDE, 2018 148
Figura 5.4. Consumo de açúcar no Brasil e países da OCDE, 2001-27 148
Figura 5.5. Prevalência de níveis insuficientes de atividade física entre adultos no Brasil e nos países da OCDE, 2016 149
Figura 5.6. O impacto do sobrepeso na mortalidade prematura no Brasil e nos países da OCDE 150
Figura 5.7. O impacto do sobrepeso na expectativa de vida no Brasil e nos países da OCDE 150
Figura 5.8. Despesas com saúde associadas ao sobrepeso no Brasil e nos países da OCDE 151
Figura 5.9. O impacto do sobrepeso no PIB no Brasil e nos países da OCDE 152
Figura 5.10. Impacto econômico do sobrepeso no mercado de trabalho 152
Figura 5.11. Políticas de rotulagem nutricional para alimentos pré-embalados no Brasil e nos países da OCDE 155
Figura 5.12. Novo design de rótulo no Brasil a ser aplicado a partir de outubro de 2022 156
Figura 5.13. Padrões nutricionais escolares 157
Figura 5.14. Políticas que restringem publicidade dirigida a crianças na televisão 170
Figura 6.1. Consumo de álcool por gênero no Brasil, média da OCDE e ALC (2018) 183
Figura 6.2. Prevalência de abstêmios por sexo, Brasil e OCDE 184
Figura 6.3. Mudança por gênero no consumo de álcool ao longo do tempo no Brasil e nos países da OCDE 185
Figura 6.4. Consumo de álcool por tipo de bebida no Brasil e nos países da OCDE 186
Figura 6.5. Prevalência do consumo esporádico de álcool em quantidade alta no Brasil e nos países da OCDE 187
Figura 6.6. Prevalência da dependência do álcool no Brasil e nos países da OCDE 187
Figura 6.7. O impacto do consumo de álcool na mortalidade prematura 188
Figura 6.8. O impacto do consumo de álcool na expectativa de vida 189
Figura 6.9. Impacto econômico de doenças causadas pelo consumo de álcool no emprego e na produtividade 190
Figura 6.10. O impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool no PIB 191
Figura 6.11. Aumento do imposto per capita equivalente devido a doenças causadas pelo consumo de álcool 192
Figura 6.12. Idade mínima legal para comprar álcool no Brasil e nos países da OCDE 194
Figura 6.13. Limites de CAS para a população em geral no Brasil e nos países da OCDE 195
Figura 6.14. Restrições à publicidade na televisão de cerveja e vinho no Brasil e nos países da OCDE 202
Figura 6.15. Restrições de publicidade em mídia social no Brasil e nos países da OCDE 203

Figura 6.16. Restrições ao patrocínio esportivo para marcas de álcool no Brasil e nos países da OCDE 205
Figura 6.17. Diretrizes nacionais para prevenção e redução de problemas relacionados ao álcool em escolas 209

TABELAS

Tabela 1.1. Principais indicadores do sistema de saúde no Brasil e na OCDE, 2019 (ou último ano disponível) 19
Tabela 2.1. Esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCI) no Brasil, 2019 51
Tabela 4.1. Elementos de Governança de Dados de Saúde Nacional 124
Tabela 4.2. Indicadores baseados em vínculos de registros usados para monitorar regularmente a qualidade da saúde ou o desempenho de seu sistema 127
Tabela 4.3. Disponibilidade de dados das Estatísticas de Saúde da OCDE para os países-membros e o Brasil, 2020 130

Acompanhe as publicações da OCDE por:




http://twitter.com/OECD_Pubs


http://www.facebook.com/OECDPublications


http://www.linkedin.com/groups/OECD-Publications-4645871


http://www.youtube.com/oecdilibrary



http://www.oecd.org/oecddirect/

Siglas e abreviações

ABIA	Associação Brasileira da Indústria de Alimentos
ABV	Álcool por volume
ACO	Accountable Care Organisation
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AGT	Ácidos graxos trans
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
ALC	América Latina e Cari
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
AUP	Alimentos ultraprocessados
AVD	Atividades da vida diária
BHBM	Be He@lthy, Be Mobile
CAISAN	Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAS	Concentração de álcool no sangue
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CIAN	Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição do Conselho Nacional de Saúde
CIINFO	Comitê de Informação e Informática em Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMM	Campanhas em mídia de massa
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional da Saúde
COFINS	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
CONANDA	Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONAR	Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CUS	Cobertura universal de saúde
C4NE	Comitê Científico de Combate ao Coronavírus
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNT	Doença não transmissível
EC	Emenda Constitucional
ECAF	Equivalente de calorias em atividade física
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família

EIPCO	Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade
EV	Expectativa de vida
EVCI	Esperança de vida corrigida por incapacidade
FFS	Pagamento por serviço
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
G20	Grupo dos 20
GAD	Guia Alimentar Digital
GBP	Libra Esterlina
GRD	Grupos Relacionados em Diagnósticos
HALE	Expectativa de vida saudável
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL+S	Lista de ingredientes mais símbolos destacados
IPRJ	Imposto de renda de pessoa jurídica
IRPF	Imposto de renda da pessoa física
IVA	Imposto sobre o valor agregado
MAC	Média e Alta Complexidade
mHealth	Saúde móvel
MP	Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão
MPHS	Serviço de saúde multifuncional
NHS	National Health Service
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OSS	Organizações Sociais de Saúde
PD	Pagamentos diversos
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PIB	Produto Interno Bruto
PIS	Programa de Integração Social
PSP	Plano de Saúde Privado
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PME	Pequenas e médias empresas
PMU	Preço mínimo unitário
PNAD Contínua	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPA	Plano Plurianual
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PSE	Programa Saúde na Escola
R$	Real
RAPS	Rede de Ação Política pela Sustentabilidade
RAS	Redes de atenção à saúde
RCL	Receita Corrente Líquida
RNDS	Rede Nacional de Dados em Saúde
SESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
SIGTAB	Tabela de taxas nacional
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SSB	Bebidas adoçadas com açúcar
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TIB	Triagem e intervenção breve
UBS	Unidades básicas de saúde
UIT	União Internacional de Telecomunicações
UNESDA	Union of European Beverages Associations
US$	Dólar Norte-Americano

Sumário executivo

No Brasil, a criação e a implementação do SUS é considerada uma história de sucesso para a extensão da cobertura de saúde a grupos populacionais desfavorecidos que antes não tinham acesso a tais serviços. Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, que deu origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS), praticamente toda a população é atendida formalmente pelo setor público de saúde, com benefícios e proteção financeira igualitários. A reorganização e o fortalecimento da atenção primária à saúde tem sido um componente fundamental desse sucesso. A Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos maiores programas de atenção primária à saúde para comunidades do mundo, aumentou com sucesso a cobertura populacional, melhorou os principais resultados de saúde e reduziu as desigualdades na saúde. As taxas de mortalidade infantil diminuíram 60% nas últimas duas décadas, de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A expectativa de vida ao nascer também aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. A taxa de mortalidade materna também teve uma diminuição de 13 pontos percentuais no mesmo período.

No entanto, a mobilização de financiamento suficiente para a garantia de cobertura universal de saúde do SUS tem sido um desafio constante, e as ineficiências persistentes no uso dos recursos do sistema de saúde brasileiro não ajudam. Embora o Brasil gaste muito com saúde (9,6% do PIB em 2019 – mais do que a média da OCDE de 8,8%), 60% desse gasto é privado, por meio de plano de saúde privado voluntário ou pagamentos diretos pelas famílias, deixando o Sistema Único de Saúde subfinanciado. Em 2019, 25% das despesas com saúde foram financiados por desembolsos diretos das famílias (acima da média da OCDE de 20%), enquanto apenas 9% de todos os gastos no varejo farmacêutico foram financiados por dispositivos públicos no Brasil (em comparação com 58% em todos os países da OCDE). Isso sinaliza, até certo ponto, uma falha dos acordos atuais para fornecer uma cobertura de saúde eficaz.

Ao mesmo tempo, o Brasil passa por uma profunda transição demográfica e epidemiológica. Em 2050, prevê-se que 21,9% de sua população terá 65 anos ou mais, em comparação com 8,9% em 2017. O crescimento das condições crônicas também será exacerbado pelo aumento das taxas de obesidade, inatividade física de adultos e crianças e outros estilos de vida pouco saudáveis que já estão disseminados no país. Projeções recentes sugerem que as despesas com saúde no Brasil aumentarão para 12,5% do produto interno bruto até 2040 (em comparação com 9,6% em 2019). Para enfrentar as pressões de gastos cada vez maiores e garantir que as necessidades futuras de saúde sejam atendidas, a eficiência e a sustentabilidade dos gastos, além da qualidade do serviço em todas as áreas do sistema de saúde, devem melhorar urgentemente. Nesse contexto, o presente Estudo identifica oportunidades para o Brasil fortalecer o desempenho do sistema de saúde, principalmente através de uma melhora na eficiência e sustentabilidade do financiamento, a atualização de sua infraestrutura de dados de saúde a fim de otimizar uma transformação digital e a abordagem dos principais fatores de risco da população, como sobrepeso e consumo prejudicial de álcool.

Para enfrentar os desafios de saúde do Brasil de modo eficiente e sustentável, existem algumas possibilidades de disponibilizar mais gastos públicos à saúde sem comprometer o caminho para a recuperação fiscal. Dado o atual clima econômico no Brasil, novas fontes de despesas com saúde no nível federal poderiam ser geradas pela realocação de gastos de outras áreas de fora da saúde para o

SUS. O ajuste das regras de indexação de alguns programas sociais e salários públicos ou a redução da dedutibilidade tributária das despesas com saúde privada e o reinvestimento dessas economias no SUS são estratégias que não devem ser subestimadas para disponibilizar mais gastos públicos. Também existe um grande potencial para ganhos de eficiência em todo o sistema de saúde. É necessário continuar com os esforços contínuos para modernizar a atenção primária à saúde, principalmente para garantir a maior coordenação do atendimento em seus diferentes níveis. Esse tópico é abordado com mais detalhes na publicação *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil.* O planejamento da prestação de serviços em hospitais brasileiros também deve ser repensado, com a readequação de pequenos hospitais em unidades de cuidados intermediários e a implementação de um melhor sistema de pagamento para incentivar o desempenho hospitalar. Ao mesmo tempo, a mudança dos processos de aquisição de produtos farmacêuticos, e a revisão das políticas de regulação de preços e de substituição de produtos são ações essenciais para melhorar o acesso a medicamentos essenciais. Por fim, o Brasil deve começar a investir em planos mais formais de cuidados de longo prazo imediatamente.

Para gerar ganhos de eficiência, o Brasil precisa de uma forte infraestrutura de informações de saúde e uso eficaz desses dados. O país já coleta uma grande quantidade de dados digitais de saúde, mas ele fica atrás dos países da OCDE no que tange à disponibilidade de dados, relatórios, governança e integração. Em especial, são necessários mais esforços para identificar pacientes de maneira exclusiva e acompanhá-los no sistema de saúde. Dada a estrutura política do Brasil como uma república federativa, um componente essencial do funcionamento eficiente da governança de dados e responsabilização é a integração e coordenação nos níveis da União, dos estados e municípios. Ao mesmo tempo, a capacitação por meio do acesso à infraestrutura essencial, ao treinamento, incentivos econômicos e uma maior padronização dos dados serão vitais para aprimorar os procedimentos e a confiabilidade da coleta de informações. Isso virá acompanhando da tomada de decisão baseada em evidências e de pesquisas de saúde impactantes no Brasil. A infraestrutura de informação em saúde também poderia ser aprimorada por uma participação mais plena nas iniciativas internacionais de *benchmarking*, como o Sistema de Contas de Saúde da OCDE ou Indicadores de Qualidade de Assistência à Saúde, e a adesão à Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde.

Em 2016, mais da metade dos brasileiros (56%) tiveram sobrepeso, um desafio cada vez maior para a saúde pública no Brasil. Essa população possui hábitos de consumo alimentar menos saudáveis do que os países da OCDE, principalmente em relação ao consumo de açúcar. Ao mesmo tempo, a prevalência de atividade física insuficiente no Brasil cresceu 15% entre 2001 e 2016. Embora o Brasil tenha começado a abordar a questão do sobrepeso em uma série de políticas e programas, o país poderia almejar uma resposta abrangente multissetorial mais ambiciosa. Em primeiro lugar, o país deve buscar uma melhor influência nos estilos de vida por meio da informação e da educação, introduzindo rótulos nos menus em restaurantes, campanhas estruturadas em mídia de massa, aplicativos de celular bem regulamentados e promovendo a prescrição de atividades físicas pelas equipes de saúde da família. Em segundo lugar, o Brasil deve buscar mais ativamente a reformulação alimentar e desenvolver políticas de local de trabalho e de transporte para fornecer novas alternativas mais saudáveis para as pessoas. Isso ajudaria a criar um pacote de políticas abrangente para lidar com o sobrepeso e seus fatores determinantes. Por fim, a resposta brasileira precisa melhorar a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas, principalmente para crianças.

No que diz respeito ao uso de álcool, existem sinais preocupantes de que o consumo tenha aumentado em todos os grupos populacionais nos últimos anos, especialmente o consumo excessivo de álcool entre adultos, tendo esse quase triplicado em seis anos, de 5,9% em 2013 para 17,1% em 2019. Para reduzir o consumo nocivo de álcool, com efeitos prejudiciais na saúde da população e na economia, o Brasil tem adotado importantes estratégias nacionais com enfoque intersetorial. Mas o país pode e deve fazer mais implementando um pacote mais abrangente de políticas para o álcool. Tais esforços poderiam incluir iniciativas em torno das políticas de preços (como a introdução de um preço mínimo por unidade direcionado às bebidas alcoólicas baratas), expandir as políticas existentes de condução sob o efeito do

álcool e conduzir campanhas midiáticas em massa sobre dirigir alcoolizado. A orientação e o monitoramento de rastreio e intervenções breves na atenção primária à saúde para consumidores de bebida alcoólica também serão vitais para identificar alcoólatras em um estágio inicial e abordar a questão. Por fim, a estratégia educacional precisa ser fortalecida para desencorajar a iniciação e os comportamentos de consumo de álcool entre crianças em idade escolar. Mais limites para a publicidade (especificamente para crianças e adolescentes) e a regulamentação do patrocínio de marcas de bebidas em esportes são opções de políticas públicas a serem consideradas para alterar a aceitabilidade social do consumo prejudicial de álcool.

Em todas essas áreas, há uma margem para aprimorar os processos de gestão e planejamento do SUS entre os diferentes níveis de governo, com maior coordenação e maior foco no planejamento regionalizado. Para que isso seja bem-sucedido, o escopo das “regiões de saúde” poderia ser ampliado com a delegação de algumas responsabilidades dos municípios a elas, acompanhadas de financiamento e recursos adequados. Embora o planejamento regionalizado tenha todo o potencial para aumentar a eficiência da gestão e do planejamento do SUS, é necessária uma reflexão séria para garantir mais recursos para o Sistema Único de Saúde. O Brasil precisará de ambição suficiente para priorizar a eficiência e a sustentabilidade, garantindo ao mesmo tempo uma cobertura de saúde equitativa e eficaz. Isso é fundamental em um contexto de um período de recuperação pós-COVID 19, caracterizado por desigualdades econômicas e de saúde cada vez maiores.

1 Avaliação e recomendações para o sistema de saúde no Brasil

Nos 30 anos desde a introdução de um sistema universal de saúde no Brasil mediante a criação do Sistema Único de Saúde, houve melhorias significativas nos indicadores da população e aumento do acesso à saúde. No entanto, uma série de desafios importantes permanece, incluindo ineficiências persistentes no uso de recursos no sistema de saúde brasileiro, coleta, articulação e análise insuficientes de dados e crescentes fatores de risco à saúde. Ao mesmo tempo, a jornada em direção à cobertura universal com serviços de alta qualidade tem sido desigual entre os grupos socioeconômicos e regiões geográficas, o que indica algumas lacunas no oferecimento de uma cobertura eficaz. Este capítulo avalia o desempenho do sistema de saúde brasileiro considerando quatro tópicos detalhadamente: melhoria na eficiência e sustentabilidade financeira, atualização da infraestrutura de dados de saúde e tratamento dos principais fatores de risco da população, como o sobrepeso e o consumo prejudicial de bebidas alcoólicas. Apresenta também um conjunto de recomendações para melhorar o desempenho do sistema de saúde nacional.

Nos últimos 30 anos, o Brasil buscou políticas para alcançar a cobertura universal de saúde e melhorar o acesso a esses serviços. A Constituição Federal promulgada em 1988 deu origem ao atual Sistema Único de Saúde (SUS). A universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação comunitária são os princípios fundamentais do sistema de saúde brasileiro. Desde o início do SUS, praticamente toda a população passou a estar formalmente abrangida pelo setor público de saúde, com benefícios e proteção financeira idênticos. Consequentemente, o Brasil obteve uma melhora significativa na maioria dos indicadores de saúde da população em geral, aumentou o acesso aos serviços e reduziu as desigualdades nessa área. Em 1994, a implementação da Estratégia Saúde da Família, que visava reorganizar e fortalecer a atenção primária à saúde (APS), também foi um componente fundamental para esse sucesso. As taxas de mortalidade infantil diminuíram 60% nas últimas duas décadas, de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. A expectativa de vida ao nascer também aumentou 5,7 anos, de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019. Fortes evidências empíricas indicam que a Estratégia Saúde da Família levou a uma redução significativa nas hospitalizações evitáveis nas últimas duas décadas.

No entanto, ainda existem grandes problemas no sistema de saúde brasileiro. Mobilizar financiamento suficiente para a garantia da cobertura universal do SUS tem sido um desafio constante, e as ineficiências persistentes no uso dos recursos do sistema de saúde brasileiro não ajudam. Enquanto o Brasil gasta muito com o setor (9,6% do PIB em 2019 – mais do que a média da OCDE de 8,8%), 60% desse gasto é privado, deixando o Sistema Único de Saúde subfinanciado e resultando em desigualdades marcantes. De fato, a jornada em direção à cobertura universal com serviços de alta qualidade tem sido desigual entre os grupos socioeconômicos e regiões geográficas. Os municípios mais vulneráveis e remotos nas regiões Norte e Nordeste apresentam consistentemente resultados piores na saúde e menor qualidade de atendimento do que os mais ricos do Sul e Sudeste. Pacientes diabéticos, por exemplo, têm maior probabilidade de apresentar complicações (medida em internações) no Nordeste do que no Sudeste; esse risco é sistematicamente maior para pessoas com renda familiar igual ou inferior a um salário-mínimo do que para famílias com renda superior a três salários-mínimos (IBGE, 2020[1]). Na mesma linha, pessoas com uma situação socioeconômica melhor, que podem pagar por um plano de saúde privado, têm maior acesso aos serviços de saúde do que aquelas de origens socioeconômicas mais carentes.

Essas desigualdades socioeconômicas são agravadas pela persistência dos elevados desembolsos diretos das famílias, que afetam desproporcionalmente as populações carentes e desfavorecidas no Brasil. Em 2019, 25% das despesas com saúde foram pagas como desembolsos diretos, acima da média da OCDE (20%). Como resultado, um em cada quatro brasileiros enfrenta dificuldades financeiras devido aos custos da saúde – uma parcela muito maior do que em quase todos os países da OCDE. Esse número é alto se o Brasil deseja alcançar um sistema de saúde mais equitativo e eficiente e sinaliza, em certa medida, uma falha dos arranjos atuais para oferecer cobertura eficaz.

O Brasil também está passando por uma transição demográfica e epidemiológica profunda. Em 2050, prevê-se que 21,9% da população terá 65 anos ou mais, em comparação com 8,9% em 2017 (OECD, 2019[2]). Isso representa um aumento de 13 pontos percentuais, em comparação com o aumento projetado de cerca de 10 pontos percentuais em toda a região da OCDE (de 17% para 27%).

O crescimento das condições crônicas também será exacerbado pelo aumento das taxas de obesidade, inatividade física de adultos e crianças e outros estilos de vida pouco saudáveis que já estão disseminados no país. Projeções recentes sugerem que será preciso um aumento substancial nas despesas com saúde nas próximas décadas para atender às necessidades futuras de assistência médica no longo prazo associadas ao envelhecimento da população. Considerando o cenário de referência, o modelo de projeção de despesas com saúde da OCDE sugere um aumento no Brasil para 12,6% do produto interno bruto (PIB) em 2040 (em comparação com 9,6% em 2019) (Lorenzoni et al., 2019[3]). Esse aumento projetado é mais acentuado do que na maioria dos países da OCDE, sendo também mais intenso do que no Chile e na Colômbia. O Brasil precisará gerar ganhos significativos de eficiência no setor de saúde para ajudar a atender às necessidades futuras de financiamento. O Quadro 1.1 apresenta as Principais características do sistema de saúde brasileiro.

Quadro 1.1. Principais características do sistema de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é, em sua maioria, público em termos de governança, financiamento e provisão através do SUS. A iniciativa privada na prestação de serviços de saúde complementa o sistema público. Todos os residentes têm direito aos serviços prestados pelo SUS e esta é a principal fonte de cuidados de saúde para 78% da população sem seguro de saúde privado. O SUS é financiado através de impostos gerais, e os serviços são gratuitos no ponto de atendimento. O **Ministério da Saúde** é responsável pela gestão central do sistema, com mandato para elaborar, monitorar e avaliar as políticas e serviços de saúde ligados ao SUS, e a coordenação nacional. Seu mandato inclui políticas de alimentação e nutrição; sistemas de vigilância sanitária; redes de laboratórios e serviços de saúde pública de alta complexidade; e planejamento estratégico nacional.

O SUS é descentralizado, com uma estrutura de governança compartilhada dentro dos governos federal, estaduais e municipais. Os **Secretários Estaduais de Saúde** em 26 estados são responsáveis pela governança regional, coordenação de programas estratégicos (como medicamentos de alto custo), e prestação de serviços especializados. As **Secretarias Municipais de Saúde** em 5 570 municípios tratam da gestão do SUS em nível local, incluindo o cofinanciamento, a coordenação de programas de saúde e a prestação de serviços de saúde. O Distrito Federal, onde se localiza a capital federal, tem uma mistura de responsabilidades estaduais e municipais.

As principais agências de saúde quase autônomas em nível nacional são a **Agência Nacional de Saúde Suplementar** (ANS) e a **Agência Nacional de Vigilância Sanitária** (ANVISA). A missão da ANS é a defesa do interesse público em seguros de saúde privados, regulando os operadores do setor. A missão da ANVISA é proteger e promover a saúde da população, intervindo nos riscos da produção e uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária, incluindo produtos farmacêuticos.

A Constituição Federal determina a participação da comunidade no sistema de saúde em todos os níveis de governo. O 'controle social' toma forma através de **conselhos de saúde** e **conferências de saúde**, que são compostos por 50% de membros da comunidade, 25% de provedores e 25% de gerentes do sistema de saúde. O setor privado está presente nos níveis de financiamento e prestação de serviços de saúde. O **seguro de saúde privado** é voluntário e em 2020 22% dos brasileiros tinham este tipo de cobertura. Ele pode ser classificado como cobertura duplicada, pois cobre serviços curativos clinicamente necessários que também são cobertos pelo SUS.

Tabela 1.1. Principais indicadores do sistema de saúde no Brasil e na OCDE, 2019 (ou último ano disponível)

	Brasil	Media OCDE (mínimo; máximo)
Estado de saúde		
Expectativa de vida ao nascer (anos)	75.9	81 (75.1; 84.4)
Mortalidade evitável (mortes por 100 000 habitantes)	176	199 (97; 405)
Mortalidade infantil (mortes por 1.000 nascidos vivos)	12.4	4.2 (1.1; 17.3)
Fatores de risco para a saúde		
Tabagismo (fumantes diários, %população com 15+ anos)	9.8%	16.5% (4.2%; 28.0%)
Alcool (litros consumidos per capita, população com 15+ anos de idade)	6.1	8.7 (1.3; 12.9)
Prevalência de excesso de peso (padronizado por idade, % da população com 15 anos ou mais)	56.5%	58.4% (27.2%; 67.9%)
Capacidade do sistema de saúde		
Leitos hospitalares (por 1.000 pessoas)	2.2	4.4 (1.0; 12.8)
Médicos (por 1 000 pop)	2.3	3.5
Enfermeiros (por 1.000 pessoas)	8	9.1
Financiamento do sistema de saúde		
Despesas com saúde per capita (USD em PPPs)	1.5 mil	4.1mil (1.1 mil; 10.9 mil)
Gastos com saúde em relação ao PIB (%)	9.6%	8.8% (4.3%; 16.8%)
Gastos com saúde em relação aos gastos totais do governo (%)	10.5%	15.4% (9.5%; 24.1%)
Gastos com saúde, esquemas governamentais e seguro saúde obrigatório (% dos gastos totais com saúde)	40.9%	74.0% (49.3%; 85.8%)

As persistentes desigualdades em saúde, combinadas com o novo perfil epidemiológico e um período de recuperação pós-COVID-19, sugerem que reformas e ajustes contínuos são necessários no sistema de saúde brasileiro. Os arranjos existentes do SUS e a gama de prestadores de saúde não estão tão desenvolvidos quanto deveriam, tanto para manter os brasileiros saudáveis quanto para oferecer um sistema de saúde de alta qualidade, equitativo e sustentável. Uma série de desafios importantes permanecem:

- As ineficiências persistem, com algumas evidências apontando para o uso inadequado de recursos no setor de APS. O sistema de registro para um médico de atenção primária (ou uma equipe de saúde da família [eSF]) não está bem estabelecido e muitos pacientes ignoram a APS e buscam atendimento direto em hospitais ou clínicas especializadas ambulatoriais. A coordenação entre a atenção primária e secundária também apresenta algumas deficiências, com uma distribuição irregular de modelos de cuidados integrados em todo o país. Dados os desafios trazidos pelas mudanças demográficas e epidemiológicas, tal tendência é insustentável.
- O setor hospitalar no Brasil é caracterizado por uma baixa taxa de ocupação de leitos hospitalares (principalmente em municípios pequenos) e atendimento de baixo valor, com impacto potencialmente adverso na qualidade do atendimento e na segurança do paciente. Modelos de governança melhores, transparência e mecanismos de prestação de contas são urgentemente necessários para aprimorar o desempenho na prestação de assistências hospitalares.
- Apesar dos diversos canais de distribuição e da lista abrangente de medicamentos essenciais no âmbito do SUS, os brasileiros ainda enfrentam dificuldades para terem acesso a medicamentos. Cerca de uma em cada seis pessoas que receberam uma prescrição de medicamento durante uma consulta médica recente não consegue obter todos os itens prescritos (OECD, 2019[2]).. A fragmentação na aquisição e no financiamento público de produtos farmacêuticos, com responsabilidades compartilhadas entre os três níveis de governo, contribuem em parte para esse problema; o mesmo acontece com a subutilização de medicamentos genéricos.
- A administração e governança do sistema de saúde do Brasil são complexas e caras, exigindo boa administração e supervisão. Em 2019, mais de 6% das despesas atuais com saúde foram para governança e administração do sistema de saúde; essa porcentagem é mais alta do que em quase todos os países da região da OCDE e mais do que o dobro da média da OCDE. Embora os gastos com governança e administração do sistema de saúde não sejam ruins em si, o Brasil precisa avaliar cuidadosamente os custos e benefícios de seu modelo de governança atual.
- A coleta, articulação e análise de dados de saúde são insuficientes no Brasil. A melhoria do sistema de informação da área geraria ganhos significativos e percepções quanto ao planejamento da prestação de serviços no SUS. Isso permitiria desenvolver um sistema de saúde mais digitalizado e alcançar uma melhor compreensão do custo e da eficácia dos tratamentos e serviços médicos, o que, por sua vez, reduziria os gastos desnecessários e as lacunas na qualidade da assistência médica intra e inter-regional.
- Vários indicadores preocupantes apontam para a necessidade urgente de uma melhor prevenção e de uma estratégia de saúde pública aprimorada, especificamente para fazer face ao aumento do sobrepeso e do consumo prejudicial de álcool nos últimos anos. Esses fatores de risco prejudicarão cada vez mais a saúde, levando à mortalidade prematura e à redução da expectativa de vida. Eles têm também um impacto significativo nos gastos com saúde e na economia em geral (em termos de redução do PIB). A implementação de intervenções públicas para reduzir o risco de sobrepeso e consumo prejudicial de álcool pode ter um ótimo custo-benefício para melhorar a saúde da população.

O restante deste capítulo resume a avaliação detalhada do relatório do sistema de saúde do Brasil e formula recomendações fundamentais para melhorar seu desempenho considerando quatro tópicos detalhadamente: 1) melhoria na eficiência e sustentabilidade das despesas com saúde; 2) fortalecimento do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde; 3) tratamento do sobrepeso; e 4) redução do consumo prejudicial de álcool.

Recomendações de políticas públicas para fortalecer o desempenho do sistema de saúde do Brasil

Melhora da eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro

- Aumentar o financiamento público para o SUS através da revisão de programas públicos ineficazes ou das isenções fiscais. Por exemplo, os subsídios fiscais para gastos fora do bolso e os prêmios de seguro saúde poderiam ser substancialmente reduzidos ou eliminados e a economia resultante para o erário público investido no SUS.
- Fortalecer a APS aprimorando o sistema de triagem e apoiando ainda mais a implementação de eSFs; aprimorar a coordenação da prestação de serviços em diferentes níveis de cuidados, com a atenção primária no centro.
- Explorar opções para adaptar pequenos hospitais que não estejam operando de forma eficiente para instalações de cuidados intermediários; aprimorar os *softwares* de telessaúde e transporte de emergência para pacientes que requerem cuidados agudos urgentes em áreas remotas.
- Melhorar o acesso a medicamentos essenciais, alterando os processos de aquisição (apenas 10% dos gastos totais com produtos farmacêuticos de varejo são financiados publicamente); controlar os gastos no setor farmacêutico por meio de: revisão das políticas de preços e da permissão de substituição por genéricos de marca ('similares') com bioequivalência comprovada; reduzir os altos gastos com medicamentos com baixa relação custo-efetividade e que são obtidos por meio de decisões judiciais, mediante apoio ao judiciário para decisões melhor informadas.
- Começar a transição para uma prestação de cuidados de longo prazo mais formal, expandindo centros ou casas de repouso e implantando cuidados domiciliares; introduzir o direito a benefícios de cuidados de longo prazo com base na avaliação das necessidades.
- Aprimorar a eficiência da gestão do SUS revisando os processos de gestão e planejamento em todos os níveis de governo, com um foco mais forte no planejamento regionalizado.

Fortalecimento do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil

- Considerar uma maior integração e coordenação dos diferentes níveis de governo; intensificar os esforços para identificar pacientes de forma exclusiva, a fim de fortalecer a governança e a prestação de contas dos dados.
- Expandir o treinamento da equipe para garantir uma coleta de dados mais confiável; continuar com o fornecimento de incentivos monetários para encorajar a coleta de dados em mais municípios, especialmente aqueles localizados em áreas remotas.
- Garantir o acesso à internet, bem como a infraestrutura essencial (como computadores e plataformas de PEP) para a coleta e transmissão de dados; fortalecer as capacidades da equipe de programação e TI para melhorar os procedimentos de coleta de dados e a confiabilidade dos indicadores.
- Acelerar a harmonização de padrões e metodologias de dados de saúde para avançar em direção a uma maior comparabilidade e cobertura de dados; considerar expandir e aplicar a padronização de dados no Brasil.
- Apoiar a tomada de decisão baseada em evidências e pesquisas de saúde com alto impacto no Brasil com dados de saúde vinculados e em tempo real, incluindo locais remotos,

comunidades indígenas e localidades com acesso limitado às TIC nos processos de coleta de dados relacionados à saúde.

- Adotar os padrões da OCDE para capacidade de *benchmarking* nacional e internacional; participar nos processos de coleta de dados da OCDE, por exemplo, abrangendo qualidade e resultados de cuidados de saúde, estatísticas, economia da saúde pública, produtos médicos e farmacêuticos, e os inquéritos de dados em saúde reportados pelos pacientes (em inglês, *Patient-Reported Indicators Surveys* ou PaRIS).

Combate ao sobrepeso e à obesidade

- Combinar intervenções em "pacotes preventivos" e medidas de avaliação e monitoramento para maior impacto, abrangendo: abordagens baseadas em comunicação, informação e educação; desenvolvimento de um papel mais ativo dos cuidados primários de saúde na prevenção e tratamento do excesso de peso; pacotes de políticas incluindo reformulação de alimentos, intervenções no local de trabalho e nas escolas; e regulamentos de publicidade e políticas de preços de alimentos.
- Ampliar as abordagens baseadas na comunicação por meio da informação e educação, especificamente introduzindo o esquema de rotulagem nos cardápios dos restaurantes; usar campanhas de mídia de massa em diversos canais e aplicativos para telefones celulares a fim de promover estilos de vida mais ativos e saudáveis.
- Organizar e promover atividades físicas em ambientes de atenção primária, desenvolvendo diretrizes (como o Guia de Atividade Física para a População Brasileira) para profissionais de saúde e pacientes.
- Procurar reformular a alimentação de forma mais ativa por meio de políticas voluntárias ou obrigatórias, principalmente visando a redução dos ácidos graxos trans; estabelecer objetivos claros e mecanismos de prestação de contas para monitorar e incentivar melhorias.
- Desenvolver políticas para um local de trabalho sadio de forma a influenciar estilos de vida mais saudáveis. Promover a colaboração entre os setores da saúde e do trabalho, bem como a coordenação com o setor privado para criar ambientes de trabalho mais saudáveis.
- Implementar regulamentações mais rígidas no que tange à publicidade de alimentos e bebidas, com foco na proteção das crianças; em particular, caminhar no sentido de uma regulamentação obrigatória referente à publicidade de alimentos e bebidas não saudáveis de forma a aumentar o impacto sobre a alimentação e a obesidade. Continuar a ampliação de atividade física e escolhas de cardápios saudáveis nas escolas.
- Implementar políticas de preços direcionados, como um imposto sobre bebidas açucaradas ou adoçadas ou outro imposto sobre produtos com alto teor de açúcar, gorduras saturadas ou sal. Nesse caso, é necessária uma formulação e implementação cuidadosa de políticas para evitar a substituição por outros alimentos ou bebidas com alto teor calórico e garantir que as políticas de preços direcionadas beneficiem a população mais carente.

Redução no consumo de bebidas alcoólicas

- Combinar intervenções em "pacotes de prevenção", incluindo regulamentação de publicidade, pontos de controle de sobriedade, tributação do álcool e aconselhamento sobre álcool em cuidados primários e escolas, bem como avaliação e monitoramento de políticas.
- Evitar a normalização do consumo de bebidas alcoólicas por meio da restrição de publicidade envolvendo esses produtos, principalmente através da TV e redes sociais, priorizando o impacto nas crianças e adolescentes; considerar regulamentar patrocínios esportivos por empresas de bebidas alcoólicas.

- Ampliar as políticas de direção sob o efeito do álcool de forma consistente em todos os estados, implementando *blitz* mais visíveis e frequentes para uma melhor aplicação da Lei Seca.
- Rever as políticas de preços existentes, por exemplo, introduzindo políticas de preços mínimos visando às bebidas alcoólicas baratas.
- Disponibilizar serviços de rastreamento e intervenções breves nas equipes de saúde da família a todos os brasileiros; desenvolver diretrizes clínicas e definir padrões de atendimento para ajudar as equipes a fornecer tais serviços.
- Expandir os programas de educação escolar, desenvolvendo diretrizes nacionais sobre os danos relacionados ao álcool para crianças e adolescentes em idade escolar.

1.1. O sistema de saúde do Brasil tem progredido continuamente em direção à cobertura universal

1.1.1. O sistema de saúde no Brasil é descentralizado, com administração e governança complexas

Os princípios e a estrutura atuais do sistema de saúde brasileiro foram concebidos em 1988 após a promulgação da nova Constituição do país. A Constituição estabeleceu a saúde como direito universal de toda a população e uma responsabilidade do Estado, abrindo caminho para a implantação do SUS em 1990. O SUS foi implementado a partir da promulgação das Leis nº 8.080 e 8.142, em 1990, as quais consagraram os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária no sistema de saúde. As leis também conferiram poder e responsabilidade para os governos locais ao transferir direitos e fundos de prestação de cuidados de saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais. Três princípios fundamentam o SUS:

- o direito universal à atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário);
- a descentralização, com responsabilidades atribuídas aos três níveis de governo (federal, estadual e municipal);
- a participação social na formulação e acompanhamento da implementação das políticas de saúde por meio dos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais.

Embora o sistema de saúde brasileiro seja predominantemente público em termos de governança, financiamento e prestação por meio do SUS, a Constituição também permitia a participação irrestrita da iniciativa privada como medida complementar no fornecimento de cuidados de saúde.

O SUS possui uma estrutura de governança solidária, prevista na Constituição da República Federativa do Brasil na perspectiva da competência comum entre os três níveis da república: o Distrito Federal, os estados e os municípios. O Ministério da Saúde é responsável pela gestão central do sistema, com competência para formular, definir, auditar, controlar e avaliar o conjunto de políticas e serviços de saúde vinculados ao SUS, bem como coordenar suas ações nacionais. As atividades são executadas preferencialmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal prestador de serviços de saúde. As funções do governo estadual incluem governança regional, coordenação de programas estratégicos e prestação dos serviços especializados que não foram descentralizados para os municípios. As secretarias de saúde dos 5.570 municípios brasileiros administram em grande parte a gestão do SUS em nível local, incluindo o cofinanciamento, a coordenação de programas e a prestação de serviços de saúde.

Diversas esferas de governança garantem a autonomia de cada ente federativo. Tais órgãos asseguram também a coordenação vertical das ações, conforme visto pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) em nível estadual, e coordenação horizontal entre estados (por exemplo, por meio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CONASS]) e municípios (por exemplo, por meio do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde [CONASEMS]). Além disso, o Pacto pela Saúde 2006 introduziu novas entidades – as "macrorregiões de saúde" e as "regiões de saúde", abrangendo vários municípios vizinhos apoiados pelos estados – encarregados de institucionalizar o planejamento da prestação de serviços a um nível mais regional. Diversos órgãos permanentes também protegem a participação da sociedade civil em todos os três níveis de governo, como por meio de conferências e conselhos de saúde. Um setor privado altamente desenvolvido – tanto da perspectiva do pagador quanto do provedor – aumenta não apenas a complexidade da governança, mas também da prestação de serviços de saúde.

Tanto o setor público quanto o privado oferecem serviços de saúde. No setor hospitalar, a proporção de leitos hospitalares públicos é muito menor do que entre os países da OCDE. Em 2019, 38,2% dos leitos hospitalares no Brasil eram públicos, 38,1% eram privados sem fins lucrativos e 23,6% eram privados com fins lucrativos, enquanto na OCDE os leitos públicos constituíam a maior parte (69%), sendo apenas 12% dos leitos privados com fins lucrativos. No entanto, os leitos públicos aumentaram 47,2% no Brasil entre 2009 e 2019, enquanto os leitos privados com fins lucrativos diminuíram 21,6% e os privados sem fins lucrativos permaneceram estáveis. Na atenção primária à saúde, os serviços são prestados predominantemente por funcionários públicos que trabalham em equipes multidisciplinares de atenção primária (eSFs).

O Brasil tem menos médicos e enfermeiros per capita do que a média da OCDE, e sua distribuição geográfica é preocupante. Em 2019, a densidade demográfica médica no Brasil era de 2,3 médicos por 1.000 habitantes, menor do que em todos os países da OCDE (exceto Colômbia) e bem abaixo da média da OCDE de 3,5 por 1.000 habitantes. Nas últimas décadas, o número de profissionais de enfermagem no Brasil aumentou, chegando a 8 enfermeiros por 1.000 pessoas em 2019. De modo geral, dois dos principais problemas persistentes de mão-de-obra no sistema de saúde brasileiro são a escassez de médicos e a má distribuição de profissionais entre os níveis de atenção à saúde e as áreas geográficas https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt (OECD, 2021[4]). O Brasil introduziu um pacote abrangente de políticas destinadas a fortalecer a prestação de serviços de saúde em comunidades carentes. O sucesso do Programa Mais Médicos, instituído em 2013, permitiu recrutar mais de 16 mil médicos, tanto do Brasil quanto do exterior, para atuar exclusivamente na APS. Estratégias mais recentes, como o Programa Médicos pelo Brasil, iniciado em 2020 pelo governo federal, devem intensificar a prestação de serviços médicos em locais remotos ou vulneráveis.

1.1.2. A população se beneficia da cobertura universal de saúde, mas os gastos diretos das famílias continuam altos

O Brasil tem progredido constantemente em direção à cobertura universal de saúde e introduziu grandes reformas para melhorar o acesso à assistência para toda a população.

Os princípios fundamentais do SUS, dispostos nos artigos 196 a 198 da Constituição da República Federativa do Brasil, são a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. Com base nesses princípios, todos no Brasil têm direito aos serviços integrais de saúde prestados pelo SUS, independentemente das circunstâncias socioeconômicas ou da capacidade de pagamento. A cobertura universal de saúde foi um marco importante na história do Brasil e é considerada uma história de sucesso na extensão a grupos populacionais desfavorecidos que antes não tinham acesso tais serviços. Isso foi alcançado em parte pelo enfoque na reorganização e no fortalecimento da atenção primária, o que facilitou a obtenção de serviços de saúde no nível comunitário. A Estratégia Saúde da Família, um dos maiores programas de APS de base comunitária do mundo, teve

êxito no aumento da população coberta. Desde o seu lançamento em 1994, a população brasileira tem acesso gratuito aos serviços preventivos e de APS prestados por eSFs multidisciplinares.

Com a expansão da cobertura, os gastos diretos das famílias com saúde caíram nas últimas duas décadas. Hoje, tais gastos no Brasil representam 25% do total dos gastos nacionais com saúde, posicionando o país acima da média de 20% da OCDE, e abaixo de países de renda média, como Chile (33%) ou México (42%). Ao mesmo tempo, o acesso restringido a serviços especializados, a longa espera e o descontentamento com os serviços de saúde estimularam as famílias de renda média e alta a procurarem atendimento privado. O plano de saúde privado é voluntário e pode ser classificado como cobertura duplicada, uma vez que abrange serviços de tratamentos médicos necessários que também são cobertos pelo SUS. Em 2020, 22% dos brasileiros estavam cobertos por planos de saúde privados.

De maneira geral, o Brasil tem gastos altos – e crescentes – com saúde. Os gastos totais no setor totalizaram 9,6% do PIB em 2019, correspondendo a USD 1.514 PPC per capita (paridade do poder de compra em dólares dos Estados Unidos), superior à média dos países da OCDE (8,8%) e acima de outros países latino-americanos, como Chile (9,3%), Colômbia (7,7%), Costa Rica (7,3%) e México (5,4%). Embora os gastos gerais com saúde sejam altos no Brasil, a participação pública é baixa. Em 2019, apenas 41% do total de despesas com saúde foi financiado publicamente (principalmente pelo SUS), 30% por plano de saúde privado e 25% por desembolsos diretos das famílias.

1.1.3. *Apesar do avanço, o Brasil enfrenta necessidades desafiadoras na área da saúde e desigualdades substanciais*

Muitas medidas de desempenho do sistema de saúde no Brasil melhoraram desde a criação do SUS após a promulgação da Constituição Federal de 1988. A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019, ainda cinco anos abaixo da média da OCDE. As taxas de mortalidade infantil diminuíram de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. Apesar disso, o Brasil ainda apresenta taxa acima da média da OCDE de 4.2 mortes por 1.000 nascidos vivos. O mesmo ocorre com as taxas de mortalidade materna no Brasil, que diminuiu para 60 mulheres por 100.000 nascidos vivos em 2017 (uma queda de 13 pontos percentuais desde 2000), mas ainda maior do que a média da OCDE de 8 mulheres por 100.000 nascidos vivos (OECD/The World Bank, 2020[5]).

Assim como muitos países latino-americanos, o Brasil passou por uma rápida transição epidemiológica em direção ao predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Em 2019, quatro DCNTs foram as principais causas de mortalidade no Brasil: doenças do aparelho circulatório (27%), neoplasias (17%), doenças respiratórias crônicas (12%) e diabetes (5%). Em termos da carga nacional de doenças no Brasil medida por esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCIs), a transição epidemiológica também foi substancial. Em 1990, três das cinco principais causas de EVCIs eram doenças transmissíveis e de saúde materno-infantil. Em 2019, todas as cinco eram DCNTs, com os transtornos maternos e neonatais passando para o oitavo lugar.

Fatores de risco para a saúde, como o sobrepeso e o consumo de bebidas alcoólicas, vêm aumentando nas últimas décadas no Brasil, contribuindo para a carga de DCNTs e alto número de mortes prematuras. Estratégias preventivas e de saúde pública mais eficazes e intervenções médicas apropriadas são necessárias para manter os brasileiros saudáveis e administrar a carga de DCNTs.

Como em muitos países da OCDE, o progresso do Brasil na saúde da população apresenta desigualdades substanciais. As evidências mostram grandes disparidades de saúde entre os níveis de escolaridade, com uma diferença de mais de 30 pontos percentuais na probabilidade de relatar um bom estado de saúde entre aqueles com maior grau de escolaridade (possuindo pelo menos 11 anos de escolaridade) e com menor grau (com até três anos da escolaridade). Ainda mais preocupante, a diferença entre esses dois grupos tem aumentado com o tempo. Também existem grandes desigualdades na saúde entre as regiões.

Por exemplo, as taxas de mortalidade prematura por DCNTs diminuíram nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, mas permaneceram constantes no Norte e aumentaram no Nordeste, sendo estas duas úlitmas as regiões menos desenvolvidas do país.

O Brasil impulsionou diferentes políticas para reduzir as desigualdades na saúde, principalmente entre os grupos mais desfavorecidos. Elas incluem o acréscimo de informações sobre cor e raça aos Cartões Nacionais de Saúde do SUS; atenção especial à anemia falciforme, que afeta desproporcionalmente a população negra; a isenção à pessoa em situação de rua da necessidade de comprovação de residência para atendimento no SUS; e a criação de uma Secretaria Especial de Saúde Indígena.

As desigualdades persistentes na saúde e o novo perfil epidemiológico sugerem que o Brasil precisará fazer novos arranjos para lidar com o envelhecimento da população idosa e a carga crescente de DCNTs de maneira eficaz, equitativa e sustentável.

1.1.4. A pandemia de COVID-19 teve um impacto dramático na população brasileira

O impacto da COVID-19 na saúde da população e na economia tem sido considerável no Brasil. Até o dia 17 de novembro de 2021, as mortes registradas totalizaram mais de 611 mil, com uma média de aproximadamente 41 mil mortes mensais no mesmo ano. Isso situa a doença como a primeira causa de morte durante a pandemia, quando comparado com os valores mensais médios de 2015-19 de mortes atribuídas a outras doenças. A economia do Brasil também foi duramente atingida: o PIB caiu 4,1% em 2020, mais do que os 3,4% observados globalmente e os 3,2% nos países do G20.

A coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal para lidar com a pandemia tem sido um desafio, revelando fragilidades de governança. Em muitos países da OCDE, os governos nacionais adotaram políticas de *lockdown* e uso obrigatório de máscaras. No Brasil, coube aos estados e municípios decidirem e aplicarem essas políticas. Medidas de políticas públicas descoordenadas e a ampla disseminação do vírus agravaram a situação da saúde. O governo federal tomou algumas medidas importantes para lançar a vacina contra a COVID-19 a partir de janeiro de 2021, em associação com governos dos estados e municípios. Por exemplo, o Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 traz diretrizes nacionais sobre a situação epidemiológica e define a população-alvo para a vacinação, além de apresentar informações importantes sobre as vacinas contra a COVID-19, farmacovigilância e operacionalização da vacinação (Ministério da Saúde, 2021[6]). O Brasil também participa do COVAX Facility das Nações Unidas, um mecanismo importante para melhorar o suprimento de vacinas do país e garantir uma distribuição global mais equitativa. Até 17 de novembro, 60% da população brasileira estava totalmente vacinada, aproximadamente 298 milhões de doses foram aplicadas, e a hesitação na vacinação tem sido baixa no Brasil. Uma pesquisa realizada em abril de 2021 constatou que 93% dos entrevistados concordavam em vacinar-se caso a vacina estivesse disponível (Ipsos, 2021[7]), e uma pesquisa subsequente realizada em agosto de 2021 constatou que 96% dos totalmente vacinados obteriam uma vacina de reforço se essa estivesse disponível (Ipsos, 2021[8]).

1.2. Como melhorar a eficiência e sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro

1.2.1. Embora as despesas gerais com saúde no Brasil estejam acima da média da OCDE, a parcela de despesas públicas é muito baixa

O SUS tem sido um grande sucesso para o Brasil na ampliação do acesso aos serviços e redução das desigualdades em saúde. No entanto, desde a sua implementação, o sistema enfrenta o desafio constante na obtenção de financiamento suficiente, e há uma insatisfação generalizada com as ineficiências evidentes do sistema de saúde brasileiro.

Em 2019, o Brasil destinou 9,6% do PIB à saúde, face a 8,3% em 2000. Dado o estado de desenvolvimento econômico do país, a participação total é relativamente alta – e acima da média da OCDE (8,8%). Contudo, embora o Brasil gaste mais com saúde em geral do que muitos outros países, o país depende muito de financiamento de fontes privadas. Em 2019, as despesas com saúde pública representavam apenas 3,9% do PIB (41% de todas essas despesas), uma parcela muito menor do que na maioria dos países da OCDE (6,6% em média) e abaixo do Chile e da Colômbia. A União, os estados e os municípios compartilham responsabilidades pelo financiamento e gestão do SUS, e mudanças frequentes nas regras de custeio têm sido frequentes desde a sua criação. Nas últimas décadas, essas alterações levaram a um maior envolvimento dos estados e municípios no financiamento do SUS.

1.2.2. O Brasil deveria aumentar os gastos públicos com saúde, mas também precisa gastar melhor para atender às necessidades futuras de financiamento

Devido ao envelhecimento da população e ao aumento associado do número de pacientes com condições crônicas, o sistema brasileiro de financiamento da saúde enfrentará pressões crescentes para atender às necessidades futuras na área. Sem levar em conta quaisquer rupturas estruturais na série de dados decorrentes da pandemia de COVID-19, o modelo de projeção de despesas com saúde da OCDE sugere que elas aumentarão no Brasil de 9,6% em 2019 para 12,6% do PIB em 2040, no cenário base em que políticas similares às atuais sejam mantidas; esse incremento de 3,1 pontos percentuais é mais pronunciado do que na maioria dos países da OCDE.

As crescentes necessidades de financiamento da saúde no Brasil podem, teoricamente, ser enfrentadas por meio de quatro opções ou uma combinação delas: (i) aumentar o gasto total do governo sem alterar as áreas de gasto prioritárias; (ii) priorizar melhor as despesas com saúde dentro da estrutura de gastos públicos total existente; e (iii) identificar ganhos de eficiência no setor de saúde. Por outro lado, uma quarta opção seria confiar mais no setor privado para atender às necessidades futuras de gastos com saúde, o que não parece desejável para o Brasil, dadas as implicações tanto de equidade quanto de eficiência. A participação dos gastos privados nos gastos totais com saúde já é maior do que em qualquer país da OCDE devido a um forte mercado de seguros de saúde privados, que concede cobertura duplicada a cerca de um quarto da população (principalmente a população com renda mais elevada) também se beneficiando de deduções fiscais para cobertura de seguros. Como mencionado anteriormente, a participação dos gastos fora do bolso nos gastos totais com saúde (25%) também está acima da média da OCDE (20%), afetando de forma mais desproporcional os grupos pobres e desfavorecidos da população. Além disso, os gastos privados não são necessariamente eficientes, pois podem ser usados para a sobre-utilização de procedimentos e exames de alto custo. Por exemplo, em 2019 o número de exames de ressonância magnética (RM) por pessoa com seguro privado no Brasil (179 por 1 000) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021[9]) foi 2,3 vezes maior do que a média de RM por população na OCDE (79 por 1 000) e consideravelmente acima da taxa da Áustria (148 por 1000), que foi a mais alta da OCDE naquele ano. Uma análise aprofundada do sistema de saúde brasileiro ressalta que uma combinação de abordagens pode apoiar a atender as necessidades futuras de financiamento da saúde e tornar essas despesas mais sustentáveis. A conclusão, portanto, é que o Brasil precisa reequilibrar sua distribuição entre o financiamento público e privado, dedicando mais de seus recursos públicos à saúde, mas também gastando melhor.

1.2.3. O Brasil tem espaço fiscal limitado para elevar os gastos totais do governo

No contexto da situação econômica e fiscal desafiadora dos últimos anos, o governo federal tomou várias iniciativas para melhorar os resultados das contas públicas e simultaneamente estabilizar e reduzir a dívida do setor público. Um elemento fundamental dessa estratégia foi a adoção de um teto de gastos em 2016, limitando o aumento dos gastos primários do governo federal à inflação. Para as despesas com

saúde, a emenda constitucional estabeleceu a alocação mínima de recursos federais para o setor em 15% da receita líquida corrente federal, atrelando aumentos anuais futuros desse piso à inflação até 2036.

Dada a situação fiscal atual do Brasil e a necessidade de prosseguir com os ajustes para garantir a sustentabilidade fiscal geral, um aumento substancial nos gastos gerais do governo parece menos provável no curto e médio prazo. Além disso, o nível de gastos públicos no Brasil (41% do PIB em 2019) já está em torno da média da OCDE e muito mais alto do que em países com um nível comparável de desenvolvimento (OECD, 2020[10]).

1.2.4. Há espaço para priorizar o gasto em saúde dentro dos gastos governamentais

Uma opção mais viável do que aumentar as despesas totais do governo com a saúde para atender às necessidades futuras é dar a elas uma maior prioridade dentro de uma estrutura de gastos públicos existente (a saúde corresponde apenas 10,5% do total de gastos governamentais – muito inferior à média da OCDE). Existem várias áreas em que economias poderiam ser feitas e tais valores realocados para financiar o SUS, incluindo a redução de subsídios e despesas fiscais ineficazes, a melhoria da eficácia das transferências sociais, o gerenciamento de altas despesas com folha de pagamento e a revisão do tratamento fiscal preferencial de determinados atores do sistema de saúde (OECD, 2020[10]).

Os tratamentos fiscais preferenciais que estão sujeitos a revisão incluem, por exemplo, a dedutibilidade fiscal de prêmios de plano de saúde privado e desembolsos diretos das famílias com cuidados de saúde, bem como isenções fiscais para alguns profissionais de saúde. As isenções do imposto de renda de pessoa física dependem da alíquota individual e, portanto, são altamente regressivas, beneficiando muito mais os ricos do que as camadas mais pobres, levantando, portanto, questões sobre sua adequação. A eliminação gradual da dedutibilidade fiscal das despesas médicas e despesas com planos de assistência médica do imposto de renda de pessoas físicas proporcionaria um espaço fiscal de aproximadamente 0,2% do PIB (Receita Federal, 2018[11]).

1.2.5. Existem amplas oportunidades para reduzir o desperdício e tornar o sistema de saúde brasileiro mais eficiente e acessível

Gerar ganhos de eficiência e reduzir o desperdício em saúde será crucial para que o Brasil possa suavizar as pressões crescentes de gastos. Este estudo mostra que parece viável ao Brasil alcançar ganhos de eficiência em todo o sistema de saúde, incluindo APS, atenção secundária e hospitalar, produtos farmacêuticos, cuidado a longo prazo, administração e governança.

Apesar de seus sucessos, o desempenho da APS deveria ser fortalecido ainda mais

Desde o seu início, um foco claro do SUS tem sido o fortalecimento do papel da APS e o distanciamento de um sistema de saúde historicamente muito centrado em hospitais. O desenvolvimento das eSFs e a implementação do programa Mais Médicos tiveram certo êxito na melhoria da igualdade de acesso aos cuidados e resultados de saúde. A estratégia Previne Brasil, iniciada recentemente, também tenta aumentar o acesso e, ao mesmo tempo, melhorar a eficiência.

No entanto, esforços adicionais são necessários para realizar todo o potencial da APS no Brasil. Por exemplo, desequilíbrios geográficos na disponibilidade de médicos levam a maiores necessidades não atendidas em áreas desfavorecidas e rurais. Isso requer um planejamento coerente da força de trabalho em todo o país, a qual quase não existia até hoje. Além disso, apesar das contínuas tentativas de implantar as eSFs, a APS ainda está fragmentada, com problemas persistentes na coordenação do atendimento entre os níveis de serviço. Por exemplo, apenas metade da população diabética indicou as unidades básicas de saúde como seu último contato com o sistema de saúde, tendo o restante utilizado outros serviços, como unidades hospitalares (IBGE, 2020[12]). Tal cenário gera ineficiência, pois esses tipos de condições crônicas são mais bem tratados em ambientes de atenção primária (OECD, 2020[13]). Por mais

que a Estratégia Saúde da Família deva ser promovida, um maior apoio financeiro poderá ser necessário, especialmente nas áreas rurais desfavorecidas. O desenvolvimento da APS no Brasil também pode exigir que os clínicos gerais desempenhem um papel mais forte de porta de entrada e coordenador do cuidado (*gatekeeping*). Isso acarretaria a necessidade de os pacientes terem que se registrar em uma clínica ou com um médico de atenção primária, e tais clínicos gerais, por sua vez, controlariam o acesso à atenção secundária por meio de um sistema de encaminhamento. Uma questão relacionada é a necessidade de coordenar melhor os cuidados entre os sistemas de saúde, abordando também os longos tempos de espera para consultas com especialistas ou diagnósticos. Embora haja tentativas de estabelecer redes de atenção à saúde no Brasil, a centralidade da atenção primária nessas redes nem sempre é claramente estabelecida.

O planejamento da prestação de serviços em hospitais deve ser repensado

A vasta ineficiência na prestação de serviços hospitalares no Brasil, principalmente devido ao alto número de hospitais de pequeno porte, foi amplamente analisada (World Bank, 2017[14]; Tribunal de Contas da União, 2021[15]). Essas ineficiências devem ser abordadas sem que se comprometa o acesso a cuidados intensivos para pacientes em áreas remotas. Uma opção poderia ser converter hospitais de pequeno porte em instalações intermediárias e ao mesmo tempo fortalecer os aplicativos de telessaúde, além de expandir o transporte de emergência para hospitais gerais mais bem equipados em áreas urbanas. O papel central desempenhado pelos municípios (que variam substancialmente em tamanho e capacidade) no planejamento e gestão dos serviços do SUS parece contribuir para essas ineficiências. Seguindo o exemplo de muitos países da OCDE, o Brasil poderia explorar a transferência do planejamento hospitalar para um nível superior de governo.

O atual mecanismo de financiamento de serviços hospitalares no SUS é complexo e não parece incentivar a melhoria do desempenho hospitalar. As transferências do governo federal para estados e municípios são parcialmente baseadas em orçamentos históricos e pagamentos por procedimento por meio de uma tabela de taxas desatualizada. Como resultado, os sinais de preço são distorcidos e os pagamentos não refletem necessariamente os custos do tratamento. Para melhorar a eficiência técnica, o Brasil poderia considerar a alocação de orçamentos hospitalares de acordo com grupos relacionados em diagnósticos, em que os pagamentos por caso refletem as diferenças no uso de recursos.

Por fim, o Brasil deve fazer mais para desencorajar a prestação de cuidados de baixo valor, como partos cirúrgicos (cesarianas) sem indicação médica. Isso poderia envolver a extensão de incentivos financeiros aos provedores para conter partos cirúrgicos, bem como a intensificação dos esforços para aumentar a conscientização sobre esse problema entre as mulheres. De modo geral, incentivar conversas entre o paciente e o provedor sobre a adequação de certos tratamentos pode ser uma forma de reduzir o atendimento de baixo valor. Por fim, estabelecer diretrizes de prática clínica baseadas em evidências e monitorar sua conformidade é uma ferramenta importante para melhorar a qualidade da assistência à saúde e reduzir a assistência desnecessária.

A obtenção de produtos farmacêuticos é um desafio que contribui para uma elevada parcela de desembolsos diretos das famílias

Embora a cobertura de medicamentos essenciais pelo SUS seja teoricamente muito ampla, obtê-los quando necessário pode ser problemático para muitas pessoas, podendo gerar altos desembolsos diretos das famílias caso os pacientes tinham que comprá-los fora do sistema público (somente 10% dos gastos farmacêuticos no varejo são cobertos pelo SUS). A fragmentação na aquisição e no financiamento público de produtos farmacêuticos, com responsabilidades conjuntas dos três níveis de governo, pode contribuir para esse problema. Por exemplo, os medicamentos usados na atenção primária são adquiridos pelos municípios. Sua aquisição poderia ser delegada aos estados ou à União. Alternativamente, o Brasil poderia realizar negociações nacionais ou processos de licitação pública no nível federal, com os

municípios comprando medicamentos diretamente de fabricantes contratados nacionalmente ao preço acordado para todo o país.

Embora a participação dos genéricos seja comparativamente alta no Brasil, mais esforços podem ser feitos para conter os gastos farmacêuticos. Uma opção poderia ser instituir revisões de preço mais frequentes para genéricos de marca e sem marca e aumentar a abrangência de substituição para incluir similares com bioequivalência comprovada. Expandir campanhas para educar prescritores e pacientes sobre a intercambialidade de genéricos (incluindo similares) é outra opção.

Por fim, os casos em que os pacientes obtêm acesso por meio de decisões judiciais individuais a medicamentos que não são considerados eficazes em termos de custo acarretam um esgotamento excessivo dos orçamentos farmacêuticos. Apoiar os juízes na tomada de decisões mais bem informadas pode ajudar a reduzir esses custos.

As necessidades futuras de cuidados de longo prazo devem ser antecipadas

Para se preparar melhor para as crescentes necessidades de longo prazo associadas ao envelhecimento da população, o Brasil deve começar a investir em planos mais formais de cuidado de longo prazo. Depender de trabalhadores informais será cada vez mais difícil e pode prejudicar o crescimento econômico. Um primeiro passo no sentido da transição para arranjos mais formais poderia ser o Brasil apoiar melhor os cuidadores familiares e, ao mesmo tempo, expandir os centros de repouso e implantar os cuidados domiciliares. Como ponto de partida, os benefícios de cuidados de longo prazo devem ser definidos de forma mais explícita, com critérios de elegibilidade baseados em avaliações de necessidades, e as responsabilidades do Ministério da Saúde e do Ministério do Desenvolvimento Social devem ser mais bem definidas.

A administração do SUS é complexa e exige muitos recursos

Uma questão abrangente é a imensa complexidade para gerenciar e operar o SUS. As competências e responsabilidades são frequentemente compartilhadas por todos os níveis de governo, levando à duplicação de tarefas e à falta de clareza e de prestação de contas. Assim, o Brasil aloca uma parcela muito alta dos recursos totais da saúde (mais do que o dobro da média da OCDE) para administração e governança. Uma avaliação crítica dos processos atuais de gestão e planejamento do SUS em todos os níveis de governo poderia ajudar a identificar procedimentos administrativos supérfluos e organizar as competências para aumentar a eficiência e a prestação de contas. Dado o grande número de pequenos municípios com capacidade de gestão limitada, uma abordagem mais regionalizada no planejamento e gestão do SUS também pode melhorar a eficiência. Para tal, a abrangência das “regiões de saúde” existentes deve ser alargada, delegando-se a elas algumas responsabilidades dos municípios. Isso também exigiria fornecer-lhes os meios e recursos financeiros necessários para realizar essas tarefas.

1.3. Fortalecimento do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil

1.3.1. O Brasil lançou uma estratégia ambiciosa de saúde digital para aproveitar o potencial dos dados digitais de saúde

Em toda a OCDE, o setor da saúde está atrás de outros setores na exploração do potencial dos dados e da tecnologia digital que poderiam ajudar a salvar vidas e recursos financeiros. Construir sistemas de saúde centrados nas pessoas, eficientes e sustentáveis é um objetivo que pode ser alcançado por meio do uso inteligente de dados e tecnologias digitais, o que requer ação política adequada e liderança (OECD, 2019[2]).

A infraestrutura de dados e o sistema de informação de saúde brasileiro embarcou recentemente em uma ambiciosa estratégia digital para 2020-28, com base na Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). O Ministério da Saúde tem um papel de liderança na geração de dados e estatísticas na área, mas outros entes públicos também participam desses processos (Ministério da Saúde, 2020[16]). Órgãos como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são atores-chave na produção desses dados e podem ter ainda mais impacto quando houver maior vinculação entre os dados (IBGE, 2021[17]).

1.3.2. O Brasil gera uma grande quantidade de dados digitais de saúde, mas fica para trás quanto à disponibilização de dados, relatórios, governança e integração

Com base nos resultados da Pesquisa de Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados de Saúde da OCDE 2019-2020, o Brasil se compara favoravelmente a outros países em termos de desenvolvimento e uso de dados em conjuntos de dados de saúde nacionais importantes. No entanto, a disponibilização e o relatório de dados de saúde poderiam ser melhorados, visto que existem lacunas substanciais entre o Brasil e os países membros da OCDE (OECD, 2021[18]). Essas lacunas existem não apenas para os principais indicadores das Estatísticas de Saúde da OCDE (para os quais o Brasil coletou e relatou dados relativos a apenas dois dos dez grupos de indicadores), mas também para indicadores de resultados de qualidade de saúde e outras pesquisas e questionários nessa área. O Brasil está convidado a participar das próximas rodadas de coleta de dados de saúde da OCDE.

O país também poderia melhorar a governança dos conjuntos de dados de saúde para se aproximar da pontuação média dos países-membros da OCDE. Embora tenha experimentado articular conjuntos de dados mesclando registros pessoais em bancos de dados, mais esforços são necessários para identificar pacientes de forma exclusiva e seguir suas trajetórias nos sistemas de saúde. Dada a forma de Estado do Brasil de república federativa, um componente-chave do funcionamento eficiente da governança de dados e prestação de contas é a integração e coordenação nos níveis federal, estadual e municipal. Atualmente, os repositórios de dados estruturados em silos separam produtores e usuários finais de dados de saúde, principalmente nos níveis estadual e municipal. Melhorar a sinergia entre esses dois grupos aumentaria o impacto e a coleta de dados de saúde, ao coordenar melhor as necessidades dos usuários desses dados e a gama de informações coletadas pelos produtores de dados. O Brasil também poderia melhorar sua cobertura nacional de dados por meio da regionalização a fim de permitir comparações entre regiões, estados ou municípios.

Para fortalecer a governança de dados e a prestação de contas, o país também poderia facilitar a identificação de pacientes e facilitar a articulação de suas informações nas diferentes áreas do SUS. Nesse sentido, é fundamental continuar a migrar de métodos probabilísticos de vinculação para identificar e articular dados de pacientes no VinculaSUS (como usar o nome do paciente, local e data de nascimento ou informações pessoais dos pais) para métodos determinísticos, como os aplicados em ConecteSUS, usando identificadores exclusivos do paciente, como o Cadastro de Pessoas Físicas.

1.3.3. Os procedimentos de coleta de dados e a confiabilidade podem ser aprimorados com treinamento da equipe, assim como com equipamentos de TI e conectividade necessários

O Ministério da Saúde está promovendo a coleta e o uso de dados de saúde por meio do treinamento de equipes e oferecendo incentivos monetários aos municípios que enviarem tais dados de forma atualizada e recorrente. O governo federal deve manter e aprimorar esse apoio para garantir a inclusão precisa de dados referentes a mais municípios brasileiros – especialmente aqueles localizados em áreas remotas – e a redução das desigualdades.

Deve também garantir o acesso à internet, bem como fornecer ferramentas de infraestrutura (por exemplo, computadores e plataformas de prontuários eletrônicos dos pacientes) e treinamento para coleta e transmissão de dados. Por exemplo, 18% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) relataram não ter acesso à internet em 2019, e 9% afirmaram não terem usado computador no ano anterior (OECD, 2020[13]). O fortalecimento das habilidades da equipe de TI e programação na área da saúde também é fundamental para melhorar os procedimentos de coleta de dados e a confiabilidade dos indicadores de saúde. Tais medidas permitiriam desenvolver a coleta e a articulação de dados mais sofisticadas, bem como ampliar o trabalho de pesquisas sobre a saúde da população (principalmente do IBGE).

1.3.4. Expandir e aplicar a padronização de dados levará a uma maior comparabilidade e cobertura de dados

A padronização de definições e metodologias de compilação pelo Brasil, realizada por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.073 de 2011, é um avanço importante, embora não tenha sido tão oportuna e eficiente quanto o esperado. As reuniões para discutir a aplicação dessa portaria e acelerar a harmonização dos padrões e metodologias de dados de saúde poderiam ser mais frequentes. Além disso, incentivos monetários para garantir tal conformidade podem representar um catalisador poderoso para melhorar o processo de padronização.

1.3.5. A tomada de decisão baseada em evidências e a pesquisa em saúde geradora de impacto devem ser apoiadas por dados de saúde em tempo real articulados e inclusivos

O Brasil deve promover um sistema de infraestrutura de dados de saúde com dados mais atualizados e melhores articulações entre eles, incluindo dados do setor privado em bases de dados nacionais. O progresso nessas três áreas produziria dados mais relevantes, atualizados e abrangentes, que poderiam servir como base para conceber políticas baseadas em evidências. Centros de pesquisa e universidades também se beneficiariam dessas informações inovadores e avançados. Os dados em tempo real são uma ferramenta necessária para avaliar o impacto contínuo das políticas de saúde, bem como para tomar decisões mais bem informadas e precisas. Isso se verifica não apenas em cenários excepcionais, como pandemias e outras crises de saúde, mas também em momentos menos incertos.

O Brasil também deve melhorar os processos de coleta de dados de saúde para contemplar locais remotos, comunidades indígenas e localidades com acesso limitado às tecnologias de informação e comunicação (TIC).

1.3.6. O Brasil deve adotar os padrões da OCDE para capacidade de benchmarking internacional e cobertura nacional de dados de saúde

O Brasil está convidado a adotar os padrões da OCDE para o uso nacional e internacional de dados e estatísticas. O país deve comparecer às diferentes reuniões de especialistas e sobre estatísticas de saúde que discutem melhores práticas nessa área, e participar dos vários processos de coleta de dados envolvendo países-membros da OCDE e economias parceiras. Isso inclui a participação em processos de coleta de dados da OCDE relacionados à qualidade e resultados de cuidados de saúde, estatísticas, economia da saúde pública e produtos farmacêuticos e médicos. Uma participação mais ativa permitiria ao Brasil melhorar sua coleta, disponibilização e a comparabilidade dos dados, que por sua vez poderiam ser usados em estudos e análises multinacionais pela OCDE.

Incentiva-se também ao Brasil aderir à Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde (OECD, 2019[19]). Essa recomendação promove a implementação de uma estrutura nacional de governança de dados de saúde e estabelece 12 princípios de alto nível para o desenvolvimento, conteúdo e avaliação de estruturas nacionais em áreas como privacidade do paciente,

transparência, monitoramento, pesquisa independente e treinamento e desenvolvimento de habilidades (OECD, 2019[19]).

1.4. Combate ao sobrepeso no Brasil

Metade da população do Brasil está acima do peso: em 2016, 56,5% dos adultos apresentavam índice de massa corporal de 25 quilos por metro quadrado (kg/m^2 ou superior), limite sustentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para definir o excesso de peso. Embora essa prevalência esteja abaixo da média da OCDE (58,4%), o Brasil apresentou o quarto maior aumento no sobrepeso entre 2006 e 2016, com um acréscimo de 12,5%, atrás apenas da Costa Rica, Japão e Coreia.

As taxas de sobrepeso infantil no Brasil e em países da OCDE tendem a ser consideravelmente mais baixas do que em adultos. Em 2016, essa taxa era de 28% no país, muito próxima da média da OCDE (28,5%). Porém, subiu 27% entre 2006 e 2016, mais do que o aumento de 15% na região da OCDE.

Alimentação e estilo de vida saudável são os principais determinantes da saúde geral e do bem-estar, incluindo o sobrepeso. Indivíduos que adotam uma alimentação rica em frutas e vegetais e com baixo teor de gordura, açúcares e sal/sódio têm menor risco de desenvolver sobrepeso, uma ou mais doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Como na maioria dos países da OCDE, o consumo diário estimado de frutas e vegetais no Brasil em 2018 estava abaixo da recomendação da OMS de 400 gramas (g) por pessoa por dia, de acordo a Global Dietary Database. Os brasileiros consumiram 85g de frutas por dia, abaixo da média dos países da OCDE (115g). Da mesma forma, consomem 93g de vegetais por pessoa por dia, novamente abaixo da média da OCDE (137g). O consumo de açúcar por meio de alimentos açucarados, como sobremesas à base de grãos (bolos, biscoitos, tortas) e refrigerantes é muito alto no Brasil e muito maior do que nos países da OCDE.

Ao mesmo tempo, grande parte da população brasileira não pratica exercícios. Em 2016, a prevalência de atividade física insuficiente no Brasil era de 47%, superior à média da OCDE (32,8%). Entre 2001 e 2016, a proporção de atividade física insuficiente aumentou mais de 15% no Brasil. Esse foi o maior aumento entre todos os 65 países com dados disponíveis, indicando um problema de saúde pública significativo no país.

1.4.1. O excesso de peso reduzirá a expectativa de vida em cerca de 3,3 anos e resultará em uma redução de 5% do PIB do Brasil nos próximos 30 anos

O número anual de mortes prematuras por sobrepeso no Brasil entre 2020 e 2050 será alto. Cerca de 83 mortes por 100.000 pessoas a cada ano ocorrerão devido ao excesso de peso. Como resultado, espera-se que a expectativa de vida média geral caia 3,3 anos no Brasil entre 2020-50 devido ao sobrepeso, comparado a uma redução de 2,7 anos nos países da OCDE.

Esse é um dos principais fatores de risco que contribuem para o ônus das DCNTs, aumentando o risco de desenvolver diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, distúrbios musculoesqueléticos, vários tipos de câncer e depressão. Consequentemente, a prevalência do sobrepeso contribui para o aumento dos gastos com saúde. O Brasil precisará destinar 8,7% de seus gastos totais com saúde às DCNTs – mais do que a média da OCDE de 8,4% –, o que demonstra que o excesso de peso terá um impacto significativo no sistema de financiamento da saúde do Brasil.

Combinando o impacto do sobrepeso na expectativa de vida, a demografia e a produtividade da força de trabalho, o PIB do Brasil será 5% menor nos próximos 30 anos do que seria na ausência de sobrepeso. Essa queda é muito maior do que o impacto esperado sobre o PIB em média em toda a região da OCDE (3,3%), talvez devido ao impacto relativamente significativo do excesso de peso na expectativa de vida e na produtividade da força de trabalho no Brasil.

O combate à obesidade requer a combinação de ações de saúde pública em pacotes de prevenção. Embora algumas políticas possam ser muito eficazes, nenhuma delas é suficiente de forma isolada. A combinação de intervenções em pacotes de prevenção é mais eficaz e custo-efetiva, notadamente porque as intervenções agrupadas abordam múltiplas causas ao mesmo tempo, visam diferentes grupos populacionais simultaneamente. Adicionalmente, políticas implementadas de forma simultânea e coordenada podem interagir entre si, sustentando mudanças de comportamento positivas de uma forma sinérgica. O Brasil deve se concentrar na implementação das polícias mais eficazes de forma coordenada em todo o país, com desenho adequado e incluindo sistemas robustos de monitoramento e avaliação.

1.4.2. O Brasil deve expandir suas abordagens baseadas na comunicação por meio da informação e educação

O Brasil produziu várias estratégias para lidar com o sobrepeso. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, publicada em 1999, e a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, implementada em 2014, são componentes importantes da agenda nacional para controle do sobrepeso no país. O país também tem um esquema de rotulagem de alimentos com um rótulo nutricional obrigatório na parte de trás da embalagem e um novo rótulo obrigatório na parte da frente. Esse novo rótulo foi aprovado pela ANVISA em 2020. De acordo com a nova regulamentação, a rotulagem nutricional deve ser colocada no painel frontal dos alimentos embalados por meio de ícones simples e claros para enfatizar o alto teor de gordura saturada, adição de açúcar e sódio. Isso facilitará a compreensão das informações nutricionais, ajudando os consumidores a tomar decisões mais informadas sobre o que ingerem, e está de acordo com a rotulagem em países da OCDE, como Chile, Finlândia, Israel e México.

As políticas escolares também estão bem avançadas no Brasil, com padrões nutricionais obrigatórios incluídos em vários programas nacionais, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Embora todas essas estratégias sejam valiosas e devam ser mantidas, o Brasil também poderia desenvolver abordagens que deem maior enfoque à comunicação por meio da educação e da informação. Deve, por exemplo, estender o esquema de rotulagem aos cardápios dos restaurantes. Evidências indicam que a rotulagem do cardápio pode influenciar positivamente as escolhas do consumidor, diminuindo o consumo de calorias, bem como incentivar restaurantes a reformularem seus pratos de modo a oferecer um conteúdo calórico mais baixo. O Brasil pode aprender com os Estados Unidos, Austrália e Canadá, onde algumas redes de restaurantes em certos estados ou províncias são obrigados a exibir o valor energético ou as calorias dos itens do cardápio.

Além da rotulagem do cardápio, o Brasil poderia usar outros canais, como campanhas na mídia de massa e aplicativos para celulares, para promover estilos de vida mais ativos e saudáveis. O país já veicula, mesmo que raramente, campanhas na mídia de massa visando ao sobrepeso. Desenvolvida pela Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, a campanha “Você tem o direito de saber o que come” veicula peças no rádio, televisão, mídia digital e impressa com foco na relação entre o sobrepeso e o consumo de alimentos não saudáveis (AAAS, 2017[20]). Como em muitos países, a população brasileira tem acesso a diversos aplicativos móveis, incluindo o Guia Alimentar Digital. Embora as evidências disponíveis mostrem que o uso do aplicativo tem um impacto positivo na perda de peso e no consumo de alimentos de alta qualidade, o Brasil precisará desenvolver regulamentações para promover o uso de aplicativos móveis que fornecem informações nutricionais confiáveis e seguras.

1.4.3. O sistema de APS deve desempenhar um papel mais significativo na prevenção e tratamento do sobrepeso

O ambiente da APS é o melhor lugar para fornecer informações e conselhos sobre estilos de vida saudáveis, bem como incentivar a atividade física por meio de aconselhamento comportamental ou

prescrição mais formal (OECD, 2019[21]). Evidências internacionais sustentam que a prescrição de atividade física para pessoas com risco de desenvolver doenças crônicas resulta em 56 minutos adicionais de exercícios moderados por semana, cerca de um terço dos 150 minutos por semana recomendados pela OMS. Como em pelo menos um terço dos países da OCDE, os ambientes de APS prescrevem atividade física, mas não como uma prática regular: apenas quatro em dez unidades de saúde no Brasil relataram ter um programa de intervenção de atividade física. Ao mesmo tempo, as instruções dadas aos pacientes não são específicas o suficiente para capacitá-los a se exercitar. Os profissionais da APS devem receber maior orientação para apoiar a prescrição de atividade física, por exemplo, dentro do Guia de Atividade Física para a População Brasileira elaborado pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020[22]). Os principais exemplos internacionais também constituem uma base para aprendizado. Por exemplo, o Reino Unido, a Alemanha e os países escandinavos introduziram programas de aconselhamento para atividade física. Na Suécia, um profissional médico (que pode ser qualquer profissional de saúde licenciado e qualificado, não necessariamente um médico) fornece prescrições individualizadas por escrito para atividades físicas diárias, aptidão aeróbica, treinamento de força e flexibilidade para pacientes em risco de desenvolver DCNTs. Um procedimento formal de acompanhamento também faz parte desse processo, com os resultados inseridos no prontuário do paciente.

1.4.4. É necessário um pacote mais abrangente de políticas para combater o sobrepeso e seus fatores

As políticas atuais do Brasil podem não ser suficientes para lidar com o sobrepeso e seus fatores se os ambientes locais fornecerem apenas oportunidades limitadas de adoção de estilos de vida saudáveis.

O Brasil deve buscar a reformulação alimentar de forma mais ativa. Essa reformulação, pela qual a composição dos produtos alimentares é alterada para melhorar seu perfil nutricional, pode contribuir para alimentações mais saudáveis. Desde 2007, o Ministério da Saúde trabalha com a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (ABIA), que produz mais de 70% de todos os alimentos industrializados do país, para melhorar seu perfil nutricional. Isso incluiu a definição de metas para a redução do consumo de sal, com resultados positivos: o teor médio de sódio de mais da metade das categorias de alimentos existentes no Brasil caiu significativamente de 8 a 34% na última década. O Ministério da Saúde também monitora as metas estabelecidas pela Organização Pan-Americana da Saúde, publicando relatórios a cada dois anos e divulgando os dados na mídia. O Brasil precisa seguir políticas de reformulação voluntárias ou obrigatórias, principalmente visando à redução de ácidos graxos trans, com base em objetivos claros e processos de prestação de contas. Essas políticas serão benéficas para todas as partes interessadas, incluindo consumidores, governo e indústria.

O país também deve fortalecer as políticas atualmente tímidas de “local de trabalho saudável” para influenciar estilos de vida mais saudáveis. As intervenções nesses locais abrangem a melhoria da alimentação por meio de mudanças na escolha dos cardápios e lanches nos refeitórios do local de trabalho; a promoção da atividade física e a redução do tempo sentado por meio de estações de trabalho que possibilitem sentar-se ou ficar em pé; e a implementação de programas de bem-estar no local de trabalho. O governo federal também tem demonstrado interesse crescente em desenvolver e promover estratégias de prevenção às doenças cardiovasculares. Para expandir uma iniciativa tão valiosa, o Brasil poderia desenvolver estratégias de comunicação e incentivos financeiros para empresas e indivíduos. Poderia aprender com o Japão, onde os governos central e local oferecem vários incentivos – geralmente na forma de recompensas – para empregadores públicos e privados implementarem programas de promoção da saúde no local de trabalho. Esses programas em geral buscam abordar os fatores de risco para a saúde, como alimentação não saudável, inatividade física, consumo prejudicial de álcool, tabagismo e bem-estar mental (OECD, 2019[23]).

Ao mesmo tempo, os governos federal e estadual no Brasil devem continuar a incentivar os deslocamentos ativos, incluindo caminhadas, que aumentam a atividade física e melhoram a saúde física e mental.

1.4.5. Regulamentações de publicidade e políticas de preços de alimentos

O Brasil deve implementar regulamentações mais rígidas para a publicidade de alimentos e bebidas, com foco na proteção das crianças. Os benefícios de políticas mais rígidas de publicidade na TV sobre preferências alimentares, solicitações de compra e padrões de consumo já foram demonstrados em outros lugares, com forte impacto nas crianças. No Quebec, Austrália e Chile, por exemplo, as restrições à publicidade e promoção comercial de alimentos tiveram um efeito significativo sobre a alimentação. No Brasil, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) publicou recentemente a Resolução 163, de 13 de março de 2014, estabelecendo critérios para publicidade e marketing voltados para crianças (de até 11 anos) e adolescentes (de 12 a 18 anos), e proibindo qualquer tipo de "publicidade abusiva". No entanto, as restrições à TV são voluntárias no Brasil, ao contrário de 14 países da OCDE que as impõem de forma obrigatória. O país deve avançar em direção a regulamentações de publicidade obrigatórias para alimentos e bebidas não saudáveis para aumentar seu impacto na alimentação e obesidade.

Ao mesmo tempo, o governo brasileiro pode buscar influenciar o comportamento alimentar do consumidor por meio de políticas de preços direcionados. As ações políticas nesse campo se concentraram no aumento do preço de produtos com alto teor de açúcar, gorduras saturadas ou sal, e incluíram também reduções de preços direcionadas para alimentos mais saudáveis vendidos em lojas (OECD, 2019[23]). Uma recente revisão sistemática e meta-análise concluiu que um imposto de 10% sobre bebidas adoçadas com açúcar (SSBs) levou a um declínio de 10% nas compras de SSB e na ingestão. Os impostos sobre SSBs ou outros alimentos são uma estratégia implementada internacionalmente por 13 países da OCDE. Os exemplos incluem "impostos sobre refrigerantes" na França, Chile, México, Reino Unido, na cidade de Berkeley, no estado da Pensilvânia, nos Estados Unidos, e um imposto sobre refeições prontas na Hungria. O planejamento e a implementação cuidadosos de políticas para evitar a substituição por outros alimentos ou bebidas com alto teor calórico serão necessários se o Brasil quiser avançar nessa direção, bem como para garantir que políticas de preços direcionadas beneficiem a população mais carente.

1.5. Reduzindo o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil

Embora o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil esteja abaixo da média da OCDE, há sinais de que ele aumentou nos últimos anos entre todos os grupos populacionais. Tais aumentos são particularmente preocupantes para mulheres e adultos jovens no que diz respeito, por exemplo, ao consumo excessivo de álcool episódico. Esse cenário prejudicará cada vez mais a saúde, aumentando a mortalidade prematura e diminuindo a expectativa de vida a taxas ligeiramente mais baixas do que nos países da OCDE. Também terá um impacto significativo sobre os gastos com saúde e a economia em geral em termos de redução do PIB, embora seja de magnitude menor do que a média da OCDE.

1.5.1. O consumo de bebidas alcoólicas no Brasil reduzirá a expectativa de vida em cerca de 0,8 anos e resultará em uma redução de 1.4% do PIB do Brasil nos próximos 30 anos

Os níveis de consumo de bebidas alcoólicas no Brasil são inferiores à média da OCDE. Em 2018, os homens brasileiros ingeriram 11,8 litros de bebida alcoólica por ano, cerca de 4 litros a menos que a média da OCDE, enquanto as mulheres brasileiras beberam 3,3 litros, quase 2 litros a menos que a média da OCDE. No entanto, o consumo excessivo de álcool episódico entre brasileiros com 18 anos ou mais quase

triplicou em seis anos, de 5,9% em 2013 para 17,1% em 2019. O aumento foi maior entre as mulheres do que entre os homens.

O consumo dessas bebidas tem impacto na saúde e na economia da população brasileira. A ingestão de bebidas alcoólicas acima de 1 dose por dia para mulheres e 1,5 dose por dia para homens também pode levar à morte prematura, ou seja, entre 30 e 70 anos de idade, de acordo com a definição da OMS (WHO, 2018[24]). Assim, a mortalidade prematura no Brasil por consumo de álcool acima de 1 dose por dia para mulheres e 1,5 dose para homens será de 20 pessoas por 100.000 habitantes entre 2020 e 2050, abaixo da média da OCDE de 24 pessoas por 100.000. Isso se traduzirá em uma queda na expectativa geral de vida dos brasileiros: em média, entre 2020-50, espera-se que a expectativa de vida diminua 0,8 anos devido ao consumo de álcool, próximo à redução de 0,9 anos nos países da OCDE.

Quando o impacto do consumo de álcool acima do limite de 1 ou 1,5 dose por dia resulta em perda de emprego e produtividade, projeta-se que o Brasil perderá em média USD 47 PPC per capita por ano. Além disso, o PIB brasileiro será 1,4% menor nos próximos 30 anos – logo abaixo da média de 1,6% dos países da OCDE – devido ao impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool acima do limite diário para mulheres e homens.

1.5.2. O Brasil implementou uma série de políticas para reduzir o consumo de álcool

O Brasil reconhece as questões que envolvem o consumo de álcool e tem intensificado sua resposta de forma condizente. Em 2007, o país introduziu sua primeira política nacional de álcool, visando a um enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao seu consumo. A política adota uma abordagem intersetorial e integral para reduzir os danos à saúde, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso do álcool. O Brasil também desenvolveu progressivamente outras políticas no setor, incluindo o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção do Álcool e Outras Drogas em 2009 e a Política Nacional sobre Drogas em 2019. O Brasil também participa da iniciativa SAFER da OMS, demonstrando seu compromisso com o combate ao consumo de álcool e a redução de suas consequências danosas. No entanto, embora haja uma política nacional escrita sobre o álcool, a falta de um plano de ação relacionado torna sua implementação um desafio.

A idade mínima para beber no Brasil tem sido muito importante para limitar os riscos associados ao consumo precoce de álcool, como violência e lesões, e a probabilidade de desenvolver dependência dessa substância na idade adulta. Desde 2005, a idade mínima legalmente permitida para comprar bebida alcoólica é 18 anos, o mesmo limite aplicado em 28 países da OCDE. Quem descumprir essa regra no Brasil está sujeito a pena de prisão de dois a quatro anos e multa que varia de BRL 3.000 a BRL 10.000 (USD 545 a USD 1.800).

Notoriamente, a introdução da Lei Seca em 2008 instituiu uma política de tolerância zero para dirigir alcoolizado no Brasil. Qualquer concentração de álcool no sangue (CAS) detectada em um teste de bafômetro é considerada uma infração. Torna-se crime quando a CAS atinge 0,6 grama por litro (g/L) de sangue ou 0,34 miligrama por litro (mg/L). A lei foi alterada em 2012 para estabelecer punições mais rígidas para quem dirige sob o efeito de álcool ou outras substâncias psicoativas e comete crimes de homicídio culposo (sem dolo) ou lesão corporal de natureza grave ou muito grave. Evidências recentes mostram que a alteração de 2012 teve um impacto estatisticamente significativo na redução de acidentes fatais. Desdobramentos recentes da política tornaram a Lei Seca mais rígida. A partir de abril de 2021, motoristas sob o efeito de álcool ou drogas e que causem acidentes com lesões corporais serão presos, o que significa que o infrator não terá mais o direito de substituir a pena de prisão por outras mais leves, como serviço comunitário, como acontecia anteriormente.

O Brasil também realiza regularmente campanhas na mídia de massa para combater a direção sob o efeito de álcool. O governo federal promove tais campanhas durante o período de carnaval quase anualmente. Em 2019, a “Campanha de Prevenção de Acidentes – Carnaval” teve como objetivo

promover o consumo zero de álcool antes de dirigir para reduzir os acidentes de trânsito, bem como conscientizar sobre as consequências graves e abrangentes do consumo de bebidas alcoólicas (Ministério da Infraestrutura, 2019[25]). Embora nenhuma avaliação de impacto de tais campanhas tenha sido conduzida no Brasil, evidências da Austrália, Dinamarca, Finlândia, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos mostram que as campanhas na mídia de massa podem aumentar a conscientização a respeito do impacto do consumo de álcool e fomentar a busca por tratamento.

1.5.3. O Brasil deve criar um pacote de políticas abrangente e expandir as políticas atuais para reduzir ainda mais o consumo de álcool

O álcool é altamente valorizado por muitos consumidores como fonte de prazer individual e social, e sua produção e comércio representam uma parte importante da economia em muitos países. No entanto, o consumo nocivo de álcool é um risco importante para a saúde da população, causando muitas doenças crônicas não transmissíveis que, por sua vez, têm consequências sociais mais amplas e prejudiciais. Além disso, as políticas para combater o uso nocivo do álcool exigem escolhas complexas a serem feitas. Intervenções direcionadas a todos os consumidores – como tributação do álcool ou regulamentação da publicidade – são altamente eficazes em nível populacional, mas, ao afetar todas as pessoas que bebem independentemente de seu nível de consumo de álcool, elas também envolvem trocas interpessoais no bem-estar.

O Brasil já possui uma série de políticas restritivas ao álcool em vigor, mas ainda assim o país pode considerar políticas mais focalizadas nos efeitos mais prejudiciais do consumo de álcool, tais como limites de publicidade, políticas de condução de bebidas alcoólicas, ou aquelas com um forte componente preventivo e educacional, tais como abordagens baseadas em cuidados de saúde primários ou programas baseados em escolas. De forma geral, essas políticas devem gerar um impacto positivo na economia e na saúde da população brasileira. As políticas de preços, em particular, podem gerar grandes reduções nas despesas com saúde e nos custos do mercado de trabalho (por exemplo, emprego), e ao mesmo tempo produzir os maiores ganhos para a saúde da população (por exemplo, expectativa de vida) e a economia em geral (por exemplo, PIB). Combinar políticas em estratégias de prevenção coerentes teria um impacto ainda maior.

Introdução de políticas de preço mínimo de bebidas alcoólicas

Embora as políticas de preços sejam um pilar crítico de um pacote forte e abrangente referente ao álcool, o Brasil não considerou nenhuma política relacionada ao preço mínimo de bebidas alcoólicas, ao contrário de muitos países da OCDE (por exemplo, Canadá, Austrália e Reino Unido) que implementaram políticas de preço mínimo por unidade (MUP). O MUP define um preço mínimo obrigatório por unidade de bebida alcoólica ou bebida padrão, visando bebidas alcoólicas baratas. Até o momento, a pesquisa empírica avaliando MUP verificou resultados promissores na redução do consumo. Na Escócia (Reino Unido), um estudo constatou que o MUP levou a uma redução de 7,6% nas compras de bebidas alcoólicas, com maior impacto nos agregados familiares que mais consumiam esses produtos. Outras ferramentas de política que o Brasil poderia considerar incluem a implementação de proibições a venda abaixo do custo (como no Reino Unido) e a descontos por volume (como na Islândia e na Suécia), bem como o estabelecimento de margens de lucro e preços mínimos (como nos Estados Unidos).

Limites ao marketing de bebidas alcoólicas e patrocínio esportivo se justificam

O marketing de bebidas alcoólicas é um fator importante para seu consumo no Brasil. Existem fortes evidências da associação positiva entre a exposição ao marketing dessas bebidas e o início de seu consumo, bem como o consumo excessivo e de risco.

As atuais regulamentações sobre publicidade e restrições ao patrocínio esportivo no Brasil apresentam limitações importantes. A Lei nº 9.294, de 1996 limita a publicidade de bebidas alcoólicas com teor alcoólico acima de 13 graus (°) na escala Gay Lussac. Embora o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) também tenha instituído novas regulamentações para a publicidade de bebidas alcoólicas em 2008 voltadas especificamente para crianças e adolescentes, a publicidade de produtos alcoólicos (exceto destilados) continua onipresente no Brasil.

O Brasil poderia se juntar à maioria dos países da OCDE e restringir ainda mais a publicidade de álcool na mídia tradicional. Poderia introduzir uma proibição legal a essa publicidade direcionada a crianças e adolescentes. Em toda a OCDE, sete países impõem uma proibição legal completa em plataformas tradicionais, incluindo televisão, rádio e mídia impressa. O Brasil também poderia incluir a vedação nas mídias sociais, já que os jovens passam mais tempo nessas novas plataformas. A Turquia, Noruega e Lituânia, por exemplo, seguem essa abordagem.

Paralelamente, o Brasil também poderia regulamentar o patrocínio esportivo. Evidências internacionais abundantes confirmam o impacto adverso para saúde pública causado por esse patrocínio, que está associado ao início do consumo de álcool por quem não bebia anteriormente e a níveis mais elevados de consumo por bebedores atuais, bem como atletas e membros de clubes esportivos. A regulamentação atual não abrange bebidas alcoólicas abaixo de 13° na escala Gay-Lussac, deixando de fora a cerveja, a categoria dominante em patrocínios esportivos.

Políticas mais duras contra dirigir sob o efeito do álcool

O Brasil deveria expandir suas políticas de combate à direção sob o efeito do álcool. Em primeiro lugar, a implementação de blitz para fazer cumprir a Lei Seca é atualmente pouco frequente nos estados brasileiros, sendo os testes de embriaguez realizados com mais frequência nas capitais. Verificou-se que as blitz são eficazes em termos de custos na redução de acidentes rodoviários. No Brasil, elas devem ser amplamente divulgadas, estar altamente visíveis e ser realizadas com frequência. O país deveria direcionar melhor as blitz por meio do uso mais eficiente de dados relacionados ao álcool. Por exemplo, informações sobre acidentes de trânsito, concentração de pontos de venda de álcool e eventos conhecidos pelo consumo de álcool podem orientar o planejamento de tais fiscalizações.

Em segundo lugar, os programas de bloqueios de ignição por álcool, que exigem que os motoristas façam um teste de embriaguez para dar a partida no veículo, podem ser um bom complemento à política da Lei Seca. O Brasil poderia aprender com vários países da OCDE (Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Polônia, Suécia e alguns estados dos Estados Unidos) que punem motoristas que bebem e dirigem pela primeira vez com bloqueios de ignição ou com países que impõem essa penalidade para reincidentes (ou seja, Bélgica, França, Nova Zelândia, Suécia e alguns estados dos EUA). Se o Brasil deseja atualizar ainda mais a Lei Seca com a introdução de programas de bloqueios de ignição por álcool, será necessário realizar pilotos em estados e municípios com taxas mais altas de acidentes de trânsito relacionados ao álcool, a fim de compreender melhor as implicações no contexto brasileiro.

1.5.4. O rastreio e a intervenção breve em APS e programas de educação escolar

O rastreio e intervenção breve (RIB) no contexto da APS, que é projetada para identificar em um estágio inicial os indivíduos com um problema de bebida e motivá-los a tratar essa questão, foram considerados eficazes em termos de custos na maioria dos países da UE. O Brasil introduziu várias iniciativas para apoiar o desenvolvimento de RIB na APS. O programa Caminhos do Cuidado, implantado em 2013 pelo governo federal, ampliou com sucesso a capacidade da APS para o tratamento de transtornos por uso de álcool e drogas. O programa treinou mais de 290.000 agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem na prevenção e gestão de transtornos por uso de álcool e drogas. O desenvolvimento dos Centros de Atenção Psicossocial como pontos estratégicos de atenção dentro da Rede de Atenção

Psicossocial também foi uma reforma fundamental na melhoria da atenção às pessoas com transtornos relacionados ao álcool e drogas por meio do RIB.

Porém, para além do contexto dos Centros de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Psicossocial, o RIB na APS não está incorporado de forma sistemática na prática das eSFs, principalmente no âmbito dos exames regulares de saúde. Isso é diferente dos países da OCDE, como o Reino Unido, onde os clínicos gerais realizam RIB como parte de um exame normal de saúde. Se o Brasil quiser avançar nessa direção, precisa desenvolver e implementar diretrizes clínicas de forma mais consistente em todo o país, estabelecendo padrões de atendimento para RIB. Poderia também criar um sistema de registro e monitoramento, o qual seria muito útil na coordenação das eSFs com Centros de Atenção Psicossocial e Rede de Atenção Psicossocial para integrar os serviços de forma mais eficiente, tornando a atenção à saúde mais centrada nas pessoas.

Também há espaço para o fortalecimento da estratégia educativa do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, para desestimular ainda mais o início e o consumo de álcool em crianças em idade escolar. O PSE não propõe diretrizes específicas sobre os malefícios do álcool nas escolas, de forma que as ações e atividades relacionadas ao uso do álcool se mostram mais limitadas do que em outras áreas de prevenção. Além disso, o programa #Tamojunto, implementado pelo Ministério da Saúde em 2013 para evitar o envolvimento de adolescentes com álcool, cigarro e outras drogas, não conseguiu cumprir – e, na verdade, contrariou – seus objetivos. De fato, avaliações anteriores mostraram que os jovens envolvidos no programa eram mais propensos a começar a consumir álcool. Nesse contexto, será crucial desenvolver diretrizes nacionais de PSE sobre os malefícios do álcool para crianças e adolescentes em idade escolar, desenvolver iniciativas para apoiar professores e profissionais de saúde na implementação das diretrizes e criar um sistema de avaliação para analisar o impacto das diretrizes. Aprender com a experiência do programa #Tamojunto será fundamental, seja para ampliar uma forma revisada do programa ou desenvolver uma nova iniciativa para alunos do PSE.

Referências

AAAS (2017), *Brazil - Food Policy - You Have the Right to Know What You Eat - YouTube*, Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, https://www.youtube.com/watch?v=Ob5i5t_RS9s (accessed on 11 March 2021). [20]

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021), *Mapa Assistencial da Saúde Suplementar*. [9]

IBGE (2021), *Estatisticas Sociais de Saúde*, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude.html. [17]

IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.25*, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados (accessed on 10 February 2021). [1]

IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IBGE, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes. [12]

Ipsos (2021), *COVID-19 Vaccination Intent. Ipsos survey for The World Economic Forum*, https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2021-05/node-787081-788076.zip. [7]

Ipsos (2021), *Global attitudes on COVID-19 vaccine booster shots. Ipsos survey for The World Economic Forum*, https://www.weforum.org/agenda/2021/09/covid-19-booster-shot-if-offered. [8]

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en. [3]

Ministério da Infraestrutura (2019), *Prevenção de Acidentes - Carnaval*, https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/sala-imprensa/publicidade-2019/prevencao-de-acidentes-carnaval (accessed on 26 March 2021). [25]

Ministério da Saúde (2021), *Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19*, https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19 (accessed on 16 March 2021). [6]

Ministério da Saúde (2020), *Consulta Pública: Guia de Atividade Física para a População Brasileira*, Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, https://aps.saude.gov.br/noticia/9516 (accessed on 12 March 2021). [22]

Ministério da Saúde (2020), *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*, Brazilian Ministry of Health, Brasilia, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. [16]

OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9bf007f4-pt. [4]

OECD (2021), *OECD Health Statistics*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/health-data-en. [18]

OECD (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/250240ad-en. [10]

OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en. [13]

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en. [2]

OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264311602-en. [23]

OECD (2019), *Recommendation of the Council on Health Data Governance*, OECD/LEGAL/0433, http://legalinstruments.oecd.org (accessed on 7 March 2021). [19]

OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en. [21]

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en. [5]

Receita Federal (2018), *Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA 2019*, https://receita.economia.gov.br/dados/receitadata/renuncia-fiscal/previsoes-ploa/arquivos-e-imagens/dgt-ploa-2019.pdf/view. [11]

Tribunal de Contas da União (2021), *Hospitais públicos maiores, estaduais e da administração indireta tendem a ser mais eficientes - TC 015.993/2019-1*, https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/hospitais-publicos-maiores-estaduais-e-da-administracao-indireta-tendem-a-ser-mais-eficientes.htm. [15]

WHO (2018), *European Health Information Gateway: Premature mortality*, World Health Organization, Geneva, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/ (accessed on 16 July 2020). [24]

World Bank (2017), *A fair adjustment : efficiency and equity of public spending in Brazil : Volume I : síntese (Portuguese)*, World Bank Group, http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese. [14]

2 A organização do sistema de saúde no Brasil e suas necessidades

Os princípios e a estrutura atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) foram concebidos em 1988, após a aprovação da nova Constituição brasileira, a qual estabeleceu a saúde como um direito universal de toda a população e uma responsabilidade do Estado. Muitas medidas de desempenho do sistema de saúde no Brasil melhoraram desde o início do SUS, mas os ganhos não foram iguais entre os grupos populacionais. Embora praticamente toda a população esteja formalmente coberta pelo setor público de saúde, com benefícios e proteção financeira igualitários, as fontes privadas de gastos predominam por meio do plano de saúde privado voluntário ou de pagamentos diretos por famílias que afetam desproporcionalmente as populações carentes e desfavorecidas do Brasil. Baixas despesas com saúde pública, juntamente com as transições demográficas e epidemiológicas, também apresentam-se como um desafio à sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro.

2.1. Introdução

Os princípios e a estrutura atuais do Sistema Único de Saúde foram concebidos em 1988, após a aprovação da nova Constituição brasileira, que estabeleceu a saúde como um direito universal de toda a população e uma responsabilidade do Estado, o que abriu caminho para a sua implementação em 1990. Três princípios fundamentam o SUS (Massuda et al., 2020[1]):

- O direito universal à atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário).
- A descentralização, com responsabilidades atribuídas aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal
- A participação social na formulação e acompanhamento da implementação das políticas de saúde por meio dos conselhos de saúde federais, estaduais e municipais.

Desde o início do SUS, o Brasil teve avanços significativos ao melhorar os indicadores de saúde da maioria da população, aumentar o acesso aos serviços de saúde e reduzir as desigualdades na saúde. A priorização da atenção primária pelo SUS permitiu um contato mais fácil com os serviços de saúde no nível comunitário e a participação do cidadão nas questões de saúde foi institucionalizada nos níveis municipal, estadual e federal.

O Brasil tem progredido continuamente em direção à cobertura universal de saúde (CUS), uma vez que toda a população tem cobertura de saúde pelo SUS. As despesas totais com saúde aumentaram para USD 1.514 per capita em paridade de poder de compra (PPC) em 2019 (em comparação com uma média de USD 4.087 PPC per capita entre os países da OCDE), com uma predominância de fontes privadas de gastos, já que mais de 50% correspondem a esquemas de pagamentos voluntários e desembolsos diretos das famílias. Os provedores públicos de saúde dominam o sistema, mas existe uma presença significativa de prestadores privados, principalmente em meio a pessoas que podem adquirir planos de saúde. Embora a parcela dos pagamentos diretos das famílias tenha diminuído nas últimas duas décadas, atingindo 25% do gasto total com saúde em 2019 – abaixo de muitos países na região da ALC, mas acima dos 20% na OCDE, o Brasil aumentou sua parcela de gastos com planos de saúde voluntários, atingindo 30% em 2019, o maior na ALC e muito mais que 5% na OCDE.[1] As transições demográficas e epidemiológicas, associadas aos baixos gastos com saúde pública e às várias fontes de desperdício de despesas com saúde, estão desafiando a sustentabilidade financeira do sistema de saúde brasileiro.

Este capítulo descreve o sistema de saúde brasileiro por meio da análise do contexto demográfico, socioeconômico e epidemiológico em que o sistema opera, bem como descreve os principais atores do setor de saúde brasileiro. Além disso, ele analisa a situação atual do Brasil em termos de alcance da CUS, incluindo uma análise particular dos insumos dos serviços de saúde no país, a fim de fornecer informações para planejamento e gestão.

2.2. A saúde e suas necessidades no Brasil

2.2.1. A transição demográfica está gerando novos desafios para o sistema de saúde do Brasil

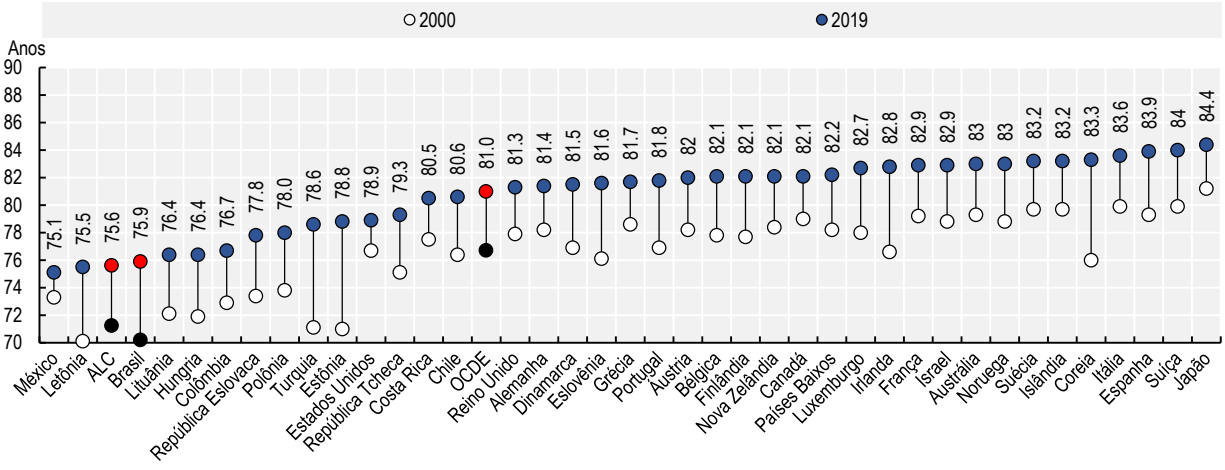
O Brasil está localizado na América do Sul, fazendo fronteira com dez países, quase todos os demais Estados da sub-região, com exceção do Chile e do Equador. Esse país de língua portuguesa tem um total de 8.358.140 km^2 e o seu território está administrativamente dividido em 26 estados, um Distrito Federal e 5.570 municípios. Os estados e o Distrito Federal também estão agrupados em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, as quais são utilizadas principalmente para fins estatísticos e para definir a distribuição dos recursos federais. Em 2020, a população do Brasil era estimada em mais de 212 milhões de habitantes, com um crescimento populacional anual de 0,8% (OECD, 2020[2]). Em

2015, 45,2% da população se considerava branca, 45,1% parda (descendentes de brancos e negros) e 8,9% negra (IBGE, 2016[3]). Em 2015, 0,3% da população brasileira era considerada imigrante, sendo 46% delas mulheres (IOM, 2020[4]). A densidade populacional atingiu 25,1 habitantes por km^2 em 2018, em comparação com 17,8 habitantes por km^2 em 1990, tendência essa relacionada ao aumento da população urbana, que passou de 73,8% em 1990 para 86,8% em 2019. No entanto, a taxa de crescimento anual da população urbana diminuiu de 2,9% em 1990 para 1,05% em 2019 (World Bank, 2020[5]).

A expectativa de vida ao nascer no Brasil aumentou de 70,2 anos em 2000 para 75,9 anos em 2019, ainda cinco anos abaixo da média da OCDE de 81 anos, mas acima da média da ALC de 75,6 anos (vide Figura 2.1). As taxas de mortalidade infantil diminuíram de 30,3 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2000 para 12,4 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2019. Apesar disso, o Brasil ainda apresenta taxa acima da média da OCDE de 4,2 mortes para cada 1.000 nascidos vivos. O mesmo ocorre com as taxas de mortalidade materna no Brasil, que diminuiu para 60 mulheres por 100.000 nascidos vivos em 2017 (uma queda de 13 pontos percentuais desde 2000), mas ainda maior do que a média da OCDE de 8 mulheres por 100.000 nascidos vivos, mas inferior à média da ALC de 83 (OECD/The World Bank, 2020[6]).

Figura 2.1. A expectativa de vida ao nascer aumentou no Brasil, mas permanece cinco anos abaixo da média da OCDE

Expectativa de vida ao nascer, entre os países da OCDE e da ALC, 2000 e 2019 (ou anos mais próximos)

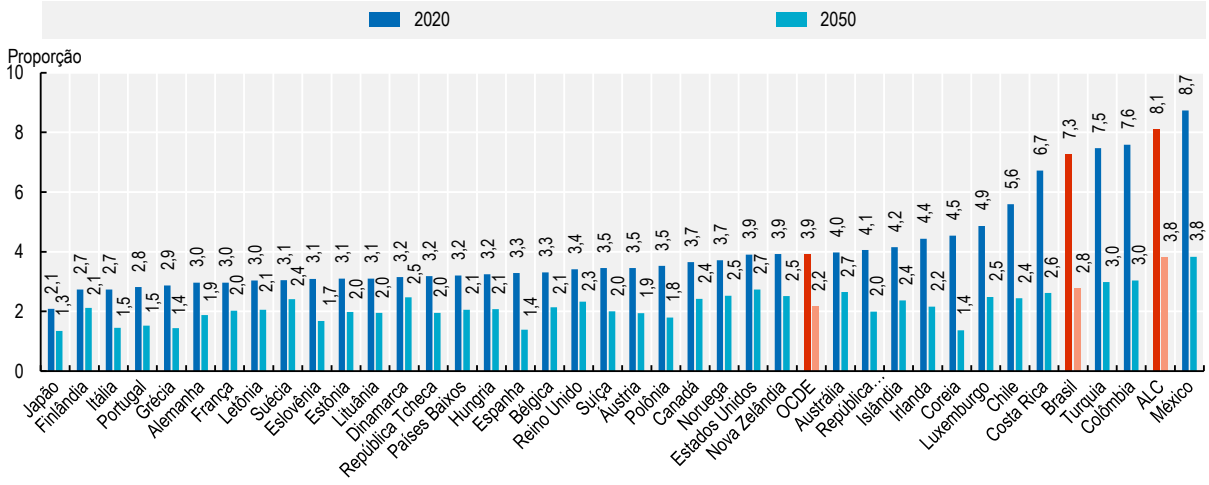


Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en, Indicadores de Desenvolvimento On-line do Banco Mundial de 2021.

Essas melhorias na saúde da população em geral foram acompanhadas por uma queda nas taxas de fertilidade, passando de 2,9 nascimentos por mulher em 1990 para 1,7 nascimentos por mulher (World Bank, 2020[5]), assim como em muitos países da OCDE. A queda nessas taxas, junto com o aumento da expectativa de vida, significa que o Brasil está passando por uma transição demográfica semelhante à das economias da OCDE; uma base cada vez menor de jovens e um número crescente de adultos mais velhos na pirâmide populacional. Em 2020, a proporção de pessoas com 15-64 anos para pessoas com mais de 65 anos era de 7,3 no Brasil, quase o dobro da média da OCDE, mas abaixo da média da ALC, o que significa que existe uma proporção maior da população em idade ativa no Brasil do que na OCDE. Ainda assim, ela deve diminuir bastante para 2,8 em 2050, quase igualando a proporção de 2,2 projetada para a OCDE (Figura 2.2). Essa rápida transição demográfica está tendo um impacto importante na saúde da população brasileira, pressionando o sistema de saúde e a economia.

Figura 2.2. Estima-se que o Brasil passará por um rápido processo de envelhecimento da população com uma diminuição na proporção dos habitantes em idade ativa até 2050

Proporção de pessoas entre 15 e 64 anos e pessoas com mais de 65 anos, 2020 e 2050



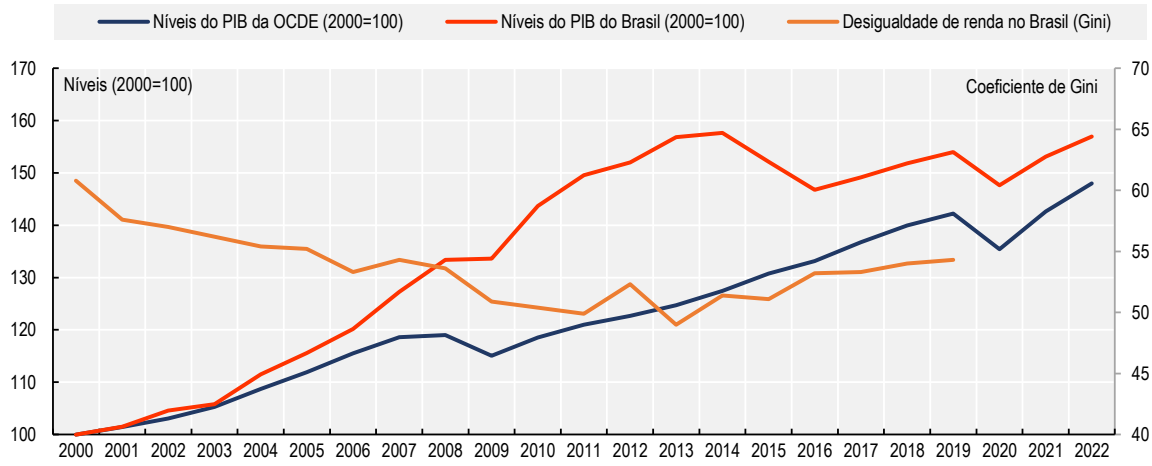
Fonte: Perspectivas da População Mundial da ONU.

2.2.2. Uma forte recessão e desafios de governança limitaram o progresso do Brasil rumo ao desenvolvimento e à melhoria na saúde

Nas últimas duas décadas, o Brasil teve um forte crescimento econômico combinado com um notável progresso social, tornando-se uma das principais economias do mundo. No entanto, a desigualdade socioeconômica continua sendo um grande problema e a recuperação econômica após a recessão em 2015 e 2016 tem sido lenta. A situação de suas contas fiscais é desafiadora com uma dívida pública cada vez maior, enquanto o mercado de trabalho é caracterizado por taxas de informalidade elevadas e persistentes (OECD, 2018[8]). A Figura 2.3 mostra como o crescimento do PIB no Brasil foi forte na década de 2000, mas ficou aquém das economias da OCDE na década de 2010, enquanto as projeções para 2021 e 2022 também colocam o Brasil abaixo das médias estimadas da OCDE (OECD, 2021[9]). De 2000 a 2013, o índice de Gini para a desigualdade de renda caiu continuamente de 60,8 para 49. No entanto, após a crise econômica, ele aumentou para 51,4 em 2014 e para 54,3 em 2019.

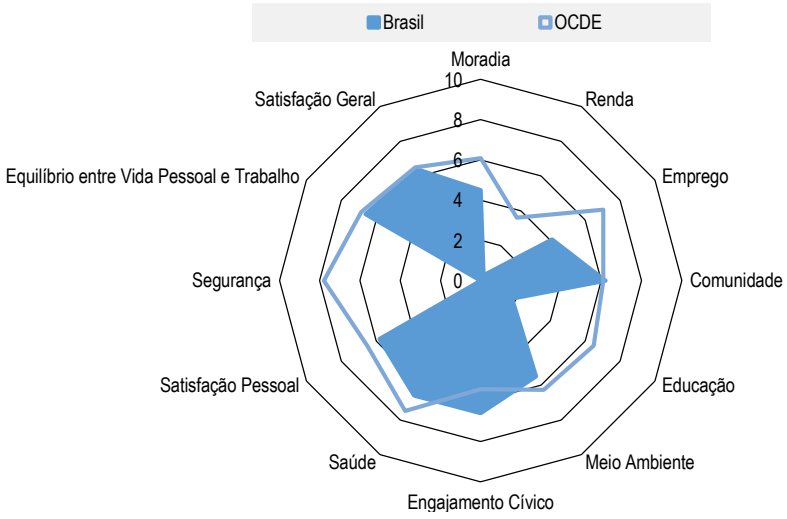
De modo geral, o Brasil avançou na última década em termos de melhoria da qualidade de vida de seus cidadãos. Entretanto, de acordo com o Índice para uma Vida Melhor da OCDE de 2020 (OECD, 2020[10]), o país tem um bom desempenho em apenas algumas medidas de bem-estar em relação à maioria dos países da OCDE. O Brasil está acima da média em engajamento cívico (envolvimento na democracia) e na comunidade (qualidade das redes de apoio social), mas muito baixo em segurança (assassinato e sensação de segurança), renda (renda familiar e riqueza financeira) e educação (educação das pessoas e resultados). Ele também está abaixo da média em termos de empregos e proventos, habitação, qualidade ambiental, satisfação de a vida, equilíbrio entre vida profissional e pessoal, além do estado de saúde. Essas classificações são baseadas em certos dados selecionados e disponíveis (Figura 2.4). Todas essas áreas da vida estão intimamente relacionadas ao estado de saúde da população, pois refletem os determinantes sociais e econômicos da saúde.

Figura 2.3. Níveis do PIB e desigualdade de renda no Brasil nos últimos 20 anos



Nota: estimativas para 2021 a 2022.
Fonte: Perspectivas Econômicas da OCDE (2021[9]), https://doi.org/10.1787/edfbca02-en, e Banco de Dados de Desigualdade de Renda Mundial (UNU-WIDER, 2020[11]), https://www.wider.unu.edu/project/wiid-%E2%80%93-world-income-inequality-database.

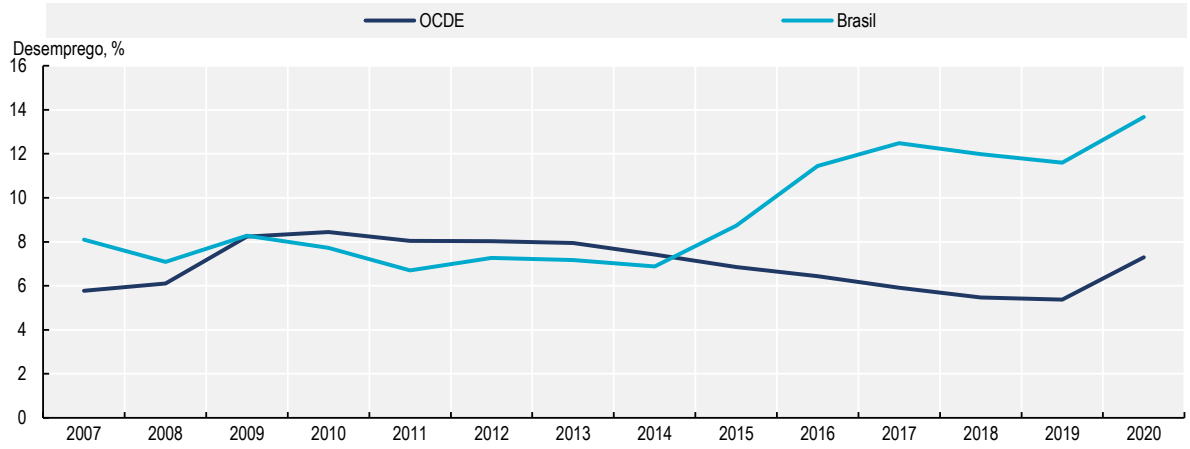
Figura 2.4. Os indicadores de bem-estar do Brasil destacam os desafios em comparação com as médias da OCDE



Fonte: Índice para uma Vida Melhor da OCDE (2020[10]), http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/.

O desemprego tem sido outro problema que afeta a economia brasileira e, portanto, a saúde da população. Antes da crise econômica de 2014, ele estava abaixo de 8% e até abaixo de 7% em 2014, semelhante às médias da OCDE naqueles anos. No entanto, a taxa de desemprego subiu para 11,5% em 2016 e manteve-se nesse nível até 2019, enquanto na OCDE o desemprego continuou a diminuir, atingindo 5,4% em média em 2019 (Figura 2.5) (OECD/ILO, 2019[12]). Em 2020, a taxa de desemprego atingiu 13,6%. Além disso, a informalidade do trabalho é um problema significativo no Brasil, atingindo 41,5% em 2018 (como uma parcela total do emprego excluindo o setor agrícola), menor do que a Colômbia (57,3% em 2019) e o México (57,3% em 2016), mas maior que Chile (27,8% em 2019) e Costa Rica (36,9% em 2019) (World Bank, 2021[13]; OECD, 2020[14]).

Figura 2.5. Desemprego no Brasil e em países da OCDE, 2007-20



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/.

Além disso, recentes turbulências políticas e acusações de corrupção nos níveis mais altos do governo e de setores empresariais expuseram desafios significativos na governança econômica e política. Práticas corruptas, propinas e conluio entre licitantes por recursos públicos geram um desperdício de recursos públicos e exacerbam as desigualdades de renda, permitindo que funcionários públicos e empresários relativamente prósperos desviem recursos do contribuinte. A redução da corrupção por meio de reformas estruturais (melhorando as leis de compras e procedimentos de denúncias, por exemplo) teria um impacto estimado de 3% sobre o PIB real no Brasil (OECD, 2018[8]), o que também poderia aumentar a disponibilidade de recursos públicos para o setor de saúde, dentro do orçamento público total. Além disso, a corrupção também tem uma correlação com algumas práticas no próprio setor da saúde, conforme discutido no Capítulo 3.

2.2.3. O impacto da COVID-19 na saúde e na economia do Brasil tem sido imenso, revelando fragilidades de governança

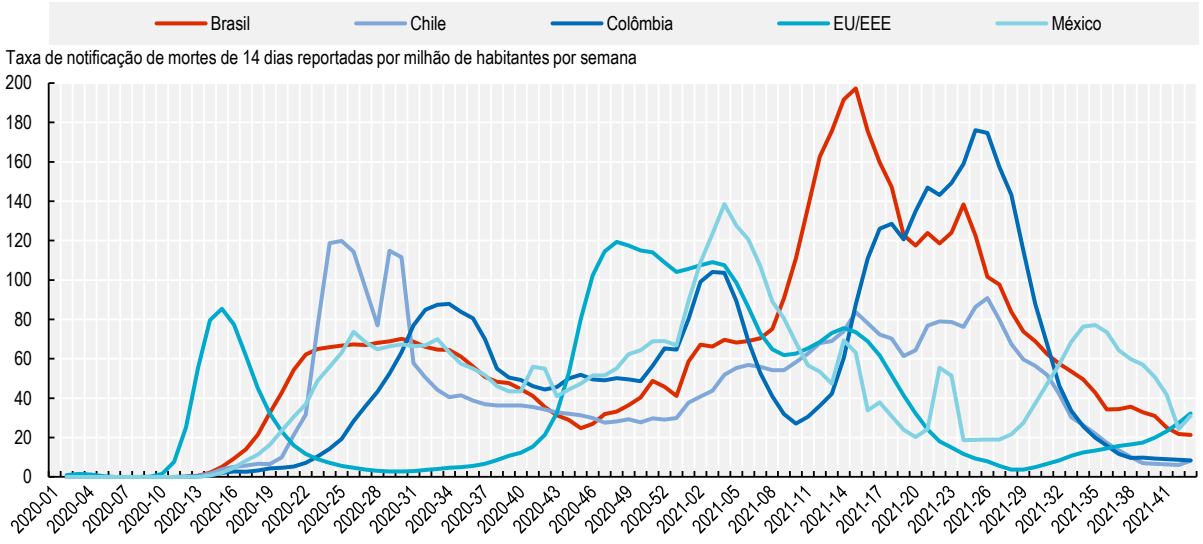
O primeiro caso de Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil foi notificado em 25 de fevereiro de 2020. Desde então, o impacto na saúde da população e na economia tem sido imenso. O número total de mortes registradas é superior a 611.000 em 17 de novembro de 2021, com 41.000 mortes registradas mensais médias em 2021. Isso situa a doença como a primeira causa de morte durante a pandemia, quando comparado com os valores mensais médios de mortes atribuídas a outras doenças entre 2015 e 2016, sendo que os mais altos são 30.000 por doenças circulatórias, 18.500 por câncer e 13.000 para doenças do aparelho respiratório.[2] No entanto, há evidências de subnotificação de cerca de 22% das mortes devido às limitações na capacidade de testagem por meio do RT-PCR para SARS-CoV-2 (Carvalho, Boschiero and Marson, 2021[15]).

A economia do Brasil também foi duramente atingida. Ao longo de 2020, o PIB no país caiu 4,1%, uma contração maior do que os 3,5% e 3,1% observados em escala global e nos países do G20, respectivamente. As projeções da OCDE divulgadas também mostram sinais de uma recuperação mais fraca no Brasil, com uma projeção de crescimento do PIB de 3,7% em 2021 e 2,5% em 2022, inferior aos 6,3% e 4,7% previstos para os países do G20 (OECD, 2021[16]).

A curva de mortalidade epidêmica no Brasil teve um aumento no início de abril de 2020, atingindo o primeiro pico em julho, ou seja, após o que fora observado na Europa nos primeiros meses da pandemia. Em seguida, os casos começaram a diminuir, mas permaneceram em níveis relativamente altos, semelhantes aos de outros países latino-americanos, como Chile, Colômbia e México. Em meados de

novembro, os casos no Brasil voltaram a aumentar. No início de abril de 2021, a taxa de mortalidade no país atingiu seus níveis mais altos desde o início da pandemia e, em seguida, começou a diminuir (Figura 2.6).

Figura 2.6. Evolução da taxa de mortalidade da COVID 19 no Brasil e em países selecionados da OCDE entre março de 2020 e 31 de outubro de 2021



Fonte: CEPCD (2021[17]), *COVID-19 atualizações de situação*, https://www.ecdc.europa.eu/en.

Um dos problemas mais importantes no tratamento da pandemia de COVID-19 no Brasil foram as deficiências na governança do setor de saúde. No nível federal, no primeiro ano da pandemia, quatro ministros da saúde diferentes ocuparam o cargo, o que limita a continuidade no manejo da resposta. A comunicação de risco das autoridades federais também tem sido conflitante e confusa para a população. O Brasil não é o único, visto que outros países da OCDE buscaram abordagens semelhantes.

A coordenação entre os níveis federal, estadual e municipal também tem sido complexa. Em muitos países da OCDE, os governos nacionais adotaram políticas de confinamento e uso de máscaras. No Brasil, coube aos estados e municípios se responsabilizarem pela tomada de decisão sobre a aplicação dessas medidas. A escassez de suprimentos médicos e tecnologias também foi relatada. Alguns estados intervieram para cobrir suas lacunas. Por exemplo, o estado do Maranhão adquiriu mais de uma centena de ventiladores mecânicos no mercado internacional em um momento de concorrência internacional acirrada por equipamentos (Alvarenga et al., 2020[18]). Entre outras iniciativas, o Consórcio Interestadual de Desenvolvimento Sustentável da Região Nordeste criou o Comitê Científico de Combate ao Coronavírus (C4NE) composto por especialistas nacionais para assessorar o Consórcio e monitorar a pandemia, algo que não existia no âmbito federal (Pessoa, Teixeira and Clementino, 2020[19]).

Mais recentemente, o Governo Federal desenvolveu um Plano Nacional de Operacionalização de Vacinas contra COVID-19. O plano fornece diretrizes nacionais quanto à situação epidemiológica e à definição da população-alvo para vacinação; às vacinas contra COVID-19 e sua farmacovigilância; aos sistemas de informação disponíveis; à operacionalização da vacinação; ao monitoramento, à supervisão e à avaliação; ao orçamento para operacionalização da vacinação; aos estudos pós-marketing; à campanha de comunicação; e ao encerramento da campanha de vacinação (Ministério da Saúde, 2021[20]). Esse plano é muito importante para alinhar esforços em torno da vacinação, principalmente porque a hesitação vacinal também é generalizada no Brasil, associada ao ceticismo em relação à indústria e aos tomadores

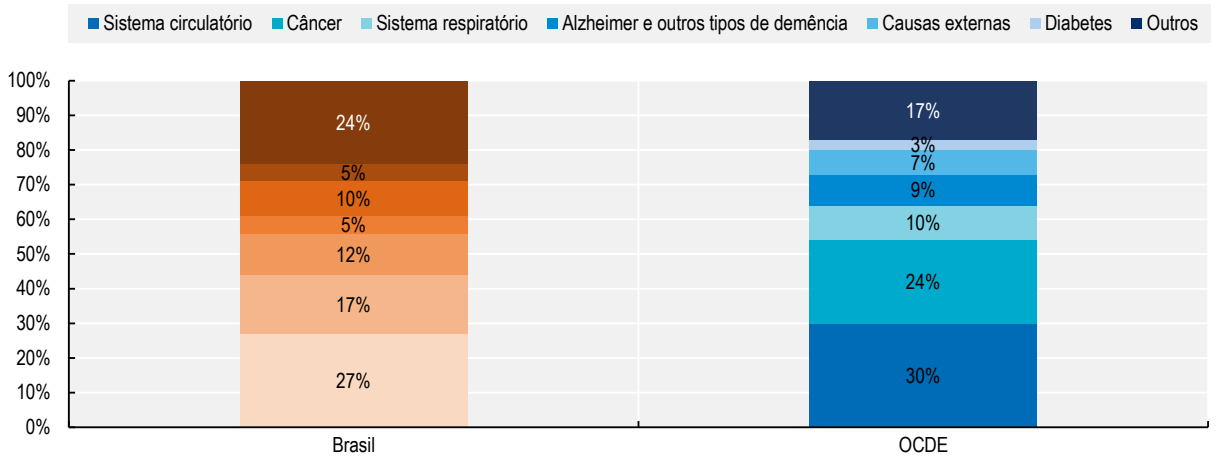
de decisão, à falta de confiança em pesquisas e às informações imprecisas que circulam nas redes sociais (Caracilo Carvalho Bivar et al., 2021[21]). O país também participa da COVAX Facility das Nações Unidas, que é um importante mecanismo para aumentar a oferta de vacinas do país e para uma distribuição mais equitativa de imunizantes em todo o mundo.

2.2.4. De modo geral, as doenças crônicas não transmissíveis representam a maior carga de doenças no Brasil e espera-se que isso continue

O Brasil, assim como muitos países da América Latina, passou por uma rápida transição epidemiológica em direção ao predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). Em 1990, as cinco principais causas de morte eram variadas, incluindo duas DCNTs (doenças cardiovasculares, 27,8% e neoplasias, 11,4%), doenças maternas e neonatais (7,9%), uma doença transmissível (infecções respiratórias e tuberculose, 7,8%) e uma lesão (automutilação e violência, 5,1%) (IHME, 2021[22]). Em 2019, quatro DCNTs dominavam as causas de mortalidade no Brasil: doenças do aparelho circulatório (27%), neoplasias (17%), doenças respiratórias crônicas (12%), causas externas (10%) e diabetes (5%) (Figura 2.7).

Figura 2.7. Doenças crônicas não transmissíveis causam a maior parte das mortes no Brasil e na OCDE

Causas de mortalidade no Brasil e OCDE, 2019



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

As taxas de mortalidade da população no Brasil apresentaram queda. Entre 2000 e 2019, as taxas de mortalidade por todas as causas diminuíram 14,9% no Brasil, abaixo da redução média de 19,8% nos países da ALC e de 26% na OCDE. Por exemplo, a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil foi de 25,1% entre 2000 e 2019. No entanto, existem áreas críticas. As mortes atribuíveis à glicemia elevada em adultos de 20 a 69 anos, por exemplo, aumentaram 42% entre 2010 e 2019, muito mais do que o aumento de 7,6% na ALC e no sentido contrário à redução de 14% observada nos países da OCDE.

Tabela 2.1. Esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCI) no Brasil, 2019

Ordem e doença	Taxa de EVCI por 100.000 pessoas	% de alteração desde 1990
1.Doenças cardiovasculares	4.089,91	-13,2%
2. Neoplasias	3.154,45	31,01%
3. Transtornos mentais	2.269,21	20,32%
4.Distúrbios musculoesqueléticos	2.218,88	37,17%
5.Outras doenças crônicas não transmissíveis*	2.089,45	-40,1%

Nota: *defeitos congênitos de nascença, doenças urinárias e infertilidade masculina, doenças ginecológicas, hemoglobinopatias e distúrbios orais.
Fonte: IHME (2021[22]), https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.

Em termos da carga nacional de doenças no Brasil medida por esperança de vida corrigida por incapacidade (EVCIs), a transição epidemiológica também foi substancial. Em 1990, dentre as cinco primeiras causas de EVCIs, três eram doenças transmissíveis e de saúde materno-infantil, sendo que os distúrbios maternos e neonatais estão na liderança, contabilizando 12,94% de todas as EVCIs. Em 2019, todas as cinco primeiras foram doenças crônicas não transmissíveis, enquanto os transtornos maternas e neonatais foram para o 8° lugar (5,15%) (IHME, 2021[22]). A Tabela 2.1 mostra a postura atual e a mudança desde 1990 das cinco principais condições que explicam as EVCIs no Brasil em 2019.

2.3. Avanços do Brasil rumo à cobertura universal de saúde

Nos últimos 30 anos, o Brasil progrediu no bem-estar de seus cidadãos, incluindo importantes reformas de saúde e a introdução de um sistema universal que permitiu ao país a praticamente atingir a cobertura universal de saúde, embora com desafios significativos em torno das desigualdades, da qualidade e da sustentabilidade. Esta seção descreve a principal estrutura legal e as reformas contínuas do sistema de saúde brasileiro.

2.3.1. Uma nova constituição federal promulgada em 1988 deu origem ao Sistema Único de Saúde atual

As origens do sistema de saúde brasileiro remontam aos tempos do colonialismo português (século XVI ao início do século XIX) com os primeiros hospitais nas principais cidades, e na fase imperial (segunda metade do século XIX) com uma polícia sanitária organizada e as primeiras tarefas de saúde pública atribuídas aos municípios. A partir do final do século XIX, após as primeiras tentativas em se tornar uma república e constantes alternâncias entre períodos de instabilidade democrática e regimes autoritários, diversos desenvolvimentos institucionais de relevância ocorreram, como a fundação do Ministério da Saúde em 1953 e a criação posterior de instituições de seguridade social (Paim et al., 2011[23]).

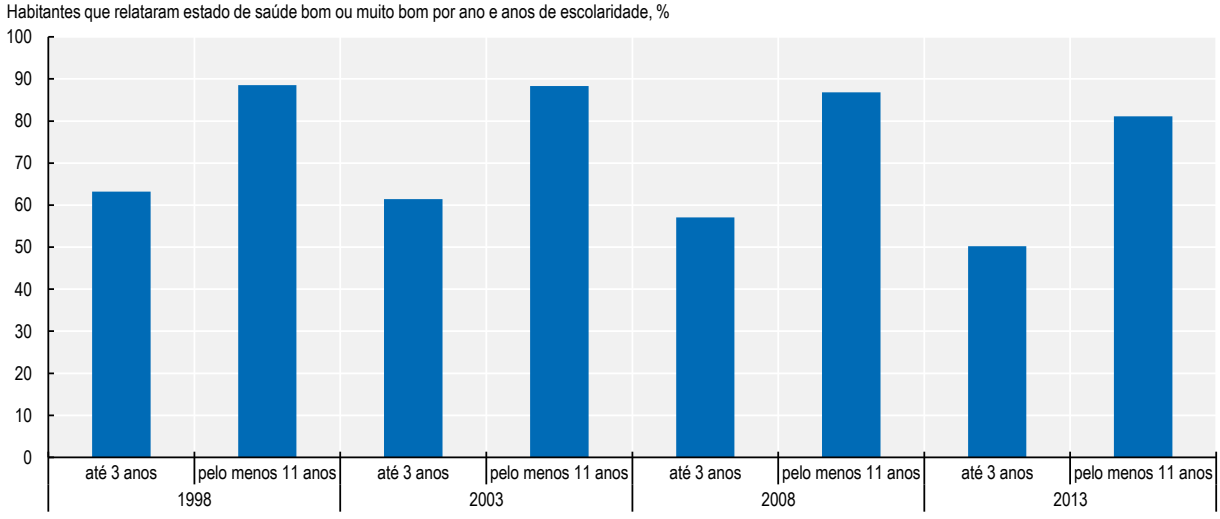
No entanto, o grande passo em direção à cobertura universal de saúde foi a Constituição Federal de 1988, que abriu caminho para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi implementado a partir da promulgação das Leis 8.080 e 8.142, em 1990, que consagraram os princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação comunitária no sistema de saúde. Elas também conferiram poder e responsabilidade para os governos locais ao transferir direitos e fundos de prestação de cuidados de saúde do governo federal para os governos estaduais e municipais (Castro et al., 2019[24]). Esse marco na história do Brasil fez com que a cobertura de saúde para toda a população fosse assegurada pelo SUS. No entanto, o alcance da cobertura de serviços e o nível de proteção financeira variaram ao longo do tempo e continuam sendo desafios importantes para o sistema de saúde do país.

2.3.2. O caminho para a cobertura universal de saúde tem sido bastante desigual entre os grupos socioeconômicos e as regiões geográficas

Assim como em outros países da OCDE, o avanço do Brasil na saúde da população apresenta desigualdades substanciais. De acordo com os resultados de um estudo que analisa pesquisas nacionais de 1998, 2003, 2008 e 2013 (Viacava et al., 2019[25]), a taxa de pessoas com pelo menos 11 anos de escolaridade que relataram terem um estado de saúde bom ou muito bom sempre esteve acima de 80%, enquanto entre pessoas com até três anos de escolaridade o índice sem manteve acima de 60% nas duas primeiras pesquisas, mas perto de 50% nos dois últimos estudos. A diferença entre esses dois grupos aumentou com o tempo: em 1998, a diferença era de 25 pontos percentuais, mas, em 2013, atingiu quase 31 pontos (vide Figura 2.8).

Figura 2.8. As desigualdades socioeconômicas na saúde são enormes no Brasil

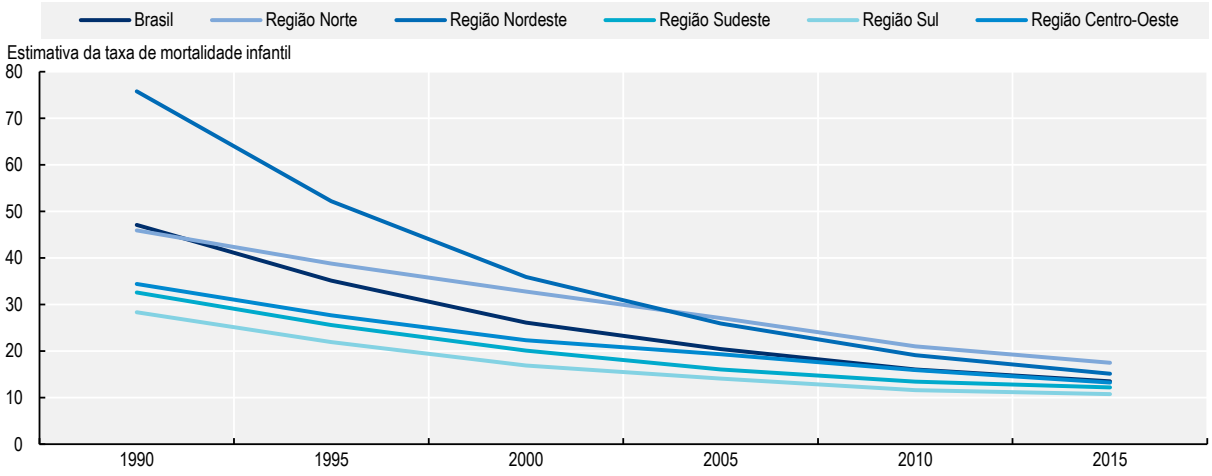
Porcentagem da população que relatou estado de saúde bom ou muito bom anos de escolaridade, por ano



Nota: As pesquisas foram PNAD 1998, PNAD 2003, PNAD 2008 e PNS 2013.
Fonte: Dados de Viacava et al. (2019[25]), "Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)", https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017.

Outra expressão das desigualdades na saúde pode ser observada em termos da taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil. A TMI diminuiu de 47,1 para 13,4 por 1.000 nascidos vivos entre 1990 e 2015, uma redução de 71%. No entanto, a magnitude dessa redução não foi a mesma em todas as regiões do país. A região Nordeste apresentou a queda mais expressiva de 80% no período, enquanto o menor grau de redução ocorreu nas regiões Centro-Oeste e Norte (62%). Esta última região apresentou a maior TMI em 2015 com 17,5, seguida pela região Nordeste com 15,1 (Figura 2.9).

Figura 2.9. Desigualdades geográficas na saúde na taxa de mortalidade infantil no Brasil, 1990 a 2015



Fonte: Dados de Szwarcwald et al. (2020[26]), "Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015", https://doi.org/10.1186/s12963-020-00208-1.

O Brasil tem impulsionado diferentes políticas para reduzir as desigualdades na saúde, principalmente entre grupos desfavorecidos da população. Por exemplo, adicionar informações sobre cor e raça aos Cartões Nacionais de Saúde do SUS; fornecer cobertura do SUS para cirurgias de redesignação de gênero; dar atenção especial à anemia falciforme, que afeta desproporcionalmente a população negra; isentar pessoas em situação de rua da necessidade de comprovação de residência para atendimento no SUS; e reconhecer o papel dos curandeiros e das parteiras nos cuidados de saúde. No Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Saúde Indígena foi criada para coordenar e administrar as políticas e os programas relacionados à saúde dos povos indígenas. Como esperado, a expansão da atenção primária levou a grandes melhorias no acesso e também nos resultados de saúde (Massuda et al., 2020[1]).

2.3.3. A utilização de serviços de saúde é maior entre a população mais rica que pode pagar um plano de saúde suplementar

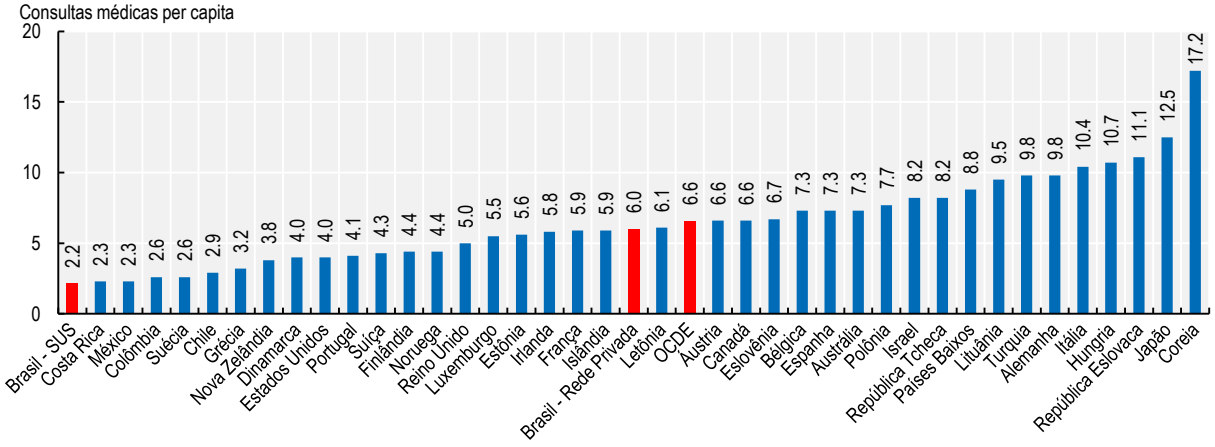
Conforme mencionado anteriormente, 25% da população brasileira possui plano de saúde privado, o que está atrelado a uma melhor situação socioeconômica para a aquisição desse tipo de produto. Em geral, as pessoas com plano de saúde têm maior acesso aos serviços de cuidado e apresentam um melhor estado de saúde. Resumimos a seguir uma seleção de resultados de pesquisas para destacar essas diferenças.

No tocante ao status de saúde, um estudo que utilizou a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 encontrou maior prevalência de tabagismo, inatividade física em tempos de lazer, estilo de vida sedentário, consumo de leite integral e baixa ingestão de verduras, legumes e frutas entre aqueles sem plano de saúde privado. Os autores criaram uma pontuação de comportamento prejudicial, que foi bem pior entre aqueles sem plano de saúde (PR = 1,78) (De Azevedo Barros et al., 2016[27]). Outro estudo usando a mesma pesquisa descobriu que as populações sem plano de saúde no Brasil apresentam uma prevalência semelhante de várias DCNTs (somente maior prevalência de AVC, mas menor distúrbios musculoesqueléticos e câncer). No entanto, esse grupo relatou graus muito maiores de limitação devido a essas doenças, em particular de hipertensão, asma, problemas de coluna, depressão, câncer e insuficiência renal crônica (Malta et al., 2016[28]).

Sobre a utilização de serviços de saúde, um estudo que também utilizou a PNS de 2013 descobriu que pessoas sem plano de saúde, quando comparadas aos beneficiários do plano, tinham uma probabilidade mais de duas vezes superior de subutilizar o sistema de saúde (AdjOR = 2,11, 95% CI = 1,83-2,44). Isso significa que muitas pessoas sem plano de saúde relataram nunca ter visitado um médico ou dentista, ou nunca verificaram a glicemia ou a pressão arterial (Boccolini and De Souza Junior, 2016[29]). Isso também é confirmado por um estudo com foco nos desfechos do câncer de mama no Brasil, o qual constatou que pacientes sem plano de saúde privado apresentavam doença mais avançada no diagnóstico (P <0,001) e tinham pior sobrevida livre de doença e sobrevida geral para pacientes em estágio III – IV (P = 0,002 e P = 0,008, respectivamente). A pesquisa também encontrou a pior sobrevida pós-recaída entre o grupo sem plano de saúde privado (P < 0,001) (Liedke et al., 2014[30]). Além disso, um estudo recente que utiliza dados da Pesquisa Nacional de Domicílios de 2008 aplicou uma metodologia econométrica para estimar o efeito do plano de saúde privado e do subsídio governamental por meio de uma dedução do imposto de renda. Os resultados do estudo indicam que a cobertura privada aumenta as chances de de que mulheres realizem exames de Papanicolau e mamografia, além do número de consultas médicas nas últimas duas semanas e no último ano. Por outro lado, o plano de saúde não teve impacto sobre a utilização de cuidados não preventivos, como a utilização de internamento e ambulatório, cirurgia, serviço de urgência residencial e uso de medicamentos prescritos e não prescritos (Menezes-Filho and Politi, 2020[31]).

Entre os países da OCDE, uma medida de acesso aos cuidados de saúde geralmente usada está relacionada às consultas médicas. A Figura 2.10 mostra que o Brasil tem o menor número de consultas médicas per capita entre os países da OCDE. Em 2019, o Brasil tinha 2,2 consultas médicas per capita no SUS, abaixo da média da OCDE de 6,6. Por outro lado, o Brasil teve seis consultas médicas per capita considerando a população com planos de saúde.

Figura 2.10. Consultas médicas no ano passado na população com e sem seguro saúde privado no Brasil e em países da OCDE, 2019 (ou último ano)

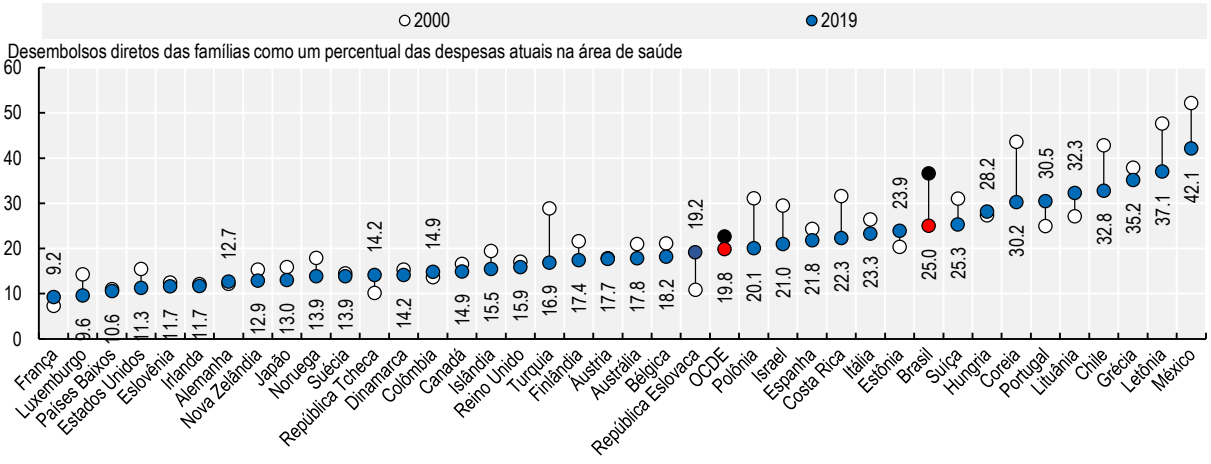


Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, ANS Brasil, Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

2.3.4. Os gastos diretos das famílias foram bem reduzidos nas últimas décadas, mas permanecem maiores do que a média da OCDE

Com a expansão da cobertura, os gastos diretos das famílias com saúde caíram nas últimas duas décadas (Figura 2.11). Atualmente, tais gastos diretos no Brasil chegam a 25% do gasto nacional total em saúde (equivalente a cerca de 1% do PIB), posicionando o país acima da média de 20% da OCDE, mas abaixo de muitos países da região da ALC. A redução prolongada dos gastos diretos das famílias com saúde é uma conquista significativa da expansão e da consolidação do SUS (vide Capítulo 3 para mais detalhes).

Figura 2.11. Evolução dos desembolsos diretos das famílias como um percentual das despesas atuais no setor de saúde no Brasil, 2000-19

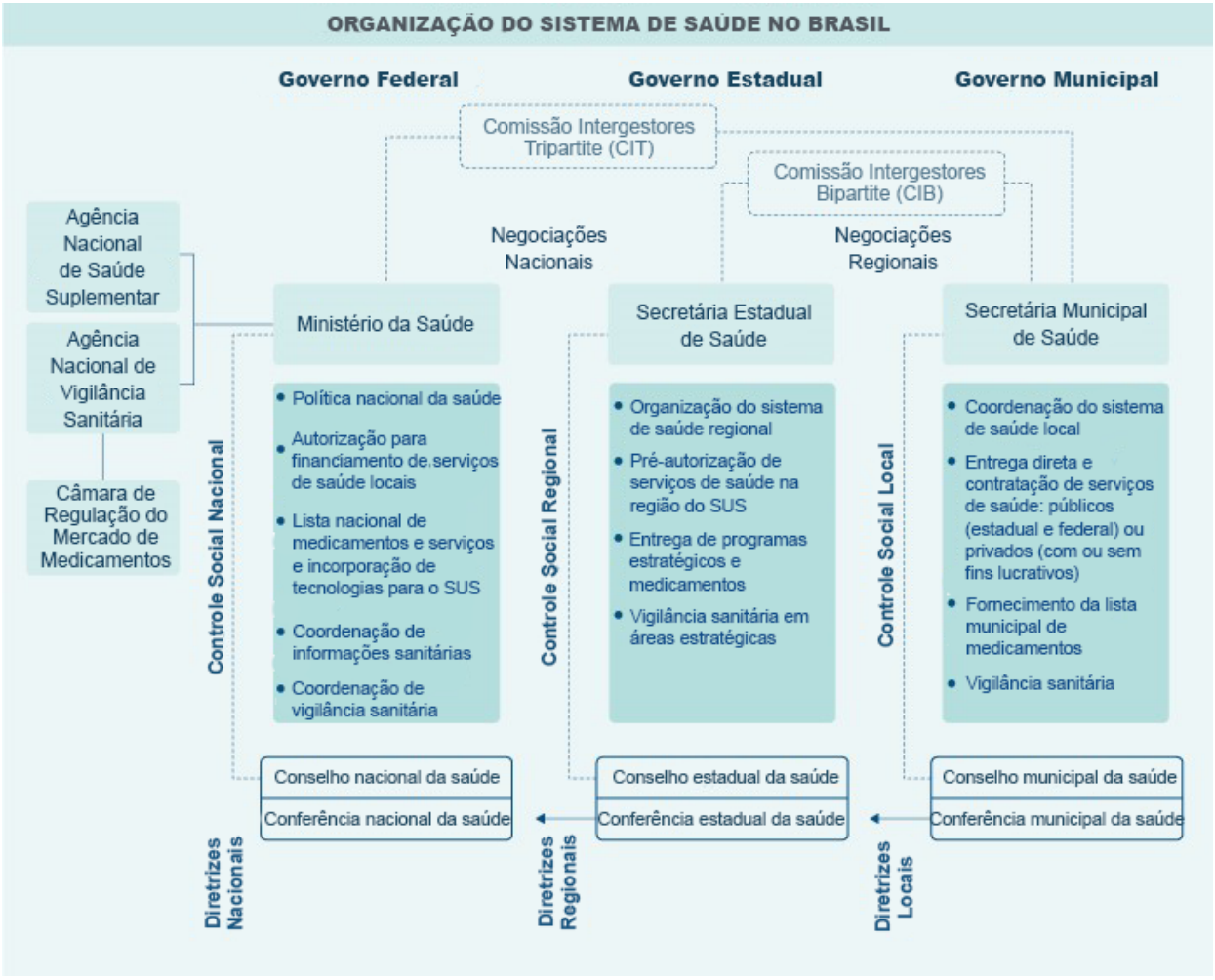


Nota: Em 2019, cerca de 3% de todas as despesas com saúde no Brasil não podem ser alocadas a nenhum esquema de financiamento, de modo que a parcela real dos gastos diretos pode eventualmente ser maior.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

2.4. Os principais atores do setor de saúde brasileiro

O sistema de saúde brasileiro é predominantemente público em termos de governança, financiamento e provisão por meio do SUS. A Constituição Federal também permitiu a livre participação, de forma complementar, da iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde. A gestão central do sistema é de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto a execução das ações ocorre principalmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal provedor de saúde. Todos os cidadãos têm direito aos serviços prestados pelo SUS, que é a principal fonte de assistência à saúde das camadas de baixa renda e sem acesso a planos de saúde. A Figura 2.12 apresenta um esquema com a organização geral do sistema de saúde brasileiro e seus principais atores.

Figura 2.12. Organização geral do sistema de saúde brasileiro



Fonte: Adaptado de Massuda et al. (2020[1]), "Brazil – International Health Care System Profiles", https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil.

Esta seção apresenta as principais partes interessadas no setor de saúde brasileiro, bem como suas responsabilidades. Ela também descreve desafios importantes para os atores dentro do sistema público, bem como a evolução do papel dos profissionais de saúde privada.

2.4.1. O governo federal e as agências nacionais são responsáveis por orientar o setor de saúde

Considerando as bases legais do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde tem o mandato de formular, definir, auditar, controlar e avaliar o conjunto de políticas e serviços de saúde vinculados ao SUS, juntamente com a coordenação de suas ações nacionais. A execução das atividades é realizada preferencialmente de forma descentralizada, sendo o componente municipal o principal prestador de serviços de saúde.

As áreas consideradas no mandato do Ministério da Saúde incluem políticas de alimentação e nutrição; sistemas de vigilância em saúde; a rede de laboratórios de saúde pública; a rede de atendimento à saúde, principalmente de alta complexidade; bem como o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os estados, os municípios e o Distrito Federal. Em relação a esta última área

de atuação, o Quadro 2.1 descreve o Plano Plurianual 2020-23 do Brasil e o Plano Nacional de Saúde 2020-23. Além disso, o acesso universal a procedimentos altamente complexos, tais como transplantes de órgãos, tecidos, células e corpo humano, vem sendo uma prioridade no Brasil. Com mais de 400.000 transplantes desde 2001 (dos quais 90% são financiados pelo SUS), a Política Nacional de Transplantes no Brasil é um dos maiores programas de transplantes do mundo.

Quadro 2.1. Planejamento da saúde no Brasil em nível nacional

Plano Plurianual, PPA 2020-23

O atual Plano Plurianual (PPA) foi aprovado pelo Congresso Nacional e instituído na Lei nº 13.971, de 27 de dezembro de 2019. O PPA é um instrumento de planejamento governamental desenvolvido pela Secretaria de Avaliação, Planejamento, Energia e Loteria (Secap), que define as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública federal para um horizonte de quatro anos. Ele considera uma ampla gama de áreas essenciais para o país, por exemplo, em torno do turismo, da agricultura e da pecuária sustentáveis, do atendimento integral à primeira infância, da aviação civil, entre outros.

A lei de PPA 2020-23 menciona, no seu Artigo 3, as suas 20 diretivas. O inciso XI diz respeito à saúde: ampliação da cobertura e resolutividade da atenção básica, com prioridade na prevenção e no fortalecimento da integração entre os serviços de saúde, contendo sete programas:

- Programa 5017: Assistência farmacêutica no SUS.
- Programa 5018: Atenção Especializada à Saúde.
- Programa 5019: Atenção Primária à Saúde.
- Programa 5020: Desenvolvimento Científico, Tecnológico e Produtivo em Saúde.
- Programa 5021: Gestão e Organização do SUS.
- Programa 5022: Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde Indígena.
- Programa 5023: Vigilância de Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2020-23

A Lei nº 8.080/90 define a obrigatoriedade legal de elaboração do Plano Nacional de Saúde, alinhado às necessidades da política de saúde e à disponibilidade de recursos nos planos de saúde dos municípios, estados, Distrito Federal e União.

O atual Plano Nacional de Saúde 2020-23 conta com os mesmos sete programas elencados no PPA 2020-23, detalhando os compromissos da Administração Federal para o setor de saúde.

Fontes: Informações retiradas de Presidência da República (2019[32]) "Lei Nº 13.971. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023", http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm, e Ministério da Saúde (2020[33]), "Plano Nacional De Saúde 2020-2023", https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf.

As principais agências semiautônomas de saúde em nível nacional são a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Ambos os órgãos estão vinculados ao Ministério da Saúde e têm uma relação de imparcialidade, sendo regidos por diretorias colegiadas compostas por cinco diretores com mandatos de três anos, podendo ser renovados.

Como a Constituição Federal permite a livre participação da prestação de cuidados de saúde privados, a ANS foi criada no ano 2000 com a missão de "promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde [privada], regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País" (Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000).

Os agentes regulados pela ANS são as operadoras de planos de saúde (seguradoras privadas), pois o que circunscreve o objeto da regulação não são os próprios serviços médico-hospitalares ou odontológicos, mas a garantia de cobertura de saúde, que se caracteriza pela intermediação desses serviços de saúde. Cabe à ANS propor políticas e diretrizes gerais para a autorização, a regulação, o monitoramento e o controle do mercado de saúde suplementar. Em particular, a ANS pode definir o elenco de procedimentos e eventos assistenciais que constituem a referência básica para cobertura assistencial e avaliar a capacidade técnica e operacional das seguradoras privadas, visando a garantir a compatibilização das coberturas oferecidas, inclusive no que se refere à dimensão da rede de atendimento à saúde. A agência também acompanha a evolução dos preços dos planos e dos prestadores de serviços, e autoriza reajustes e revisões das características financeiras dos planos de saúde, após consulta ao Ministério da Economia, além de sancionar processos de cisão, fusão, incorporação ou transferência de controle corporativo das operadoras. Desta forma, a ANS monitora e avalia a situação econômico-financeira das operadoras, a fim de preservar o equilíbrio sistêmico do setor. É importante ressaltar que a agência se articula com os órgãos de defesa do consumidor e estabelece normas para o ressarcimento ao SUS. Em especial, a ANS cuida de alguns aspectos do funcionamento do mercado, buscando, se não corrigir, pelo menos mitigar suas falhas, principalmente a assimetria de informações entre beneficiários, operadoras e profissionais de saúde, na busca pelo equilíbrio sistêmico entre esses atores e, com isso, a sustentabilidade do setor.

A ANVISA foi criada pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, como entidade pública independente em regime especial, que tem sede e jurisdição no Distrito Federal, e está presente em todo o país por meio da coordenação de portos, aeroportos, fronteiras e áreas alfandegárias. A missão da ANVISA é proteger e promover a saúde da população, intervindo nos riscos decorrentes da produção e da utilização de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária em uma ação coordenada e integrada com o SUS.

A ANVISA é responsável pela vigilância sanitária e pela regulação de medicamentos; dispositivos médicos (produtos para a saúde); alimentos; saneantes; cosméticos; produtos para fumo, derivados ou não do tabaco; serviços de saúde e serviços de interesse para a saúde; além de sangue, tecidos, células e órgãos. Esse órgão é responsável pelo registro, autorização de funcionamento, padronização, certificação de boas práticas, vigilância pós-comercialização e vigilância sanitária.

2.4.2. A governança do sistema de saúde do Brasil é compartilhada por diversas entidades e sua gestão é descentralizada

O SUS conta com uma estrutura de governança compartilhada, prevista na Constituição Federal na perspectiva da competência comum dos três níveis da federação: federal, estadual e municipal. As funções do governo estadual incluem a governança regional, coordenação de programas estratégicos (como fornecimento de medicamentos de alto custo) e prestação de serviços especializados que não foram descentralizados para os municípios. As secretarias de saúde dos 5.570 municípios administram em grande parte a gestão do SUS em nível local, incluindo o cofinanciamento, a coordenação de programas e a prestação de serviços de saúde.

A fim de respeitar a autonomia de cada ente federativo, o chamado Pacto Interfederativo da Gestão Executiva permite que o SUS tenha um funcionamento dinâmico por meio de acordos entre suas partes (Ministério da Saúde, 2015[34]). Para isso, existem várias esferas de governança, a saber: Conselhos e Comissões. Os principais estão descritos no Quadro 2.2.

Quadro 2.2. Principais órgãos de governança da Gestão Interfederativa do SUS

Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS com a missão de fiscalizar, acompanhar e supervisionar as políticas públicas de saúde, levando as demandas da população ao poder público. O CNS é composto por 48 membros e seus respectivos primeiros e segundos suplentes, representando usuários, trabalhadores, gestores do SUS e prestadores de serviços de saúde. Fazem parte do conselho as entidades de profissionais de saúde, a comunidade científica, os prestadores de serviços e o setor privado. O CNS realiza eleições a cada três anos para escolher seus membros. Dentre suas principais atribuições, ele aprova o orçamento da saúde e acompanha sua execução, avaliando o Plano Nacional de Saúde a cada quatro anos.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Reúne os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, com o objetivo de operacionalizar a troca de experiências e informações entre seus associados. O conselho visa assegurar a implementação dos princípios constitucionais, legislações e diretrizes nas ações e nos serviços de saúde. O CONASS se empenha para que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal participem da tomada de decisões sobre o desenvolvimento do SUS, em conjunto com o Ministério da Saúde. Seu conselho é eleito em assembleias anuais.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

É uma entidade não governamental, sem fins lucrativos, criada para representar as secretarias municipais de saúde. Sua importância no cenário político brasileiro se dá principalmente em razão da competência atribuída aos municípios na prestação dos serviços de saúde, contando com a cooperação técnica e financeira dos estados e da União. O CONASEMS realiza um congresso anual para discutir temas de interesse dos gestores municipais e definir diretrizes para seus representantes e elege seu conselho de administração a cada dois anos.

Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS)

Os secretários municipais de saúde se reúnem no COSEMS para discutir os temas estratégicos antes de apresentarem suas posições na CIB. Os COSEMS também são instâncias de articulação política entre gestores municipais de saúde.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT)

Órgão de articulação e consenso na esfera federal de governança do SUS, incluindo o desenvolvimento de estratégias, diretrizes, programas e alocação de recursos do sistema. É composta por gestores do SUS das três esferas de governo: cinco indicados pelo Ministério da Saúde, cinco pelo CONASS e cinco pelo CONASEMS. As decisões são tomadas por consenso.

Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

Espaços estaduais de articulação e pactuação política voltados para nortear, regular e avaliar a operacionalização das ações descentralizadas de saúde do SUS. Os membros são representantes indicados pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo COSEMS.

Fonte: Informações obtidas com o Ministério da Saúde do Brasil Ministério da Saúde (2009[35]) "O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios", http://www.saude.gov.br/bvs.

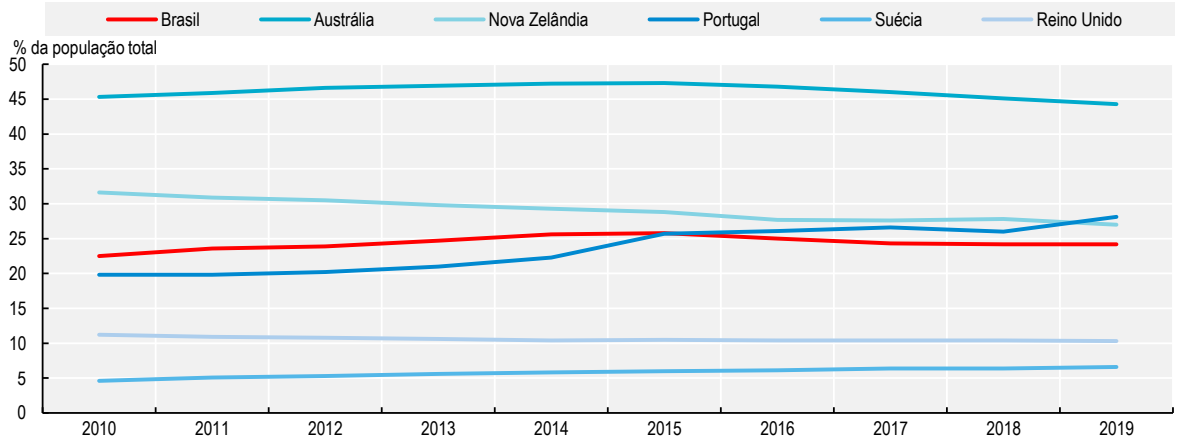
A Constituição Federal garante a participação da comunidade no sistema público de saúde em todos os níveis de governo. O chamado "controle social" se concretiza por meio dos conselhos de saúde (Quadro 2.2) e das conferências de saúde, que são compostos em 50% por membros da comunidade, 25% por prestadores de serviço e 25% por gestores de sistemas de saúde. Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos e coletivos permanentes do SUS, propondo estratégias e monitorando a implementação das políticas de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros. A criação dos conselhos deve ser objeto de lei ou de decreto a nível municipal ou estadual. As conferências são espaços institucionais destinados a analisar os avanços e retrocessos do SUS e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde nos níveis correspondentes. As decisões sobre políticas públicas de saúde, elaboradas nos conselhos, são discutidas durante as conferências. As conferências devem ocorrer a cada quatro anos (Ministério da Saúde, 2009[35]).

2.4.3. Os atores privados são importantes no sistema de saúde brasileiro

O setor privado está presente nos níveis de financiamento e de atendimento à saúde. O acesso restrito e o descontentamento com os serviços de saúde fazem com que as famílias de renda média e alta procurem cada vez mais o atendimento privado.

O plano de saúde privado (PSP) é voluntário e pode ser classificado como cobertura duplicada, uma vez que abrange serviços de tratamento necessários que também são cobertos pelo SUS. Em 2019, 24,2% dos brasileiros tinham PSP, enquanto essa proporção girava em torno de 22% em 2008 (OECD, 2021[7]). Quando comparado com outros países da OCDE que oferecem um serviço nacional de saúde ou um esquema nacional de plano de saúde e informam um PSP duplicado, o Brasil está próximo de Portugal (28,1%) e da Nova Zelândia (27%), abaixo dos 44% na Austrália e superior aos 6% e 10% na Suécia e no Reino Unido, respectivamente (Figura 2.13).

Figura 2.13. Plano de saúde privado duplicado no Brasil e em países selecionados da OCDE, 2010-19



Nota: Países selecionados da OCDE têm um serviço nacional de saúde ou um esquema nacional de seguro saúde e informam um PSP duplicado.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

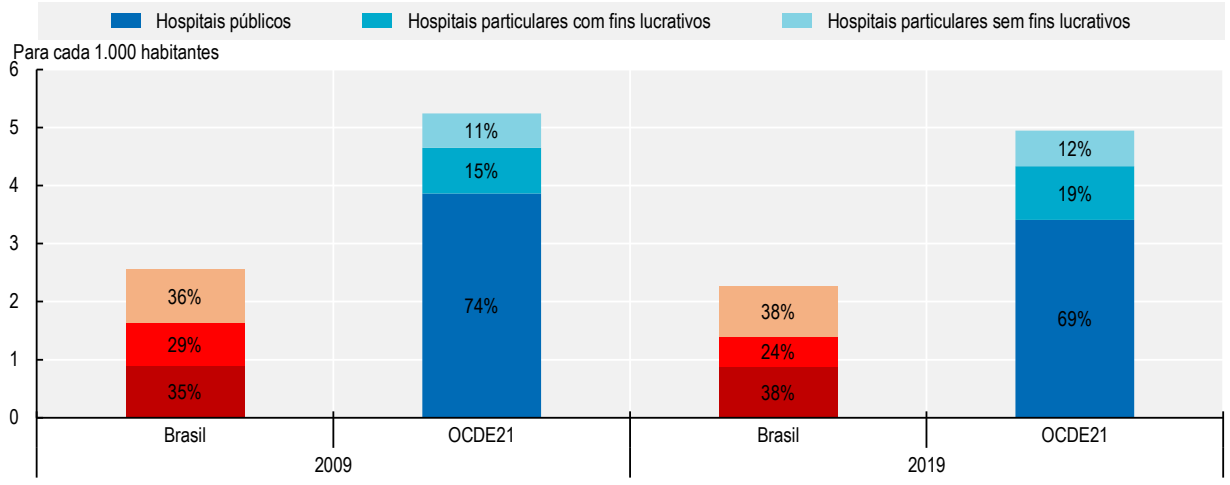
Quase 70% dos beneficiários brasileiros recebem seu plano de saúde privado como um benefício trabalhista. Esses planos oferecem serviços de saúde por meio de suas próprias instalações ou de organizações de saúde credenciadas. Por outro lado, eles podem reembolsar os beneficiários por serviços de saúde particulares. O Brasil gasta 0,5% do PIB com isenções fiscais para saúde privada,

principalmente para subsidiar aqueles que pagam o plano de saúde (vide Capítulo 3). Esse pagamento, assim como a compra de serviços de saúde, medicamentos e suprimentos médicos, pode ser deduzido de suas despesas tributáveis por pessoas físicas e jurídicas (Massuda et al., 2020[1]).

Do lado da prestação de serviços, no Brasil 38,2% dos leitos hospitalares eram públicos, 38,1% privados sem fins lucrativos e 23,6% privados com fins lucrativos em 2019, enquanto na OCDE, a maior parte dos leitos são públicos com 69% e apenas 19% deles são privados com fins lucrativos (Figura 2.14). Entre 2009 e 2019, no Brasil, os leitos hospitalares públicos aumentaram 10%, enquanto os privados com fins lucrativos diminuíram 18% e os privados sem fins lucrativos aumentaram 5%. No total, o Brasil viu uma redução de 11,5% no número de leitos, superior à redução de 5,7% nos países da OCDE. Quando estimado na base populacional em 2019, o Brasil tinha um total de 2,2 leitos por 1.000 habitantes, muito menos do que a média de quase cinco leitos por 1.000 habitantes nos países da OCDE.

Figura 2.14. A proporção de leitos em hospitais públicos no Brasil é muito menor do que em países da OCDE

Leitos hospitalares por tipo de propriedade no Brasil e na OCDE, 2009 e 2019



Nota: As médias da OCDE21 representam os anos de 2009 e 2019.
Fonte: Ministério da Saúde do Brasil e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en..

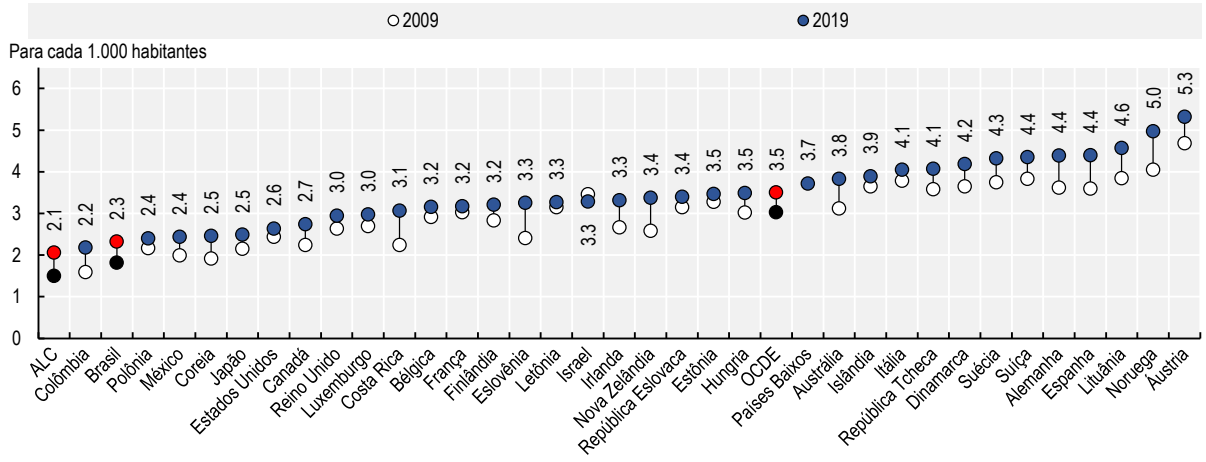
2.4.4. O Brasil tem menos médicos e enfermeiros quando comparado às médias da OCDE

Em comparação com os sistemas de saúde da OCDE, o Brasil tem muito poucos médicos e enfermeiros. Em 2019, a densidade médica no Brasil era de 2,3 médicos por 1.000 habitantes, menor do que em todos os países da OCDE (exceto a Colômbia) e bem abaixo da média de 3,5, embora esteja acima da média da ALC de 2,1. Entre 2009 e 2019, o Brasil aumentou essa taxa em 28%, enquanto os países da ALC em média aumentaram 37% e a OCDE 16% (Figura 2.15).

O número de faculdades de medicina está crescendo exponencialmente, impulsionado principalmente pela abertura de instituições privadas. Em 2020, havia 345 escolas médicas oferecendo mais de 35 mil vagas de treinamento. Dessas escolas, 41% eram públicas e 59% privadas. As escolas médicas públicas são gratuitas, enquanto as mensalidades nas escolas privadas variam de USD 700 a USD 2.500 (BRL 3.600 a BRL 13.000) (Escolas Médicas do Brasil, 2021[36]).

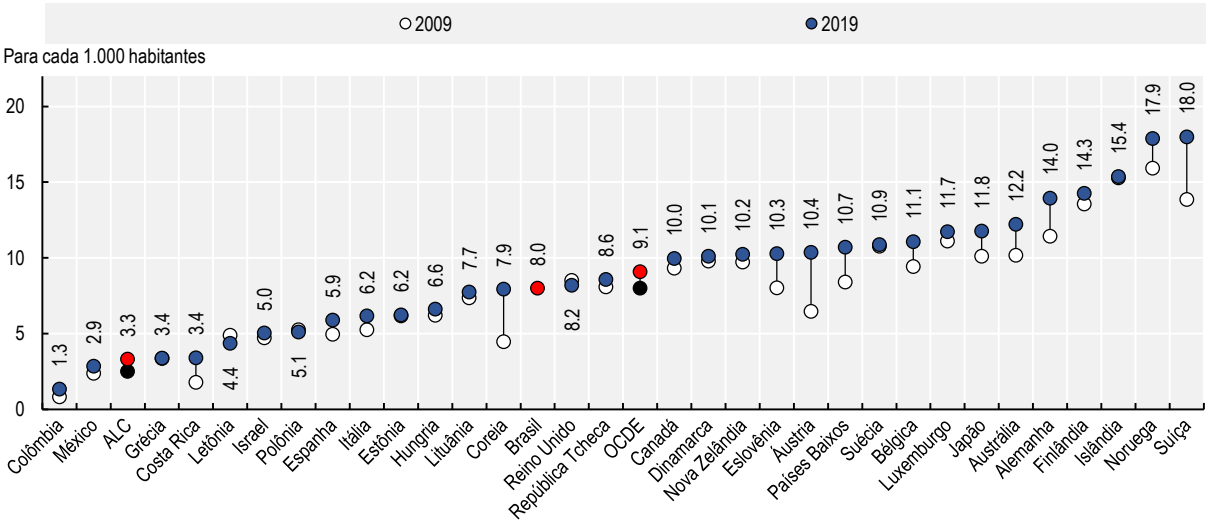
A força de trabalho de enfermagem do Brasil aumentou na última década, chegando a 8 enfermeiros por mil habitantes em 2019, aproximando-se da média da OCDE de 9,1 (Figura 2.16).

Figura 2.15. Médicos em exercício por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19 (ou o último ano disponível)



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, OMS para a média da ALC e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

Figura 2.16. Enfermeiros por 1.000 habitantes no Brasil e em países da OCDE, 2009-19



Fonte: Ministério da Saúde do Brasil, OMS e Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[7]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

Em linhas gerais, dois dos principais problemas da força de trabalho em saúde que persistem no sistema de saúde brasileiro são a escassez de médicos e a má distribuição de profissionais entre os níveis de atendimento à saúde e entre as áreas geográficas (Oliveira et al., 2017[37]). Abordar as questões da força de trabalho de saúde no Brasil requer atenção a algumas questões fundamentais, principalmente àquelas relacionadas à governança e às questões políticas que têm sustentado o desenvolvimento e a estabilidade das políticas nacionais. Por exemplo, o programa "Mais Médicos" foi implementado pelo Governo Federal (Lei nº 12.871 de 2013) com o objetivo de reduzir a carência de médicos em regiões priorizadas e aprimorar a formação médica no país. Até novembro de 2020, o programa era responsável pela presença de mais de 16.000 médicos em 3.887 municípios brasileiros. Esse programa provou ter resultados positivos, por exemplo, em termos de disponibilidade de médicos e resultados de saúde (Hone et al.,

2020[38]; Netto et al., 2018[39]; OECD, 2021[40]). Nesse cenário, um novo programa denominado “Médicos pelo Brasil” (Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019) foi iniciado pela nova administração do governo federal. O seu objetivo é aumentar a prestação de serviços médicos em locais de difícil acesso ou de elevada vulnerabilidade, bem como promover a formação de médicos especializados em medicina de família e comunitária. Espera-se que o programa Médicos pelo Brasil substitua gradativamente o Mais Médicos, principalmente com a contratação de médicos brasileiros treinados que já se mostraram escassos ou não querem ir para áreas isoladas ou carentes. Esse tipo de mudança representa um desafio de governança para o sistema de saúde brasileiro, que deve desenvolver uma visão estratégica para preservar e alterar políticas e programas que demonstrem aprimorar seus resultados.

2.5. Conclusão

Muitas medidas de desempenho do sistema de saúde no Brasil melhoraram desde a criação do SUS em 1988. Praticamente toda a população tem a mesma cobertura de benefícios e proteção financeira no setor público de saúde, enquanto um quarto da população que pode adquirir plano de saúde privado obtém, em sua maioria, serviços de saúde duplicados. Os pagamentos diretos representam cerca de 25% do total das despesas nacionais com saúde, acima da média da OCDE.

As desigualdades persistentes na saúde, combinadas com o novo perfil epidemiológico e um período de recuperação pós-COVID-19, sugerem que reformas e ajustes contínuos são necessários no sistema de saúde brasileiro. Em termos gerais, o SUS e a gama de profissionais de saúde não estão tão desenvolvidos quanto deveriam para manter os brasileiros saudáveis e oferecer um sistema de saúde de alta qualidade, sustentável e centrado nas pessoas – questões que serão consideradas em mais detalhes nos próximos capítulos.

Referências

Alvarenga, A. et al. (2020), “Desafios do Estado brasileiro diante da pandemia de COVID-19: o caso da paradiplomacia maranhense”, *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 36/12, p. e00155720, http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155720. [18]

Boccolini, C. and P. De Souza Junior (2016), “Inequities in Healthcare utilization: Results of the Brazilian National Health Survey, 2013”, *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15/1, pp. 1-8, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0444-3. [29]

Caracilo Carvalho Bivar, G. et al. (2021), “Covid-19, the anti-vaccine movement and immunization challenges in Brazil”, *Scientia Medica*, Vol. 31/1, p. e39425, http://dx.doi.org/10.15448/1980-6108.2021.1.39425. [21]

Carvalho, T., M. Boschiero and F. Marson (2021), “COVID-19 in Brazil: 150,000 deaths and the Brazilian underreporting”, *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*, Vol. 99/3, p. 115258, http://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2020.115258. [15]

Castro, M. et al. (2019), *Brazil’s unified health system: the first 30 years and prospects for the future*, Lancet Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. [24]

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (ed.) (2009), *O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios*, Ministério da Saúde, Brasilia, http://www.saude.gov.br/bvs (accessed on 14 January 2021). [35]

De Azevedo Barros, M. et al. (2016), "Social inequalities in health behaviors among Brazilian adults: National Health Survey, 2013", *International Journal for Equity in Health*, Vol. 15/1, pp. 1-10, http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0439-0. [27]

ECDC (2021), *Data on 14-day notification rate of new COVID-19 cases and deaths*, European Centre for Disease Prevention and Control, https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-national-14-day-notification-rate-covid-19 (accessed on 16 March 2021). [17]

Escolas Médicas do Brasil (2021), *Escolas Médicas do Brasil*, https://www.escolasmedicas.com.br/index.php (accessed on 15 January 2021). [36]

Hone, T. et al. (2020), "Impact of the Programa Mais médicos (more doctors Programme) on primary care doctor supply and amenable mortality: quasi-experimental study of 5565 Brazilian municipalities", *BMC Health Services Research*, Vol. 20/1, p. 873, http://dx.doi.org/10.1186/s12913-020-05716-2. [38]

IBGE (2016), *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores*, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro. [3]

IHME (2021), *GBD Compare | IHME Viz Hub*, Institute of Health Metrics and Evaluation, University of Washington, https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/ (accessed on 14 March 2021). [22]

IOM (2020), *Brazil | International Organization for Migration*, https://www.iom.int/countries/brazil (accessed on 2 December 2020). [4]

Liedke, P. et al. (2014), "Outcomes of breast cancer in Brazil related to health care coverage: A retrospective cohort study", *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, Vol. 23/1, pp. 126-133, http://dx.doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-13-0693. [30]

Malta, D. et al. (2016), *Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: National health survey 2013*, BioMed Central Ltd., http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0427-4. [28]

Massuda, A. et al. (2020), *Brazil - International Health Care System Profiles*, Commonwealth Fund, https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil (accessed on 2 December 2020). [1]

Menezes-Filho, N. and R. Politi (2020), "Estimating the causal effects of private health insurance in Brazil: Evidence from a regression kink design", *Social Science and Medicine*, Vol. 264, p. 113258, http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113258. [31]

Ministério da Saúde (2021), *Plano Nacional de Operacionalização da Vacina contra a Covid-19*, https://www.gov.br/saude/pt-br/Coronavirus/vacinas/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacina-contra-a-covid-19 (accessed on 16 March 2021). [20]

Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional De Saúde 2020-2023*, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf (accessed on 15 March 2021). [33]

Netto, J. et al. (2018), *Contributions of the Mais Médicos (More Doctors) physician recruitment program for health care in Brazil: An integrative review*, Pan American Health Organization, http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2018.2. [39]

OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9bf007f4-pt. [40]

OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Interim Report March 2021*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/34bfd999-en. [16]

OECD (2021), *OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 1*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/edfbca02-en. [9]

OECD (2021), *OECD Health Statistics 2021*, https://doi.org/10.1787/health-data-en (accessed on 15 January 2021). [7]

OECD (2020), *Demography - Population - OECD Data*, https://data.oecd.org/pop/population.htm (accessed on 2 December 2020). [2]

OECD (2020), *OECD Better Life Index - Brazil*, http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/brazil/ (accessed on 2 December 2020). [10]

OECD (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/250240ad-en. [14]

OECD (2018), *OECD Economic Surveys: Brazil 2018*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2018-en. [8]

OECD/ILO (2019), *Tackling Vulnerability in the Informal Economy*, Development Centre Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/939b7bcd-en. [12]

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en. [6]

Oliveira, A. et al. (2017), "Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 22/4, pp. 1165-1180, http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016. [37]

Paim, J. et al. (2011), *The Brazilian health system: History, advances, and challenges*, Lancet Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8. [23]

Pessoa, Z., R. Teixeira and M. Clementino (2020), "Interfaces between vulnerabilities, governance, innovation and capacity of response to COVID-19 in Brazilian Northeast", *Ambiente e Sociedade*, Vol. 23, pp. 1-15, http://dx.doi.org/10.1590/1809-4422ASOC20200110VU2020L3ID. [19]

Presidência da República (2019), *Lei Nº 13.971. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2020 a 2023*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13971.htm (accessed on 15 March 2021). [32]

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa (ed.) (2015), *Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS*, Ministério da Saúde, Brasilia, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/principais_marcos_normativos_gestao_interfederativa_3ed.pdf (accessed on 14 January 2021). [34]

Szwarcwald, C. et al. (2020), “Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015”, *Population Health Metrics*, Vol. 18/S1, p. 4, http://dx.doi.org/10.1186/s12963-020-00208-1. [26]

UNU-WIDER (2020), *WIID – World Income Inequality Database*, United Nations University World Institute for Development, https://www.wider.unu.edu/project/wiid-%E2%80%93-world-income-inequality-database (accessed on 14 March 2021). [11]

Viacava, F. et al. (2019), “Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013)”, *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 24/7, pp. 2745-2760, http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018247.15812017. [25]

World Bank (2021), *Informal employment (% of total non-agricultural employment) - TCdata360*, https://tcdata360.worldbank.org/ (accessed on 16 March 2021). [13]

World Bank (2020), *Brazil | Data*, https://data.worldbank.org/country/brazil (accessed on 2 December 2020). [5]

Observações

[1] Atualmente, cerca de 3% de todas as despesas com saúde no Brasil não podem ser alocadas a um esquema de financiamento, de modo que a participação real dos esquemas de financiamento individual pode, na verdade, ser um pouco mais alta.

[2] Dados de óbitos por COVID-19 recuperados do OWID e dados para todas as causas de mortalidade no Brasil entre 2015 e 2019 recuperados do DATASUS.

3 Sustentabilidade financeira dos gastos e eficiência no setor da saúde

A introdução do Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma grande conquista para o Brasil, aumentando o acesso aos serviços de saúde e reduzindo as desigualdades nessa área. No entanto, obter um financiamento suficiente tem sido um desafio constante desde sua implementação e há insatisfação em relação às ineficiências evidentes do sistema de saúde brasileiro. Projeções recentes sugerem que um aumento substancial dos gastos na área de saúde será necessário nas próximas décadas para atender às necessidades futuras de assistência médica no longo prazo. Uma combinação de iniciativas que se concentram, por um lado, na geração de espaço fiscal para permitir mais financiamento público na área da saúde e, por outro lado, na facilitação de uma assistência médica mais eficiente pode ajudar a atender às futuras necessidades de financiamento de cuidados médicos. Como exemplo, um maior espaço fiscal poderia ser alcançado reduzindo a dedução fiscal nos gastos privados com saúde. Existe potencial para ganhos de eficiência em todo o sistema de saúde.

3.1. Introdução

Os sistemas de saúde modernos centrados no paciente precisam garantir que recursos financeiros e físicos suficientes estejam disponíveis para atender às necessidades atuais de saúde da população, mas também as futuras. Isso requer mecanismos de financiamento flexíveis que aumentem a quantidade de recursos disponível, se necessário. Por outro lado, certas ferramentas precisam estar disponíveis para garantir que qualquer financiamento adicional tenha um bom custo-benefício e que a assistência médica seja prestada de forma eficiente. Por esse motivo, este capítulo analisa a sustentabilidade financeira dos gastos com saúde no Brasil e a eficiência do sistema de saúde.

O capítulo está estruturado da seguinte maneira. Em primeiro lugar, os gastos com saúde no Brasil são contextualizados comparando-os com os países da OCDE e são fornecidas informações contextuais sobre a infraestrutura de financiamento na área da saúde no Brasil. Depois de exibir a última projeção de gastos com saúde no Brasil até o ano 2040, as diferentes opções de como financiar as necessidades futuras de assistência médica no longo prazo associadas ao envelhecimento da sociedade e sua viabilidade são discutidas. Essas opções incluem um aumento geral dos gastos do governo, a realocação de recursos públicos dentro dos gastos públicos atuais com a saúde ou deixar mais obrigações futuras de financiamento da saúde para o setor privado.

Uma quarta opção para atender às crescentes necessidades de financiamento da saúde no Brasil, que será amplamente discutida neste capítulo, é encontrar ganhos de eficiência no sistema de saúde. A análise abrangerá todo o sistema de saúde, incluindo atenção primária à saúde, assistência hospitalar, despesas farmacêuticas, assistência no longo prazo ou administração, incluindo planejamento e coordenação. Todas as áreas serão analisadas detalhadamente e qualquer potencial de ganho de eficiência será destacado.

3.2. Gastos e financiamento no setor da saúde no Brasil

3.2.1. Como os gastos com saúde no Brasil se comparam internacionalmente?

O Brasil tem, em geral, altos gastos com saúde, mas a participação do setor público é baixa

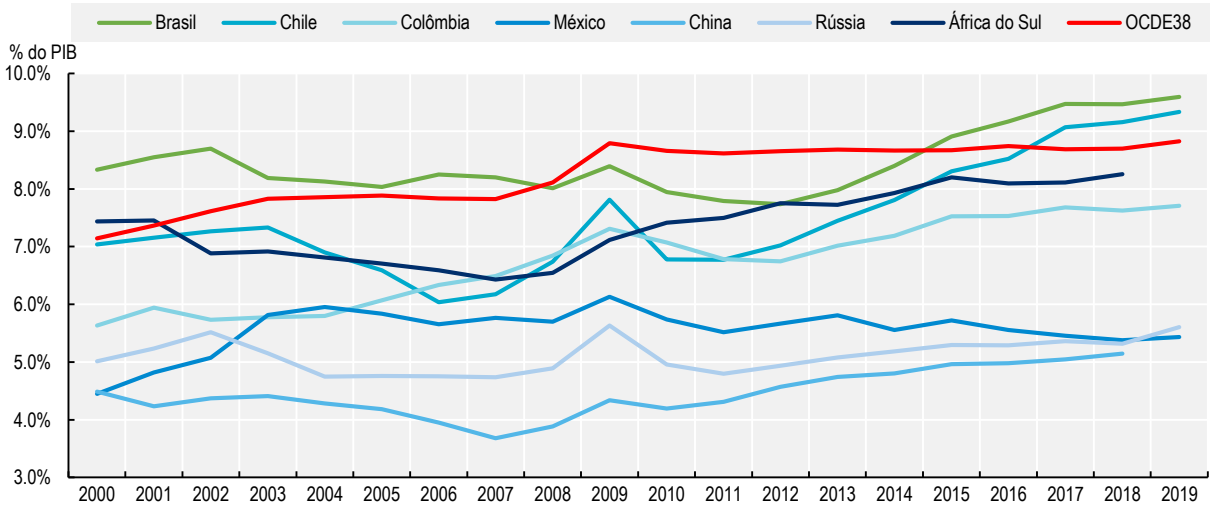
A assistência médica no Brasil é financiada por uma ampla gama de participantes, sendo que o Sistema Único de Saúde (SUS), os planos de saúde privados e os desembolsos diretos das famílias são, de longe, os pagadores mais importantes. Em 2019, o Brasil destinou 9,6% do PIB à saúde (que corresponde a US$ 1.514 per capita quando as diferenças de poder de compra são ajustadas). Essa participação vem crescendo desde 2000, quando era 8,3%. A participação total é relativamente alta, dado o estado de desenvolvimento econômico do Brasil. Está acima dos valores observados no Chile (9,3%), Colômbia (7,7%) e México (5,4%), e superior à China e à Rússia (Figura 3.1). Também está acima da média da OCDE (8,8%). Dito isso, os Estados Unidos (16,8%) e alguns países da Europa Ocidental, como a Suíça, a Alemanha e a França (11% a 12%), ainda alocam para a saúde uma parte substancialmente maior do seu PIB que o Brasil.

Embora o Brasil gaste mais com saúde que muitos outros países em geral, o país depende muito do financiamento do setor privado, seja por meio de planos de saúde privados voluntários ou de gastos diretos das famílias. Em 2019, apenas 41% de todos os gastos com saúde eram financiados publicamente[1] (equivalente a 3,9% do PIB) – principalmente via SUS, 30% por planos de saúde privados (2,9% do PIB) e 25% se referiam a pagamentos diretos (2,4% do PIB).[2] Enquanto a parcela dos gastos com planos de saúde privados aumentou significativamente desde 2000 (de 1,7% do PIB à época), a parcela dos gastos públicos cresceu apenas moderadamente (de 3,5% em 2000). A proporção de gastos diretos no PIB (2,4% em 2019) é menor que em 2000 (3%), mas acima do valor visto em 2015 (2,2%),

sugerindo uma necessidade crescente dos pacientes de pagar por itens de saúde e pelo próprio atendimento médico nos anos mais recentes.

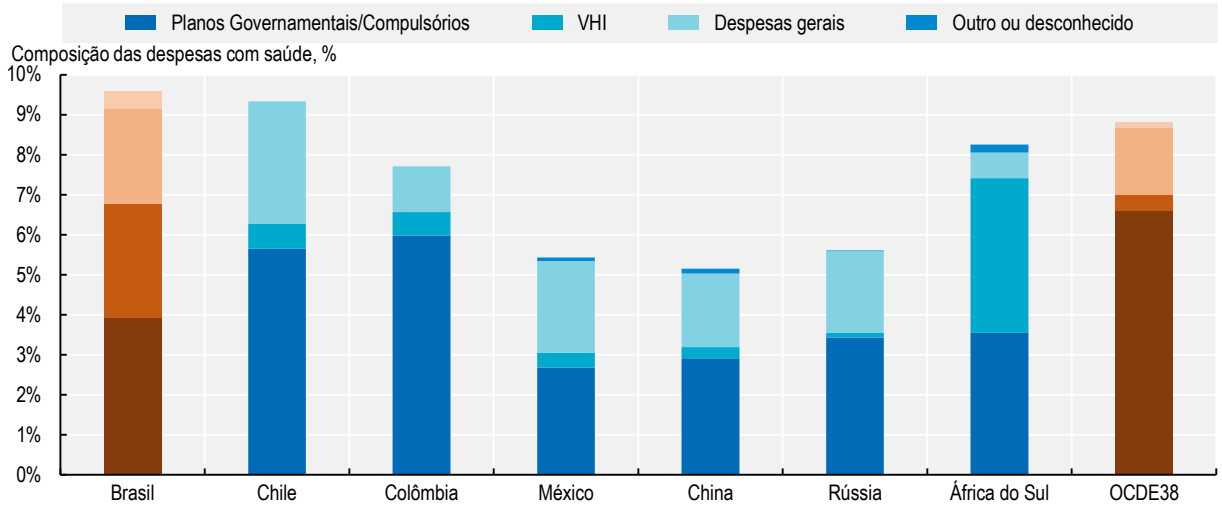
Em 2019, os gastos públicos com a saúde como parcela do PIB no Brasil estavam em um nível semelhante ao da África do Sul (3,6%), e maior que na Rússia, na China e no México (cerca de 3%). No entanto, ficou abaixo das proporções registradas na Colômbia e no Chile (5,7% e 6%, respectivamente). Na maioria dos países da OCDE, os gastos com a saúde pública representam uma parcela significativamente maior do seu PIB que no Brasil (Figura 3.2). Em 2019, a média ficou em torno de 6,6% e acima de 9% na França, Suécia, Alemanha e Japão. A participação de planos de saúde privados voluntários no PIB, por outro lado, é excepcionalmente alta no Brasil, superada apenas pela África do Sul. A Austrália, o Canadá e a Eslovênia são países da OCDE com importantes mercados de plano de saúde privado voluntário, onde respondem por parcelas entre 1% e 1,5% do PIB.[3] Com uma proporção de 25% de desembolsos diretos das famílias nos gastos totais com a saúde,[4] o Brasil depende menos da capacidade das famílias de pagar diretamente por bens e serviços de saúde que alguns outros países de renda média, como o Chile (33%) ou o México (42%), mas muito mais que a Colômbia (15%). A proteção financeira também é muito mais abrangente na OCDE como um todo, pois apenas 20% de todos os gastos com a saúde vêm diretamente das famílias.

Figura 3.1. Gastos com a saúde no Brasil e em países selecionados (2000-19)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Banco de Dados de Despesas de Saúde Global da OMS (2020[2]), https://apps.who.int/nha/database; Ministério da Saúde do Brasil, 2021.

Figura 3.2. Composição dos gastos com a saúde pelos principais regimes de financiamento no Brasil e em países selecionados, 2019 ou no último ano disponível

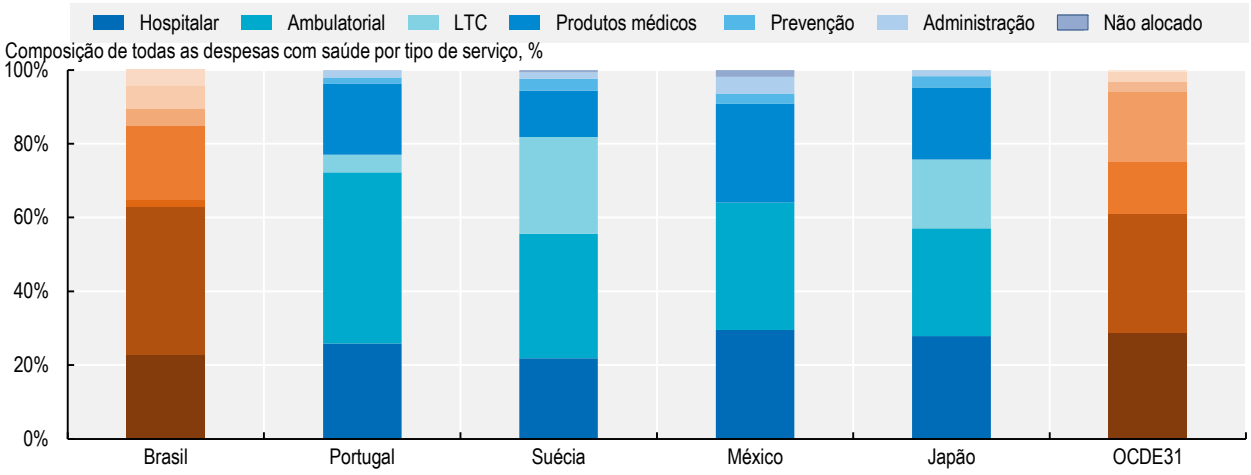


Observação: os planos de saúde privados obrigatórios, como os existentes no Chile e na Colômbia, estão incluídos na categoria regimes governamentais/obrigatórios. PSV significa "plano de saúde voluntário (privado)". PD significa "pagamentos diretos". A categoria "Outro ou desconhecido" inclui financiamento de ONGs, de empregadores, do resto do mundo e também gastos que não podem ser alocados a um regime de financiamento.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Banco de Dados de Despesas de Saúde Global da OMS (2020[2]), https://apps.who.int/nha/database; Ministério da Saúde do Brasil.

O Brasil gasta menos com atendimento hospitalar, porém mais com atendimento ambulatorial e administração que os países da OCDE

Analisar a composição dos gastos com a saúde em termos de tipo de serviço revela algumas particularidades do sistema de saúde brasileiro. Essa análise mostra que o Brasil aloca uma proporção menor dos gastos com a saúde em internações e assistência médica no longo prazo e uma proporção maior em atendimento ambulatorial que a média em toda a OCDE (Figura 3.3). A parcela dos gastos com administração (6% em comparação a 3%) também é maior que a média da OCDE. No entanto, o fato de cerca de 4% dos gastos com a saúde não poderem ser destinados a nenhum serviço no Brasil afeta, até certo ponto, a comparabilidade internacional desses números.

Figura 3.3. Composição de todos os gastos com a saúde por tipo de serviço no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019)



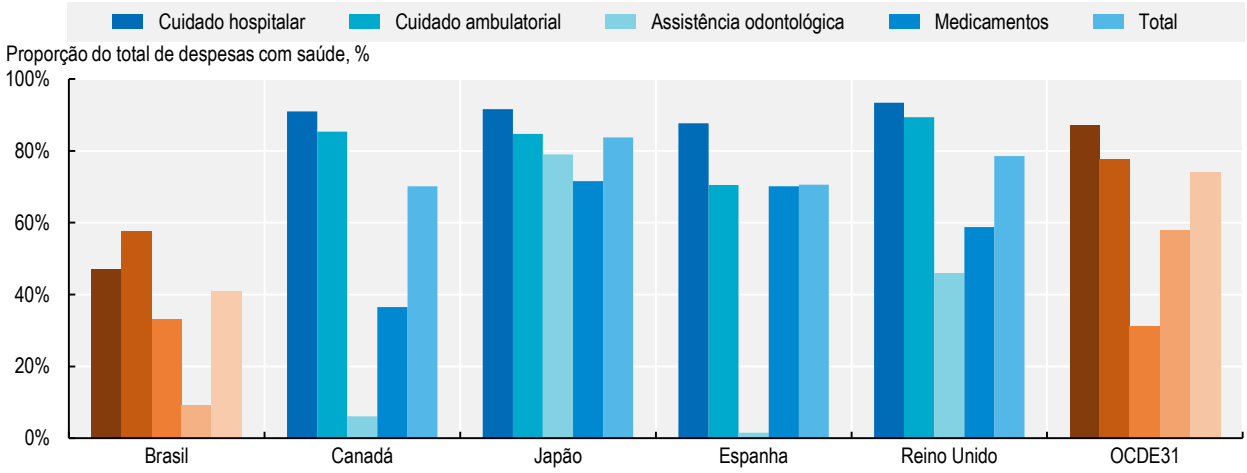
Observação: internações se referem a cuidados que exigem a hospitalização do paciente para a realização de tratamento e reabilitação, bem como ao atendimento diário. Atendimento ambulatorial se refere a cuidados de pronto atendimento para a realização de tratamentos e reabilitação, atendimento em domicílio e serviços auxiliares. Itens médicos incluem produtos farmacêuticos. Administração se refere ao sistema de saúde e ao financiamento da administração e governança.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Ministério da Saúde do Brasil (2020).

A cobertura pública dos custos farmacêuticos no Brasil é muito inferior à média da OCDE

Combinar as informações dos pagadores de assistência médica com o tipo de serviços pode dar uma ideia da generosidade da cesta de benefícios de um país financiada publicamente, mas também das prioridades de gastos públicos. Como era de se esperar, como regra geral, os serviços de saúde no Brasil são cobertos de forma menos abrangente pelos planos públicos que na maioria dos países da OCDE (Figura 3.4). No Brasil, apenas cerca de 47% de todos os custos de internação são cobertos por regimes públicos, em comparação a 58% para o atendimento ambulatorial. Em toda a OCDE, a cobertura hospitalar pública é geralmente mais abrangente que a assistência ambulatorial (87% em comparação a 78%, em média). O Brasil tem uma parcela relativamente alta dos custos de assistência odontológica cobertos (33%), o qual ultrapassa a média da OCDE (31%). Por outro lado, apenas 9% de todos os gastos no varejo farmacêutico são financiados por regimes públicos no Brasil. Essa parcela está muito abaixo de qualquer outro país da OCDE (média de 58%) e sugere uma lacuna substancial na cobertura efetiva.

Figura 3.4. Alcance da cobertura no Brasil e em países selecionados da OCDE (2019)

Gastos do governo e de seguros obrigatórios como proporção dos gastos totais com a saúde, por tipo de atendimento



Observação: o atendimento ambulatorial inclui atendimento ambulatorial geral e especializado para a realização de tratamentos, outros atendimentos ambulatoriais para a realização de tratamentos, mas exclui o atendimento odontológico.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Ministério da Saúde do Brasil (2021).

3.2.2. Como o financiamento da saúde está organizado no Brasil?

Existem vários regimes de financiamento no Brasil que fornecem cobertura contra os custos de assistência médica e acesso a serviços para toda ou algumas partes da população. O regime *público* de organização do SUS oferece acesso à atenção primária e secundária à saúde, medicamentos e diversos outros serviços, em princípio para toda a população. Ainda assim, embora o acesso aos serviços seja universal, boa parte da população opta por não utilizar os serviços do SUS e depende de regimes privados (consulte a Seção 3.2.2). O SUS é financiado por meio de uma combinação de receitas dos governos federal, estadual e municipal que evoluiu ao longo do tempo. Entre os regimes *privados*, os planos de saúde privados voluntários, que predominantemente duplicam a cobertura do SUS e dão acesso a um conjunto mais amplo de (principalmente) provedores particulares, são muito populares no Brasil entre grupos específicos (consulte a Seção 3.2.2). Além disso, instituições de caridade e empregadores também fornecem acesso à assistência médica, embora normalmente limitados em abrangência e grupo-alvo. Uma parte importante dos gastos com a saúde continua sendo financiada diretamente às custas dos próprios pacientes. De modo geral, os regimes de financiamento da saúde no Brasil são complexos.

Regime público – Sistema Único de Saúde

O movimento rumo à cobertura universal de saúde no Brasil teve início com a adoção da Constituição Federal em 1988, a qual prevê a assistência médica como um direito e dever fundamental do Estado, tendo como consequência a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema de saúde de financiamento público. Os princípios fundamentais do SUS, dispostos nos Artigos 196 a 198 da Constituição, são a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Com base nesses princípios, todos no Brasil têm direito aos serviços integrais de saúde prestados pelo SUS, independentemente das circunstâncias socioeconômicas ou da capacidade de pagamento. A Federação, os 26 estados (mais o Distrito Federal) e os 5.570 municípios possuem responsabilidades compartilhadas pelo financiamento e gestão do SUS, bem como pela prestação de serviços públicos. A participação da sociedade civil na determinação da direção estratégica do SUS está consagrada na Constituição e é

operacionalizada por conferências regulares e conselhos de saúde nos níveis federal, estadual e municipal (consulte o Capítulo 2).

Os serviços financiados pelo SUS são fornecidos por uma ampla variedade de prestadores de serviços públicos e privados. Na atenção primária à saúde, os serviços são prestados predominantemente por funcionários públicos que trabalham em equipes multidisciplinares de atenção primária. O atendimento ambulatorial especializado está disponível em clínicas públicas ou ambulatórios de hospitais. Os serviços de internação são prestados por hospitais públicos, mas os hospitais privados também são contratados por municípios ou estados para prestar serviços para o SUS. No total, são 345 mil unidades de assistência médica cadastradas no Brasil atendendo pacientes públicos e privados.

A abrangência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS é ampla e não requer compartilhamento de custos com os pacientes, mas pode haver pagamentos diretos pelas famílias por alguns medicamentos prescritos que sejam obtidos por meio do programa Farmácia Popular e por quaisquer outros bens e serviços não incluídos no pacote de benefícios ou obtidos de profissionais fora da rede do SUS. Enquanto toda a população tem direito aos serviços oferecidos pelo SUS, uma parcela significativa da população enfrenta dificuldades com necessidades médicas não atendidas. Com base no resultado da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, quase 14% dos que procuraram assistência médica duas semanas antes da pesquisa não a receberam (IBGE, 2020[3]). Um problema específico está relacionado ao acesso a serviços especializados, resultando em longos tempos de espera e necessidades (Castro et al., 2019[4]). Uma proporção maior (cerca de 25%) abre mão do direito ao tratamento pelo SUS e, em vez disso, usa planos de saúde privados ou realiza pagamentos diretos do próprio bolso. Tal parcela espera, principalmente, um melhor acesso e maior qualidade do setor privado. Porém, para tratamentos muito caros e complexos, como transplante de órgãos, tratamento para HIV/AIDS ou acesso a medicamentos de alto custo (não cobertos por convênios privados), esses pacientes frequentemente retornam ao SUS para obter tais serviços.

O estabelecimento e a implantação do SUS são geralmente considerados uma história de sucesso no alcance da cobertura de saúde a grupos populacionais desfavorecidos que antes não tinham acesso a tais serviços e, portanto, o SUS contribui para reduzir as desigualdades no acesso ao atendimento e melhorar os resultados de saúde. Parte disso foi alcançada colocando um foco na reorganização e no fortalecimento da atenção primária (Couttolenc and Dmytraczenko, 2013[5])). Ainda assim, problemas de coordenação do atendimento, baixa qualidade dos serviços e ineficiências são frequentemente mencionados no contexto do SUS (Couttolenc and Dmytraczenko, 2013[5]).

Regime privado – plano de saúde privado

Em 2020, cerca de 22% dos brasileiros (47 milhões) possuíam plano de saúde voluntário, principalmente para duplicar a cobertura de saúde [5]oferecida pelo SUS, em comparação a 25% em 2014 (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020[6]). Mais de 700 empresas e seguradoras oferecem este tipo de cobertura (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020[6]). Existe uma grande diversidade na abrangência dos serviços oferecidos pelos planos individuais e nas modalidades legais das empresas que os oferecem. A maioria cobre atendimento ambulatorial e hospitalar, mas não inclui produtos farmacêuticos ou tratamento altamente especializado. Além disso, mais de 26 milhões de brasileiros contam com convênios exclusivamente odontológicos [6]que duplicam e complementam a cobertura do SUS. Esse número quase dobrou nos últimos 10 anos (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020[6]).

A maioria dos planos de saúde são apólices de grupo baseadas no empregador como um componente dos contratos de trabalho onde as contribuições são pagas pelos empregadores, mas outras opções individuais ou coletivas também estão disponíveis. Uma característica importante do sistema de seguro privado brasileiro é que as contribuições são dedutíveis da renda pessoal sujeita à tributação, [7]o que significa que as pessoas com alta renda têm um ganho fiscal líquido maior. Esta é uma das razões pelas quais a adesão ao plano de saúde voluntário é muito mais proeminente entre os grupos populacionais

mais ricos (Montaya Diaz and Sarti, 2020[7]). Pessoas com cobertura privada geralmente acessam médicos particulares, incluindo hospitais com e sem fins lucrativos.

3.2.3. Quão sustentável é o gasto com a saúde no Brasil?

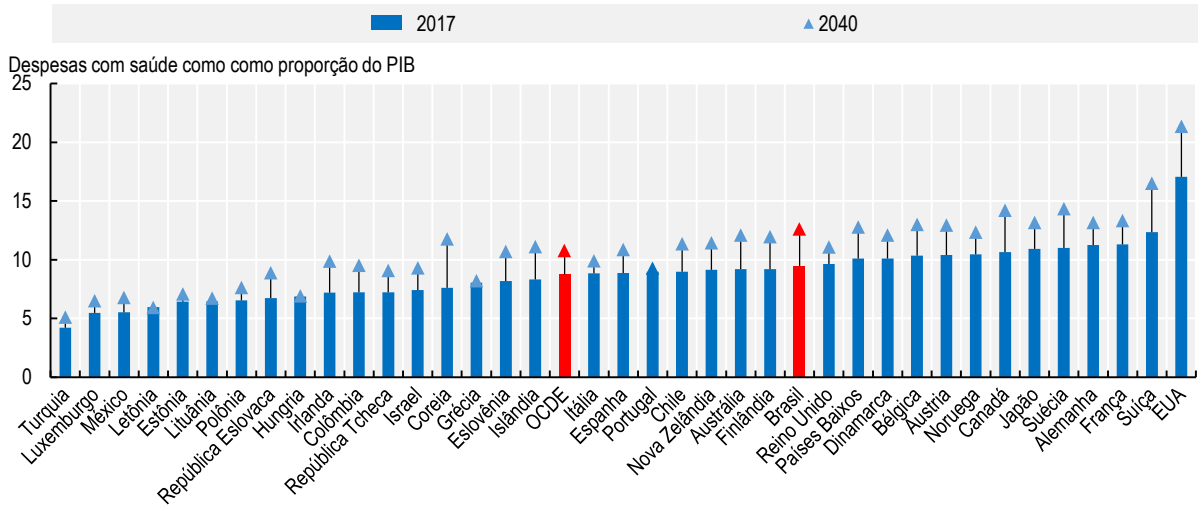
Semelhante à situação nos países da OCDE, o sistema de saúde no Brasil enfrenta uma série de desafios que podem afetar a sustentabilidade dos gastos com a saúde no futuro. O envelhecimento da população aumentará a demanda por atendimento médico e de longo prazo, pois está associado a um aumento das condições crônicas. Em comparação à maioria dos países da OCDE, projeta-se que o Brasil envelhecerá mais rapidamente. Em 2050, prevê-se que 21,9% da população terá 65 anos ou mais, em comparação a 8,9% em 2017 (OECD, 2019[8])). Esse é um aumento de 13 pontos percentuais. Em toda a OCDE, o aumento será de apenas cerca de 10 pontos percentuais, atingindo 27% em meados do século. O crescimento das condições crônicas também será exacerbado pelo aumento das taxas de obesidade, inatividade física de adultos e crianças e outros estilos de vida pouco saudáveis que já estão disseminados no Brasil (consulte o Capítulo 5 e o Capítulo 6). Além disso, o aumento da renda amplia as expectativas da população, o que por sua vez pressiona o aumento dos gastos com a saúde, assim como o progresso tecnológico. Isso será amplificado por ganhos de produtividade reduzidos no setor da saúde em comparação a outras partes da economia (o chamado “efeito Baumol”).

Projeta-se que os gastos com a saúde no Brasil aumentem substancialmente até 2040

Sem levar em consideração quaisquer rupturas estruturais na série histórica devido à COVID-19, o modelo de projeção de gastos com a saúde da OCDE sugere que, no cenário de linha de base, esses gastos no Brasil aumentarão para 12,6% do PIB em 2040 (Figura 3.5). Em comparação a 2017, esse é um aumento de mais de 3 pontos percentuais, o qual é mais pronunciado que na maioria dos países da OCDE. Em média, em toda a OCDE, 10,8% da riqueza econômica serão alocados à saúde em 2040, ou seja, 2 pontos percentuais a mais em comparação a 2017. O aumento projetado no Brasil também é mais forte que no Chile ou na Colômbia, onde os gastos com a saúde devem chegar a 11,4% e 9,5% do PIB em 2040, respectivamente.

O aumento dos gastos com a saúde também pode ser esperado em cenários mais favoráveis no Brasil. No caso de implementação de algumas políticas de “controle de custos”, a proporção saúde/PIB deve aumentar para 12,4% do PIB; no caso de um “envelhecimento mais saudável”, o aumento pode ser limitado a 11,7%. Se houver “pressões de custo” adicionais, os gastos com a saúde deverão crescer ainda mais, chegando a 13,3% em 2040. Aumentos significativos nos gastos com a saúde, embora abaixo das estimativas da OCDE, também são previstos em outras pesquisas baseadas em modelos alternativos de projeção. Rocha et al., por exemplo, preveem que os gastos com a saúde atinjam 12,2% do PIB até 2045 em seu cenário de referência (Rocha, Furtado and Spinola, 2019[9]).

Figura 3.5. Gastos com a saúde como proporção do PIB no Brasil e nos países da OCDE (2017-40)



Observação: As projeções não levam em consideração quaisquer quebras estruturais devido à COVID-19.
Fonte: Estimativa da OCDE baseada em Lorenzoni et al. (2019[10]), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en.

Em resumo, o modelo de projeção de gastos com a saúde da OCDE tem duas mensagens principais para o Brasil:

- a proporção entre gastos com a saúde e o PIB no Brasil aumentará ainda mais, mesmo no cenário mais favorável;[8] e
- o aumento esperado dessa proporção será maior no Brasil do que na maioria dos países da OCDE.

Em vista dessas constatações, existem basicamente quatro opções possíveis (que também podem ser usadas em combinação) para atender às necessidades crescentes de financiamento da saúde no Brasil, e elas serão discutidas em detalhes nas subseções a seguir:

- Aumentar os gastos públicos com a saúde sem compensar com redução em outros setores, aumentando assim os gastos totais do governo (Seção 3.3.1).
- Priorizar os gastos com a saúde dentro do orçamento global de gastos governamentais (Seção 3.3.2).
- Depender mais de gastos privados (Seção 3.4).
- Encontrar ganhos de eficiência no setor da saúde (Seção 3.5).

3.3. Despesas com a saúde em relação ao financiamento do governo no Brasil

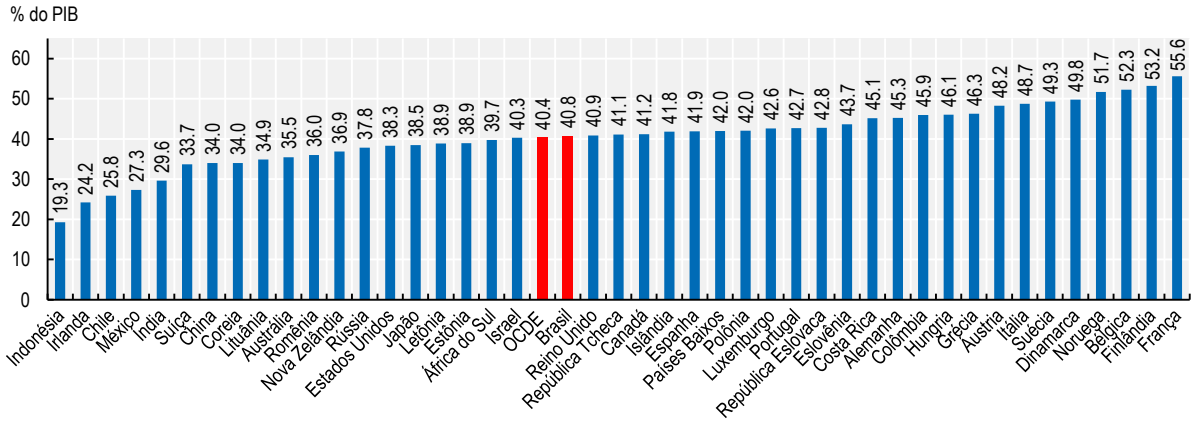
3.3.1. O Brasil tem espaço fiscal limitado para aumentar substancialmente os gastos totais do governo

A evolução recente dos gastos públicos com a saúde no Brasil, mas também os gastos públicos totais de forma mais ampla, precisa ser vista no contexto da desafiadora situação econômica e fiscal do país na última década.[9] Após um forte desempenho econômico geral na primeira década do milênio, o crescimento do PIB começou a desacelerar em 2012, seguido por uma recessão profunda em 2015 (-3,5%) e 2016 (-3,3%). Isso também afetou a posição fiscal do país e levou a um aumento substancial da

proporção da dívida do governo em relação ao PIB. Em 2019, tal relação estava em 76% e fechou o ano de 2020 em 90%, como consequência das diversas medidas adotadas para absorver o impacto da COVID-19 na saúde e na economia (OECD, 2020[11]). A proporção da dívida deverá aumentar ainda mais no médio prazo, a menos que seja implementado um ambicioso pacote de reformas estruturais (OECD, 2020[11]).

Além disso, o nível de gastos públicos no Brasil (41% do PIB em 2019) está em torno da média da OCDE (40%), mas muito mais alto que em países com um nível comparável de desenvolvimento. No Chile (26%) e no México (27%), mas também na Índia (29%) e na China (34%), as parcelas estão substancialmente abaixo do valor observado no Brasil (Figura 3.6). Com o tempo, essa proporção aumentou até 2015 no Brasil, quando chegou a 43%. Desde então, diminuiu ligeiramente.

Figura 3.6. Despesas totais do governo como porcentagem do PIB (2019)



Fonte: OECD (2020[11]), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, https://doi.org/10.1787/250240ad-en, com base em diferentes fontes.

Ao analisar a estrutura dos gastos públicos no Brasil, as categorias mais importantes são os benefícios sociais, seguidos por educação, saúde e pagamento de juros (OECD, 2020[11]). Os benefícios sociais também têm sido a área de gastos com maior aumento desde 2012. Além disso, uma grande variedade de despesas tributárias na forma de isenções fiscais, regimes ou taxas especiais reduzem significativamente as receitas fiscais do Brasil.

Nesse contexto, diversas iniciativas têm sido adotadas pelo governo federal para melhorar os resultados fiscais, ao mesmo tempo em que estabiliza e reduz as dívidas do setor público. Um elemento fundamental dessa estratégia foi a adoção de um teto de gastos em 2016, limitando o aumento dos gastos primários do governo federal à inflação. Esse teto orçamentário geral também tem impacto sobre os gastos com a saúde pública.

Mudanças frequentes nas regras de financiamento do SUS têm sido a norma desde o seu início e afetam a delicada composição do financiamento dos municípios, dos estados e da União (Quadro 3.1). Com o atual mecanismo em vigor (conforme definido pela Emenda Constitucional 95, EC 95), em 2017, o governo federal financiou cerca de 43% de todos os gastos do SUS, os municípios, 31%, e os estados, 26% (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019[12]). No entanto, existe a preocupação de que o mecanismo atual não seja adequado para levar em conta as necessidades futuras de gastos com a saúde e resulte em um déficit considerável de financiamento. Por exemplo, algumas pesquisas sugerem que a implementação da EC 95 pode levar a uma perda acumulada de R$ 415 bilhões em financiamento federal para o SUS em 20 anos, em comparação ao regime de financiamento existente anteriormente (Vieira and de Sá e Benevides, 2016[13]; Massuda et al., 2018[14]). O Tesouro Nacional também estima que as necessidades projetadas de

financiamento da saúde, em diferentes cenários, ultrapassarão o piso de gastos federais, o que poderia levar a problemas de subfinanciamento (Tesouro Nacional, 2018[15]). Em uma avaliação do que é necessário para proteger a cobertura universal de saúde no Brasil até 2030, e levando em consideração a inflação da saúde e as mudanças na estrutura etária da população, o Tribunal de Contas da União prevê um déficit de financiamento significativo no nível federal em 2030 (Tribunal de Contas da União, 2020[16]).

Quadro 3.1. Como o SUS é financiado e como ele evoluiu ao longo do tempo?

Conforme estabelece a **Constituição Federal de 1988**, a saúde é uma responsabilidade do Estado e os serviços prestados pelo SUS são financiados coletivamente pelos orçamentos da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal, dos municípios, além de outras fontes. No entanto, desde o seu início, o financiamento do SUS foi debatido e uma série de mudanças legislativas e emendas constitucionais tentaram tornar o financiamento menos volátil, mas outras considerações também desempenharam um papel relevante. Vários pesquisadores acreditam que o SUS foi estruturalmente subfinanciado desde sua implementação, com as últimas reformas de financiamento agravando a situação, especialmente no âmbito da União (Massuda et al., 2018[14]; Castro et al., 2019[4]).

Inicialmente, o **Ato das Disposições Constitucionais Transitórias** (ADCT) previa que pelo menos 30% do Orçamento da Previdência Social fosse destinado à saúde, não sendo especificada a participação de estados e municípios. No entanto, esse compromisso de financiamento da Federação foi difícil de manter ao longo da década de 1990. A **Emenda Constitucional 29**, de 2000, identificou "pisos" para a Federação, os estados e os municípios para o financiamento do SUS, o que trouxe maior estabilidade de financiamento. De acordo com a EC 29, a União deveria dedicar ao menos o seu valor de 1999 acrescido de 5% em 2000 e, depois, ajustado anualmente com o crescimento nominal do PIB. Os estados e municípios deveriam destinar pelo menos 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas próprias à saúde. A **Emenda Constitucional 86**, de 2015, alterou novamente as obrigações de financiamento da União. Os pisos de investimento foram atrelados à Receita Corrente Líquida (RCL) federal. O percentual de RCL alocada à saúde deveria aumentar gradualmente de 13,2%, em 2016, para chegar a 15%, em 2020. No entanto, a **Emenda Constitucional 95**, de 2016, introduziu novas alterações devido a pressões fiscais e, em geral, congelou as principais despesas federais até 2036. Para os gastos com a saúde, as estipulações da EC 95 significaram antecipar a alocação mínima de 15% da RCL para 2017, mas atrelando aumentos anuais futuros desse piso à inflação até 2036.

Houve uma grande variação nos estados que cumpriram seus compromissos, conforme estabelecido na EC 29, com alguns deles não atingindo o piso de 12% nos anos de 2004 a 2012. Após a introdução da **Lei Complementar nº 141/2012**, que previa penalidades para o descumprimento do mínimo constitucional, a adesão aumentou. Devido ao aumento da descentralização e da pressão da demanda, os municípios em todos os estados cumpriram as suas obrigações de gastos mínimos nos anos desde 2004. Em 2017, os municípios destinavam em média 22,5% de suas receitas próprias à saúde, bem acima do mínimo de 15% (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019[12]).

De maneira geral, as frequentes mudanças no mecanismo de financiamento levaram a um maior envolvimento dos estados e dos municípios no financiamento do SUS ao longo do tempo. Entre 1995 e 2015, a participação dos municípios passou de 16% para 31% e a dos estados de 21% para 26%. Consequentemente, a proporção do SUS financiado pela União caiu de 63% para 43%. No entanto, para os três níveis do governo, os gastos com saúde aumentaram em termos reais, sendo esse, no caso dos municípios, em cerca de 8% ao ano, em média (Vieira, Piola and de Sá e Benevides, 2019[12]).

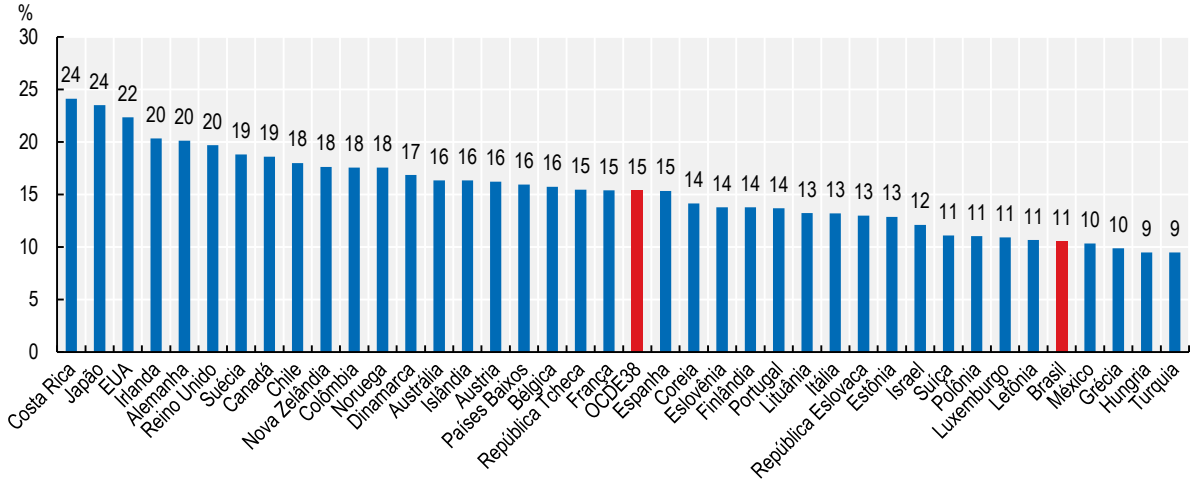
Fontes: Piola and Diniz Barros (2016[17]), "O financiamento dos serviços de saúde no Brasil" http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf; Mendes and Funcia (2016[18]), "O SUS e seu financiamento".

Embora uma opção para atender às necessidades futuras de gastos com a saúde (conforme identificado na Seção 3.2.3) seja permitir um aumento no gasto público geral, essa possibilidade parece menos provável nos curto e médio prazos, dados os atuais desafios fiscais no Brasil e a necessidade de continuar a trajetória de ajustes para garantir a sustentabilidade fiscal geral. A discussão se concentra principalmente no governo federal, mas parece improvável que os estados ou municípios estariam em uma posição confortável para que aumentem drasticamente os seus gastos absolutos com saúde a fim de atender às necessidades de financiamento futuras.

3.3.2. Há potencial para dar maior prioridade à saúde nos gastos do governo

Uma opção alternativa ou complementar para disponibilizar mais fundos públicos para atender às necessidades futuras de gastos com a saúde é dar a esses gastos uma prioridade mais alta no orçamento público total, ou seja, compensar o aumento dos gastos com a saúde com cortes ou ganhos de eficiência em outros setores. Dada a atual conjuntura econômica no Brasil, essa parece ser uma opção mais viável que um aumento geral dos gastos públicos. De fato, a comparação dos gastos governamentais em saúde com os gastos totais do governo mostra que o Brasil dedicou uma parcela menor de seu orçamento público à saúde (10,5%) do que a maioria dos países da OCDE em 2019, e bem abaixo da média de 15,3% (Figura 3.7).

Figure 3.7. Despesas com saúde de fontes públicas como parte das despesas totais do governo, 2019 (ou ano mais recente)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en.

Parece haver pelo menos quatro áreas em particular onde poderiam ser geradas possíveis economias, das quais algumas poderiam ser realocadas para o financiamento do SUS:[10] (i) redução das despesas fiscais e subsídios ineficazes; (ii) aumento da eficácia das transferências sociais, (iii) geração de despesas elevadas com salários e (iv) revisão do tratamento tributário preferencial concedido a alguns atores específicos do sistema de saúde.

O *Relatório Econômico da OCDE sobre o Brasil de 2020* destacou uma série de áreas para possíveis economias que não impediriam o Brasil de atingir os principais objetivos políticos. Os subsídios e despesas fiscais aumentaram para 4,8% do PIB. Vários deles, como o regime tributário das PMEs, a Zona Franca de Manaus ou isenções de imposto de renda para serviços privados de saúde e educação,

poderiam ser reconsiderados e ajustados. No conjunto, uma redução dos subsídios e despesas fiscais de aproximadamente 2% do PIB parece viável.

Da mesma forma, alguns programas sociais no Brasil não são muito bem direcionados ou são muito caros, com impacto limitado para reduzir as desigualdades (OECD, 2020[11]). Uma melhor orientação poderia aumentar o impacto do sistema de benefícios sociais e, ao mesmo tempo, reduzir os gastos. Nesse contexto, registraram-se progressos no sentido de melhorar a sustentabilidade do sistema previdenciário, aumentando a idade efetiva de aposentadoria e tornando os respectivos pagamentos mais progressivos. No entanto, um passo adicional importante para tornar o pagamento de aposentadoria, mas também alguns outros programas, como pensão por morte, mais sustentável seria mudar a sua regra de indexação, afastando-se do critério baseado no salário mínimo, o qual aumentou muito mais rapidamente que a renda per capita. Curiosamente, esses benefícios, ao contrário do programa "Bolsa Família", que não tem ajustes automáticos, beneficiam predominantemente pessoas que não são carentes. Como consequência, o reajuste do mecanismo de cálculo de alguns benefícios sociais poderia ser alcançado sem prejudicar os grupos populacionais desfavorecidos.

Uma segunda questão na qual economias substanciais para o erário público poderiam ser geradas está relacionada ao emprego público. A comparação internacional sugere que os custos com pessoal do setor público são extremamente altos e que existem diferenciais salariais substanciais em vantagem dos funcionários federais em comparação aos do setor privado (OECD, 2020[11]). Além disso, os salários públicos superaram os ganhos do setor privado recentemente. A mudança das regras de ajuste salarial anual e a revisão dos salários iniciais podem gerar um espaço fiscal muito necessário para fortalecer os gastos com a saúde pública. A possível economia do gerenciamento das altas despesas com a folha de pagamento poderia totalizar aproximadamente 2% do PIB.

Por fim, uma questão mais diretamente relacionada à saúde é o tratamento tributário preferencial concedido a algumas despesas de certos atores do setor da saúde. Isso se refere, por exemplo, à dedutibilidade fiscal de prêmios de seguro de saúde privados e desembolsos diretos das famílias com serviços de saúde, bem como isenções fiscais para alguns profissionais de saúde e outros instrumentos.

No total, as despesas tributárias na área de saúde foram estimadas em R$ 41,3 bilhões em 2019 (Receita Federal, 2018[19]), representando 13,5% de todos os impostos não pagos ou 0,6% do PIB. Dentre todos os impostos não recolhidos em saúde, as despesas médicas e prêmios de seguro para planos de saúde individuais que podem ser deduzidos das rendas sujeitas ao imposto de renda da pessoa física (IPRF) representaram mais de um terço do montante (R$ 15,5 bilhões) e a economia tributária proveniente do imposto de renda pessoa jurídica (IPRJ), para a aquisição de seguro saúde pelos empregadores, representa cerca de R$ 5,6 bilhões do total. Outras isenções fiscais importantes estão relacionadas a organizações de saúde sem fins lucrativos (R$ 3,6 bilhões) que têm isenções de imposto de renda pessoa jurídica (IPRJ) e contribuição social federal incidente sobre a receita de negócios (COFINS), além de contribuições previdenciárias (R$ 6,8 bilhões), na condição de que tais organizações forneçam pelo menos 60% de sua atividade para o SUS. Por fim, a produção e comercialização de produtos farmacêuticos selecionados (identificados por meio de uma lista positiva) estão isentas de PIS (contribuição para o seguro-desemprego) e COFINS. Juntos, representam uma economia tributária de R$ 6,7 bilhões. Tomados em conjunto, a soma de todas as despesas fiscais com a saúde equivaleria a cerca de um terço de todo o orçamento federal para o SUS em 2019.

As isenções do imposto de renda da pessoa física são altamente regressivas, pois dependem da alíquota individual. Além disso, 90% dos brasileiros possuem renda abaixo do limite em que pagariam imposto de renda e apenas em torno de um quarto dos brasileiros assinam planos privados de saúde, enquanto a maior parte da população depende do sistema público de saúde. Em 2017, foram declaradas despesas médicas da aproximadamente R$ 70 bilhões. Dos R$ 12,8 bilhões resultantes da economia tributária, 75% beneficiaram pessoas na faixa mais alta do imposto de renda, 27,5% (Tesouro Nacional, 2018[15]). No contexto brasileiro, é importante entender que não há um teto legal para a dedutibilidade fiscal das

despesas médicas. Além disso, com algumas poucas exceções (por exemplo, medicamentos), todas as despesas de saúde, incluindo cirurgias estéticas realizadas fora do país, são elegíveis para dedutibilidade. Isso é excepcional, mesmo no Brasil. Para outras despesas não relacionadas à saúde, como educação, existem tetos de dedutibilidade.

Embora tratamentos fiscais preferenciais para bens e serviços de saúde também existam nos países da OCDE, seu alcance no Brasil parece notável em termos de volume e gera perguntas sobre a sua adequação. A eliminação gradual da dedutibilidade fiscal para despesas de saúde e com planos de serviços de saúde do imposto de renda de pessoas físicas proporcionaria um espaço fiscal de aproximadamente 0,2% do PIB. As vantagens fiscais para prestadores de serviços de saúde sem fins lucrativos (que também incluem "organizações sociais" que administram instalações públicas) também parecem abundantes. Os prestadores de serviços de saúde podem ganhar a condição de "sem fins lucrativos" e lucrar com as amplas vantagens fiscais se se comprometerem a dedicar 60% de sua atividade aos pacientes do SUS. Revisar algumas dessas vantagens e avaliar cuidadosamente se elas aumentam a eficiência na prestação de serviços também pode ser uma opção. Embora o tratamento fiscal preferencial na área de prestação de serviços de saúde exista em muitos países da OCDE (por exemplo, os serviços de saúde são isentos do imposto de valor agregado; redução do imposto sobre o valor agregado para produtos farmacêuticos), isentar os prestadores de serviços sem fins lucrativos de contribuições para a previdência social para seus empregados parece excepcional.

3.4. Existe potencial para aumentar os gastos privados com a saúde no Brasil?

Caso nenhum financiamento público adicional ou insuficiente possa ser gerado para financiar o crescimento futuro projetado dos gastos com a saúde, a opção alternativa é contar com o financiamento privado, seja por meio de seguros de saúde privados ou diretamente pelas famílias através de pagamentos diretos. Dito isso, a parcela do financiamento privado no Brasil já é relativamente alta (consulte a Seção 3.2) e quaisquer aumentos futuros podem exacerbar as desigualdades já existentes no país. A participação do seguro de saúde privado voluntário no total dos gastos com a saúde era de 30% no Brasil em 2019, muito maior que a média da OCDE (5%) e muito maior que qualquer outro país da OCDE.[11] A proporção paga diretamente pelos pacientes no Brasil (25%) também está acima da média da OCDE (20%), mas abaixo dos valores observados no Chile (33%), na Grécia (35%) ou no México (42%).

3.4.1. O mercado de seguro saúde privado já está muito desenvolvido e tem implicações patrimoniais

O seguro de saúde privado é anterior ao estabelecimento do SUS e a Constituição Federal de 1988 garante que a cobertura do seguro de saúde privado pode complementar a cobertura automática do SUS.

O mercado de seguro de saúde privado está bem estabelecido e desenvolvido no Brasil. Em setembro de 2020, 47 milhões de brasileiros tinham cobertura médica ou assistência médica privada (22% da população) e 26 milhões tinham cobertura odontológica adicional.[12] Existe uma grande variação de planos de saúde, dependendo dos tipos de serviços cobertos (por exemplo, "hospitalar e ambulatorial", "apenas hospitalar", "indicação"), bem como do tipo de contrato (por exemplo, "seguro de grupo" via empregador, "contrato individual/familiar"). Além disso, muitos tipos diferentes de empresas podem oferecer cobertura de seguro privado; isso inclui cooperativas médicas sem fins lucrativos, empregadores na forma de autogestão, organizações filantrópicas, redes de provedores de saúde ou medicina de grupo e empresas de seguro de saúde. Em 2019, 711 empresas com beneficiários ofereciam mais de 36 mil planos de cobertura médica no Brasil (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020[6]). Isso significa que o mercado de seguros é muito fragmentado, com muitas pequenas operadoras: 6% das seguradoras cobrem 50% dos segurados e mais de 2/3 de todas as empresas cobrem apenas 10% dos beneficiários (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2020[6]).

Embora a cobertura de seguro de saúde privado tenha aumentado nas últimas décadas, ela está correlacionada aos ciclos econômicos, com o número de beneficiários diminuindo durante a última recessão. A cobertura também está distribuída de forma desigual por todo o país. As taxas são muito mais altas nos estados mais ricos da região sudeste (35%) que na região mais carente do norte (11%) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2019[20]). Além disso, uma notável divisão urbano-rural na cobertura de seguros privados pode ser observada em todos os estados. Ademais, o mercado de seguro saúde é caracterizado por fortes desigualdades socioeconômicas na adesão ao seguro de saúde privado. Em 2013, 64,7% das pessoas no quintil de renda mais alta tinham cobertura privada em comparação a apenas 5,5% entre as pessoas carentes (Montaya Diaz and Sarti, 2020[7]).

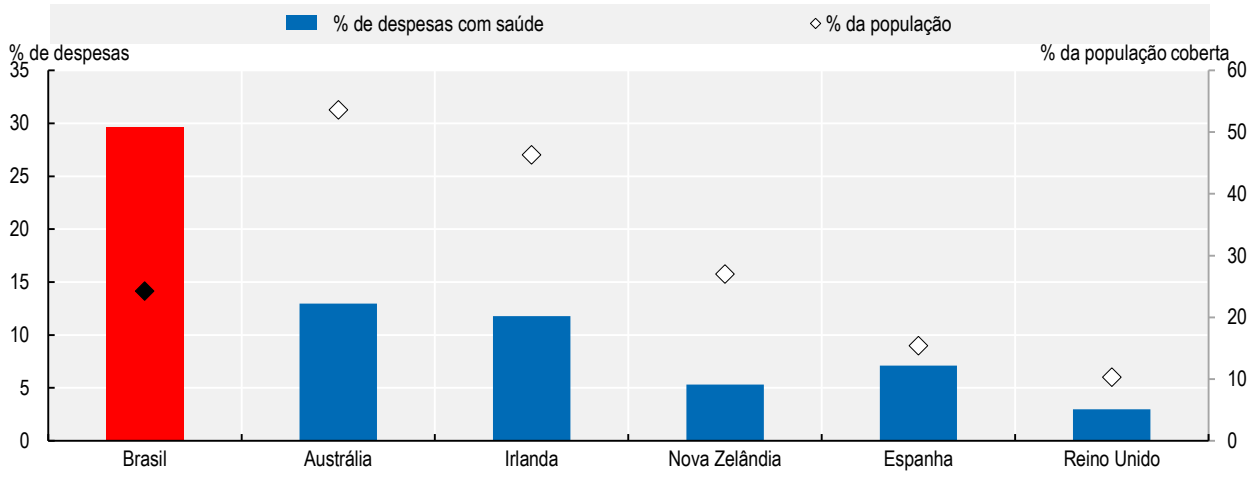
Parece haver pelo menos três razões pelas quais a proporção de pessoas com cobertura de seguro de saúde privado cresceu desde o início do SUS e é particularmente proeminente entre as classes média e alta. Em primeiro lugar, presumiu-se a falta de qualidade na rede pública do SUS também como resultado da rápida expansão no início da década de 1990 e subsequente subinvestimento. Em segundo lugar, uma tradição histórica de aquisição de serviços no mercado privado no âmbito dos contratos de trabalho e, em terceiro lugar, a dedutibilidade fiscal dos prêmios de seguros privados (Piola and Diniz Barros, 2016[17]).

De modo geral, o mercado de seguro saúde privado brasileiro é diferente daqueles dos países da OCDE com características semelhantes de sistema de saúde, em particular aqueles com direitos universais baseados na residência, financiados principalmente pela tributação. Em países como o Reino Unido, a Austrália, a Irlanda, a Nova Zelândia ou a Espanha, a cobertura privada *duplicada* também é popular, mas parece ser muito mais limitada a serviços específicos com médicos privados, em particular para a escolha de serviços de internação e ambulatoriais em hospitais particulares. No entanto, embora as parcelas de cobertura da população sejam semelhantes às observadas no Brasil, esse setor é, do ponto de vista do financiamento, muito menos importante nesses países (Figura 3.8). Muito provavelmente, isso reflete o fato de que pessoas com planos de saúde privados voluntários geralmente usam serviços públicos e só recorrem a seguros privados para uma faixa muito estreita de atividades (hospitalares). O caso do Brasil parece excepcional no sentido de que um quarto da população abdica de seu direito constitucional de buscar atendimento médico público gratuito.

Consequentemente, o mercado de seguro saúde privado já é mais desenvolvido no Brasil que na maioria dos países da OCDE. Sem alterar as configurações atuais desse mercado, um aumento da cobertura de seguro privado não parece ser desejável do ponto de vista patrimonial. Uma maior absorção na cobertura privada ou um aumento dos pacotes de benefícios, levando a prêmios mais elevados, pode representar um “escoamento adicional” de fundos públicos escassos. Isso resultaria em crescentes desigualdades, a menos que as políticas de isenção fiscal sejam alteradas. Também não está claro se mais gastos com cobertura privada contribuiriam para melhorar a eficiência e o desempenho geral do sistema de saúde, uma vez que uma alta cobertura privada pode levar ao uso excessivo de procedimentos e exames de alto custo. Por exemplo, em 2019 o número de exames de ressonância magnética (RM) por pessoa com seguro privado no Brasil (179 por 1 000) (Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2021[21]) foi 2,3 vezes maior do que a média de RM por população na OCDE (79 por 1 000) e consideravelmente acima da taxa da Áustria (148 por 1000), que foi a mais alta da OCDE naquele ano.

Figura 3.8. Seguro de saúde privado voluntário no Brasil e em alguns países da OCDE em 2019 ou no ano anterior

Parcela da população com planos de saúde privados e parcela de gastos com planos de saúde privados nas despesas totais com a saúde



Observação: o seguro saúde privado pode ser complementar e em duplicidade na Austrália.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020[6]), "Dados Consolidados da Saúde Suplementar", http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setorhttp://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor; Ministério da Saúde do Brasil.

3.4.2. Um aumento adicional nos desembolsos diretos das famílias pode levar a um aumento na quantidade de pessoas com dificuldades financeiras

Uma última possibilidade de atender aos aumentos de gastos previstos com a saúde seria deixar mais responsabilidades de financiamento para as famílias. Na verdade, essa é a alternativa caso nenhuma outra opção de financiamento for encontrada. Como visto antes, o nível de gastos diretos das famílias como parcela do gasto total com a saúde no Brasil (25%) está acima da média da OCDE (20%), mas é inferior ao de alguns países da OCDE e de muitos outros países da América Latina. Ainda assim, como parcela do PIB (2,4%), os gastos diretos das famílias são comparativamente altos no Brasil. Ao analisar a composição dos pagamentos diretos, verifica-se que dois terços de todos os gastos diretos estão relacionados aos custos com medicamentos no Brasil. Em comparação aos países da OCDE, essa é uma parcela muito alta e indica falta de cobertura efetiva nesta área.

A estrutura do pagamento direto das famílias no Brasil pode ser explicada pela natureza do pacote de benefícios do SUS e outras características do sistema. O SUS oferece, implicitamente, um pacote abrangente de benefícios na atenção primária, hospitalar e outros serviços, que não requer o compartilhamento de custos. Para os produtos farmacêuticos, foi definida uma lista positiva de medicamentos essenciais, que estão disponíveis gratuitamente ou com alguns co-pagamentos limitados sob certas condições. No entanto, eles podem não estar disponíveis quando necessário e os pacientes podem ter que recorrer a medicamentos pagos. Além disso, os contratos privados de seguro de saúde excluem medicamentos ambulatoriais, que exigem que as pessoas que renunciam à cobertura do SUS paguem por esses produtos. Além disso, além dos medicamentos, a cobertura do SUS exclui uma série de prestadores de serviços particulares que podem ser contatados pelos pacientes para ter um acesso mais rápido.

O problema com os altos desembolsos diretos das famílias é que eles, em geral, afetam os grupos populacionais carentes e desfavorecidos mais que outros (WHO Regional Office for Europe, 2019[22]).

Para esses grupos, os altos custos diretos de bens e serviços de saúde têm maior probabilidade de representar uma alta carga financeira. Por esse motivo, as Nações Unidas decidiram medir o progresso com relação à cobertura universal de saúde, monitorando a incidência de famílias que vivenciam gastos com a saúde "catastróficos" como um indicador de proteção financeira (WHO and World Bank, 2019[23]).

Os dados incluídos no relatório de monitoramento da proteção financeira da OMS e do Banco Mundial sugerem que a dificuldade financeira devido aos custos de saúde é um problema no Brasil (WHO and World Bank, 2019[23]). Em 2008, 25,6% das famílias brasileiras relataram que os custos com a saúde representavam mais de um décimo do consumo/renda familiar total e 3,5% relataram que os custos representavam um quarto do consumo/renda familiar. Essa parcela era muito maior que em quase todos os países da OCDE e acima da média da região da América Latina. No entanto, outros estudos descobriram que os gastos catastróficos com a saúde no Brasil não eram mais problemáticos em comparação a outros países latino-americanos (Roa, 2016[24]). No entanto, independentemente da proporção exata de famílias que enfrentam gastos catastróficos com a saúde, a forte correlação entre o nível geral de gastos diretos em um país e a proporção de famílias com dificuldades financeiras foi amplamente estabelecida (WHO Regional Office for Europe, 2019[22]). Portanto, uma decisão política que leva a um aumento na divisão de custos ou redução na cobertura provavelmente terá como resultado um aumento no percentual da população que enfrenta dificuldades financeiras, especialmente entre a população carente. Alternativamente, também pode levar a um aumento no atraso ou na privação do atendimento se as pessoas não puderem mais pagar pelos serviços (WHO Regional Office for Europe, 2019[22]).

Portanto, de uma perspectiva de equidade, permitir que as próprias pessoas arquem com mais custos de saúde acabará por aumentar as inequidades em saúde em um país que já enfrenta grave problema de desigualdades. Também há dúvidas sobre até que ponto o aumento dos gastos diretos é eficiente. Em muitos casos, os prestadores de serviços privados cobram preços mais altos pelos mesmos serviços que são fornecidos publicamente, sem uma diferença clara de qualidade. Por esse motivo, um aumento deliberado na parcela dos gastos com a saúde financiados pelo próprio bolso não parece ser uma opção desejável.

3.5. Onde podem ser encontrados ganhos de eficiência no sistema de saúde brasileiro?

Uma última possibilidade para abordar o aumento projetado nos gastos com a saúde é gerar ganhos de eficiência e reduzir o desperdício no setor da saúde. Um maior custo-benefício poderia amenizar as pressões de gastos emergentes, garantindo que a intervenção certa seja realizada no ambiente certo, usando a combinação de insumos mais econômica e baseada em evidências para tratar doenças e limitando o desvio de recursos financeiros do sistema de saúde que não são utilizados para promover a saúde, prevenir doenças e tratar os pacientes. Em todo o mundo, cerca de 20% dos gastos com a saúde podem ser considerados "desperdícios" no sentido de que, se alguns serviços responsáveis por esses custos não ocorressem, isso não faria diferença para os resultados de saúde dos pacientes (OECD, 2017[25]).

3.5.1. O sistema de saúde brasileiro é amplamente considerado ineficiente

Trabalhos anteriores comparando o potencial de ganhos de eficiência internacionalmente descobriram que há espaço para melhorias no Brasil. Ao quantificar os possíveis ganhos na expectativa de vida ajustada à saúde usando técnicas de análise envoltória de dados com base em dados do Banco Mundial e da OMS, o *Relatório Econômico da OCDE sobre o Brasil de 2015* descobriu que mais de cinco anos de expectativa de vida poderiam ser ganhos com a melhoria da eficiência, mantendo o valor atual de despesas per capita com a saúde (OECD, 2015[26]). Isso foi mais que em qualquer país da OCDE. O

potencial de ganhos de eficiência no sistema de saúde brasileiro também foi analisado em outros estudos. O Banco Mundial, por exemplo, estimou a possível economia total de cerca de 0,62% do PIB até 2026 em cinco áreas distintas da saúde, com efeitos neutros ou positivos sobre a equidade (World Bank, 2017[27]). No cálculo dos gastos necessários para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Flamini e Soto estimam que o setor da saúde tem espaço para uma economia de até 2,5% do PIB até 2030 por meio de maior eficiência de gastos sem comprometer a qualidade (Flamini and Soto, 2019[28]).

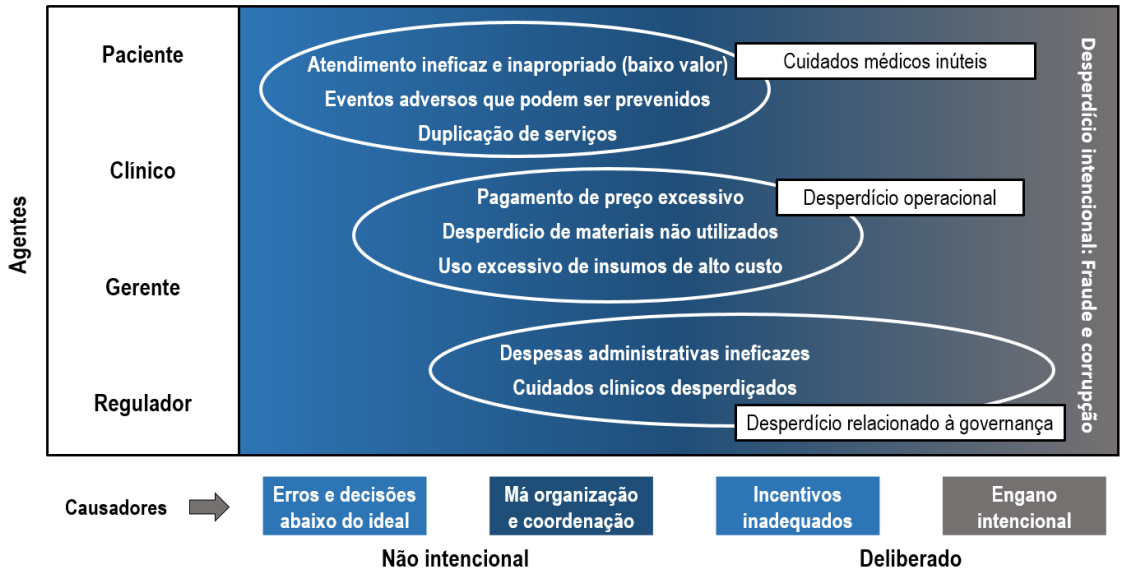
Aumentar a eficiência e o desempenho são metas importantes do sistema de saúde e têm sido incluídas em iniciativas de gestões recentes e atuais no Brasil. Neste contexto, o atual Plano Nacional de Saúde 2020-23 destaca, por exemplo, a necessidade de melhorar a contratação do serviço público para aumentar a eficiência na gestão do SUS, uma melhor integração da atenção primária e secundária, cooperação reforçada no nível regional ou uma aplicação mais ampla de ferramentas eletrônicas. Anteriormente, houve iniciativas, como a introdução da Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) no SUS e a criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC) em 2011. A introdução de incentivos financeiros para melhorar o acesso aos serviços como parte da estratégia Previne também visava a aumentar o desempenho do sistema de saúde.

3.5.2. A OCDE desenvolveu um marco conceitual para discutir gastos desnecessários em todo o sistema de saúde

Apesar dessas iniciativas e ambições, ainda há a percepção de que mais pode ser feito para encontrar a melhor relação custo-benefício. No Brasil, assim como em todos os outros países, ineficiências podem ser encontradas em todos os aspectos do sistema de saúde e a OCDE desenvolveu um estudo abrangente para analisar sistematicamente as possíveis fontes de ineficiências, seus direcionadores e causas, e discute o que pode ser feito sobre isso (OECD, 2017[25]). *Cuidados médicos inúteis* abrangem casos em que os pacientes não recebem o atendimento correto, por exemplo, atendimento inadequado ou de baixo valor. Também incluem eventos clínicos adversos que poderiam ser evitados. O *desperdício operacional* ocorre quando o atendimento poderia ser oferecido usando menos recursos dentro do sistema, mantendo os benefícios. Os exemplos incluem situações em que preços mais baixos podem ser obtidos para os insumos adquiridos ou onde insumos caros são usados em vez de outros mais baratos e sem benefício para o paciente. O *desperdício relacionado à governança* se refere ao uso de recursos que não contribuem diretamente para o cuidado do paciente, seja porque se destinam a apoiar a administração e gestão do sistema de saúde e seus vários componentes ou porque são desviados de sua finalidade pretendida por meio de fraude, violação e corrupção. Essa estrutura básica também será usada na avaliação subsequente de possíveis fontes de ineficiência no Brasil (Figura 3.9).

Normalmente, todos os participantes do sistema de saúde contribuem para gastos desnecessários, mas em graus diferentes. Não satisfeitos com o resultado, os pacientes podem solicitar a repetição redundante dos exames. Os médicos podem escolher um procedimento de tratamento desnecessário e caro, mesmo que exista uma alternativa mais barata. Os gerentes de sistemas podem contratar prestadores de serviços a um preço mais alto que o necessário e os reguladores podem ser responsáveis por obstáculos administrativos ineficazes e onerosos no planejamento da assistência médica.

Figure 3.9. Categorias de desperdício mapeadas para os participantes e causas envolvidos



Fonte: OECD (2017[25]), *Tackling Wasteful Spending on Health*, https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en.

O restante desta seção identificará algumas áreas de gastos potencialmente desperdiçados e ganhos de eficiência no Brasil em todo o sistema de saúde, incluindo atenção primária e secundária à saúde, atendimento hospitalar, produtos farmacêuticos, cuidados de longo prazo, administração e governança.

3.5.3. A atenção primária à saúde é um componente fundamental do SUS, mas ainda não apresenta todo o seu potencial

A implantação do SUS vem sendo acompanhada por diversas iniciativas de fortalecimento da atenção primária à saúde

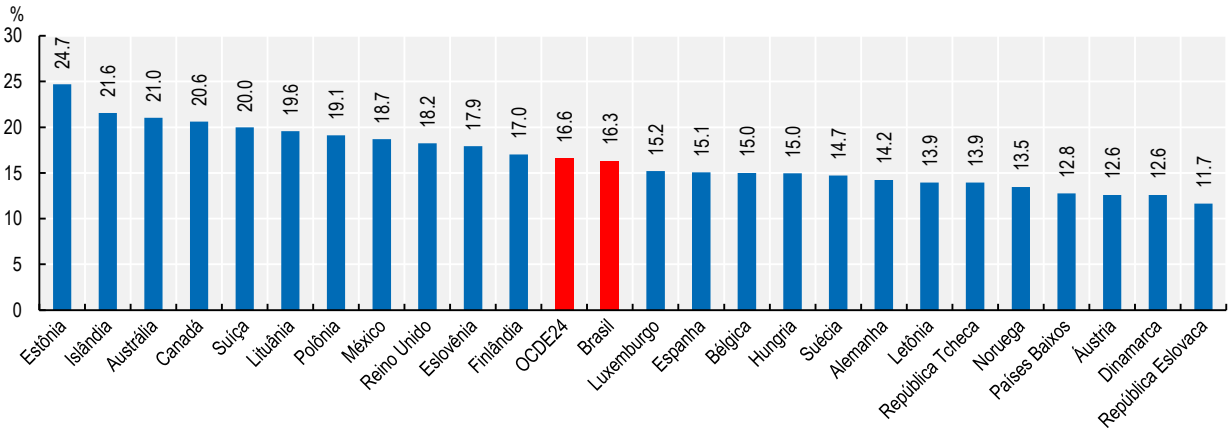
Desde o seu início, um forte foco do SUS foi fortalecer o papel da atenção primária à saúde e se distanciar de um sistema que era historicamente muito centrado em hospitais. Em 1994, o Programa Saúde da Família foi criado, estabelecendo padrões para a composição de equipes de profissionais da saúde, incluindo clínicos gerais, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, prestando uma ampla gama de serviços, como cuidados intensivos, promoção da saúde, tratamento de doenças crônicas e assistência médica materno-infantil (Castro et al., 2019[4]). Essas equipes tornaram-se o principal elemento da atenção primária à saúde no SUS, mas os problemas de pessoal retardaram a expansão desse modelo de atendimento. Para abordar os problemas de acesso, especialmente nas zonas rurais, o programa Mais Médicos foi adotado em 2013, o que resultou no recrutamento temporário de cerca de 18 mil médicos adicionais, principalmente de outros países. Embora tenha conseguido aumentar o acesso à atenção primária à de saúde em algumas regiões desfavorecidas (Gonçalves et al., 2019[29]), o programa está atualmente desativado e foi substituído pelo programa “Médicos pelo Brasil”. Essa iniciativa visa centralizar o recrutamento de médicos para comunidades carentes e fortalecer as oportunidades de desenvolvimento profissional desses médicos recém-contratados.

Uma estratégia para melhorar a eficiência na atenção primária à saúde e expandir o acesso foi a iniciativa Previne Brasil introduzida em 2020. Essa iniciativa marcou uma mudança importante no método de cálculo de como os fundos federais são transferidos aos municípios para a compra de serviços de atenção primária, mas também aumentou os recursos federais gerais para a atenção primária à saúde. No SUS, o governo federal financiou cerca de um terço do total dos custos da atenção primária à saúde, com o

restante sendo financiado predominantemente por municípios (61%) (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018[30]).[13] Antes da estratégia Previne Brasil, as transferências federais para os municípios eram compostas por um componente de capitação fixa e variável, um bônus voluntário de pagamento por desempenho baseado no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e pagamentos para a prestação direta de serviços por meio de agentes comunitários de saúde e do programa Mais Médicos. A estratégia Previne Brasil recalibrou os pagamentos de capitação para melhor levar em conta as diferenças nas necessidades de saúde entre os municípios, simplificou os indicadores de pagamento por desempenho e revisitou as ações estratégicas a serem financiadas pela União (OECD, 2021[31]). Uma mudança importante no Previne Brasil é que os pagamentos por capitação são feitos apenas para pessoas cadastradas nas eSFs, o que deve incentivar os municípios a se engajarem ainda mais nesta forma de atendimento. Embora seja muito cedo para realizar uma avaliação geral desse programa, o número de pessoas registradas nas eSFs aumentou substancialmente, chegando a 127 milhões em novembro de 2020 (OECD, 2021[32]).

Analisar a composição dos gastos gerais com saúde em um contexto internacional pode ajudar a avaliar se um país prioriza os gastos com atenção primária à saúde. Em 2019, o Brasil dedicou cerca de 16% de seus recursos financeiros a "serviços básicos de saúde" – definidos como atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, atendimento em domicílio para a realização de tratamentos e atividades preventivas, [14]uma parcela semelhante à média da OCDE (Figura 3.10).

Figura 3.10. Gastos com atendimento médico básico como parcela dos gastos atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo)



Observação: Os serviços básicos de saúde combinam atendimento ambulatorial geral, atendimento odontológico, atendimento em domicílio para a realização de tratamentos e atividades preventivas fornecidas independentemente do ambiente. Eles podem ser usados como substituição à atenção primária à saúde para comparações internacionais.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Ministério da Saúde do Brasil.

Apesar dessas conquistas, o desempenho da atenção primária à saúde pode ser ainda mais fortalecido

Ao comparar os níveis de eficiência na atenção primária entre os municípios do Brasil, o Banco Mundial identifica possíveis ganhos de eficiência de 37% (World Bank, 2017[27]). Portanto, há um potencial significativo para expandir a prestação de serviços usando a mesma quantidade de recursos. Outras questões que devem ser abordadas incluem acessibilidade limitada aos serviços e deficiências na coordenação entre a atenção primária e secundária.

A falta de disponibilidade de médicos pode levar a necessidades não atendidas, e a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 trouxe alguns esclarecimentos sobre o assunto. Em 2019, cerca de 14% de todos os brasileiros que procuraram assistência médica nas duas semanas anteriores à pesquisa não a receberam (IBGE, 2020[3]). Particularmente relevante para a atenção primária é o fato de 21% de todos os brasileiros com diabetes diagnosticada não terem recebido atendimento médico nos 12 meses anteriores à pesquisa (IBGE, 2020[33]). Curiosamente, embora haja pouca variação estatística para necessidades não atendidas desse tipo entre os estados, ruralidade ou renda (IBGE, 2020[34]), parece haver diferenças na qualidade do atendimento. Pacientes diabéticos têm maior probabilidade de complicações (conforme medida em hospitalizações) no Nordeste que no Sudeste e essa probabilidade é sistematicamente maior para aqueles cuja renda familiar é de um salário mínimo ou inferior que aqueles com mais de três salários mínimos (IBGE, 2020[35]).

Algumas dessas necessidades não atendidas estarão relacionadas à disponibilidade de médicos. Embora tenha aumentado substancialmente nas últimas décadas, a quantidade de médicos no Brasil ainda está aquém da média da OCDE. Em 2017, cerca de 2,2 médicos por 1.000 habitantes estavam registrados no Brasil (Scheffer and al., 2018[36]). Isso se compara a 3,5 médicos em atividade[15] em toda a OCDE (OECD, 2019[8]). Semelhante à maioria dos países da OCDE, há uma grande disparidade geográfica na disponibilidade de médicos no Brasil, refletindo também diferenças socioeconômicas. Em municípios com menos de 5 mil habitantes, a densidade geral de médicos é de apenas 0,3, em média; para municípios com mais de 500.000 habitantes, a proporção é de 4,3 (Scheffer and al., 2018[36]). Devido ao fato de que os especialistas são mais propensos a atuar em aglomerações, a distribuição espacial desequilibrada dos profissionais da saúde é um pouco menos pronunciada ao considerar apenas clínicos gerais (ou seja, médicos sem especialização). No entanto, ainda existem diferenças significativas. No nível estadual, a proporção de um clínico geral para cada 1.000 habitantes varia de 0,4 no Maranhão, na região nordeste, a 1,6 no Rio de Janeiro. Uma grande variação geográfica de profissionais da saúde pode sugerir uma alocação ineficiente de recursos, levando a necessidades não atendidas, menor qualidade de atendimento em regiões carentes e à prestação em excesso de serviços em outras partes do país.

A experiência dos países da OCDE informa que diferentes estratégias ajudam a corrigir o desequilíbrio geográfico dos médicos (OECD, 2016[37]). Uma primeira abordagem tenta resolver o problema no longo prazo, com foco em futuros profissionais durante a sua formação médica. Isso pode ser feito oferecendo bolsas de estudo ou acesso preferencial a alunos que se comprometam a atuar em áreas ou comunidades rurais por um período definido depois de se formar, como é o caso da Austrália, do Japão, do Canadá, da Inglaterra e do Chile (OECD, 2021[32]). Para os profissionais atuais, existe uma abordagem do “castigo e da recompensa”. Muitos países da OCDE usam incentivos financeiros, sejam pontuais ou relacionados a salários, para atrair médicos para a atuação em áreas rurais ou desfavorecidas. No Canadá e na Dinamarca, algumas dessas políticas estão em vigor. Por outro lado, alguns países, incluindo a Alemanha, algumas províncias do Canadá e da Noruega, restringem o local onde os médicos podem atuar. Na Alemanha, os médicos autônomos não têm permissão para estabelecer a sua atuação e atender pacientes públicos em uma área de captação que é considerada “superestimada” com base na proporção de pacientes para médicos. De qualquer forma, lidar com o desequilíbrio regional dos médicos, em particular dos clínicos gerais, requer um planejamento cuidadoso e coerente da força de trabalho. No nível nacional, isso tem estado amplamente ausente no Brasil (OECD, 2021[32]).

Pode haver potencial para obter mais atividades de atenção primária com os recursos existentes

Curiosamente, o aumento substancial da quantidade de médicos no Brasil não se traduziu necessariamente em um aumento proporcional na atividade de atenção primária no SUS. A proporção de consultas anuais de atenção primária cadastradas no SUS dividida pela população total era de 2,2 em 2019, ante 2 em 2000, mas abaixo do valor de 2014 (2,8)[16] (Ministério da Saúde, 2020). Embora esse número não deva ser confundido com o número médio de consultas por pessoa, deve ser analisado mais

detalhadamente o fato de essa proporção ter aumentado apenas 10% nas últimas duas décadas, enquanto a quantidade de médicos cresceu mais de 50%. Tal descompasso pode significar que muitos médicos recém-formados não desejam seguir uma carreira na atenção primária, mas pode sinalizar algumas ineficiências na prestação de atendimento.

Uma questão que pode explicar o crescimento reduzido na consulta de atenção primária e os problemas associados no acesso aos serviços do SUS [17]é o uso generalizado de "dupla atuação", o que significa que muitos médicos dividem o seu tempo entre pacientes públicos e particulares. A regulamentação recente no Brasil proíbe os médicos de terem mais de dois empregos no setor público; no entanto, ainda há a opção de assumir tarefas adicionais no lucrativo setor privado. Um estudo recente descobriu que 51% de todos os médicos no Brasil trabalham em regime de dupla atuação, 27% somente no setor privado e apenas 22% exclusivamente no SUS (Miotto et al., 2018[38]). Também mostra que aqueles que trabalham apenas no setor público tendem a ser mais jovens, menos experientes e mais propensos a ganhar menos que aqueles que trabalham no setor privado ou em dupla atuação. A dupla atuação também é comum em muitos países da OCDE e pode criar problemas para reduzir o acesso ao serviço de pacientes públicos se não for devidamente regulamentada e monitorada (Mueller and Socha-Dietrich, 2020[39]). Os países que recentemente adotaram medidas para aumentar o tempo do médico para tratar pacientes públicos incluem a Irlanda e Israel. Parte de suas estratégias inclui aumentos salariais para médicos públicos que renunciam à opção de trabalhar no setor privado.

Uma consequência da aplicação generalizada da dupla atuação pode ser o absenteísmo dos médicos durante a jornada de trabalho de seus empregos públicos (Socha and Bech, 2011[40]). Pesquisas recentes sugerem que isso pode ser um problema no Brasil. A análise do uso do tempo de 47 médicos que atuam em 27 eSFs em 12 municípios indica que eles faltam ao trabalho durante os turnos em cerca de um terço do tempo, em média (dos Sanots Matsumoto, 2018[41]). Esse fenômeno também é uma preocupação em alguns países da OCDE, mas a literatura sobre este tópico menciona a dificuldade de separar claramente a dupla atuação da má gestão geral como fonte de absenteísmo (Socha and Bech, 2011[40]). Dito isso, se médicos empregados publicamente desempenham as suas obrigações de trabalho contratuais é claramente algo que deve ser monitorado estreitamente. Mais análises são necessárias para avaliar se esse é um fenômeno comum no Brasil. Em caso afirmativo, a implementação de ferramentas de monitoramento consistentes poderia ser um instrumento para melhorar a produção e o desempenho do sistema.

A atenção primária à saúde ainda está fragmentada e problemas persistem na coordenação do atendimento entre os níveis de serviço

A última Pesquisa Nacional de Saúde destaca a fragmentação da atenção primária. Por exemplo, cerca de 50% da população diabética identificaram unidades básicas de saúde como o último contato com o sistema de saúde, 11% utilizaram unidades públicas especializadas dentro de hospitais, 6% foram a unidades públicas de atendimento de emergência e 30% visitaram consultórios ou clínicas particulares (IBGE, 2020[33]). Existe um claro gradiente socioeconômico para isso: embora as unidades básicas de saúde tenham sido a provedora mais recente de atendimento a pacientes com diabetes para cerca de 60% ou mais das pessoas mais carentes, essas unidades são provedoras de serviços de saúde essenciais para apenas 15% ou menos das famílias de alto poder aquisitivo (IBGE, 2020[42]). A diferença nos padrões de utilização da atenção primária à saúde e na experiência do paciente entre idosos brasileiros é constatada em estudos recentes (Macinko et al., 2018[43]). Aqueles com planos de saúde privados (que não usam o SUS) relatam menos problemas em termos de acesso, coordenação do atendimento, continuidade do atendimento e coordenação do provedor que aqueles que usam as eSFs do SUS. A maioria dos problemas é encontrada por pacientes que usam o SUS, mas não consultam as eSFs.

Os últimos exemplos mostram que, apesar do progresso contínuo para promover a implementação da ESF, muitos brasileiros ainda usam outros provedores como ponto regular de atendimento para doenças

crônicas. Por outro lado, a maioria das pessoas com cobertura de plano de saúde privado não usa o SUS e recorre a consultórios privados. Porém, mesmo para aqueles sem cobertura privada, boa parte deles utiliza unidades públicas especializadas ou prontos-socorros para a prestação de serviços para pacientes com condições de saúde crônicas. Isso é ineficiente, pois esses tipos de condições são mais bem tratados em ambientes de atenção primária (OECD, 2020[44]). Para promover ainda mais a ESF, pode ser necessário mais apoio financeiro, em particular nas áreas rurais desfavorecidas. Além disso, as opções fora do horário de funcionamento das unidades de atenção primária devem ser mais bem elaboradas, como no programa Saúde na Hora, para que as pessoas com quadros agudos não precisem recorrer ao pronto-socorro. Além disso, o acompanhamento do câncer e as atividades preventivas, como check-ups de saúde, devem receber maior atenção na atenção primária (OECD, 2021[32]). Essas são uma boa relação custo-benefício, uma vez que tais intervenções reduzem o tratamento mais caro posteriormente.

Em vários países da OCDE (incluindo, por exemplo, o Chile, Portugal, a Itália ou a Noruega), fortes sistemas de controle são vistos como uma forma de garantir que os pacientes recebam o melhor atendimento possível para as suas condições e para alcançar uma maior adequação e coordenação do atendimento (OECD, 2020[44]). O maior desenvolvimento da atenção primária à saúde no Brasil também pode implicar em dar aos clínicos gerais um papel mais forte de “controle de entradas”, por meio do qual controlam e orientam a entrada de pacientes na atenção secundária. Isso implica que os pacientes devem se registrar com o médico ou consultório de atenção primária e os clínicos gerais controlam o acesso à atenção secundária com um sistema de indicação.

Relacionada ao “controle de entrada” está a necessidade de fortalecer a coordenação do atendimento em todos os sistemas de saúde, também para lidar com os longos tempos de espera para consultar especialistas ou obter diagnósticos. Historicamente, a coordenação entre os diferentes níveis de atendimento tem sido relativamente fraca no Brasil. Para abordar essas questões, o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes para a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) temáticas em 2010 no âmbito do SUS. Essa iniciativa busca integrar a prestação de serviços por meio de suporte técnico, logístico e de gestão na atenção primária, secundária e terciária, bem como nos serviços auxiliares. No momento, existem redes de atendimento pré-natal e parto, atendimento de urgência e emergência, atenção psicossocial e para pessoas com deficiência e condições crônicas, mas a centralidade da atenção primária nessas redes não é clara.

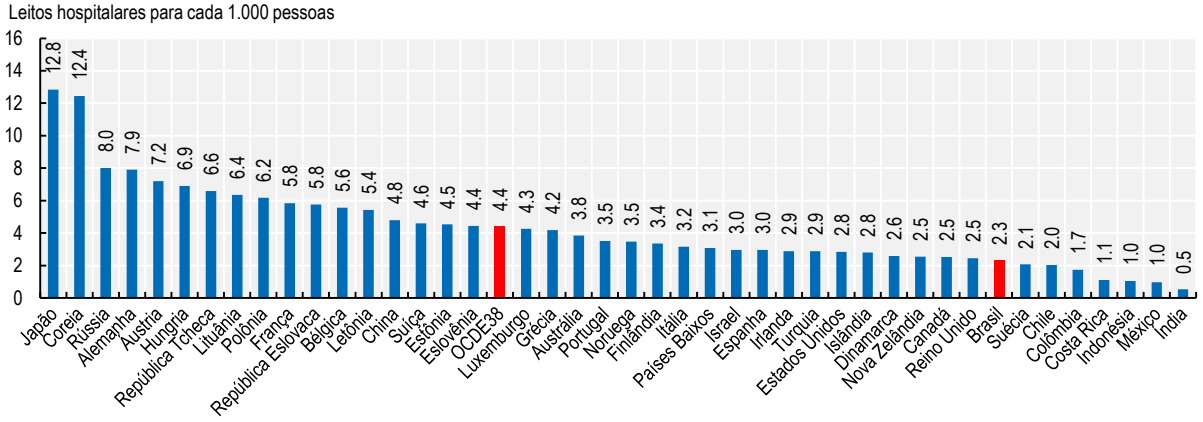
Os modelos de atenção integrados podem ter sucesso na melhoria da continuidade do atendimento levando a melhores resultados, mas requerem o compartilhamento de informações entre os níveis de atendimento e respectivas vias baseadas em evidências. No entanto, a rede temática de atendimento integrado opera dentro do ambiente complexo e rígido dos princípios de planejamento, gestão e financiamento do SUS. Isso pode ser uma barreira para uma implantação bem-sucedida da rede de saúde. Dentro da OCDE, os países seguiram em caminhos diferentes para operacionalizar a integração do atendimento (OECD, 2016[45]). Nos Estados Unidos e na Alemanha, por exemplo, os provedores se juntaram à “Accountable Care Organization” (ACO), onde são coletivamente responsáveis pelos pacientes em uma área de captação definida. Essas ACOs recebem um orçamento virtual para uma ampla gama de serviços e são incentivadas por contratos de economia de compartilhamento com os pagadores para coordenar o atendimento em diferentes níveis de forma eficiente. Elas podem manter parte da economia se mantiverem os custos totais abaixo do orçamento virtual, desde que atendam aos critérios de qualidade predefinidos. Outros bons exemplos de integração de atendimento existem no País Basco da Espanha e como redes de atenção primária à saúde no Reino Unido (OECD, 2021[32]).

3.5.4. As ineficiências persistem no atendimento especializado ambulatorial e hospitalar

O setor hospitalar brasileiro tem muito excesso de capacidade em épocas normais, mas a distribuição é desigual

No geral, o Brasil tinha cerca de 474 mil leitos hospitalares em 2019, valor próximo ao verificado em 2007, mas abaixo dos 501 mil em 2010. Isso equivale a 2,3 leitos para cada 1.000 habitantes, cerca de metade da média da OCDE (Figura 3.11). No entanto, a densidade de leitos é semelhante a alguns países europeus, como a Dinamarca (2,6), o Reino Unido (2,5) e a Suécia (2,1), e acima de outros países da América Latina, como o Chile (2,0), a Colômbia (1,7) ou a Costa Rica (1,1). Como em muitos países da OCDE e, também, no Brasil, há alguma variação na disponibilidade de leitos no país. No nível estadual, a densidade de leitos hospitalares varia por um fator de 2, com uma variação entre 1,5 leitos por cada 1.000 habitantes no norte do estado do Amapá e 2,9 leitos no sul do estado do Rio Grande do Sul (Ministério da Saúde, 2020).

Figura 3.11. Leitos hospitalares por cada 1.000 habitantes (2019 ou no ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Ministério da Saúde do Brasil.

Uma diferença importante entre o Brasil e os países da OCDE parece ser o nível de atividade. Em 2019, houve 58 altas hospitalares por cada 1.000 habitantes no Brasil (Ministério da Saúde do Brasil, 2020), cerca de um terço dos níveis de atividade observados na OCDE e apenas um quinto da taxa de hospitalização observada na Alemanha ou na Áustria. O baixo número no Brasil também reflete o fato de o país ter uma população relativamente jovem. No entanto, há mais altas por população no Brasil que na Colômbia ou no México.

Como resultado da atividade de internação muito baixa, a taxa de ocupação de leitos hospitalares no Brasil está muito abaixo de todos os países da OCDE, destacando um grande excesso de capacidade em épocas normais (sem considerar os picos de demanda associados à pandemia da COVID-19). Apenas cerca de 52% dos leitos hospitalares foram usados, em média, para tratamentos em determinado dia em 2019. Essa participação tem aumentado lentamente recentemente, mas ainda está muito abaixo da média de 76% da OCDE. Na Costa Rica, em Israel, na Irlanda e no Canadá, as taxas médias de ocupação estão acima de 85%, o que é amplamente considerado como o limite de ocupação seguro para pacientes em alguns países (OECD, 2012[46]).

A baixíssima taxa de ocupação de leitos hospitalares no Brasil sugere grande potencial de ganhos de eficiência e tem sido o foco de inúmeras análises de eficiência nacionais e internacionais. Devido à grande quantidade de hospitais muito pequenos no Brasil, o relatório do Banco Mundial de 2019 constatou uma

ineficiência média impressionante de 71%, destacando o escopo substancial para expandir a prestação de serviços com os recursos existentes. Com base nesse modelo, os serviços hospitalares ambulatoriais poderiam aumentar em 140% e as internações em 79%, mantendo os gastos constantes, se a eficiência fosse maximizada. Alternativamente, o mesmo nível de resultados em hospitais poderia ser alcançado com gastos 34% menores, gerando uma economia em torno de R$ 12,7 bilhões (World Bank, 2017[27]). Não é uma surpresa que o relatório conclui que as ineficiências são muito mais pronunciadas em municípios pequenos e principalmente impulsionadas por hospitais com menos de 100 leitos.

Em uma avaliação de desempenho de hospitais públicos, o Tribunal de Contas da União também encontrou ampla evidência de prestação de serviços ineficiente (Tribunal de Contas da União, 2020[47]) . Aplicando o mesmo método do Banco Mundial, mas diferenciando por tipo de hospital, os resultados desta avaliação indicam ainda que a eficiência aumenta com o tamanho dos hospitais, mas sem diferença entre as regiões. Curiosamente, o relatório também conclui que (i) hospitais públicos sob administração direta são menos eficientes que aqueles sob administração indireta; (ii) hospitais administrados por estados são mais eficientes que aqueles administrados por municípios ou pela União; e (iii) que os hospitais públicos administrados por organizações sociais de saúde apresentam uma pontuação de eficiência melhor que outros hospitais públicos. No entanto, para a última constatação, é importante observar que isso também pode ser devido ao viés de seleção e ao fato de os hospitais administrados por OSS serem quase três vezes maiores que a média de hospitais públicos (151 leitos em comparação a 61 leitos).

A forma como é planejada a internação pelo SUS contribui para o excesso de capacidade

Mesmo considerando que a pandemia da COVID-19 mostrou que alguma capacidade de reserva de pacientes internados que possa ser facilmente mobilizada pode ser vantajosa em circunstâncias excepcionais, a baixa eficiência do setor hospitalar no Brasil tem efeitos negativos.[18] De uma perspectiva puramente econômica, a solução simples para melhorar a eficiência no setor hospitalar seria fechar muitos hospitais pequenos. Na realidade, isso é mais complicado. Em áreas com densidade populacional muito baixa, as instalações de tratamento alternativas podem estar a centenas de quilômetros de distância. Além disso, do ponto de vista da economia política, prefeitos e secretários municipais de saúde têm pouco a ganhar com o fechamento de unidades de saúde existentes, pois isso não agradaria os eleitores. Uma abordagem mais viável poderia ser a conversão de alguns hospitais pequenos localizados em áreas rurais em unidades de saúde mais intermediárias que podem tratar casos urgentes e pacientes com necessidades de cuidados de caráter agudos por um período limitado. Isso deve ser acompanhado por um fortalecimento das oportunidades de transporte para hospitais gerais mais bem equipados em centros urbanos para pacientes que requerem internação urgente por um período prolongado. Esse modelo também pode ser vinculado ao lançamento de *softwares* de telessaúde para ajudar na triagem de pacientes, distinguindo aqueles que precisam de transporte imediato para hospitais gerais daqueles que podem ser tratados localmente.

Sobre como encontrar o equilíbrio certo entre a provisão eficiente de cuidados intensivos e a acessibilidade em áreas rurais, lições podem ser aprendidas com alguns países da OCDE com desafios de espaço semelhantes. No Canadá, espera-se que todos os planos provinciais e territoriais do Medicare forneçam acesso uniforme ao atendimento hospitalar também em áreas rurais e remotas (Marchildon, Allin and Merkur, 2020[48]). Eles conseguem isso por meio de padrões extensos de encaminhamento envolvendo transporte médico de áreas rurais e remotas para hospitais terciários em áreas urbanas. Isso envolve uma ampla rede de serviços médicos de emergência rodoviários e aéreos. Na Austrália, alguns estados e territórios desenvolveram o serviço de saúde de propósito múltiplo (MPHS) como um serviço de atendimento flexível. É uma carteira de serviços, incluindo cuidados hospitalares de caráter agudo, atendimento em domicílio para idosos, saúde comunitária, atendimento a domicílio para a comunidade e outros serviços relacionados à saúde e geralmente estabelecidos em populações não grandes o suficiente para sustentar um hospital separado, atendimento em domicílio para idosos e para a comunidade (Queensland Government, 2018[49]). Um outro conceito popular na Finlândia é incorporar uma ala de

internação nas unidades de atenção primária à saúde dos municípios (Keskimäki et al., 2019[50]). Essas instalações administradas por clínicos gerais são normalmente equipadas com 30 a 60 leitos. Nos últimos anos, essas instalações têm desempenhado um papel mais ativo na reabilitação e no tratamento do câncer. Cerca de metade dos leitos é usada para cuidados de caráter agudo e crônico.

A existência de muitos hospitais pequenos que levam aos problemas de eficiência descritos parece ser também o resultado do modo atual de planejamento hospitalar no Brasil. A Lei nº 8.080/1990 atribui aos municípios um papel central no planejamento e na gestão dos serviços do SUS, em cooperação com estados e regiões de saúde. No entanto, os municípios diferem muito em tamanho e, também, na capacidade de desempenhar tarefas de gestão complexas, como a operação de unidades de atenção secundária e terciária. Em vários países da OCDE, o planejamento hospitalar é delegado a um nível governamental superior. Na Austrália, a administração e o desempenho dos hospitais públicos são de responsabilidade dos estados e territórios como gestores do sistema. No Canadá, os ministérios provinciais são responsáveis por novo capital de maior porte (por exemplo, hospitais) e algum planejamento de infraestrutura (Marchildon, Allin and Merkur, 2020[48]). Esse também é o caso em alguns sistemas de saúde baseados no seguro social. Na Alemanha, por exemplo, o planejamento hospitalar é realizado pelos 16 estados, enquanto a maioria dos hospitais públicos é administrada por municípios. Assim, o Brasil poderia considerar a transferência de competências de planejamento hospitalar para outro nível governamental, sejam os estados, regiões ou macrorregiões de saúde (consulte a Seção 3.5.5). O que precisa ser estabelecido são diretrizes federais claras que estipulem processos de planejamento e responsabilidade transparentes.

Existem poucos incentivos para um melhor desempenho no atendimento hospitalar

O cenário hospitalar no Brasil é diverso. Os hospitais públicos podem ser de propriedade do governo federal, dos estados e dos municípios, e podem ser administrados diretamente por gerentes de sistemas ou gerentes de hospitais contratados. A gestão de hospitais públicos também pode ser terceirizada para "Organizações Sociais" (*OSS*) privadas. Além disso, gestores de saúde estaduais ou municipais também contratam hospitais privados sem e com fins lucrativos para prestar serviços pelo SUS. Os dois últimos tipos de hospitais também atendem pacientes particulares que usam a sua cobertura de seguro ou pagam diretamente. No geral, em 2019, os hospitais públicos e os hospitais privados sem fins lucrativos representaram, cada um, cerca de 38% de todos os leitos hospitalares, com os restantes 24% fornecidos por hospitais privados com fins lucrativos.

Em consonância com o cenário hospitalar diversificado, a forma atual de financiamento de atividades especializadas e internações no Brasil é muito complexa e difere entre os estados e municípios. Em média, entre os anos de 2010 e 2014, o financiamento do SUS para internações foi de 39% dos recursos federais, 48% dos recursos estaduais e 13% dos recursos municipais (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018[30]). A maior parte dos recursos federais para o financiamento de atividades de média e alta complexidade (MAC) é repassada aos estados e municípios, e esses repasses são subdivididos em diferentes componentes: (i) pagamentos de taxas por serviço com base em uma tabela de preços nacional para procedimentos; (ii) incentivos relacionados às políticas nacionais; (iii) e um orçamento global para um conjunto de atividades. Os municípios e os estados devem complementar o financiamento federal para o componente de pagamento por procedimento. Em alguns estados, existem pagamentos de incentivos adicionais relacionados às prioridades do estado. Por fim, pode haver bônus de desempenho concedidos a hospitais a critério do gestor estadual ou municipal contratante.

O mecanismo atual de compra de serviços hospitalares não parece incentivar a melhoria do desempenho hospitalar. As transferências do governo federal para estados e municípios são parcialmente baseadas em orçamentos históricos e pagamento por procedimento por meio de uma tabela de taxas nacional (SIGTAB) que, no entanto, é atualizada apenas de forma irregular, principalmente para procedimentos de custos elevados no contexto de "judicializações". Como resultado, a tabela de taxas envia sinais

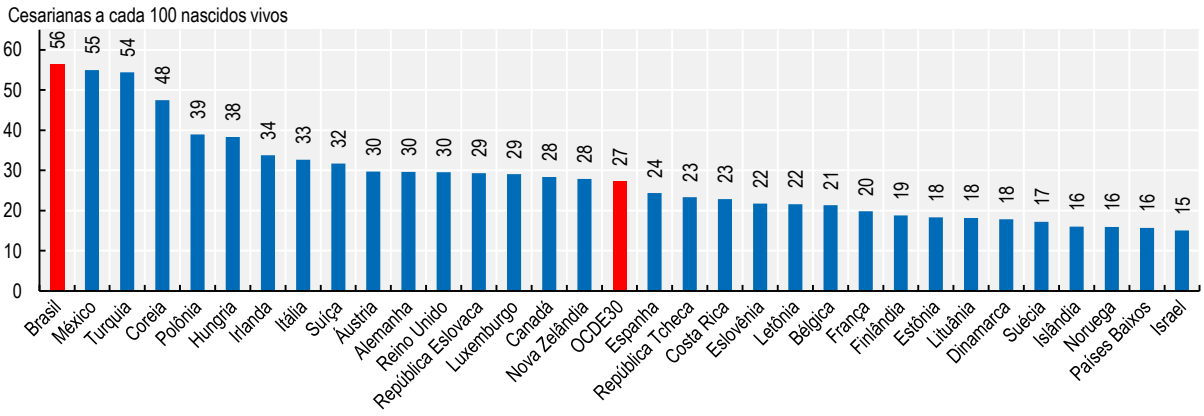
distorcidos de preços e os pagamentos não refletem necessariamente o uso de recursos. Portanto, uma alocação eficiente de recursos entre diferentes hospitais se torna um desafio. Alguns hospitais podem receber financiamento insuficiente para os serviços que prestam. Geralmente, os pagamentos por procedimento também incentivam os hospitais a oferecer mais procedimentos que o necessário.

Para melhorar a eficiência técnica, muitos países da OCDE introduziram sistemas de pagamento com base em casos prospectivos baseados em Grupos Relacionados em Diagnósticos (GRDs) para pagar pela atividade hospitalar (OECD, 2016[45]). Para a operacionalização desta forma de pagamento, os pacientes são divididos em diferentes grupos, refletindo a intensidade dos recursos do tratamento levando em consideração o diagnóstico e outros fatores, denominados GRD. Pesos diferentes estão associados aos vários GRDs que refletem os custos médios de tratamento. Após a alta, o hospital recebe um pagamento que reflete o peso do GRD. De outra forma, os GRDs também podem ser usados para a alocação de orçamentos hospitalares. Nesse caso, os orçamentos hospitalares são definidos por meio da soma dos pesos de GRDs (ou "combinação de casos") que refletem a diferença na complexidade dos casos entre os hospitais. Dependendo de como os GRDs são usados, eles podem incentivar os gerentes de hospitais a reduzir os custos por paciente, aumentar a receita por paciente e aumentar a quantidade de pacientes (Quentin et al., 2011[51]). Para evitar qualquer possível redução no atendimento, a sua qualidade deve ser monitorada. Para um cálculo preciso do uso médio de recursos por paciente, sistemas de contabilidade de custos hospitalares precisam estar implantados. O Brasil poderia explorar opções para avançar em direção a esse modelo de classificação de pacientes e usá-lo para pagar pela prestação de serviços. Existe uma vasta experiência no uso de GRDs em países da OCDE e como adaptar as classificações existentes às circunstâncias nacionais. Os conjuntos de dados hospitalares existentes no Brasil sobre procedimentos podem servir como um bom ponto de partida; o que parece estar faltando até agora são informações detalhadas dos custos.

O atendimento de baixo valor continua sendo um problema no Brasil

O Brasil também enfrenta problemas com gastos clínicos desnecessários. Um exemplo de atendimento de baixo valor são os duplos exames ou procedimentos caros que podem ser clinicamente desnecessários. As cesarianas podem se enquadrar na última categoria. Embora possam salvar a vida de mães e bebês por razões clínicas indicadas, esses procedimentos cirúrgicos podem causar complicações que levam a deficiências físicas e óbitos, especialmente se feitos em instalações sem condições para realizar cirurgias seguras. Com base em uma revisão sistemática, a OMS conclui que as taxas de cesariana acima de 10% não estão associadas a reduções nas taxas de mortalidade materna e neonatal no nível populacional (WHO, 2015[52]). O Brasil é um dos países líderes nesse tipo de intervenção. Em 2019, o parto cesárea representou 56% de todos os nascimentos vivos no Brasil, com alguma variação significativa em todo o país, de 35% no estado de Roraima, no Norte, a 67% no estado de Goiás, no Centro-Oeste (Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021[53]). The. A participação no Brasil está acima de qualquer país da OCDE e mais que o dobro da média da OCDE (Figura 3.12). Em muitos países europeus e em Israel, a proporção é inferior a 20%. O número elevado e crescente no Brasil sugere que outros fatores, além da indicação médica, desempenham um papel importante na tomada de decisão do atendimento. Isso pode ser devido a diferenças culturais nas expectativas dos pacientes, disponibilidade de parteiras e enfermeiras, prática médica, mas também incentivos financeiros para profissionais de saúde. Existem também algumas evidências internacionais de que os hospitais particulares tendem a realizar mais cesarianas que os hospitais públicos (OECD, 2019[8]).

Figura 3.12 Taxas de cesariana (2019 ou ano mais próximo)



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Secretaria de Vigilância em Saúde (2021[53]), "Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos", svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/.

A redução da taxa de cesariana é uma meta no Brasil e consta no Plano Nacional de Saúde (2020-2023). Alguns países da OCDE também adotaram medidas para lidar com a tendência de aumento das cesarianas. Na Austrália, por exemplo, vários estados desenvolveram diretrizes clínicas e exigiram relatórios de taxas de cesarianas em hospitais, incluindo a investigação do cumprimento em relação às diretrizes. Essas medidas desencorajaram variações na prática e contribuíram para desacelerar o aumento de cesáreas (OECD, 2019[8]). Alguns países, incluindo a França, o Reino Unido e a Coreia, introduziram incentivos financeiros para reduzir a quantidade de cesarianas desnecessárias, por exemplo, diminuindo a diferença de preços ou alinhando os preços entre parto normal e cesariana que os hospitais podem cobrar (OECD, 2014[54]). O Brasil deve considerar essas opções regulatórias para reduzir as taxas de cesariana, mas também pode intensificar os esforços para aumentar a conscientização sobre esse problema entre as mulheres jovens.

De forma mais geral e indo além das cesáreas, incentivar a conversa entre paciente e provedor sobre se determinados tratamentos são adequados pode ser uma maneira de reduzir o atendimento de baixo valor. Esse é o foco da campanha *Choosing Wisely*®, iniciativa liderada por médicos que começou nos Estados Unidos em 2012 e que, desde então, se espalhou para vários outros países, incluindo o Brasil (OECD, 2017[25]). Essa iniciativa fornece uma lista baseada em evidências "do que não fazer" em várias especialidades médicas para ajudar a identificar os cuidados inadequados que são de pouco valor para os pacientes. As recomendações incluídas nessas listas abrangem muitas áreas clínicas diferentes, por exemplo, em que condições os caros exames de diagnóstico por imagem para dor lombar não se justificam ou quando antibióticos não devem ser prescritos.

Uma ferramenta importante para melhorar a qualidade do atendimento médico e reduzir os cuidados desnecessários é o estabelecimento de diretrizes de prática clínica baseadas em evidências e o monitoramento de seu cumprimento. Pesquisas recentes sugerem que, embora avanços importantes tenham sido feitos no Brasil no desenvolvimento dessas diretrizes nos últimos anos, ainda falta transparência e rigor metodológico em muitas, além de não seguirem necessariamente os padrões internacionais (Colpani et al., 2020[55]). A alta variação geográfica nas práticas médicas em um país pode sinalizar um atendimento ineficiente e baixa adesão às diretrizes clínicas. Para monitorar a variação na atividade de saúde que pode não ser clinicamente justificada, muitos países da OCDE, incluindo a Austrália, o Canadá, o Reino Unido e os Estados Unidos, desenvolveram atlas (OECD, 2017[25]).

3.5.5. O acesso a medicamentos pode ser problemático no Brasil

O SUS fornece acesso a uma gama de medicamentos essenciais com base em uma lista positiva (conhecida pela sigla "Rename") que é atualizada anualmente após a avaliação da CONITEC, uma vez que o financiamento é acordado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).[19] A lista de 2020 inclui 921 itens financiados pelos três níveis do governo.

Esses medicamentos são divididos em vários grupos, de acordo com o mecanismo de financiamento aplicado. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) cobre medicamentos e outros insumos médicos para condições relacionadas à atenção primária. O Componente Estratégico (CESAF) se refere a produtos farmacêuticos para o controle de doenças específicas com possível impacto endêmico, frequentemente relacionadas a situações de vulnerabilidade social (por exemplo, tuberculose, malária, HIV). O Componente Especializado (CEAF) cobre medicamentos usados para tratar condições clínicas mais especializadas, principalmente doenças crônicas de alto custo. Os medicamentos do CBAF são cofinanciados pelos três níveis do governo. A União faz transferências aos municípios com base no tamanho da população, ajustado pelo índice de desenvolvimento humano do município. Os estados e os municípios também devem contribuir para esse programa. A compra e a distribuição são de responsabilidade dos municípios (Ministry of Health, 2019[56]). Os medicamentos do CESAF são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos aos estados, que, por sua vez, são responsáveis pela distribuição em seus territórios (Ministry of Health, 2019[56]). O financiamento dos medicamentos do CEAF é mais complexo por serem subdivididos em três grupos, sendo alguns financiados exclusivamente pela União, alguns apenas pelos estados e outros pelos três níveis do governo (Ministry of Health, 2019[56]).

Existem vários canais de distribuição de medicamentos no Brasil, principalmente farmácias públicas e privadas. Desde 2004, o Programa Farmácia Popular oferece acesso a medicamentos gratuitos e subsidiados pelo SUS. Nesse programa, as pessoas podem obter medicamentos para hipertensão, diabetes e asma, sem compartilhamento de custos. Para alguns outros medicamentos, por exemplo, para tratar dislipidemia, doença de Parkinson ou osteoporose, são necessários coparticipações, com subsídios governamentais fixados em 90% do preço de referência. Mais de 31 mil farmácias (incluindo farmácias privadas) em 79% dos municípios participam desse programa, que demonstrou reduzir as internações hospitalares e a mortalidade por hipertensão e diabetes (OECD, 2015[26]). Além do programa Farmácia Popular e dependendo do município, os pacientes também podem obter medicamentos nas suas unidades básicas de saúde (gratuitamente) ou em farmácias privadas (às suas custas).

Apesar da diversidade de canais de distribuição e da abrangência da lista positiva de medicamentos essenciais do SUS, há problemas de acesso a medicamentos no Brasil. Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 destacaram que 15% dos que receberam receitas médicas na última consulta não conseguiram obter todos os itens listados nelas (IBGE, 2020[3]). A pesquisa também fornece informações sobre onde as pessoas obtêm seus medicamentos. Curiosamente, em média, apenas cerca de 30% de todas as pessoas que receberam uma receita na última consulta utilizaram o serviço público (IBGE, 2020[3]), variando de 42%, na faixa populacional mais carente, a 7%, entre os ricos. Essa baixa proporção de uso de serviços públicos entre a população carente é notável, pois pode sugerir que ela recorra a farmácias privadas (às suas próprias custas) para comprar os seus medicamentos por falta de alternativas. Essa conclusão está de acordo com pesquisas anteriores sobre o assunto. Ao comparar preços, a acessibilidade e a disponibilidade de 50 produtos farmacêuticos essenciais no sul do Brasil, Bertoldi et al. encontraram menos disponibilidade no setor público de genéricos ou similares [20]que o esperado, exigindo que os pacientes fossem mais frequentemente a farmácias privadas onde os medicamentos estão mais prontamente disponíveis, porém com preços mais altos (e não cobertos pelo SUS) (Bertoldi et al., 2012[57]). Além disso, a sua pesquisa destacou que os preços no Brasil para produtos patenteados, genéricos e similares eram mais altos que os preços de referência internacionais. Assim, a baixa disponibilidade em instalações públicas e os preços comparativamente altos ajudam a explicar por

que os produtos farmacêuticos representam a maior parcela dos gastos diretos no Brasil (consulte a Seção 3.2), embora teoricamente sejam cobertos pelo SUS.

O acesso a medicamentos pode ser problemático no Brasil e melhores modelos de aquisição podem ajudar

Dada a dimensão do país, garantir o acesso a medicamentos essenciais para todos sempre é um desafio logístico. No entanto, a forma como as compras são organizadas pode agravar esse problema e parece haver algum espaço para ganhos de eficiência. Embora tornar os municípios responsáveis pela aquisição de medicamentos "básicos" (CBAF) possa permitir que eles respondam melhor às necessidades da população local, também leva a maior fragmentação do mercado de compradores. Com um quinto dos municípios tendo menos de 10 mil habitantes, muitos não têm capacidade para se envolver adequadamente em uma atividade tão complexa e não têm tamanho para estar em uma posição forte para negociar preços com os fabricantes. Embora existam muitos "consórcios de compradores" entre os municípios (e até mesmo estados, para medicamentos especializados), as responsabilidades do SUS pela aquisição de produtos farmacêuticos poderiam ser reconsideradas em conjunto. Para medicamentos na categoria CBAF, a aquisição pode ser geralmente delegada aos estados ou à União. Alternativamente, o Brasil poderia desenvolver negociações nacionais ou processos de licitação para medicamentos CBAF no nível federal, onde os municípios comprariam medicamentos diretamente de fabricantes contratados (nacionalmente) pelo preço acordado (nacionalmente). A aquisição de produtos farmacêuticos nas maiores quantidades possíveis para alcançar uma economia de escala, tanto em sistemas de saúde centralizados como descentralizados, está entre os princípios da boa aquisição de produtos farmacêuticos da OMS (WHO, 1999[58]). Esses princípios também destacam que o desempenho das aquisições locais deve ser monitorado estreitamente, pois a descentralização pode ameaçar a seleção correta de medicamentos e o potencial de descontos por meio de compras a granel, garantia de qualidade e responsabilidade. O Tribunal de Contas da União também vê a descentralização como um desafio para as compras de produtos farmacêuticos e emitiu algumas diretrizes para melhorá-las nos diferentes níveis do governo (Tribunal de Contas da União, 2018[59]).

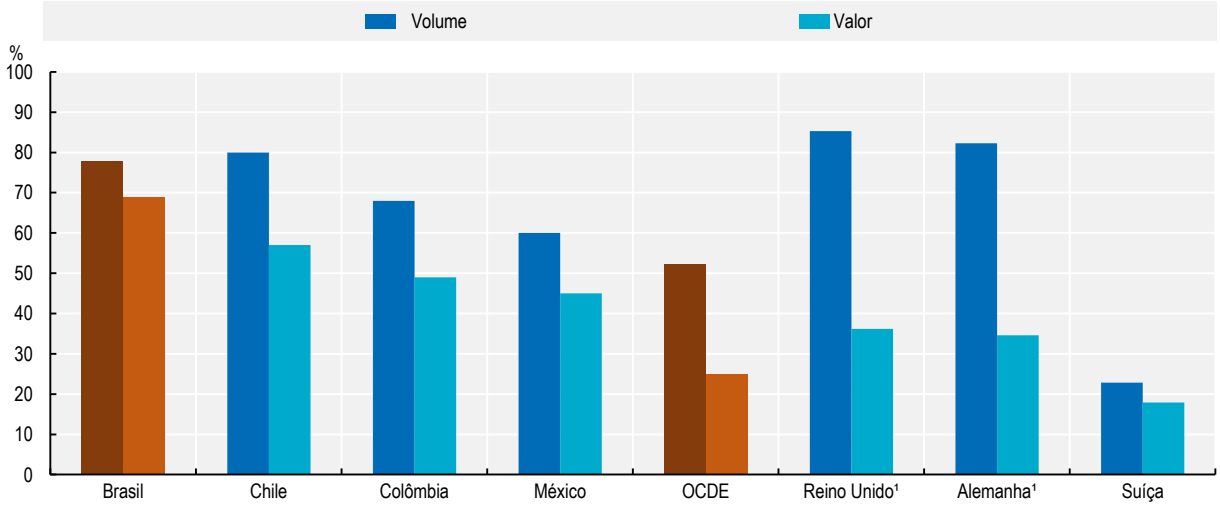
Há espaço para um maior uso de genéricos não patenteados

Produtos médicos (incluindo farmacêuticos) são um componente de custo substancial dos gastos gerais com a saúde no Brasil (20%) e podem ser uma carga financeira para os governos e as pessoas. Geralmente, o desenvolvimento de mercados de genéricos é uma oportunidade para aumentar a eficiência nos gastos farmacêuticos. A subutilização de medicamentos genéricos pode ser uma fonte substancial de ineficiência, pois eles têm os mesmos efeitos terapêuticos que as alternativas de marca, mas são normalmente muito mais baratos.

No Brasil, o desenvolvimento do mercado de genéricos avançou rapidamente desde a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos em 1999. A lei exigia testes de bioequivalência de produtos genéricos para a autorização de comercialização, o que tornava os requisitos para a entrada no mercado brasileiro relativamente rígidos em comparação aos de outros países latino-americanos (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017[60]). A mudança legal levou a uma diminuição na participação de mercado de medicamentos originais e reduções de preços para produtos originais e similares (que já existiam antes de 1999) nos dez anos após a introdução dessa lei (Bertoldi et al., 2019[61]). Em 2019, a participação de mercado de genéricos no varejo no Brasil era de 78% em volume, bem acima da média da OCDE de 52%, e de 69% de todas as vendas no varejo de produtos farmacêuticos em valor, ou seja, quase três vezes a média da OCDE (26%) (Figura 3.13). No entanto, é importante observar neste contexto que a maioria dos genéricos usados no Brasil, como na maioria dos países latino-americanos, são os denominados "similares".[21] Similares são cópias de produtos sem patente que usam um nome comercial em vez do nome da molécula. No Brasil, a maioria dos similares pode ser entendido como genéricos de marca, pois tem que comprovar a sua bioequivalência para renovar o registro desde 2003 (esse não é necessariamente o caso

em outros países latino-americanos). Seus preços são geralmente mais altos que os dos genéricos sem marca. Em contraste, nos países da OCDE, os genéricos de marca ou sem marca não fazem uma grande diferença de custo, principalmente porque os sistemas de saúde oferecem cobertura para eles independentemente dessa classificação. Isso também implica que os diferenciais de preço entre medicamentos originais e genéricos (incluindo de marca) são menores nos países latino-americanos que em toda a OCDE.

Figura 3.13. Volume e participação de valor de genéricos no mercado de varejo farmacêutico em países selecionados



Observação: 1. Refere-se ao mercado farmacêutico reembolsado.
Fonte: OECD (2019[8]), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en; OECD/The World Bank (2020[62]), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en.

Embora o uso de genéricos sem marca seja relativamente alto no Brasil em comparação a outros países latino-americanos (OECD/The World Bank, 2020[62]), parece haver algum espaço para conter os gastos farmacêuticos. Em uma comparação de preços de produtos farmacêuticos em seis países latino-americanos entre 2010 e 2015, Álvarez e González constataram que, no nível agregado, os observados no Brasil foram superiores aos da Argentina, do Chile, da Colômbia, do México e do Peru, tanto para preços de fábrica quanto para varejo. Essa classificação é confirmada ao observar os preços dos genéricos sem marca (Álvarez and González, 2020[63]). Preços internacionais acima da média para genéricos sem marca e de marca no Brasil também foram encontrados ((Bertoldi et al., 2012[57]). Trabalhos anteriores (Danzon and Furukawa, 2008[64]) sugerem que os preços dos genéricos (de marca e sem marca) no Brasil estavam acima dos observados nos Estados Unidos, na França e na Espanha e no mesmo nível que no Canadá e no Reino Unido. Os preços comparativamente altos dos genéricos podem ser parcialmente explicados pela forma como os preços são fixados. Enquanto um medicamento genérico que entra no mercado precisa estar pelo menos 35% abaixo do preço do produto original, não há a previsão de que ocorram atualizações de preço regulares uma vez que a autorização é emitida (Bertoldi et al., 2019[61]). Como resultado, o preço de um genérico pode, na verdade, ultrapassar o do medicamento original. Além disso, a diferença de 35% não é aplicável a genéricos de marca (Bertoldi et al., 2019[61]) e as receitas de genéricos de marca estão atualmente isentas de substituição por genéricos sem marca (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017[60]).

Revisões mais regulares dos preços máximos dos genéricos e o aumento da abrangência de substituição para incluir similares com bioequivalência comprovada poderiam ser maneiras de o Brasil conter os gastos

gerais com produtos farmacêuticos e melhorar a acessibilidade entre grupos populacionais desfavorecidos. Expandir campanhas para educar médicos e enfermeiros que prescrevem medicamentos e pacientes sobre a intercambiabilidade dos genéricos também pode ser uma opção, uma vez que estudos sugerem que há falta de confiança na qualidade dos genéricos e confusão sobre como diferenciar entre produtos originais, similares e genéricos (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017[60]). O governo tentou resolver isso em 2014 propondo adicionar o rótulo "EQ" à embalagem de produtos intercambiáveis, também esperando que isso aumentasse a concorrência e, assim, reduzisse os preços. No entanto, essa proposta não foi promulgada, cedendo às preocupações do setor de que o símbolo "EQ" enviaria uma mensagem aos pacientes para ignorar os medicamentos de marca (Massard da Fonseca and Shadlen, 2017[60]).

3.5.6. O Brasil enfrentará o desafio de lidar com as necessidades futuras de atendimento de longo prazo no contexto de uma sociedade que está envelhecendo

O Brasil passará por uma transição demográfica fundamental nas próximas décadas que terá um impacto na saúde e no sistema social. Em 2050, projeta-se que a proporção da população com 65 anos ou mais aumente para 21,9% e a proporção de idosos com 80 anos ou mais para 6,5% (OECD, 2019[8]). Essa transição não só aumentará o número de pacientes com doenças crônicas, como diabetes, mas também aumentará o número de pessoas com necessidades de cuidados de longo prazo, ou seja, aquelas que precisam de ajuda para realizar atividades de vida diária (AVD) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVD).[22] Mesmo agora, essas necessidades já são visíveis no Brasil. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, 6,8% dos idosos tinham limitações físicas que requerem suporte nas AVD, enquanto 17,3% necessitavam de ajuda com AIVD (Ministerio da Saúde, 2018[65]).

Ao revisar as evidências das políticas de cuidados de longo prazo na América Latina e no Caribe, um relatório do Banco Interamericano de Desenvolvimento concluiu que políticas abrangentes de cuidados de longo prazo na região basicamente não existem no momento, com regulamentação muito limitada ou prestação pública de serviços de longa permanência (Bloeck, Galiani and Ibarrarán, 2017[66]). Para atender às necessidades de cuidados de longo prazo dos idosos e grupos dependentes, o Brasil conta principalmente com a prestação de cuidados informais por familiares e parentes. O setor formal de cuidados de longo prazo no Brasil ainda é subdesenvolvido e fragmentado. O Ministério da Saúde é responsável pela saúde do idoso e elaborou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, com a prioridade de promover, manter e recuperar a autonomia dos idosos no contexto da atenção primária à saúde integral. No entanto, pesquisas recentes sugerem que a implementação dessa política ainda enfrenta uma série de desafios nos municípios, incluindo a falta de ações específicas, acessibilidade limitada e a falta de treinamento para profissionais de saúde (Damaceno and Chirelli, 2019[67]). O Ministério da Cidadania (ex-Ministério do Desenvolvimento Social), por outro lado, é responsável pelas políticas relativas às Instituições de Longa Permanência para Idosos, mas o papel do Estado nessa área se limita a fornecer abrigo para a população carente (Ministerio de Saúde, n.d.[68]). Uma pesquisa de 2009 revelou mais de 3.500 instalações residenciais registradas com cerca de 100 mil residentes, representando cerca de 1% da população idosa. Dois terços das instalações eram administrados por organizações sem fins lucrativos e apenas 7% eram públicas. Em média, apenas 20% dos custos foram cobertos por financiamento público, sendo grande parte do restante arcado pelos próprios pacientes (Garcez-Lemell and Deckers Lemell, 2014[69]).

As experiências dos países da OCDE destacam o valor de uma estratégia abrangente para atender às crescentes necessidades de cuidados de longo prazo, avançando em direção a um atendimento mais formal. Um elemento importante dessa estratégia seria reduzir a dependência de familiares para prestar cuidados. Manter esses cuidados se tornará cada vez mais difícil no futuro, com a redução do tamanho da família e o aumento da participação das mulheres na força de trabalho. Esses regimes informais de cuidado também dificultam o crescimento econômico e estão associados a um maior impacto negativo na saúde mental dos cuidadores.

Os modelos de cuidado profissional de longo prazo em domicílio variam entre os países da OCDE. Em muitos casos, os profissionais da saúde serão contratados por provedores de ajuda a domicílio dedicados que se concentram no apoio a AVDs, AIVDs e assistência médica. Dependendo do país, esses provedores podem ser administrados por municípios, organizações sem fins lucrativos ou empresas privadas. Para pessoas com necessidades graves de longo prazo ou que não têm um ambiente adequado para serem cuidadas em casa, os países da OCDE tentam fornecer uma quantidade suficiente de leitos em instituições de cuidados de longo prazo em domicílio. Esses regimes de cuidados podem assumir diferentes formas, dependendo das limitações de atividades dos idosos, variando de instalações de vida assistida, onde a assistência está disponível no local a lares de idosos que permitem a prestação de cuidados 24 horas por dia para pessoas com as formas mais graves de limitação de atividades.

Para garantir que esses serviços sejam acessíveis àqueles com necessidades, a maior parte do custo de cuidados de longo prazo nos países da OCDE é financiado pelo governo ou por planos de aposentadoria. Em média, os países da OCDE alocaram cerca de 1,5% de seu PIB (ou o equivalente a US$ 760 per capita) para cuidados de longo prazo em 2018, do qual quase quatro quintos foram cobertos por planos públicos (OECD, 2020[70]). No entanto, em alguns países, lacunas importantes na cobertura de cuidados de longo prazo ainda permanecem e pesquisas recentes da OCDE destacam que os altos custos dos cuidados podem representar um encargo financeiro significativo para pessoas com necessidades de cuidados de longo prazo (Oliveira Hashiguchi and Llena-Nozal, 2020[71]).

A transição para cuidados de longo prazo mais formais levará tempo e exige muitos recursos, mas permanecer despreparado para a mudança demográfica custará mais caro no longo prazo. A maioria dos países da OCDE tem usado uma abordagem em fases, introduzindo e aumentando gradualmente os benefícios públicos de cuidados de longo prazo. Inspirando-se nos desenvolvimentos no Chile, um primeiro passo para o Brasil seria apoiar mais os cuidadores familiares (com melhor treinamento e oportunidades de assistência temporária) e, ao mesmo tempo, expandir os asilos e implementar os cuidados em domicílio. Como um método de transição para atender às necessidades de cuidados de longo prazo no Brasil, transferências condicionais de dinheiro ou vales para pessoas dependentes poderiam ser introduzidas, com os quais elas poderiam adquirir serviços de cuidados de longo prazo do setor público ou privado. Em alguns países da OCDE, os benefícios em dinheiro permitem que os beneficiários adquiram serviços profissionais ou os repassem a seus cuidadores informais. No entanto, ao usar esses tipos de benefícios, deve-se monitorar para que não afetem negativamente a participação das mulheres na força de trabalho. De qualquer forma, como ponto de partida, os benefícios de cuidados de longo prazo devem ser definidos de forma mais explícita no Brasil, com critérios de elegibilidade baseados nas avaliações das necessidades de AVDs/AIVDs, e as responsabilidades entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Cidadania devem ser esclarecidas.

3.5.7. A administração e a governança do sistema são complexas e caras

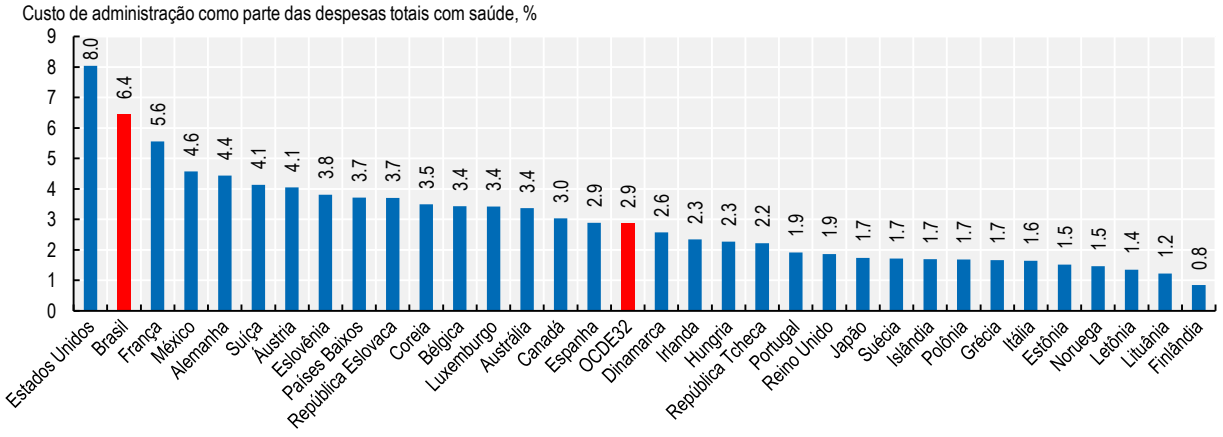
Como pode ser visto ao longo do capítulo até agora, a administração e a governança do sistema de saúde brasileiro são complexas e a sua utilização de recursos é intensiva. No setor público, a gestão, o planejamento e o financiamento do SUS são compartilhados entre os três níveis do governo, exigindo ampla coordenação entre os participantes. Isso se refere tanto à coordenação vertical, conforme vista pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) em nível estadual, mas também à coordenação horizontal entre os estados (por exemplo, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS) e municípios (por exemplo, com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)). Além disso, o Pacto pela Saúde 2006 introduziu novas entidades encarregadas de institucionalizar o planejamento da prestação de serviços em um nível mais regional, as macrorregiões de saúde e as regiões de saúde. Tais entidades são compostas por vários municípios vizinhos apoiados pelos estados. Além disso, há também um grande número de órgãos permanentes para proteger a participação da sociedade civil em todos os três níveis do governo, como conferências e conselhos de saúde. Além disso, existe um setor privado altamente desenvolvido, tanto do ponto de vista

do pagador quanto do provedor, o que aumenta a complexidade da governança, mas também da prestação de serviços de saúde. Embora seja óbvio que tentar fornecer acesso igualitário a cuidados de saúde de alta qualidade em um país como o Brasil, caracterizado pela diversidade cultural, uma grande divisão geográfica e grandes desigualdades sociais, requer uma coordenação substancial, parece haver algumas áreas onde a administração poderia ser simplificada e a governança reforçada para melhorar a eficácia ou reduzir os custos.

A administração do complexo sistema de saúde brasileiro tem um custo

A complexidade da gestão do SUS e o forte papel do mercado de planos de saúde privados no Brasil resultam em uma parcela muito elevada dos recursos necessários para administrar o sistema de saúde. No total, mais de 6% dos gastos atuais com saúde são usados para a governança e a administração do sistema e o financiamento da saúde.[23] Essa participação é maior que em quase todos os países da OCDE e mais que o dobro de sua média (Figura 3.14). O fato de o Brasil ter um importante mercado de seguro saúde privado explica, em parte, por que o país tem uma classificação muito alta em uma comparação geral, uma vez que o seguro saúde privado está normalmente associado a custos administrativos muito mais altos que os planos públicos (OECD, 2017[25]). No entanto, o que é surpreendente no caso do Brasil é que, para os regimes governamentais, a parcela das despesas administrativas também é substancial, ficando em 5,7% do total das despesas governamentais com a saúde. Outros países com sistema financiado principalmente por impostos e direitos baseados na residência, como o Reino Unido, a Itália ou os países escandinavos, dedicam uma proporção muito menor de seus recursos à administração do sistema de saúde. Uma hipótese cabível para explicar por que a participação no Brasil é tão alta é que ela reflete a complexidade do SUS.

Figura 3.14. Custos de administração como parcela das despesas atuais com a saúde (2019 ou ano mais próximo)



Observação: os custos de administração se referem apenas à governança, administração e financiamento do sistema de saúde e excluem os custos de administração que ocorrem em prestadores de serviços de saúde específicos, como hospitais.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE (2021[1]), https://doi.org/10.1787/health-data-en; Ministério da Saúde do Brasil, 2021.

Em primeiro lugar, deve-se esclarecer que os gastos com governança e administração do sistema de saúde e de financiamentos não são ruins por si só. A administração e a supervisão são necessárias para garantir que os serviços sejam prestados com segurança e eficácia em todo o país. No entanto, os países com altos custos administrativos devem avaliar cuidadosamente se obtêm benefícios correspondentes em troca. No caso do Brasil, isso não é óbvio. Ao contrário, parece que as responsabilidades conjuntas entre os três níveis do governo na gestão do SUS contribuem para uma situação caracterizada por uma

complexidade desnecessária, tarefas redundantes e pela falta de clareza e responsabilidade. A partir deste momento, o Brasil deve mapear e avaliar criticamente todos os processos relacionados à gestão e ao planejamento do SUS em todos os níveis do governo. Isso pode contribuir para identificar procedimentos administrativos supérfluos, ajudar a agilizar as competências de cada nível do governo e ser o ponto de partida para discutir mudanças na governança e responsabilidades entre os níveis do governo, para aumentar a eficiência e a responsabilidade no SUS. Nesse contexto, o Brasil também deve revisar cuidadosamente os requisitos de dados para um melhor planejamento da prestação de serviços no SUS. Embora as atuais lacunas de conhecimento que foram identificadas devam ser abordadas (Capítulo 4), também parece haver uma desconexão no país entre a disponibilidade e o uso de dados por autoridades de planejamento e tomadores de decisão. Melhorar o intercâmbio e a comunicação de dados pode evitar que o Brasil se torne "rico em dados, mas carente de informações".

Um foco mais forte no planejamento regionalizado pode derrubar algumas barreiras de ineficiência

Um importante tema na revisão das responsabilidades de gestão do SUS é o papel dos municípios. São participantes importantes no financiamento e na gestão do SUS, bem como no planejamento da prestação de serviços em consonância com o princípio da "descentralização" em que se baseia o SUS. Ainda assim, o tamanho dos municípios difere enormemente em todo o país, o que afeta a capacidade dos funcionários municipais de saúde de organizar e administrar o SUS de maneira eficaz. A existência de muitos municípios pequenos levanta a questão de saber se algumas das funções do SUS não deveriam ser melhor delegadas do nível local para o regional.

A necessidade de uma melhor coordenação regional para melhorar o planejamento da prestação de serviços foi realizada no Brasil com o Pacto pela Saúde 2006 e com a Lei nº 7.508 de 2011. Essa lei prevê diretrizes para o estabelecimento de regiões de saúde compostas por uma quantidade variável de municípios (vizinhos) dentro dos estados. Essas regiões de saúde são definidas no plano estadual de saúde plurianual e devem combinar, pelo menos, atenção primária, atendimento de urgência e emergência, atendimento psicossocial, atendimento ambulatorial e hospitalar especializado, bem como vigilância sanitária. Para organizar o atendimento de média e alta complexidades, as regiões devem se organizar em macrorregiões.[24] No papel, parece que a instalação de tais regiões de saúde pode ser uma ferramenta poderosa para melhorar a coordenação do atendimento e a prestação eficiente de serviços, além de facilitar o funcionamento das redes de assistência médica. No entanto, até agora, não parece que a regionalização tenha mostrado todo o seu potencial. Um problema parece ser que essas entidades não têm poder de decisão, autoridade orçamentária ou recursos humanos e dependem inteiramente do apoio municipal e estadual. Também pode haver relutância entre as autoridades estaduais e municipais em delegar as competências de financiamento e planejamento às regiões de saúde, por medo de perder a sua influência. No entanto, o fortalecimento dos papéis e responsabilidades das regiões de saúde parece ser um elemento vital para a melhoria do desempenho do SUS.

O acesso aos serviços de saúde por meio de processos judiciais é um desperdício dos recursos disponíveis

Um desafio específico para o sistema de saúde brasileiro é o fato de uma elevada quantidade de pessoas recorrer ao sistema judiciário para ter acesso à saúde às custas do SUS.[25] É o que acontece quando tratamentos ou medicamentos são negados às pessoas, pois elas recorrem à Constituição Federal que estipula que "...a saúde é direito de todos e dever do Estado". Essas chamadas "judicializações" vêm crescendo constantemente há muitos anos e representam um desperdício considerável dos escassos recursos do SUS. Entre 2010 e 2015, os gastos federais com base em decisões judiciais aumentaram dez vezes, atingindo R$ 1 bilhão (Tribunal de Contas da União, 2017[72]) ou cerca de 1% do orçamento federal para a saúde, principalmente relacionados ao acesso a medicamentos de alto custo.[26] No nível estadual, os custos agregados para esses casos parecem ser ainda maiores (Tribunal de Contas da União, 2017[72]).

No entanto, obter acesso a serviços de saúde que não são considerados eficazes em termos de custos com base em intervenções judiciais é problemático, tanto do ponto de vista da eficiência como da equidade. É um uso ineficiente de recursos porque complica o estabelecimento de prioridades na saúde e vai contra o propósito da ATS realizada pela CONITEC. Como exemplo, com base em decisões judiciais, uma quantidade substancial de "gastos judiciais" em 2014 foi com o medicamento Soliris®, que não tinha autorização para ser comercializado na época e cujos custos anuais de tratamento são estimados em mais de R$ 1 milhão por pessoa (Tribunal de Contas da União, 2017[72]). Além disso, o número elevado e crescente de processos judiciais também pressionou os recursos judiciais. Ao final de 2018, todos os processos judiciais pendentes relacionados à saúde em todas as instâncias no Brasil somavam mais de 2,2 milhões (Vieira, 2019[73]).[27] Além de impedir o uso eficiente de recursos com base em critérios como a relação entre custo e eficácia, a "judicialização" também é um problema do ponto de vista da equidade, uma vez que quem tem acesso a cuidados de saúde com base em decisões judiciais são normalmente aqueles que podem pagar as custas judiciais ou sabem navegar no sistema jurídico, principalmente os ricos e os mais instruídos.

Para observadores internacionais, a magnitude do problema e o fato de juízes darem regularmente decisões favoráveis ao acesso ao tratamento experimental para medicamentos não autorizados parecem intrigantes, especialmente porque a criação da CONITEC foi uma conquista importante para o sistema de saúde brasileiro.[28] Ao fazer isso, os juízes se tornam de fato gestores conjuntos do orçamento da saúde. O Ministério da Saúde também está preocupado com o aumento de "judicializações" e adotou uma série de medidas para ajudar os juízes a tomarem decisões informadas. A título de exemplo, foi celebrado um acordo de cooperação com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) com o objetivo de assessorar os diversos tribunais competentes do sistema judiciário. Embora o sistema legal possa desempenhar um papel importante na garantia da saúde universal em muitos países, os tribunais dos países da OCDE normalmente não contornam sistematicamente os processos padronizados de ATS, mas responsabilizam as agências de ATS caso encontrem falhas nos processos de avaliação. Uma mudança na cultura judicial no Brasil parece fundamental para solucionar esse problema. Uma análise recente de decisões judiciais concluiu que o estabelecimento da CONITEC teve pouco impacto sobre a tendência dos tribunais de decidirem em favor dos pacientes (Wang et al., 2020[74]). Na maioria dos casos, as decisões da CONITEC foram simplesmente ignoradas e nem mesmo citadas nas decisões judiciais. Tornar o conceito de custo-eficácia na provisão do SUS mais explícito também poderia ser uma opção para reduzir o tamanho do problema, mas os críticos argumentariam que a atual estrutura legal já é suficiente para limitar as "judicializações".[29]

Os problemas orçamentários prevalecem no nível federal e em outros níveis do governo e apresentam dúvidas quanto à possibilidade de acomodar as mudanças nas prioridades

O conjunto de recursos disponíveis para financiar a atividade do SUS é decidido nos três níveis do governo, levando em consideração as leis e emendas constitucionais pertinentes que, por um lado, definem o piso de gastos de cada entidade governamental, mas, por outro, limitam o crescimento anual do gasto público federal em relação à inflação. No nível federal, o orçamento geral é normalmente considerado muito rígido, com 93% dos gastos previstos por lei, seja por meio de vinculação, indexação ou pisos de gastos obrigatórios (OECD, 2020[11]).

O orçamento federal executado para a saúde em 2018 ficou em torno de R$ 121 bilhões, financiando cerca de 42% de todos os gastos do SUS (SIGA Brasil, n.d.[75]). Devido à natureza descentralizada da gestão do SUS, cerca de dois terços dos gastos federais com saúde se referem a transferências aos estados e municípios para a aquisição de bens e serviços de saúde. A maior parte dessas transferências é direcionada aos municípios. Desde 2007, as transferências federais estão estruturadas em seis blocos de financiamento (atenção primária, atendimento hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidades, vigilância sanitária, assistência farmacêutica, gestão e investimento do SUS), incluindo subcomponentes, sendo as transferências individuais determinadas pelo tamanho da população, mas, para alguns blocos,

como a atenção primária, outros fatores que refletem a diferença nas necessidades também desempenham um papel. Embora alguma flexibilidade no uso de recursos tenha sido permitida ao longo dos anos, existe uma questão em nível estadual e municipal para realocar recursos federais destinados a outras finalidades (dos Santos and de Luiz, 2016[76]). A prática orçamentária atual também não é condizente com os papéis previstos das redes de saúde e é difícil ver como as regiões ou macrorregiões de saúde podem desempenhar uma função maior no planejamento no ambiente atual sem ter algum tipo de autonomia orçamentária.

Mais flexibilidade orçamentária tornaria mais fácil perseguir as prioridades políticas. Além disso, há um uso generalizado de alterações ao orçamento federal por parlamentares como uma ferramenta para aumentar os gastos em seu eleitorado. Essa prática prejudica a eficiência e a transparência dos gastos e faz com que as autoridades locais dependam dos deputados e senadores (OECD, 2020[11]). Normalmente, esses itens de gastos também não são auditados. As implicações fiscais dessas alterações vêm crescendo nos últimos anos, com os compromissos de gastos atingindo R$ 12,9 bilhões em 2019 (Portal da Transparência, 2019[77]). Mais da metade do valor comprometido é proveniente de alterações na área de saúde (R$ 6,7 bilhões), principalmente na atenção primária ou em hospitais.

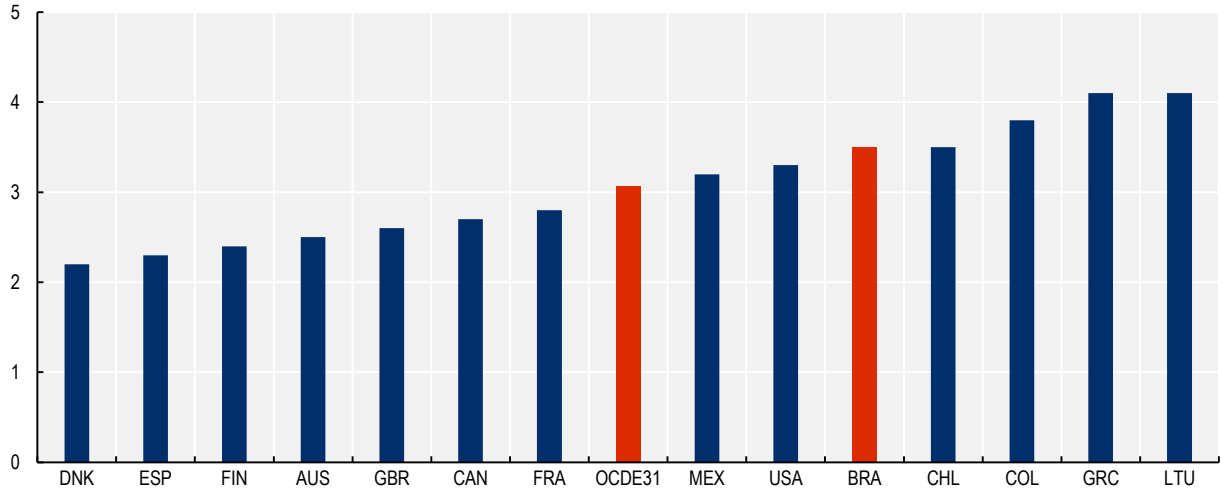
Recursos substanciais são desviados da prestação de serviços de saúde

O uso indevido intencional de fundos e a corrupção são comuns em diferentes graus em todo o mundo em muitas áreas da vida pública e o Brasil não é exceção. Na verdade, o Brasil teve alguns grandes escândalos de corrupção envolvendo figuras públicas proeminentes na última década. Em 2020, o Brasil ocupa a 94ª posição entre 180 países no nível observado de corrupção no setor público, [30]muito mais baixo que quase todos os países da OCDE (Transparency International, 2020[78]). Quando se trata de saúde, fraude e desvio de fundos podem adotar formas diferentes. Os prestadores de serviços e profissionais de saúde podem cobrar serviços de compradores que não prestaram, os gerentes de sistemas podem contratar prestadores de serviços de saúde a preços artificialmente altos ou desviar produtos de saúde para o seu próprio benefício e os pacientes podem oferecer subornos para prestadores de serviços ou profissionais da saúde para “furar a fila” para conseguir um tratamento mais rápido. Essa prática é problemática por vários motivos. É um gasto ineficiente, frequentemente cria problemas de equidade e prejudica a confiança das pessoas no sistema público de saúde. Em 2013, a corrupção na saúde foi percebida como mais disseminada no Brasil que na média entre os países da OCDE (Figura 3.15). Era semelhante aos Estados Unidos e ao Chile, mas abaixo da Colômbia, da Grécia ou da Lituânia (Transparency International, 2013[79]). Por outro lado, era muito maior que na Dinamarca, na Espanha, na Finlândia ou na Austrália.

Como as informações sobre atividades ilegais são, na melhor das hipóteses, irregulares, é muito difícil quantificar o problema. Ao olhar para a população disposta a se envolver em violações de integridade, 5% dos brasileiros relataram ter pagado subornos em clínicas públicas e centros de saúde em 12 meses em 2019, em comparação a 7% em 2017 (Transparency International, 2019[80]). Entre os países latino-americanos e caribenhos, essa participação era muito baixa. No entanto, o uso indevido de fundos não exige necessariamente a presença do paciente. Uma pesquisa recente estimou os custos totais de fraude, corrupção e uso indevido de fundos no setor da saúde no Brasil em cerca de R$ 14,5 bilhões ou 2,3% do gasto total com a saúde (Instituto Ética Saúde, 2020[81]). Por sua natureza complexa, que envolve diversos participantes em diferentes níveis do governo, o uso indevido de recursos pode ser mais difícil de ser detectado no SUS que em outro sistema de saúde. De fato, em um relatório de 2017, o Tribunal de Contas da União destacou importantes deficiências do Sistema Nacional de Auditoria do SUS como um instrumento de fiscalização em municípios e estados (Tribunal de Contas da União, 2017[72]). Observou-se, ainda, que 55% das entidades federativas auditadas não implantaram o componente de auditoria interna do SUS.

Figura 3.15. Nível percebido de corrupção na área médica e de saúde (2013) no Brasil e em países selecionados da OCDE

Nível em uma escala de 1 a 5; em que 1 significa nada corrupto e 5 significa extremamente corrupto



Fonte: Transparência Internacional (2013[79]), "Global Corruption Barometer 2013", https://www.transparency.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013.

O Brasil tem tentado resolver essas questões. Por exemplo, para detectar o uso indevido de fundos públicos, a Controladoria-Geral da União realiza um número significativo de auditorias especiais a cada ano. Entre 2002 e 2018, os recursos associados às irregularidades somaram R$ 23,8 bilhões, dos quais 28% (R$ 6,6 bilhões) estavam sob a alçada do Ministério da Saúde (Controladoria-Geral da União, n.d.[82]).

Existem diferentes ações políticas usadas nos países da OCDE para mitigar as violações de integridade na saúde que abordam as diferentes partes interessadas (OECD, 2017[25]). Uma resposta é basicamente organizacional, no sentido de que envolve a atribuição de responsabilidades para detectar ou lidar com violações de integridade na prestação de serviços e financiamento a instituições específicas. Dependendo do país, podem ser programas ou instituições centrais ou governamentais, ou essas responsabilidades são delegadas a contribuintes públicos ou privados. Em alguns casos, a detecção de fraudes é muito proativa, indo além de simples auditorias. O Instituto Nacional Belga de Saúde e Seguro por Invalidez, por exemplo, usa mineração de dados para detectar violações de integridade na prestação de serviços e no pagamento. Para lidar com práticas comerciais inadequadas, as respostas dos países são normalmente de natureza regulamentar e consistem em limitar ou banir determinadas práticas. Os principais domínios em que alguns países introduziram regulamentação procuram limitar as referências de interesse próprio por prestadores de serviços de saúde e os meios pelos quais a indústria farmacêutica pode promover as vendas, incluindo os regulamentos do Sunshine.[31] Nos últimos 15 anos, vários países introduziram legislação específica e abrangente, especialmente a França, Portugal, a República Eslovaca e os Estados Unidos.

Mais clareza sobre o papel do setor privado pode melhorar o desempenho do sistema de saúde

Tradicionalmente, o Brasil possui um importante setor privado de saúde anterior ao início do SUS e a Constituição Federal de 1988 garantiu a continuidade da prestação de serviços privados e de planos de saúde privados. Os prestadores de serviços privados desempenham um papel fundamental para garantir o acesso dos pacientes do SUS, em especial a internações. Além disso, organizações privadas são

contratadas para gerenciar hospitais públicos ou outras instalações, e seguros de saúde privados podem "complementar" a cobertura do SUS. No entanto, a coexistência entre os setores público e privado gera atritos e pode ser fonte de ineficiência.

As "organizações sociais" (OSS) privadas se tornaram uma ferramenta popular entre alguns gestores do SUS para administrar unidades públicas de saúde. Ao contratar uma empresa privada para administrar uma unidade de saúde, isso dá mais flexibilidade na contratação de pessoal. Alguns estudos destacam que as instalações públicas sob gestão de OSS têm mais atividade ou oferecem serviços a custos mais baixos que aqueles sob gestão direta (World Bank, 2017[27]), mas outras pesquisas não podem descartar algum viés na seleção ao descobrirem que OSS operam de forma mais eficiente (Tribunal de Contas da União, 2020[47]). No entanto, a gestão de contratos de OSS parece ser um desafio para o gestor do SUS, uma vez que os tribunais de contas frequentemente destacam a insuficiência do mecanismo de monitoramento (dos Santos and Servo, 2016[83]).

O fato de alguns hospitais particulares tratarem pacientes do SUS e particulares simultaneamente pode levar à redução do acesso dos pacientes públicos e às questões de equidade associadas. Isso acontece quando os hospitais (ou médicos hospitalares) recebem pagamentos mais altos quando tratam de pacientes particulares. Os problemas de acesso para pacientes públicos foram a razão pela qual a Irlanda introduziu uma proibição desta prática e promoveu a separação clara entre os hospitais que tratam pacientes públicos daqueles que tratam pacientes particulares (Mueller and Socha-Dietrich, 2020[39]). Uma maneira de resolver esse problema seria definir uma tabela de taxas aplicável a todos os pagadores. É o caso, por exemplo, da Alemanha, onde, para o tratamento hospitalar, as tarifas de GRDs são idênticas para pacientes públicos e particulares e aplicadas independentemente de serem tratados em hospitais públicos, particulares com ou sem fins lucrativos.[32]

O mercado de planos de saúde privados bem desenvolvido no Brasil apresenta algumas peculiaridades que o distinguem dos países da OCDE. Tal plano fornece principalmente duplo seguro para a cobertura do SUS, mas, na verdade, é usado por muitos como um seguro substituto ao SUS, pois a gama de serviços oferecidos por planos privados pode ser extremamente ampla. Esse papel pouco claro de planos de saúde privados é acentuado pelo fato de que o SUS pode exigir, sob certas condições, o reembolso dos custos das seguradoras privadas, caso os pacientes utilizem os serviços do SUS em vez da cobertura de seguro privado ("ressarcimento ao SUS"). Isso é incomum em comparação aos países da OCDE, com um sistema financiado por impostos e seguro duplicado. O Brasil poderia se beneficiar de uma discussão aberta para esclarecer o papel que planos de saúde privados devem desempenhar dentro do sistema de saúde. Como já mencionado, os generosos subsídios fiscais são altamente regressivos. Além disso, a coexistência do SUS com seguros privados também é problemática para a integração da assistência. Até o momento, há muito pouca comunicação ou troca de dados entre os prestadores de serviços (ou planos) no caso de os pacientes migrarem do tratamento pelo SUS para o particular. A introdução de um identificador único do paciente e de prontuários médicos com interoperabilidade entre o SUS e o seguro privado facilitaria a coordenação do atendimento.

3.6. Conclusão

A implantação do SUS tem sido um sucesso no Brasil ao proporcionar a milhões de pessoas o acesso aos serviços de saúde que antes não tinham. Ainda assim, com o envelhecimento da população e o aumento associado na quantidade de pacientes com condições crônicas, o sistema de saúde brasileiro enfrentará pressões crescentes de gastos para garantir que as necessidades futuras de saúde sejam atendidas, mesmo no cenário mais otimista. A análise do sistema de saúde brasileiro mostrou que uma combinação de abordagens pode tornar os gastos com a saúde no Brasil mais sustentáveis. O resultado final dessa análise é: o Brasil precisa reequilibrar a distribuição entre os gastos públicos e privados em

saúde com um investimento de uma maior parte dos recursos públicos no setor da saúde, mas também precisa gastar melhor.

O capítulo mostrou que a participação pública nos gastos gerais com a saúde no Brasil é muito baixa em comparação à maioria dos países da OCDE, mas um aumento geral nos gastos do governo não é realista no atual clima econômico brasileiro. No entanto, existem algumas possibilidades de disponibilizar mais gastos públicos à saúde sem comprometer o caminho para a recuperação fiscal. Novas fontes de gastos com a saúde no nível federal poderiam ser geradas pela realocação de gastos de outras áreas fora da saúde para o SUS. Isso está relacionado, por exemplo, ao ajuste das regras de indexação para alguns programas sociais e salários públicos. Na mesma linha, existe a proposta de limitar as despesas tributárias com a saúde. Um ponto de partida seria a introdução de um teto para a dedutibilidade de despesas com a saúde e pagamentos de prêmios de planos de saúde privados de receitas sujeitas ao imposto de renda/tributação de empresas (ou aboli-lo por completo). Essa economia deve ser reinvestida no SUS.

Por outro lado, há um amplo espaço para possíveis ganhos de eficiência em todas as áreas do sistema de saúde. Os esforços contínuos para fortalecer a atenção primária à saúde devem continuar. Isso se refere à implantação das eSFs e à colocação da atenção primária no centro para coordenar a prestação de serviços de saúde em todos os níveis de atendimento. As “redes de saúde” podem desempenhar um papel importante nesse conceito.

O planejamento da prestação de serviços em hospitais deve ser repensado no Brasil. Uma grande quantidade de hospitais muito pequenos, principalmente na área rural, não pode ser administrada de forma eficiente. É claro que as pessoas precisam de acesso a serviços de cuidados intensivos, mas a questão é se isso não pode ser organizado de forma diferente, transformando pequenos hospitais em instalações intermediárias e fortalecendo as opções de transporte e telemedicina. De forma mais geral, os sistemas de pagamento para a prestação de serviços em hospitais poderiam ser reconsiderados para incentivar o desempenho do prestador.

Embora a cobertura de medicamentos essenciais pelo SUS seja teoricamente muito ampla, a obtenção de acesso é um problema real para muitas pessoas, gerando também altos custos diretos. Aqui, a forma como as compras são organizadas ou a definição de preços pode ser reconsiderada.

Para estar mais bem preparado para as necessidades crescentes de longo prazo associadas ao envelhecimento da população, o Brasil deve começar a investir em regimes mais formais de atendimento de longo prazo. Depender de trabalhadores informais será cada vez mais difícil, além de prejudicar o crescimento econômico.

Uma questão abrangente que o Brasil precisa abordar é a imensa complexidade de administrar o SUS. Isso se reflete nos custos de administração muito elevados. As competências e responsabilidades são frequentemente compartilhadas entre os níveis do governo, no entanto, parece que nem sempre são esclarecidas, o que afeta a prestação de contas. Essa complexidade permeia todos os níveis de planejamento e operação da assistência médica. Parece haver potencial para melhorar isso. Um caminho a seguir é aumentar os esforços para implementar a “regionalização” no planejamento. Para que isso seja bem-sucedido, o escopo das “regiões de saúde” poderia ser ampliado com a delegação de algumas responsabilidades dos municípios a elas, acompanhadas de financiamento e recursos diretos. Finalmente, a relação entre o setor público e privado deve ser esclarecida.

Referências

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2021), *Mapa Assistencial da Saúde Suplementar*. [21]

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2020), *Dados Consolidados da Saúde Suplementar*, http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor. [6]

Agência Nacional de Saúde Suplementar (2019), *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*, http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Dados_e_indicadores_do_setor/total-cad-info-jun-2019.pdf. [20]

Álvarez, R. and A. González (2020), *Análisis comparativo de los precios de los medicamentos en América Latina*, https://www.cepal.org/es/publicaciones/45423-analisis-comparativo-precios-medicamentos-america-latina. [63]

Bertoldi, A. et al. (2012), "Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?", *Globalization and Health*, Vol. 8/6, https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1744-8603-8-6.pdf. [57]

Bertoldi, A. et al. (2019), "The Brazilian private pharmaceutical market after the first ten years of the generics law", *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, Vol. 12, https://joppp.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40545-019-0179-9. [61]

Bloeck, M., S. Galiani and P. Ibarrarán (2017), *Long-Term Care in Latin America and the Caribbean? Theory and Policy Considerations*, Inter-American Development Bank, https://publications.iadb.org/publications/english/document/Long-Term-Care-in-Latin-America-and-the-Caribbean-Theory-and-Policy-Considerations.pdf. [66]

Busse, R. et al. (eds.) (2011), *Understanding DRGs and DRG-based hospital payment in Europe*, Open University Press, https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/162265/e96538.pdf. [51]

Castro, M. et al. (2019), "Brazil's unified health sysytem: the first 30 years and prospects for the future", *Lancet*, Vol. 394, pp. 345-56, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7. [4]

Colpani, V. et al. (2020), "Clinical practice guidelines in Brazil – developing a national programme", *Health Research Policy and Systems*, Vol. 18/69, https://doi.org/10.1186/s12961-020-00582-0. [55]

Controladoria-Geral da União (n.d.), *Realizações na Auditoria de Tomada de Contas Especial*, https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/auditoria-e-fiscalizacao/tomadas-de-contas-especiais/realizacoes. [82]

Couttolenc, B. and T. Dmytraczenko (2013), *Brazil's Primary Care Strategy*, https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13287. [5]

Damaceno, M. and M. Chirelli (2019), "The Implementation of Senior Health Care in the Family Health Strategy: The View of Professionals and Managers", *Ciência & Saúde Coletiva*, Vol. 24/5, https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04342019. [67]

Danzon, P. and M. Furukawa (2008), "International Prices And Availability Of Pharmaceuticals In 2005", *Health Affairs*, Vol. 27/1, pp. 221-233, http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.27.1.221. [64]

dos Sanots Matsumoto, K. (2018), *Parâmetros para dimensionamento de médicos na Estratégia de Saúde da Familia*, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [41]

Flamini, V. and M. Soto (2019), "Doing More with Less: How Can Brazil Foster Development While Pursuing Fiscal Consolidation?", *IMF Working Paper*, Vol. 236, https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2019/11/01/Doing-More-with-Less-How-Can-Brazil-Foster-Development-While-Pursuing-Fiscal-Consolidation-48540. [28]

Garcez-Lemell, L. and M. Deckers Lemell (2014), "Costs of elderly health care in Brazil: challenges and strategies", *MedicalExpress*, Vol. 1/1, pp. 3-8, http://dx.doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.02. [69]

Gonçalves, R. et al. (2019), "Influence of the Mais Médicos (More Doctors) Program on health services access and use in Northeast Brazil", *Rev Saude Publica*, Vol. 53/110, https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001571. [29]

IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal - Module Q - Tabela 3.17*, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados (accessed on 10 February 2021). [34]

IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.18*, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados (accessed on 10 February 2021). [42]

IBGE (2020), *2019 Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal-Modulo Q- Tabela 3.25*, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados (accessed on 10 February 2021). [35]

IBGE (2020), *Pesquisa Naciona de Saúde 2019- Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde*, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf. [3]

IBGE (2020), *Pesquisa Nacional de Saude 2019 : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões*, IBGE, https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=publicacoes. [33]

Instituto Ética Saúde (2020), *Fraudes na Saúde geram prejuízo de mais de R$ 14,5 bilhões por ano no Brasil, estima Instituto Ética Saúde*, https://eticasaude.org.br/Noticias/NoticiaDetalhe/355. [81]

Lima, S., C. de Brito and C. de Andrade (2019), "Health technology assessment in Brazil – an international perspective", *Ciênca saúde coletiva*, Vol. 24/5, https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17582017. [84]

Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology", *OECD Health Working Papers*, No. 110, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/5667f23d-en. [10]

Macinko, J. et al. (2018), "Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil)", *Revista de Saúde Pública*, Vol. 52/2, https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595. [43]

Marchildon, G., S. Allin and S. Merkur (2020), *Canada: Health system review. Health Systems in Transition*, WHO Regional Office for Europe, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336311/HiT-22-3-2020-eng.pdf. [48]

Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços*, Ministerio de Saúde. [83]

Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul*, Ministério da Saúde. [24]

Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *O financiamento dos serviços de saúde no Brasil*, ABrEs/Ministerio de Saúde/OPAS/OMS, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. [17]

Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *O SUS e seu financiamento*, ABrEs/Ministerio de Saude, PAHO. [18]

Marques, R., S. Piola and A. Roa (eds.) (2016), *Transferências federais no financiamento da descentralização*, ABrES, Ministero de Saude, PAHO. [76]

Massard da Fonseca, E. and K. Shadlen (2017), "Promoting and regulating generic medicines: Brazil in comparative perspective", *Pan-American Journal of Public Health*, Vol. 41, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6612747/#B26. [60]

Massuda, A. et al. (2018), "The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience", *BMJ Global Health*, Vol. 3/e000829, http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829. [14]

Ministerio da Saúde (2018), *Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa*, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. [65]

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (2018), *Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil 2010-2014*, https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2018/junho/22/CONTAS-DO-SUS.pdf. [30]

Ministerio de Saúde (n.d.), *Saúde da pessoa idosa*, https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/s/saude-da-pessoa-idosa. [68]

Ministry of Health (2019), *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2020*, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. [56]

Miotto, B. et al. (2018), "Physician's sociodemographic profile and distribution across public and private health care: an insight into physicians' dual practice in Brazil", *BMC Health Services Research*, Vol. 18/299, https://doi.org/10.1186/s12913-018-3076-z. [38]

Mueller, M. and K. Socha-Dietrich (2020), "Reassessing private practice in public hospitals in Ireland: An overview of OECD experiences", *OECD Health Working Papers*, No. 118, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/111171d3-en. [39]

OECD (2021), *Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil*, OECD Reviews of Health Systems, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/9bf007f4-pt. [32]

OECD (2021), *OECD Health Statistics*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/health-data-en. [1]

OECD (2021), *Payment models in Primary Health Care in Brazil*. [31]

OECD (2020), "Focus on Spending on long-term care", https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf. [70]

OECD (2020), *OECD Economic Surveys: Brazil 2020*, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/250240ad-en. [11]

OECD (2020), *Realising the Potential of Primary Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/a92adee4-en. [44]

OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/4dd50c09-en. [8]

OECD (2018), "Spending on Primary Care: First Estimates", https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-Primary-Care-Policy-Brief-December-2018.pdf. [85]

OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en. [25]

OECD (2016), *Better Ways to Pay for Health Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264258211-en. [45]

OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264239517-en. [37]

OECD (2015), *OECD Economic Surveys: Brazil 2015*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/eco_surveys-bra-2015-en. [26]

OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en. [54]

OECD (2012), *OECD Reviews of Health Care Quality: Israel 2012: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264029941-en. [46]

OECD/The World Bank (2020), *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/6089164f-en. [62]

Oliveira Hashiguchi, T. and A. Llena-Nozal (2020), "The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?", *OECD Health Working Papers*, No. 117, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/2592f06e-en. [71]

Policies, E. (ed.) (2019), *Finland: Health system review*, Health in Transition, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327538/HiT-21-2-2019-eng.pdf. [50]

Portal da Transparência (2019), *Emendas Parlamentares*, http://www.portaltransparencia.gov.br/emendas?ano=2019. [77]

Queensland Government (2018), *Rural multi-purpose health services*, https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/engagement/networks/rural-remote/rural-facilities/rural-mphs (accessed on 5 March 2021). [49]

Receita Federal (2018), *Demonstrativo dos Gastos Tributários – PLOA 2019*. [19]

Rocha, R., I. Furtado and P. Spinola (2019), *Garantindo o Futuro da Saúde no Brasil: Neccesidades de Financiamento e Projeção de Gasatos*. [9]

Scheffer, M. and E. al. (2018), *Demografia Médica no Brasil 2018*, Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf. [36]

Secretaria de Vigilância em Saúde (2021), *Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos*, http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/ (accessed on 22 January 2021). [53]

SIGA Brasil (n.d.), *Saúde - Depesa Executada 2018*, http://www9.senado.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=senado%2Fsigabrasilpainelcidadao.qvw&host=QVS%40www9&anonymous=true&Sheet=shOrcamentoVisaoGeral. [75]

Socha, K. and M. Bech (2011), "Physician dual practice: A review of literature", *Health Policy*, Vol. 102, pp. 1-7, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.10.017. [40]

Tesouro Nacional (2018), *Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil*, https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30. [15]

Thomson, S., A. Sagan and E. Mossialos (eds.) (2020), *Private health insurance in Brazil*, Cambridge University Press, http://dx.doi.org/10.1017/9781139026468. [7]

Transparency International (2020), *Corruption Perception Index*, https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/bra. [78]

Transparency International (2019), *Global Corruption Barometer, Latin America and the Caribbean 2019*, https://www.transparency.org/files/content/pages/2019_GCB_LatinAmerica_Caribbean_Full_Report.pdf. [80]

Transparency International (2013), *Global Corruption Barometer 2013*, https://www.transparency.org/en/gcb/global/global-corruption-barometer-2013. [79]

Tribunal de Contas da União (2020), *Hospitais públicos maiores, estaduais e da administração indireta tendem a ser mais eficientes - TC 015.993/2019-1*, https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/hospitais-publicos-maiores-estaduais-e-da-administracao-indireta-tendem-a-ser-mais-eficientes.htm. [47]

Tribunal de Contas da União (2020), *Sustenabilidade do Sistema Único de Saúde - TC 014.791/2019-6*, https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-realiza-levantamento-sobre-a-sustentabilidade-do-sus.htm. [16]

Tribunal de Contas da União (2018), *Orientações para aquisições públicas de medicamentos*, República Federativa do Brasil, https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/orientacoes-para-aquisicoes-publicas-de-medicamentos.htm. [59]

Tribunal de Contas da União (2017), *Relatório Sistêmico de Fiscalização - Saude 2015/2016*. [72]

Vieira, F. (2019), *Direito à saúde no brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça*, https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf. [73]

Vieira, F. and R. de Sá e Benevides (2016), "O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado", *Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas*, Vol. 10/3, http://dx.doi.org/10.21057/repam.v10i3.21860. [13]

Vieira, F., S. Piola and R. de Sá e Benevides (2019), *Vinculação Orçamentária do Gasto em Saúde no Brasil: Resultados e Argumentos*, https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/td_2516.pdf. [12]

Wang, D. et al. (2020), "Health technology assessment and judicial deference to priority-setting decisions in healthcare: Quasi-experimental analysis of right-to-health litigation in Brazil", *Social Science & Medicine*, Vol. 265, https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113401. [74]

WHO (2015), *WHO Statement on Caesarean Section Rates*, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en/. [52]

WHO (1999), *Operational principles for good pharmaceutical procurement*, https://www.who.int/3by5/en/who-edm-par-99-5.pdf. [58]

WHO and World Bank (2019), *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*, https://www.who.int/publications/i/item/global-monitoring-report-on-financial-protection-in-health-2019. [23]

WHO Global Heallth Expenditure Database (2020), , https://apps.who.int/nha/database. [2]

WHO Regional Office for Europe (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. [22]

World Bank (2017), *A fair adjustment : efficiency and equity of public spending in Brazil : Volume I : síntese (Portuguese)*, World Bank Group, http://documents.worldbank.org/curated/en/884871511196609355/Volume-I-síntese. [27]

Observações

[1] O financiamento público da saúde se refere aos gastos com saúde por parte dos planos de saúde com cobertura automática ou obrigatória.

[2] Atualmente, 3% de todos os gastos com a saúde no Brasil não podem ser alocados a nenhum regime de financiamento.

[3] Os Estados Unidos também têm um importante mercado de planos de saúde privados, mas com o Affordable Care Act, a compra de cobertura privada se tornou obrigatória a partir de 2014 (mas foi revogada em 2018).

[4] Mas, dado que 3% dos gastos totais com a saúde não podem atualmente ser alocados para um regime de financiamento, a parcela real dos gastos diretos pode ser maior.

[5] O *duplo* convênio voluntário privado oferece cobertura de plano de saúde para uma variedade de serviços que também estão disponíveis na cobertura pública, mas expande a lista de profissionais (principalmente particulares). A cobertura de convênio *complementar* fornece acesso a serviços não cobertos pelo pacote de benefícios público.

[6] Os serviços odontológicos também podem ser incluídos como um elemento das apólices de seguro saúde.

[7] Os empregadores podem deduzir os pagamentos de prêmio que fazem da tributação das empresas.

[8] O fato de que, no cenário de "Envelhecimento Saudável", o aumento projetado de gastos com a saúde é muito mais limitado, constitui um argumento poderoso para fortalecer as medidas de saúde pública, conforme discutido no Capítulo 5 e no Capítulo 6.

[9] No mínimo, a pandemia da COVID-19 ampliou esses desafios.

[10] Uma recente avaliação de gastos públicos do Banco Mundial encontrou muitas outras áreas onde os fundos públicos poderiam ser usados de forma mais eficiente (World Bank, 2017[27]), mas listar todos aqui ultrapassaria a abrangência deste capítulo.

[11] Os Estados Unidos não são considerados aqui, pois é difícil distinguir entre seguro privado obrigatório e voluntário nesse país.

[12] Pode haver alguma sobreposição entre os dois grupos populacionais, mas a cobertura médica também pode incluir cobertura odontológica, dependendo do plano individual.

[13] Os valores se referem ao valor médio de 2010-14.

[14] Em conjunto, o atendimento ambulatorial geral, o atendimento odontológico, o atendimento a domicílio para a realização de tratamentos e a prevenção são classificados como serviços de "atendimento básico" nas estatísticas de gastos com a saúde da OCDE. Isso pode ser tomado como substituição à atenção primária à saúde (uma análise mais significativa também levaria em consideração a localização da prestação do serviço, mas as limitações nos dados de gastos internacionais com a saúde do Brasil não permitem essa análise no momento). De qualquer forma, a comparação internacional dos gastos com a atenção primária é desafiadora devido às diferentes noções de quais serviços envolvem a atenção primária, bem como questões de dados (OECD, 2018[85]). Além disso, como 4% de todos os serviços de saúde não estão alocados no Brasil, a parcela dedicada aos serviços de atenção básica pode, na verdade,

ser maior.

[15] Para comparações internacionais, normalmente é usada a quantidade de médicos em exercício. A quantidade de médicos registrados está superestimada a quantidade de médicos em exercício.

[16] A proporção é calculada dividindo todas as consultas de atenção primária por ano registradas no SUS pelo total da população. A quantidade total de consultas médicas, incluindo clínicos gerais, especialistas e o setor privado para usuários do SUS, foi estimada em 4, em 2017, pelo Tribunal de Contas da União (Tribunal de Contas da União, 2020[16]) com variação substancial entre os estados.

[17] No entanto, esse problema é normalmente mais pertinente no atendimento especializado que na atenção primária.

[18] Entretanto, deve-se observar que, na maioria dos países o gargalo no tratamento de casos graves de COVID-19 era a disponibilidade de leitos de UTI, ventiladores, oxigênio e equipe de UTI, e não leitos hospitalares normais.

[19] Além disso, os pacientes têm acesso a medicamentos que são usados como parte de um tratamento hospitalar. Eles não estão incluídos na Rename e seus custos são cobertos pelo orçamento hospitalar.

[20] Similares são cópias de produtos não patenteados que, dependendo do país, podem ser aprovados sem demonstrar bioequivalência e comercializados com uma marca. No Brasil, novos similares devem comprovar a sua bioequivalência desde 2003 e, portanto, podem ser considerados genéricos de marca.

[21] No Brasil, em termos de volume, 34% do mercado são de genéricos sem marca e 44% de genéricos de marca (refletindo 28% e 41% do valor, respectivamente)

[22] As AVDs se referem a atividades como levantar da cama, se vestir, higiene pessoal e locomoção, enquanto as AIVDs se referem a atividades como fazer compras, limpar a casa ou preparar refeições.

[23] Essa participação pode até ser maior, já que 4% de todos os gastos com a saúde no Brasil não são alocados e podem incluir algumas atividades administrativas.

[24] Atualmente, o Brasil possui 438 regiões e 118 macrorregiões de saúde.

[25] Uma grande quantidade de ações judiciais, no entanto, também existe para atendimento no setor de saúde privado.

[26] Os dados disponíveis para os anos mais recentes sugerem uma redução dos custos de “gastos judiciais” com produtos farmacêuticos em 2017 (Oliveira Hashiguchi and Llena-Nozal, 2020[71]).

[27] Nesse contexto, cabe destacar que, com cerca de 1,4% do PIB, o Brasil gasta de três a seis vezes mais recursos em seu sistema judiciário que a maioria dos países europeus (OECD, 2020[11]).

[28] A função e os processos da CONITEC são semelhantes aos observados pelas autoridades de ATS na Austrália, no Canadá e no Reino Unido, países geralmente considerados como tendo processos de ATS avançados (Lima, de Brito and de Andrade, 2019[84]).

[29] A Lei 12 401/2011 cria a CONITEC e define a sua competência. Mesmo o Artigo 196 da Constituição poderia ser interpretado de forma que o “direito à saúde para todos” está sob reserva, pois também menciona as “políticas econômicas” como um trampolim para garantir esse direito. Melhorar a relação

entre custo e benefício dos recursos do SUS é um exemplo de política econômica.

[30] Com o primeiro lugar indo para o país com menos corrupção percebida.

[31] Os regulamentos do Sunshine consistem em exigir que os pagamentos feitos pelas indústrias farmacêutica e de dispositivos às partes interessadas no setor da saúde sejam sistematicamente informados às autoridades.

[32] Pacientes particulares podem, entretanto, pagar taxas adicionais por melhores comodidades ou visitas do chefe do departamento.

4 Sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil

O Brasil lançou uma estratégia ambiciosa de saúde digital para aproveitar o potencial dos dados digitais de saúde. Cabe notar que o país já gera uma grande quantidade de dados digitais de saúde em conjuntos de dados de saúde nacionais importantes, mas fica atrás dos países da OCDE em disponibilidade de dados, relatórios, governança e integração. Um roteiro orientado por objetivos deve incluir diretrizes como o fortalecimento da governança e a responsabilização dos dados, a melhoria da coleta e da comparabilidade dos mesmos e suporte à criação de políticas baseadas em evidências com dados de saúde, vinculados, inclusivos e em tempo real. A infraestrutura de informação em saúde no Brasil também poderia ser aprimorada por uma participação mais plena nas iniciativas internacionais de benchmarking, como o Sistema de Contas de Saúde da OCDE ou Indicadores de Qualidade da Saúde.

4.1. Introdução

A produção efetiva de dados relevantes e oportunos sobre recursos, atividades e qualidade em todo o setor de saúde é um objetivo importante do sistema de saúde – um fato que foi exacerbado durante a crise da COVID-19 –, e o amplo uso desses dados é um fator fundamental para a melhoria do desempenho de tais sistemas. A avaliação e a melhoria da saúde das populações, além da qualidade e da eficiência dos sistemas de saúde, dependem do uso dos dados de saúde de alta qualidade que permitem a medição, o monitoramento e o *benchmarking*. A qualidade desses dados está correlacionada com a força e a capacidade dos sistemas e da infraestrutura de informação de saúde, bem como sua preparação para produzir indicadores de saúde regionais e nacionais (OECD, 2013[1]).

Os países da OCDE têm diferenças na disponibilidade, na qualidade e no uso dos dados. Embora todos os seus membros estejam investindo no aprimoramento de sua infraestrutura de dados de saúde, alguns estão ficando para trás devido às restrições que limitam o acesso e o uso de dados já insuficientes. Em última análise, o melhor uso dos dados ocorre através de sistemas de informação mais avançados e integrados em todos os subsistemas de prestação de serviços no país (OECD, 2015[2]).

Em comparação com outros setores, a saúde fica para trás na exploração do potencial dos dados e da tecnologia digital, o que poderia contribuir para salvar vidas e recursos financeiros. Construir sistemas de saúde centrados nas pessoas, eficientes e sustentáveis é um objetivo alcançado por meio do uso inteligente de dados e tecnologias digitais, o que requer ação política adequada e liderança (OECD, 2019[3]).

O Brasil parece compartilhar desses desafios, gerando a necessidade de uma revisão aprofundada do sistema de informação e estrutura de dados de saúde. Alguns desses desafios são exacerbados devido ao tamanho continental do país, com uma geografia heterogênea que as tecnologias precisam atingir (por exemplo, internet, computadores), às necessidades de treinamento de grande número de trabalhadores, às diferentes zonas climáticas, e até mesmo aos tamanhos altamente diversos dos municípios. Os ganhos e insights significativos podem ser alcançados se o desenvolvimento do sistema de informação de saúde for aprimorado, permitindo um sistema de saúde mais digitalizado, melhor compreensão do custo e eficácia dos tratamentos médicos, levando a uma redução nos gastos desnecessários, bem como nas defasagens de qualidade na saúde intra e interregional, por exemplo.

Este capítulo analisa como o sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil é projetado atualmente, juntamente com suas limitações. Ele descreve as funções das instituições mais importantes dentro do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde, o tipo de dados que cada instituição gerencia e as respectivas fontes de coleta. Em seguida, o capítulo compara o desenvolvimento e a governança dos dados de saúde do Brasil com os países-membros da OCDE, bem como a coleta de dados e as defasagens de disponibilidade. Por fim, ele avalia o progresso do país no desenvolvimento do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde, incluindo recomendações de políticas destinadas à transformação em direção a um sistema de saúde centrado nas pessoas, e baseado em informações.

4.2. O sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde no Brasil

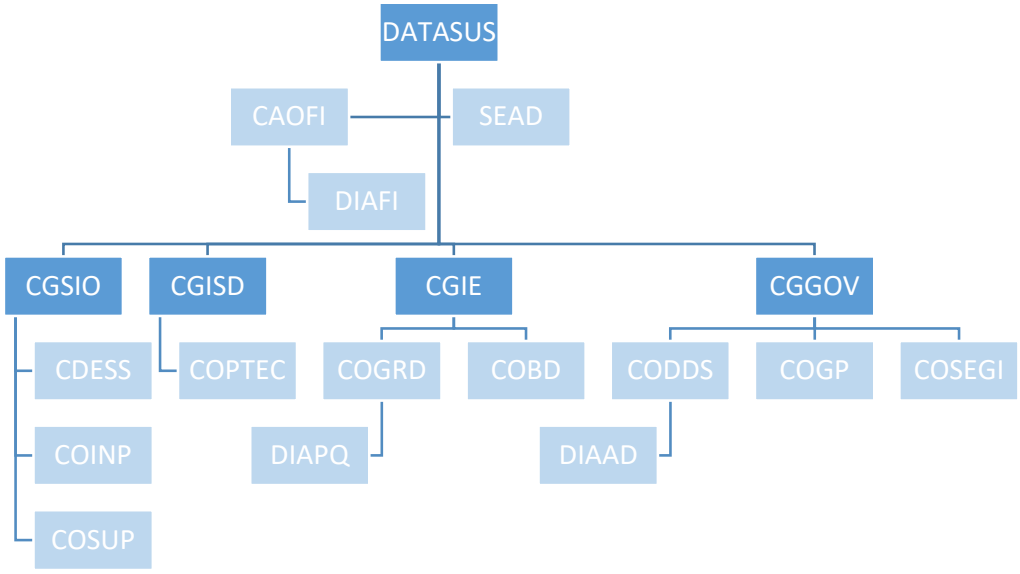
4.2.1. O Ministério da Saúde tem um papel de liderança na geração de dados e estatísticas de saúde

Destinado a fornecer sistemas de informação e suporte de informática ao SUS, o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) foi criado em parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) em 1991, com transferência de pessoal do DATAPREV, da Fundação de Serviços Públicos de Saúde (Fundação SESP) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). O controle e o

processamento dos dados de saúde são de competência do Ministério da Saúde, por meio da FUNASA. O DATASUS é constituído como um órgão da FUNASA com o objetivo de especificar, desenvolver, implantar e operar os sistemas de informação em saúde relacionados ao SUS.

Em seguida, ele foi incorporado formalmente à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, após um processo iniciado em 1998 e concluído em 2002. O DATASUS propõe diretrizes e implementa ações de tecnologia da informação e comunicação no Ministério da Saúde em consonância com as diretrizes e os padrões definidos pelo Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (MP), por meio de sua Secretaria de Tecnologia da Informação (Ministério da Saúde, 2020[4]). Veja a Figura 4.1 para uma visão mais detalhada da estrutura do DATASUS.

Figura 4.1.Estrutura do DATASUS



Nota: As siglas no organograma do DATASUS significam: CAOFI – Coordenação de Administração Orçamentária e Financeira; DIAFI – Divisão de Administração Financeira; SEAD – Serviço de Apoio Administrativo; CGSIO – Coordenação Geral de Sistemas de Informação e Operação; CGISD – Coordenação Geral de Inovação em Sistemas Digitais; CGIE – Coordenação Geral de Infraestrutura; CGGOV – Coordenação Geral de Governança e Gestão de Projetos em Tecnologia da Informação e Comunicação; CDESS – Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas; COINP – Coordenação de Interoperabilidade; COSUP – Coordenação de Suporte ao Usuário; COPTEC – Coordenação de Prospecção e Inovação em Tecnologia da Informação; COGRD – Coordenador de Gestão de Redes e Datacenter; DIAPQ – Divisão de Administração do Parque Tecnológico; COBD – Coordenação da Gestão de Banco de Dados; CODDS – Coordenação de Divulgação de Dados em Saúde; DIAAD – Divisão de Análise e Administração de Dados; CGP - Coordenação de Governança e Projetos; COSGI - Coordenação de Segurança da Informação.
Fonte: Ministério da Saúde (2020[4]), Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação - 2019 | 2021 (1ª Revisão de 2020)", https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/22052020v5.pdf.

Mais recentemente, foi criado em 2009 o Comitê de Informação e Informática em Saúde – CIINFO com funções normativas, diretivas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde dentro da abrangência do Ministério da Saúde. O CIINFO dirige e supervisiona as atividades relacionadas à informação em saúde, sistemas de informação e política de governança digital no âmbito do Ministério da Saúde e do SUS e faz parte do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), que, por sua vez, é organizado pelo Ministério da Saúde. Em 2019, o CIINFO foi redefinido de acordo com a nova legislação nacional que instituiu a Política de Governança Digital no âmbito dos órgãos e das entidades da Administração Pública Federal.

Em consonância com essas entidades de dados e estatísticas de saúde, o Ministério da Saúde está desenvolvendo atualmente a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-28, a qual visa melhorar de

modo progressivo a implementação, as aplicações e os benefícios da saúde digital no país até 2028, tendo o SUS como um de seus principais pilares. As prioridades desta estratégia são apresentadas no Quadro 4.1.

Quadro 4.1. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-28

As sete prioridades do Plano de Ação

1. Governança e liderança para a Estratégia de Saúde Digital

Garantir que a Estratégia de Saúde Digital de 2028 seja desenvolvida sob a liderança do Ministério da Saúde, incorporando a contribuição ativa de atores externos.

2. Digitalização dos três níveis de saúde

Induzir a implantação de políticas de digitalização dos sistemas de saúde, acelerando a adoção dos Prontuários Eletrônicos dos Pacientes (PEP) e dos sistemas de gestão hospitalar como parte integrante dos serviços e processos de saúde.

3. Suporte para a melhoria da saúde

Fazer com que a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) ofereça suporte às melhores práticas clínicas por meio de serviços, como telemedicina e aplicativos para celular.

4. O usuário como protagonista

Engajamento de pacientes e cidadãos para promover a adoção de hábitos saudáveis e a gestão da saúde, da família e da comunidade, além de auxiliar na criação dos sistemas de informação em saúde que eles utilizarão.

5. Treinamento e capacitação de recursos humanos

Formar profissionais de saúde em Informática em Saúde e garantir o reconhecimento desse segmento como área de pesquisa.

6. Ambiente interconectado

Permitir que a RNDS potencialize o trabalho colaborativo em todos os setores da saúde para que tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviço, políticas públicas e regulamentações sejam colocados em prática.

7. Ecossistema inovador

Garantir que haja um ecossistema inovador, que aproveite ao máximo o ambiente interconectado de saúde.

Fonte: Ministério da Saúde (2020[5]), "Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028", http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf.

Com base nas diretrizes da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-28, foi instituída a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como plataforma nacional de interoperabilidade de dados de saúde. Instituída em 2020 como uma iniciativa do DATASUS, ela faz parte do ConecteSUS, programa do governo federal que promove a troca de informações entre os atores da rede de saúde no Brasil, com o objetivo de permitir a transição e a continuidade do atendimento na rede pública e nos setores privados. A previsão é que a RNDS esteja conectada a todos os 27 estados até 2023 por meio da implantação de contêineres na nuvem virtual fornecidos para cada estado. A Coordenação Geral de Sistemas de

Informação e Operação (CGSIO) do DATASUS é responsável pela aquisição, instalação e manutenção destes contêineres na nuvem virtual (DATASUS, 2020[6]).

4.2.2. Diversas entidades públicas participam de processos de dados e estatísticas de saúde

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde e criada para regular o mercado privado de planos de saúde suplementares, foi criada em 2000. Ela é o órgão público exclusivo que coleta e divulga periodicamente dados sobre usuários, operadoras e utilização de planos privados de saúde suplementar e os diferentes planos oferecidos no Brasil. Os dados sobre número e características dos usuários, cobertura geográfica, receitas e despesas das operadoras, tipos de planos privados de saúde suplementar oferecidos e quantidade de reclamações e litígios dos usuários estão entre as estatísticas regularmente publicadas pela ANS.

Também vinculada ao Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) protege a saúde da população brasileira por meio do controle sanitário da produção, da comercialização e do uso de produtos e serviços sujeitos à regulamentação sanitária, fazendo parte do SUS como coordenadora do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). A ANVISA coleta e publica regularmente dados sobre recebimento e registro de documentos relacionados à sua abrangência; licenças de importação e recintos alfandegários; painéis de execução orçamentária; e a lista de preços dos medicamentos. A Agência também pretende publicar abertamente dados já coletados sobre farmacovigilância e registros de alimentos e medicamentos, por exemplo.

Fora do Ministério da Saúde, outras instituições contribuem com a coleta, a publicação e a análise de dados de saúde no Brasil. Uma dessas entidades é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que é vinculado ao Ministério da Economia e é o principal provedor de dados e informações do país, visando a atender às necessidades da sociedade civil, assim como os órgãos governamentais federais, estaduais e municipais. O Quadro 4.2 traz mais detalhes a respeito das diversas pesquisas sobre a saúde da população brasileira realizadas pelo IBGE.

Estados e municípios também participam do processo de coleta de dados de saúde. O DATASUS tem como missão auxiliar estados e municípios na digitalização das atividades relacionadas ao SUS de acordo com o Decreto nº 9.795 de 2019 da Presidência da República.

Quadro 4.2. Principais pesquisas relacionadas à saúde conduzidas pelo IBGE

Pesquisa Nacional de Saúde – PNS

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) coleta informações sobre o desempenho do sistema nacional de saúde. São levados em consideração o acesso e a utilização dos serviços disponíveis e a continuidade da atenção, bem como as condições de saúde da população, a vigilância das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores de risco.

A versão mais recente dessa pesquisa foi realizada em 2019 e abordou quatro temas principais: percepção da própria saúde, fatores de risco, doenças crônicas e saúde bucal. A pesquisa mostra dados desagregados pelas seguintes faixas etárias: população de 18 a 29 anos; 30 a 59; 60 a 64; 65 a 74; com 75 anos ou mais; e população total.

Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) determina e mensura os fatores de risco à saúde dos adolescentes. Existem duas populações-alvo: a primeira amostra concentra-se em alunos do ensino fundamental que frequentam a 9ª série; e a segunda, em alunos de 13 a 17 anos (cursando da 6ª até a 9ª série do ensino fundamental e da 1ª até a 3ª série do ensino médio).

Realizada pela última vez em 2015, essa pesquisa traz informações sobre as características básicas da população estudada, incluindo temas como aspectos socioeconômicos, fatores de risco comportamentais, exposição a acidentes e violências e saúde mental. As características e a infraestrutura do ambiente escolar e do entorno também estão incluídas nas análises.

Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) traz informações sobre a composição do orçamento familiar e as condições de vida da população brasileira. Fatores como a percepção de qualidade de vida e o perfil nutricional são mensurados e analisados.

A última edição dessa pesquisa foi realizada em 2017-18. Além das informações sobre a despesa e seus componentes, foram analisadas outras dimensões: renda, habitação, acesso a serviços públicos, saúde e educação.

Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua

A *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua* (PNAD Contínua) monitora as oscilações trimestrais e a evolução da força de trabalho, além de outras informações necessárias ao estudo do desenvolvimento socioeconômico brasileiro.

Em novembro de 2020, a edição mais recente desta pesquisa foi lançada; incluindo indicadores como taxa de desemprego e renda média mensal da população com 14 anos ou mais.

Fontes: OECD (2019[7]), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en.

4.2.3. O acesso à internet e ao PEP é inexistente em algumas partes do Brasil

Em 2019, 18% das Unidades Básicas de Saúde informaram não possuir acesso à internet e 9% informaram que não usaram um computador nos últimos 12 meses (OECD, 2019[3]). Localizações remotas, comunidades indígenas e localidades com acesso limitado às tecnologias de informação e comunicação (TIC) são excluídas em decorrência dos processos de coleta de dados de saúde no Brasil.

A disponibilidade do PEP também é prejudicada devido à falta de conectividade. Os pacientes precisam ter acesso à internet e à plataforma ConecteSUS para visualizá-lo. Conforme mencionado no Capítulo 4 sobre Tecnologia digital do Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde do Brasil, estima-se que 82% de todas as unidades de saúde e 78% das unidades de atenção primária à saúde tinham sistemas de PEP em 2019 (CGI.br, 2020[8]). Cerca de 18.000 unidades de saúde – correspondendo a 18% de todos os estabelecimentos e incluindo 12.000 unidades públicas – não tinham um sistema de PEP implementado. Das 50.202 eSFs cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), apenas 62% de seus registros foram digitalizadas (Ministério da Saúde, 2020[9]). A adoção de sistemas de PEP foi maior nas regiões Sul e Sudeste com 90% e 83%, respectivamente, em comparação com as regiões Nordeste e Norte com 77% e 74%, respectivamente. A digitalização está menos avançada nas regiões Nordeste e Norte, onde as comunidades indígenas do Brasil geralmente estão localizadas (Ministério da Saúde, 2020[10]). Veja o Quadro 4.3 sobre a importância de conectar e digitalizar as práticas de atenção primária.

Quadro 4.3. Uma transformação digital pode ajudar a compreender todo o potencial da atenção primária à saúde

A atenção primária à saúde digital é o uso de tecnologias digitais para dar suporte à atenção primária (é um subcampo da saúde digital voltada especificamente para tal área). As tecnologias digitais (ou tecnologias de informação e comunicação) são ferramentas, sistemas, dispositivos e recursos eletrônicos que geram, armazenam, processam e/ou transmitem dados. As tecnologias digitais incluem dispositivos como *smartphones* e computadores, bem como produtos intangíveis, como *software*, plataformas e algoritmos, os quais podem dar suporte à atenção primária à saúde de várias maneiras.

No centro da atenção primária à saúde digital está o prontuário eletrônico do paciente, ou PEP, o qual é um prontuário digital longitudinal de um paciente individual que contém ou vincula de modo virtual vários prontuários eletrônicos de diferentes instituições e estruturas de saúde. Como ele contém um histórico de contato com prestadores de serviços de saúde de qualquer organização em qualquer nível de atendimento, o PEP desempenha um papel essencial em ajudar os profissionais de saúde primária a coordenar os cuidados de pacientes individuais.

Um PEP completo, preciso, atualizado, abrangente e que possa ser compartilhado permite uma infinidade de aplicativos digitais na atenção primária à saúde. Um prontuário que contém informações clínicas (como medicamentos prescritos), sociodemográficas (como emprego) e administrativas (como seguros) permite dar suporte a muitos aplicativos, incluindo, entre outros:

- Alertas e lembretes direcionados aos pacientes (para exames ou vacinações, por exemplo);
- Referências eletrônicas, prescrição eletrônica e certificações (para licença médica, por exemplo);
- Tomada de decisão clínica (como medicamentos para evitar determinadas alergias do paciente);
- Aplicativos de telemedicina (como consultas de vídeo e monitoramento remoto);
- Aplicativos de saúde móvel ou mHealth (como aplicativos para parar de fumar e de saúde mental);
- Estatísticas de nível populacional sobre prevalência e incidência de doenças e riscos;
- Estudos de pesquisa levando em consideração dados do mundo real (como farmacovigilância).

É possível implementar alguns desses aplicativos sem um sistema completo de PEP (como telemedicina), no entanto, sem ele, as tecnologias digitais não atingirão o seu potencial e não ajudarão totalmente a atenção primária à saúde.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2018[11]), "Digital technologies: shaping the future of primary health care", https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326573/WHO-HIS-SDS-2018.55-eng.pdf; OECD (2019[7]), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en.

4.3. Comparando o desenvolvimento e a governança de dados de saúde do Brasil com os países da OCDE

4.3.1. O desempenho da governança de dados de saúde no Brasil está em torno da média da OCDE, mas há defasagens no desenvolvimento e no uso de conjuntos de dados de saúde

A governança de dados de saúde refere-se às regulamentações, às políticas e às práticas que fomentam o desenvolvimento e o uso de dados de saúde para pesquisas, estatísticas e outros usos no interesse público relacionado à saúde, enquanto protegem a privacidade e a segurança dos dados de saúde.

Em 2020, o Brasil participou da Pesquisa da OCDE sobre Uso e Governança de Dados de Saúde, que fornece uma base para a compreensão da situação atual no país e permite a comparação das políticas e práticas de governança de dados de saúde no Brasil com as de 23 países da OCDE que responderam a esta pesquisa em 2019-20. A pesquisa contribui para monitorar o progresso dos países em direção à adoção da Recomendação do Conselho da OCDE de 2017 sobre Governança de Dados de Saúde (OECD, 2019[12]). Esta Recomendação pede aos países que desenvolvam uma estrutura nacional de governança de dados de saúde e estabelece os princípios para isso (vide Quadro 4.4 e Tabela 4.1).

Quadro 4.4. Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde

A Recomendação do Conselho da OCDE de 2017 sobre Governança de Dados de Saúde solicita a todos os países aderentes que implementem uma estrutura nacional de governança de dados de saúde e estabelece 12 princípios de alto nível para o desenvolvimento, o conteúdo e a avaliação das estruturas nacionais:

1. Contratação de partes interessadas no desenvolvimento de uma estrutura nacional de governança de dados de saúde.
2. Coordenação dentro do governo e entre processadores de dados de saúde pessoal para incentivar políticas e padrões comuns relacionados a dados.
3. Análise da capacidade dos sistemas de dados de saúde do setor público para servir aos interesses públicos.
4. Comunicação clara aos pacientes sobre o processamento de seus dados pessoais de saúde.
5. Processamento de dados pessoais de saúde por termo de consentimento e de alternativas legais apropriadas.
6. Implementar procedimentos de análise e aprovação para processar dados pessoais de saúde.
7. Obter transparência por meio de informações públicas sobre o processamento de dados pessoais de saúde.
8. Maximizar o desenvolvimento e o uso de tecnologia para processamento e proteção de dados.
9. Possuir mecanismos para monitorar e avaliar o impacto da estrutura nacional de governança de dados de saúde.
10. Fornecer treinamento e desenvolvimento de habilidades de processadores de dados pessoais de saúde.
11. Ter controles e proteções nos processadores de dados pessoais de saúde.
12. Exigir que os processadores de dados pessoais de saúde atendam às expectativas estabelecidas na estrutura nacional de governança de dados de saúde.

Esses 12 princípios estabelecem as condições para incentivar uma harmonização maior entre os países das estruturas de governança de dados, de modo que mais nações possam usar dados de saúde para pesquisa, estatísticas e melhoria da qualidade da saúde.

A implementação das Recomendações ajuda a abordar as barreiras ao uso de dados e ao desenvolvimento de tecnologias digitais e fornece aos líderes do sistema de saúde uma ferramenta para uma comunicação clara sobre os benefícios de uma transformação digital desse setor. A estrutura permite um discurso público informado sobre oportunidades e riscos do uso de dados, incluindo os benefícios perdidos por não implementar os dados de saúde.

Fonte: OCDE (2019[12]), Recomendação do Conselho sobre Governança de Dados de Saúde.

No Brasil, uma nova lei de proteção à privacidade de dados pessoais, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), entrou em vigor em agosto de 2018 e, um ano depois, foi inaugurada a Agência Nacional de Proteção de Dados (ANPD), responsável por aprovar a criação de conjuntos de dados pessoais de saúde e aprovar pedidos de processamento de dados pessoais de saúde, como vínculos de conjuntos de dados.

É um desafio implementar uma nova legislação de governança de dados. O Brasil está desenvolvendo uma estrutura nacional para governança de dados de saúde por meio do CIINFO. O Brasil relata atrasos na introdução da LGPD e na nova Agência Nacional de Proteção de Dados e ainda há trabalho para desenvolver regulamentações que regem o compartilhamento e acesso de dados. O país também enfrenta o desafio de desenvolver pessoal técnico qualificado o suficiente para processar dados e apoiar a torná-los mais acessíveis para pesquisa.

Tabela 4.1. Elementos de Governança de Dados de Saúde Nacional

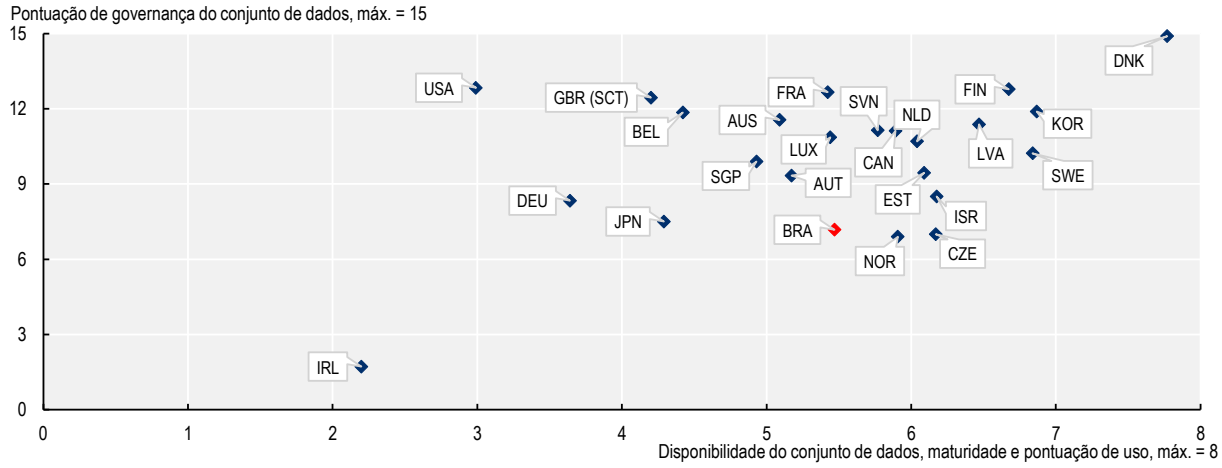
País	Uma estrutura nacional de governança de dados de saúde foi ou está sendo criada	A consulta pública ocorreu ou está planejada sobre os elementos da estrutura nacional de governança de dados de saúde	Existe legislação ou regulamentação nacional que trata da proteção da privacidade das informações de saúde e/ou da proteção e do uso dos prontuários eletrônicos dos pacientes	Uma autoridade central para a aprovação de solicitações de processamento de dados pessoais de saúde é criada ou planejada
Austrália	Não	Sim	Sim	Sim
Áustria	Sim	Sim	Sim	Sim
Bélgica	Não	Não	Sim	Sim
Brasil	**Sim**	**Sim**	**Não**	**Não**
Canadá	Sim	Sim	Não	Não
República Tcheca	Sim	Sim	Sim	Não
Dinamarca	Sim	Não	Sim	Não
Estônia	Não	Não	Sim	Sim
Finlândia	Sim	Não	Sim	Sim
França	Sim	Não[1]	Sim	Sim
Alemanha	Sim	Não	Sim	Não
Irlanda	Sim	Sim	Sim	Sim
Israel	Sim	Sim	Sim	Sim
Japão	Não	Não	Sim	Não
Coreia	Sim	Sim	Sim	Sim
Letônia	Sim	Sim	Sim	Sim
Luxemburgo	Não	Sim	Sim	Sim
Países Baixos	Sim	Sim	Sim	Sim
Noruega	sem classificação	sem classificação	Sim	Sim

Singapura	Não	Sim	Sim	Não
Eslovênia	Sim	Sim	Sim	Sim
Suécia	Sim	Não	Sim	sem classificação
Reino Unido (Escócia)	Sim	Sim	sem classificação	Sim
Estados Unidos	Sim	Sim	Sim	Sim
Total Sim	**17**	**15**	**21**	**16**

1. A missão do Health Data Hub é elaborar uma carta de cidadãos e pacientes em colaboração com associações de pacientes.
Fonte: Pesquisa da OCDE sobre Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados de Saúde 2019-20.

Os resultados da pesquisa indicam que o Brasil se compara favoravelmente a outros países em termos de desenvolvimento e uso de dados nos principais conjuntos de dados nacionais de saúde e possui elementos de boa governança desses conjuntos de dados. A Figura 4.2 fornece um resumo dos resultados da pesquisa.

Figura 4.2. Distribuição do desempenho geral dos países no desenvolvimento, na maturidade e no uso dos dados de saúde e na governança dos conjuntos de dados de saúde



Fonte: Pesquisa da OCDE sobre Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados de Saúde 2019-20.

A disponibilidade, a maturidade e o uso do conjunto de dados são calculados por meio de uma série de parâmetros que medem o grau de desenvolvimento de cada país nesses aspectos. De acordo com as respostas enviadas à Pesquisa da OCDE sobre Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados em Saúde, o Brasil relatou um desempenho muito bom em alguns desses parâmetros, como a porcentagem de conjuntos de dados disponíveis que compartilham o mesmo identificador único do paciente; e conjuntos de dados de saúde onde os códigos padrão são usados para terminologia clínica. Para outros parâmetros, o desempenho do Brasil é próximo à média dos membros da OCDE, como porcentagem de conjuntos de dados de saúde nacionais importantes disponíveis; conjuntos de dados de saúde com cobertura de 80% ou mais da população; conjuntos de dados de saúde onde os dados são extraídos automaticamente de registros clínicos ou administrativos eletrônicos; conjuntos de dados usados para informar regularmente a qualidade da saúde ou o desempenho de seu sistema; e conjuntos de dados vinculados regularmente para pesquisa, estatísticas e/ou monitoramento. Por fim, o desempenho do Brasil é de 0% na porcentagem de conjuntos de dados disponíveis em que o tempo entre a criação do registro e sua inclusão nele é de até uma semana em comparação com 16% para os membros da OCDE.

Na governança do conjunto de dados, outro grupo de parâmetros é levado em consideração para avaliar o desempenho de cada país. O Brasil relatou um desempenho muito bom ao ter uma legislação que autoriza conjuntos de dados e possuir uma autoridade encarregada da privacidade/proteção de dados, bem como uma descrição pública de conjuntos de dados. O desempenho do país está próximo da média da OCDE em termos de pessoal treinado em proteção e compartilhamento de dados dentro dos setores público, acadêmico/sem fins lucrativos, com fins lucrativos e transfronteiriços, e é considerado baixo em comparação com a média da OCDE em termos de controles de acesso aos dados do pessoal; desidentificação dos dados antes da análise; testagem do risco de ataque de reidentificação; acordos de compartilhamento de dados padrão e serviço de acesso remoto a dados ou centros de dados de pesquisa; descrições que incluem a base legal para o conjunto de dados; e procedimentos para solicitar e aprovar critérios para vínculos de dados; com pontuações que chegam a 0% para o Brasil.

4.3.2. O Brasil conduziu vários vínculos de conjuntos de dados, mas a identificação exclusiva dos pacientes ainda é insuficiente

Os vínculos são conduzidos regularmente entre os seguintes conjuntos de dados no Brasil: dados de pacientes internados em hospitais, de pacientes internados em hospitais psiquiátricos, de atendimento de emergência e de mortalidade. Os dados de nascimento também são vinculados regularmente a esses conjuntos. A maioria dos vínculos de conjuntos de dados no Brasil são para fins de pesquisa; no entanto, os vínculos de dados de atenção primária também dão suporte ao financiamento de saúde e os de dados de mortalidade podem ser conduzidos para auditar os registros de qualidade.

Um ponto forte no Brasil é o uso de um número de identificação do paciente em todos os principais conjuntos de dados de saúde nacionais, o Cartão Nacional de Saúde (CNS). No entanto, é possível que mais de um número tenha sido atribuído ao mesmo paciente, criando um problema de identidade duplicada que poderia ser resolvido com a migração em curso para o uso do Cadastro de Pessoas Física (CPF), iniciada recentemente por alguns bancos de dados. Outras variáveis de identificação também estão disponíveis nesses conjuntos de dados de saúde que podem oferecer suporte a vínculos de conjuntos de dados aprovados. A identificação de variáveis não estava disponível; entretanto, isso ocorreu dentro dos dados de pesquisa da saúde populacional e das experiências do paciente no Brasil ou dentro dos dados de censo populacional. Logo, não é tecnicamente possível vincular os dados de pesquisa ou do censo aos dados de saúde, de modo que a riqueza desses conjuntos de dados em relação às características demográficas e socioeconômicas e aos comportamentos de saúde, por exemplo, possa ser usada para entender melhor a utilização e os resultados do atendimento.

No entanto, o Brasil também relata que a exigência de inclusão de um identificador pessoal nos conjuntos de dados de saúde nacionais é relativamente nova e os problemas de identificação de pessoas nos conjuntos de dados de saúde são falhas importantes de qualidade de dados.

A maioria dos conjuntos de dados nacionais de saúde no Brasil é usada para relatar regularmente os indicadores de qualidade da saúde ou do desempenho de seu sistema. Entretanto, apenas os dados da atenção primária são vinculados regularmente com o objetivo de fornecer indicadores para monitorar a qualidade ou o desempenho, e o objetivo principal desse vínculo é limitado à apresentação de indicadores para monitorar a imunização de crianças de até 1 ano. Conforme indicado na pesquisa, muitos conjuntos de dados são vinculados regularmente para fins de pesquisa, embora o Brasil não esteja vinculando os conjuntos de dados regularmente para informar a qualidade da saúde ou o desempenho de seu sistema, o que representaria uma melhoria para os resultados do sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde.

Em outros países, os indicadores baseados em vínculos de conjuntos de dados fornecem uma gama mais ampla de informações para monitorar a qualidade e o desempenho dos cuidados de saúde, como indicadores de readmissão ao hospital e falecimento após eventos importantes, o infarto agudo do miocárdio, por exemplo, ou procedimentos hospitalares importantes, tal como a cirurgia de artroplastia de

quadril. Com os dados de saúde oportunos do Brasil e a capacidade de conduzir vínculos de conjuntos de dados, perde-se a oportunidade de utilizar esses dados para monitorar o desempenho do sistema de saúde e detectar problemas. Veja a Tabela 4.2 para exemplos de indicadores baseados em vínculos de registros usados para monitorar regularmente a qualidade da saúde ou o desempenho de seu sistema nos países-membros da OCDE.

Obviamente, os próprios conjuntos de dados devem ser de qualidade suficiente para corroborar a pesquisa e o desenvolvimento de indicadores, e o Brasil levantou uma série de questões. Isso inclui o fato de que os dados de pacientes internados em hospitais, em hospitais psiquiátricos e em prontos-socorros são preenchidos a partir de pedidos de seguro, e essa fonte é limitada no que tange às informações clínicas importantes. Esses dados também apresentam problemas com a qualidade da codificação da terminologia em saúde e com a subnotificação de seus elementos. Para os dados de atenção primária, cuja fonte consiste nos prontuários, as preocupações estão relacionadas à necessidade de melhorar os sistemas de prontuários eletrônicos, aprimorando a adoção de terminologias clínicas padronizadas, expandindo a maturidade dos modelos de informações clínicas e adotando um padrão para troca de informações clínicas, como HL7–FHIR. Os dados de mortalidade no Brasil são desafiados pela necessidade de investigar causas de falecimento não identificadas.

O país não está sozinho no enfrentamento dos desafios de qualidade de dados nos conjuntos de dados nacionais. De fato, 18 dos 23 países identificaram desafios ao desenvolver vários conjuntos de dados de saúde, muitas vezes nacionais. Assim como no Brasil, os problemas de qualidade de dados relacionados à disponibilidade de padrões de terminologia e de codificação para esses padrões são comuns. A OCDE vem pesquisando o desenvolvimento dos países de sistemas de registros eletrônicos de saúde e o uso e governança de dados nesses sistemas, incluindo o progresso e as barreiras à interoperabilidade de dados, e a participação do Brasil nesses esforços é esperada.

Tabela 4.2. Indicadores baseados em vínculos de registros usados para monitorar regularmente a qualidade da saúde ou o desempenho de seu sistema

País	Indicadores
Austrália	Readmissões hospitalares não planejadas para procedimentos cirúrgicos selecionados; relatório anual de sobrevivência ao câncer.
Áustria	Taxas de readmissão hospitalar após a cirurgia, taxas de mortalidade após hospitalização, mortalidade em 30 dias para pacientes com ataque cardíaco.
Bélgica	Monitoramento da profilaxia antibiótica no hospital; Mortalidade em 30 e 90 dias por câncer de pâncreas, esôfago e retal.
República Tcheca	Indicadores de mortalidade em 30 dias para pacientes hospitalares e com doenças cardiovasculares; estimativas de sobrevivência para pacientes com câncer, diabetes e outros diagnósticos.
Estônia	Mortalidade em 30 dias e 1 ano para pacientes com infarto agudo do miocárdio; suicídio entre pacientes esquizofrênicos.
Finlândia	Mortalidade após IAM, acidente vascular cerebral, fratura de quadril; prescrição de antibióticos para infecções respiratórias agudas; cobertura vacinal; sobrevivência de câncer de mama, colorretal e de útero (e outros tipos de câncer); número de dias que os pacientes com fratura de quadril passam em casa no ano posterior à fratura; e ajuste de risco dos indicadores de desempenho.
Coreia	Mortalidade (no hospital, até 7 dias após a alta, até 30 dias após a cirurgia) para cirurgia de revascularização do miocárdio; taxa de injeção de antibióticos dentro de 8 horas após a chegada ao hospital por causa de pneumonia; readmissão de pacientes internados em hospitais psiquiátricos dentro de 30 dias após a alta; Taxa de ressonância magnética ou tomografia computadorizada dentro de uma hora após a chegada ao pronto-socorro; taxa de prescrição de antibióticos; número de medicamentos por prescrição; Taxa de sobrevivência de câncer de cinco anos com câncer de pulmão, de mama, et al.; mortalidade após enxerto de revascularização do miocárdio; e indicadores para pacientes em cuidados de longo prazo, incluindo: porcentagens de pacientes com redução das atividades da vida diária; taxa de prescrição de antipsicóticos atípicos para esquizofrenia; Readmissão de 30 dias ao hospital após alta hospitalar por esquizofrenia; Taxa de prescrição sobreposta, prescrições de anti-hipertensivos de quatro ou mais componentes, administração paralela de diuréticos, prescrição de terapias paralelas não recomendadas, dias de prescrição e grupo de prescrição contínua para hipertensão; e custo da medicação por dia de administração.
Letônia	191 indicadores no que tange ao processo, o resultado e a estrutura. Diferentes indicadores do Eurostat incluídos (anos de vida saudáveis no nascimento; mortalidade amenizável; expectativa de vida ao nascer), pesquisa UE-SILC (habitantes com 16 anos ou mais com saúde muito boa ou boa autopercepção; necessidade autorrelatada de cuidados médicos não atendida;

País	Indicadores
	os principais motivos para a necessidade não atendida de cuidados médicos (exceto dentista) durante os últimos 12 meses: muito caro, lista de espera, longa distância; motivo financeiro para a necessidade não atendida de cuidados médicos (exceto dentista) durante os últimos 12 meses: muito caro), OCDE (IAM, AVC isquêmico/hemorrágico, mortalidade em 30 dias (com base no paciente); morte por suicídio em 30 dias/1 ano após a alta em pacientes com diagnóstico de transtorno mental; despesas com saúde; remuneração de médicos; etc.), CEPCD (consumo de álcool em gel; número de hemoculturas por ano/paciente-dia) e indicadores desenvolvidos nacionalmente (cobertura de imunização; incidência de diferentes tumores malignos; porcentagem de médicos e enfermeiros em exercício com 55 anos ou mais, etc.) são combinados.
Luxemburgo	Indicadores de HCQO; taxas de mortalidade em 30 e 90 dias após o tratamento inicial para câncer; indicadores anuais de mortalidade e sobrevivência por câncer.
Países Baixos	Readmissão, tempo de internação inesperado, TMHP, indicadores de HCQO (mortalidade após IAM ou acidente vascular cerebral, fratura de quadril, internações evitáveis, segurança do paciente, prescrição); taxas de suicídio e taxas de mortalidade excessiva; taxas de sobrevivência; níveis de colesterol e exames oftalmológicos em pacientes diabéticos; e medidas de espirometria para pacientes com pulmão.
Eslovênia	Indicadores de HCQO; incidência, prevalência, mortalidade, sobrevivência e distribuição geográfica do câncer.
Suécia	Prescrição apropriada de medicamentos entre pessoas com insuficiência cardíaca; mortes e prescrição em populações de saúde mental; mortalidade após fraturas de quadril; prescrições de benzodiazepínicos; sobrevivência ao câncer; IAM e fatalidades em acidente vascular cerebral; suicídios em várias populações; e taxas de prescrição para pacientes de cuidados de longo prazo.

Fonte: Pesquisa da OCDE sobre Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados de Saúde 2019-20.

A Estônia é um bom exemplo de como os vínculos de dados de saúde podem ser benéficos para os pacientes, facilitando o acesso aos seus próprios PEPs, os quais também podem ser acessados com segurança por seus profissionais de saúde. Isso foi obtido por meio do identificador único do paciente – o número de identificação pessoal nacional – que os estonianos possuem. Veja o Quadro 4.5 para uma visão mais detalhada do portal do paciente da Estônia.

Quadro 4.5. O portal do paciente da Estônia

Na Estônia, todos os cidadãos segurados pelo Fundo de Seguro de Saúde do país têm acesso aos dados de saúde por meio de um portal virtual do paciente, o qual fornece acesso ao banco de dados nacional de saúde e unifica os dados de vários profissionais de saúde no PEP. As pessoas podem visualizar seus dados médicos, incluindo aqueles inseridos por profissionais de saúde, sobre diagnósticos, resultados de testes e suas interpretações e tratamentos recebidos, bem como dados sobre medicamentos prescritos e dispensados.

Além de fornecer acesso aos dados armazenados em seu PEP, o portal permite que as pessoas criem documentos resumidos (como resumos de casos e gráficos de atendimento odontológico), configurem lembretes, agendem consultas, informem todas as instituições médicas simultaneamente sobre mudanças em seus dados de contato, criem declarações de intenção (como o registro para doação de órgãos) e iniciem processos administrativos. Por exemplo, em vez de consultar um profissional de saúde para esses fins, eles podem solicitar certificados de saúde por meio de exames médicos virtuais que usam dados médicos existentes em seu PEP e disponibilizar esses documentos para fins administrativos (para obter uma carteira de motorista, por exemplo).

Por padrão, todos os cidadãos podem acessar os próprios dados e os profissionais de saúde podem acessar os dados de seus pacientes. Os pais também possuem acesso aos dados de seus filhos menores de idade. No entanto, os usuários são seus próprios administradores de acesso e podem restringi-lo de forma seletiva ou optar por sair totalmente do sistema a qualquer momento. Os usuários maiores de idade podem autorizar outras pessoas a acessarem seus dados e nomearem representantes para o desempenho de algumas atividades (como comprar medicamentos com receita)

para que, por exemplo, as pessoas possam dar suporte ao tratamento de seus pais ou avós. A função para dar consentimento ao uso de dados para fins de pesquisa está atualmente em desenvolvimento.

Para a segurança de dados, o sistema conta com autenticação digital para acesso, assinatura digital de todos os dados, criptografia e armazenamento descentralizado de dados e registro de todas as atividades com o suporte da tecnologia *blockchain*. As pessoas acessam o portal por meio de sua cédula de identidade digital vinculada a uma carteira de cidadão, idêntica para todos os serviços públicos, inclusive os de saúde. Cada consulta de dados resulta em um registro inalterável para que qualquer possível violação permaneça totalmente rastreável. Os livros de registro de acesso aos dados são monitorados de maneira central e pelos próprios usuários, que podem verificar por quem e quando os dados foram visualizados. No passado, os profissionais de saúde que acessavam os dados sem a autorização apropriada já enfrentavam medidas disciplinares severas, incluindo a perda de sua licença para exercer a prática.

Em 2018, o portal foi usado ativamente por cerca de 480.000 pessoas, o que representa 37% da população da Estônia. Um pouco menos de 700 pessoas optaram por sair do sistema, o que representa uma parcela menor que 1% dos usuários.

Fonte: OECD (2019[3]) *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en.

4.4. Defasagens de coleta e disponibilidade de dados entre o Brasil e os países-membros da OCDE

4.4.1. Existem grandes defasagens na disponibilidade e relatórios de dados entre o Brasil e os países-membros da OCDE

O Brasil fica para trás na coleta e na divulgação regular de alguns indicadores de saúde, o que pode limitar o potencial de análise nacional relacionada à saúde e prejudicar a comparabilidade do país com os membros da OCDE em relatórios multinacionais. Ao comparar os indicadores de dados de saúde e os anos disponíveis na atualização das Estatísticas de Saúde da OCDE de 2020, a disponibilidade de dados do Brasil está abaixo da média da OCDE para todo o grupo de indicadores e, na maioria dos casos, é menor ou igual ao valor mínimo entre os países-membros da OCDE (vide Tabela 4.3).

Aumentar o número de indicadores de dados de saúde do Brasil nos bancos de dados de saúde da OCDE representa uma oportunidade para permitir mais recomendações de políticas baseadas em evidências e a inclusão do país em estudos multinacionais. Alguns indicadores também podem melhorar sua utilidade com dados mais recentes, como a densidade de enfermeiros, que está disponível apenas até 2012 no banco de dados de Estatísticas de Saúde da OCDE.

Entre o conjunto de indicadores, podemos encontrar temas que abrangem amplamente o funcionamento dos sistemas de saúde. O primeiro grupo na Tabela 4.1 chama-se “Estado de saúde”, o qual inclui indicadores como expectativa de vida, mortalidade materna e infantil, saúde infantil e doenças transmissíveis; Chile, Israel e República Eslovaca foram os membros da OCDE com maior abrangência neste grupo de indicadores com valores em torno de 0,80, enquanto Bélgica, Nova Zelândia e Estados Unidos ficaram entre os mais baixos, com valores em torno de 0,50. No grupo Fatores de risco, temos indicadores sobre o consumo de tabaco, álcool, frutas e hortaliças, além da população com sobrepeso e obesidade; países como Bélgica, França e Nova Zelândia têm a abrangência mais alta, enquanto Chile, Hungria, Eslovênia e República Eslovaca possuem os valores mais baixos.

Tabela 4.3. Disponibilidade de dados das Estatísticas de Saúde da OCDE para os países-membros e o Brasil, 2020

Grupo de indicadores	Brasil	OCDE	Valor máximo	Valor mínimo	Número de indicadores
Estado de saúde	0,12	0,67	0,85	0,48	25
Fatores de risco	0,19	0,37	0,85	0,06	12
Remuneração	0,00	0,43	1,00	0,00	5
Tempo de espera	0,00	0,32	1,00	0,00	7
Emprego	0,00	0,61	0,93	0,11	80
Recursos de saúde	0,00	0,60	1,00	0,14	40
Utilização dos cuidados de saúde	0,00	0,56	0,77	0,11	35
Cuidado de longo prazo	0,00	0,41	0,97	0,00	9
Mercado farmacêutico	0,00	0,64	0,98	0,00	62
Proteção social	0,08	0,64	1,00	0,19	9

Nota: Os valores são médias por grupo de indicadores que variam de 0 a 1, com 1 ponto atribuído a cada indicador se houver dados disponíveis até t-1 (2019), 0,75 até t-2 (2018), 0,5 se até t-3 (2017) e 0 se os dados forem mais antigos ou indisponíveis.
Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE de 2020.

Em seguida, na categoria “Remuneração”, observamos indicadores sobre a renda anual de clínicos gerais assalariados e autônomos, especialistas e enfermeiros; Chile, Estônia, Islândia, Turquia e Reino Unido têm uma amplitude completa, enquanto Áustria, Dinamarca, França, Coreia, Letônia e Lituânia tiveram um valor de abrangência zero, como o Brasil. Em “Tempo de espera” podemos observar indicadores sobre o número de dias que se passaram entre a avaliação e o tratamento para procedimentos como cirurgias de catarata, próteses de quadril e joelho, e revascularização do miocárdio; com um histórico semelhante mostrando países-membros da OCDE, como Hungria, Itália e Holanda, com total disponibilidade de dados, e alguns outros membros com valor de abrangência zero, como o Brasil. Essa também é a categoria de indicadores com o menor número de entrevistados, apenas 16 dos 38 países-membros da OCDE enviaram informações sobre o tempo de espera.

Para a categoria “Emprego”, são levados em consideração indicadores sobre a prática de médicos, enfermeiros, especialistas, dentistas, farmacêuticos e médicos graduados; e países-membros como Islândia, Israel e Noruega exibem os valores mais altos de abrangência de dados, enquanto Finlândia, México e República Eslovaca estão entre os países com a abrangência de dados mais baixa, embora superior ao Brasil.

Em “Recursos de saúde”, há indicadores do número de hospitais por propriedade, número de leitos e unidades de tecnologia médica; países-membros como Islândia, Israel e Eslovênia possuem dados completos ou quase completos, enquanto Austrália, Noruega e Reino Unido têm os dados menos completos, embora, mais uma vez, esses valores mais baixos ainda sejam maiores do que os do Brasil. Em seguida, para a “Utilização de cuidados de saúde”, os bancos de dados de Estatísticas de Saúde da OCDE gerenciam dados sobre consultas, imunizações, agregados hospitalares, rastreamentos, exames diagnósticos e procedimentos cirúrgicos; Estônia, Lituânia e Eslovênia são os países-membros com a maior abrangência de dados, enquanto Grécia, Japão e Portugal são aqueles com os menores níveis. O Brasil tem dados completos disponíveis sobre imunizações contra difteria, tétano e coqueluche-DTP, sarampo e hepatite B até 2018, embora para a abordagem metodológica desses dados, a figura de abrangência considera apenas dados sobre imunização contra influenza, que não estão disponíveis para o Brasil nos bancos de dados de Estatísticas de Saúde da OCDE.

Para cuidados de longa duração, o grupo contém indicadores selecionados sobre trabalhadores, beneficiários e número de leitos; Israel, Nova Zelândia e Portugal são os países-membros da OCDE com maiores valores de abrangência de dados, enquanto Bélgica, Chile e México são os que apresentam

menor disponibilidade de dados e o Brasil também apresenta carência de dados para este grupo de indicadores. Os mercados farmacêuticos incluem um amplo conjunto de indicadores sobre consumos, vendas e mercado de genéricos; de um lado encontramos Estônia, Itália e Portugal que possuem uma disponibilidade quase completa de dados para esses indicadores, enquanto França, Polônia e Estados Unidos estão do lado oposto com grande parte dos indicadores farmacêuticos indisponíveis, a exemplo do Brasil. Por fim, em "Proteção Social", encontram-se indicadores sobre cobertura de planos de saúde públicos e privados; Austrália, Canadá e Nova Zelândia são os países-membros da OCDE com uma disponibilidade de dados completa sobre esses indicadores, enquanto Japão, Letônia e Lituânia exibem a abrangência de dados mais baixa, embora ainda seja maior do que o valor da abrangência de dados do Brasil.

Certas áreas das Estatísticas de Saúde da OCDE, como uso e recursos de saúde, ambas cruciais para uma avaliação correta dos pontos fortes e fracos dos sistemas nacionais de saúde, não oferecem dados sobre o Brasil, conforme mencionado acima. Ter uma coleta adequada de dados para esses indicadores, e sua subsequente transmissão à OCDE, pode ser um componente essencial para recomendações de políticas baseadas em evidências que se beneficiam das experiências anteriores de países-membros que forneceram um conjunto semelhante de indicadores comparáveis. Isso poderia contribuir para a criação de um sistema de saúde mais resiliente e inclusivo, voltado para pessoas e com uma melhor compreensão da saúde da população brasileira, dos resultados dos cuidados de saúde e dos aspectos financeiros de seu sistema. Veja o Quadro 4.6 para exemplos de como os países-membros da OCDE usam dados para aprimorar a qualidade de seus sistemas de saúde.

Quadro 4.6. Uso de dados para catalisar melhorias de qualidade na Suécia

Na Suécia, o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar e a Associação Sueca de Autoridades e Regiões Locais (SALAR) publicam regularmente o desempenho dos condados em mais de 150 indicadores de qualidade e eficiência da assistência médica, extraídos do amplo conjunto de registros nacionais de pacientes do país. O Conselho Nacional também realiza avaliações aprofundadas de áreas definidas de assistência.

Esses relatórios normalmente examinam de 20 a 60 indicadores relevantes, apresentados em diferentes níveis (conselho nacional, regional, municipal e unidade hospitalar, por exemplo), além de serem desagregados por idade, gênero e status socioeconômico (como escolaridade). Em um apêndice ao relatório principal, os resultados dos conselhos e das unidades do condado são apresentados através de gráficos de perfil, mostrando as suas conquistas em relação ao valor médio nacional por indicador.

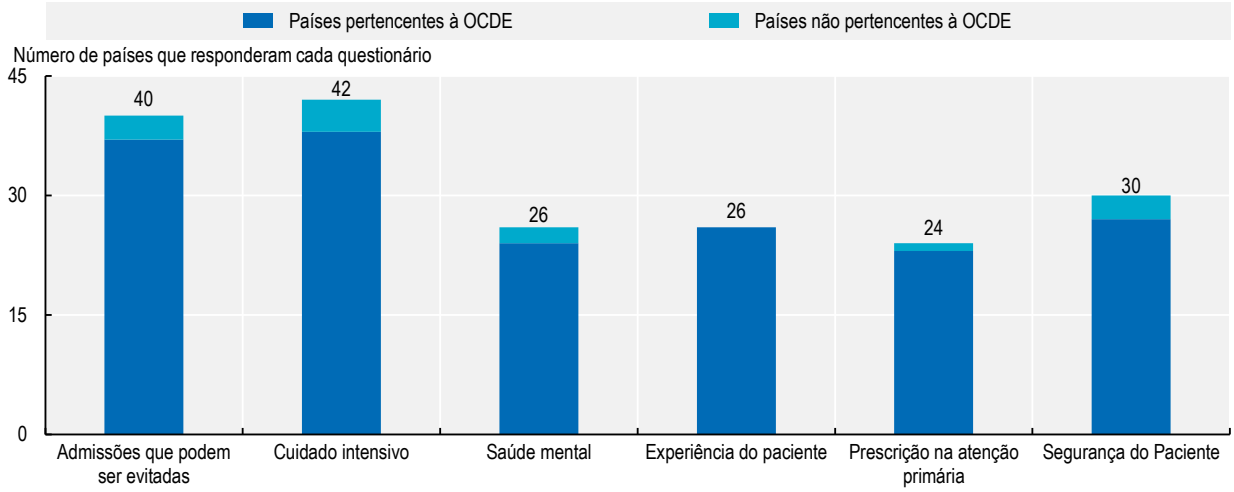
Um resumo das áreas que precisam ser aprimoradas é compilado para cada conselho do condado, recomendando medidas a serem tomadas para aumentar a qualidade do atendimento. A avaliação também resulta em recomendações nacionais para os profissionais de saúde com foco em indicadores nos quais o desempenho é insatisfatório (OECD, 2013[1]).

4.4.2. Existem defasagens entre o Brasil e os países-membros da OCDE nos indicadores de resultados de qualidade da saúde e em outras pesquisas e questionários de saúde

Outros bancos de dados das Estatísticas de Saúde da OCDE, como os Resultados da Qualidade da Saúde (HCQO), também não oferecem dados do Brasil. O objetivo do banco de dados HCQO é coletar, analisar e monitorar as variações na qualidade da saúde entre os países ao longo do tempo, em vez de uma avaliação descritiva dos tópicos relacionados à saúde, a qual é realizada nas coletas dos dados mencionados anteriormente. Os questionários sobre internações evitáveis, cuidados agudos, tratamento do câncer, saúde mental, experiência do paciente, prescrição na atenção primária e segurança do

paciente são enviados aos países a cada dois anos. Atualmente, o Brasil não possui dados sobre esses indicadores de HCQO, mesmo que os questionários sejam enviados periodicamente aos pontos de contato nacional (embora alguns países que não são membros da OCDE também tenham fornecido números sobre esses indicadores à Organização durante a rodada de coleta de dados de 2020-2021). Esses dados são usados posteriormente em análises e publicações de vários países (vide Figura 4.3).

Figura 4.3. Distribuição dos países que responderam aos questionários de Resultados de Qualidade da Saúde, 2020-21



Fonte: Estatísticas de Saúde da OCDE de 2021.

Ter indicadores no HCQO para o Brasil representaria outra grande melhoria para a comparabilidade de dados com os países-membros da OCDE e os principais parceiros, além de permitir recomendações de políticas mais personalizadas com base nos resultados do sistema de saúde no país.

Em relação ao HCQO, o Secretariado da OCDE, juntamente com os representantes dos países, está sempre explorando novas fontes para analisar a qualidade da saúde. Por exemplo, uma nova geração de indicadores apresentada em 2020 permitirá o *benchmarking* internacional sobre o desempenho da prestação de cuidados integrados com o desenvolvimento de medidas de qualidade. Esses indicadores fazem parte da coleta de dados de Atenção Integrada (AI) do HCQO e adotam uma perspectiva da trajetória do atendimento ao paciente, usando sistemas de PEP em todo o país e vinculação de informações entre os conjuntos de dados existentes. Os dados vinculados, por exemplo, permitiriam monitorar a progressão da doença de um determinado paciente durante longos episódios de atendimento envolvendo vários serviços e dados provenientes de internação hospitalar, atenção primária à saúde e atendimento especializado ambulatorial, bem como prescrições de medicamentos e registros de óbitos, para acompanhar eventos importantes em um percurso pelo sistema para uma pessoa que tenha tido um primeiro derrame, por exemplo. Isso permitirá mensurar como os cuidados prestados antes e depois da hospitalização evitam reinternações hospitalares ou óbito. A Estrutura da OCDE para Desempenho do Sistema de Saúde está sendo usada com o objetivo de avaliar o desempenho da prestação de cuidados integrados para iniciar o desenvolvimento do indicador HCQO IC, testando 19 novos indicadores em 2021 para pacientes internados com insuficiência cardíaca congestiva – ICC ou acidente vascular cerebral.

Além disso, o HCQO também incluiu uma coleta de dados piloto em 2020 de novos indicadores relacionados aos cuidados ao fim da vida nos países da OCDE. Os indicadores sobre o último ano de vida das pessoas, como local do óbito, internações hospitalares, readmissões hospitalares em 30 dias após a alta, utilização e tempo de permanência em serviços de cuidados paliativos, medicamentos

usados, admissão na UTI e visitas ao pronto-socorro nos últimos 30 dias de vida estão sendo explorados para serem coletados em uma base mais regular no futuro.

4.4.3. O Brasil começou a implementar o Sistema de Contas de Saúde e deve considerar a participação regular na coleta de dados de despesas com saúde da OCDE

A OCDE vem coletando dados sobre despesas com saúde baseados em uma definição e estrutura comuns há mais de 20 anos. Os objetivos do "Sistema de Contas da Saúde de 2011" (conhecido por sua sigla em inglês, SHA) (OECD/Eurostat/WHO, 2017[13]) são vários: (i) fornecer uma estrutura dos principais agregados relevantes para as comparações internacionais de gastos em saúde e análise de sistemas de saúde; (ii) fornecer uma ferramenta que possa produzir dados úteis no monitoramento e na análise do sistema de saúde; (iii) definir limites harmonizados de cuidados de saúde internacionalmente para monitorar despesas de consumo.

A estrutura de SHA de 2011 está estruturado em torno de uma abordagem de contabilidade em três eixos na qual as despesas com saúde devem ser categorizadas por meio da dimensão dos esquemas de financiamento ("quem paga pelos serviços?"), dos profissionais de saúde ("quem presta os serviços?") e das funções de saúde ("que tipos de serviços de saúde são consumidos?"), definindo os gastos com saúde como o consumo final de bens e serviços de saúde.

No momento, mais de 40 países estão enviando anualmente dados de despesas com saúde para o ano t-2 ao longo das três dimensões principais como parte da coleta de dados do Questionário Conjunto de Contas de Saúde (JHAQ).

O Brasil começou a implantar o Sistema de Contas da Saúde com base em sua longa experiência com a Conta-Satélite da Saúde, um exercício que é realizado em intervalos regulares pelo IBGE, juntamente com outras partes interessadas, como a Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz, o Ministério da Saúde e outros (IBGE, 2019[14]). O trabalho para mapear esses resultados na estrutura de SHA internacional está em andamento. Para os anos de 2010-2014, um exercício de mapeamento para as três dimensões de SHA foi bem-sucedido para os gastos do SUS (Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz, 2018[15]). Em 2021, o Brasil participou da coleta de dados do JHAQ, apresentando pela primeira vez dados comparáveis internacionalmente para funções de saúde. Para melhorar a comparabilidade internacional de seus dados de despesas com saúde, o Brasil se tornou um membro ativo do Grupo de Trabalho de Estatísticas de Saúde da OCDE, que fornece uma plataforma para trocar experiências de países com a implementação do Sistema de Contas de Saúde e discutir desafios metodológicos e possibilidades para resolvê-los.

O Brasil deve continuar os esforços de implementação do Sistema de Conta de Saúde e considerar a participação regular na coleta anual da OCDE no tocante aos dados de despesas com saúde para o ano t-2 para todas as três dimensões principais. Isso beneficiaria a análise do sistema de saúde no Brasil, fornecendo uma imagem mais clara de como o país se compara internacionalmente.

4.5. Rumo a um sistema de saúde baseado em informações para uma sustentabilidade mais forte

O Brasil conseguiu começar a desenvolver seu sistema de informação e infraestrutura de dados de saúde por meio de uma abordagem digital que aumentou a importância e a visibilidade de dados de saúde relevantes para um sistema de saúde mais resiliente e inclusivo. Embora avanços importantes tenham sido alcançados, o Brasil pode se beneficiar bastante de uma estratégia bem definida para um sistema de saúde baseado no conhecimento, aprimorando a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-28 (Ministério da Saúde, 2020[5]). Um roteiro orientado por objetivos claros deve incluir diretrizes como o fortalecimento da governança e a responsabilização (*accountability*) dos dados por meio da integração, da transparência e da interoperabilidade; melhoria dos procedimentos de coleta de dados com uma equipe

mais bem preparada, conectada e equipada; aumento da comparabilidade e da cobertura dos dados por meio da padronização de definições e metodologias; suporte à formulação de políticas baseadas em evidências com dados de saúde vinculados, inclusivos e em tempo real; e aumento da capacidade de *benchmarking* internacional do Brasil e sua cobertura nacional de dados de saúde por meio da adoção dos padrões da OCDE.

4.5.1. A integração de diferentes níveis de governo e o uso de um identificador único do paciente fortaleceria a governança e a responsabilização dos dados

Promoção da integração tripartite e regionalização

Dada a estrutura política do Brasil como uma República Federativa, um componente essencial para o funcionamento eficiente da governança e responsabilização dos dados é a integração e coordenação nos níveis federal, estadual e municipal. Órgãos como o CONASS e o CONASEMS são fundamentais para o alcance desta parceria tripartite entre os diferentes níveis de governo, e inclui-los na elaboração de um roteiro voltado para esse objetivo facilitaria uma integração perfeita. Os níveis estadual e municipal requerem mecanismos contínuos e institucionalizados de *feedback* e identificação de informações úteis para o planejamento e a gestão. Nesse aspecto, a regionalização também pode ser decisiva para melhor estruturar a integração tripartite, bem como para melhorar a capacidade de planejamento e gestão do sistema de saúde e de divulgação de dados de saúde.

Além disso, existem silos entre produtores de dados de saúde e usuários finais no Brasil, principalmente nos níveis estadual e municipal. Aprimorar a sinergia entre esses dois grupos aumentaria o impacto e a coleta de dados de saúde, com uma melhor coordenação das necessidades dos usuários de dados de saúde e da gama de dados coletados por seus produtores. Nesse sentido, a expansão das habilidades e da alfabetização em dados dos profissionais de saúde que coletam e relatam dados pode facilitar na redução dessas defasagens. A regionalização também facilitaria a coordenação na coleta e no uso de dados de saúde por meio de um melhor planejamento dessas necessidades entre os diferentes estados e municípios.

A cobertura nacional de dados no Brasil é outro aspecto que poderia ser aprimorado por meio da regionalização, a fim de permitir comparações entre regiões, estados ou municípios do Brasil, bem como ter dados de saúde que reflitam com mais precisão as necessidades e demandas da população brasileira como um todo. Tendo em vista as dificuldades que existem em uma nação de extensão geográfica como o Brasil e as diversas diferenças que o território engloba, esse é um objetivo difícil de alcançar, mas que certamente valeria os esforços empreendidos.

Uso de um identificador único do paciente e migração de vínculos de dados de saúde probabilísticos para determinísticos

Uma forma eficiente de fortalecer a governança e a responsabilização dos dados é facilitar a identificação dos pacientes para melhorar a vinculação de suas informações nas diferentes áreas do SUS. Nesse sentido, é fundamental continuar a migrar de métodos probabilísticos para identificar e articular dados de pacientes no VinculaSUS – como usar o nome do paciente, local e data de nascimento ou informações pessoais dos pais – para métodos determinísticos, como os aplicados no ConecteSUS, usando identificadores únicos do paciente, como o CPF. O CPF é o número de identificação do contribuinte, unicamente utilizado no âmbito federal, ao contrário de outros números de identificação emitidos no âmbito estadual ou do CNS do SUS que, em alguns casos, identifica o mesmo paciente com vários números em vez de um único identificador. Esse processo deve receber atenção especial e ser potencializado por meio do aprimoramento de esforços relacionados, como a recém-criada RNDS.

A Itália, por exemplo, usa o número de identificação do contribuinte do *Codice Fiscal* como um identificador único do paciente. Portanto, ele é o número de identificação único impresso no cartão de saúde nacional para identificar os pacientes (vide Quadro 4.7).

Quadro 4.7. Número de identificação do contribuinte italiano como um identificador único do paciente

O cartão de saúde da *Tessera Sanitaria* é o documento de identificação pessoal que inclui o número do contribuinte como seu identificador único. Todos os cidadãos italianos com direito aos serviços prestados pelo Serviço Nacional de Saúde-SSN têm acesso a um cartão nacional de saúde.

Os municípios atribuem aos recém-nascidos números de identificação de contribuinte após a apresentação da certidão de nascimento, processo esse realizado em coordenação com o registro fiscal. Por outro lado, os números de identificação do contribuinte podem ser emitidos pelos escritórios da *Agenzia delle entrate,* a secretaria da receita italiana.

Uma vez atribuído o número de identificação do contribuinte, o cartão de saúde é emitido e entregue no endereço do cidadão recém-nascido com validade de um ano, enquanto os cartões de saúde emitidos a partir de então são válidos por seis anos – assim como aqueles emitidos para os cidadãos que os solicitam pela primeira vez (Agenzia delle entrate, 2021[16]).

Por meio desse identificador único do paciente, os conjuntos de dados podem ser vinculados de maneira mais eficiente e permitir pesquisas de saúde de maior impacto. Por exemplo, as análises sobre questões como os dados administrativos de eventos de AVC isquêmico agudo e tratamentos de trombólise foram realizadas por meio de bancos de dados que haviam sido vinculados usando o número de identificação do contribuinte italiano como um identificador único do paciente. Tal prática demonstra os benefícios que os pesquisadores, e não apenas os legisladores, podem obter a partir da disponibilidade de dados de saúde vinculados (Baldereschi et al., 2018[17]).

Proteção da privacidade dos dados pessoais dos pacientes

Tendo em mente essa integração, a privacidade dos dados pessoais dos pacientes deve ser protegida por uma estrutura jurídica adequada. O Brasil progrediu recentemente nesse aspecto por meio da LGPD, que entrou em vigor em agosto de 2018, e da ANPD, que foi lançada um ano depois. Porém, ambos estão com atrasos em sua introdução, e ainda é necessário desenvolver regulamentos que regem o compartilhamento e o acesso de dados, conforme mencionado na Seção 4.3.

A Lei de Acesso à Informação (LAI), promulgada em 2011 e que permite aos cidadãos solicitarem aos três níveis de governo acesso às informações públicas, é outra forma de garantir a transparência na utilização e na governança dos dados de saúde. Porém, uma lei ou regulamento nacional que visa garantir a proteção da privacidade das informações de saúde e/ou para a proteção e o uso do PEP deva ser promulgada de acordo com a Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde, como tem sido o caso em 21 países-membros até o momento (vide Tabela 4.1).

Concessão do acesso dos prontuários pessoais aos pacientes

Outro aspecto em que o Brasil avançou é permitir aos pacientes o acesso aos seus registros pessoais de saúde. Isso começou a ser implementado por meio do sistema ConecteSUS, o qual permite aos pacientes acessar seus registros pessoais de saúde e informações sobre outros quesitos como exames, imunizações e tratamentos por meio do identificador único do CPF. Esses registros pessoais de saúde também podem ser acessados pela equipe médica para que possam fornecer um melhor atendimento. O ConecteSUS também facilita a entrega de medicamentos prescritos aos pacientes nas farmácias que

fazem parte da rede “Aqui tem Farmácia Popular” conveniada ao SUS, permitindo um melhor controle dos medicamentos entregues por essas farmácias no âmbito da parceria com o SUS. Veja o Quadro 4.8 sobre a estratégia sueca de eSaúde, a qual permite às pessoas acessarem suas informações pessoais de saúde.

O ConecteSUS deveria ser ampliado para permitir que o maior número possível de pacientes no país acesse esta plataforma. Um componente fundamental desse acesso é o CPF como identificador único do paciente, garantindo que mais cidadãos possam fortalecer e ampliar o acesso ao ConecteSUS e, portanto, a seus prontuários pessoais.

A integração e a interoperabilidade dessas bases de dados em nível nacional, por meio de um identificador único do paciente, também poderiam resultar em indicadores de desempenho disponíveis para os gestores e profissionais de saúde e o público em geral, o que facilitaria uma melhoria progressiva dos sistemas de saúde por meio da identificação transparente dos problemas e gargalos existentes.

Quadro 4.8. Concedendo acesso ao paciente a seus prontuários eletrônicos: a Estratégia Sueca de eSaúde

Desde 2017, os prontuários eletrônicos dos pacientes estão acessíveis em todos os 22 condados da Suécia. Por meio de seu PEP, os residentes suecos têm acesso às informações de serviços médicos e odontológicos, incluindo notas médicas, resultados de exames, históricos de vacinação, medicamentos, referências e um histórico de quem acessou seu prontuário virtual. Embora os residentes não possam alterar as informações em seus registros de pacientes, eles podem adicionar comentários para sinalizar onde as informações podem estar incorretas (Armstrong, 2017[18]). Vários sistemas de prontuários eletrônicos dos pacientes foram implementados em toda a Suécia. Do ponto de vista do paciente, no entanto, o desenvolvimento de uma plataforma nacional de intercâmbio de informações de saúde permitiu que os vários sistemas de PEP fossem consolidados, permitindo que um único registro fosse visualizado pelo usuário (Hägglund, 2017[19]).

Os esforços para implementar o acesso a prontuários eletrônicos dos pacientes fazem parte da estratégia nacional de e-saúde da Suécia, a qual foi desenvolvida para promover o empoderamento do paciente por meio do envolvimento em sua saúde e assistência social, bem como fortalecer a qualidade do atendimento e a tomada de decisões entre profissionais de saúde e assistentes sociais. Além de facilitar o acesso às informações de saúde e assistência social dos residentes, a Estratégia de eSaúde também priorizou o fornecimento de informações importantes para os usuários dos sistemas de saúde e assistência social, como questões de qualidade e acessibilidade, em um formato acessível. Para fortalecer a qualidade do cuidado de longo prazo para idosos, a plataforma também permite que os residentes autorizem o acesso às informações relacionadas aos seus tratamentos, contidas em um Diário de Cuidados, a familiares e amigos que desejam acompanhar os cuidados que recebem regularmente (Swedish Ministry of Health and Social Affairs, 2011[20])

A Suécia monitorou a resposta do usuário ao lançamento de prontuários eletrônicos dos pacientes para garantir que o sistema atenda às necessidades de seus usuários. Uma pesquisa nacional de pacientes com usuários do sistema acessível de prontuários eletrônicos dos pacientes (PAEHR), Journalen, descobriu que a grande maioria dos usuários está satisfeita com ele (Moll et al., 2018[21]).

4.5.2. Os procedimentos de coleta e a confiabilidade dos dados podem ser aprimorados por meio do treinamento da equipe e do fornecimento dos equipamentos de TI e de conectividade necessários

Fornecer ao pessoal ferramentas de infraestrutura, treinamento e incentivos monetários aos municípios

O Ministério da Saúde está promovendo a coleta e o uso de dados de saúde por meio do treinamento de pessoal e incentivos monetários fornecidos aos municípios que cumpram com o envio oportuno dos dados de saúde. A continuação e o aprimoramento desse apoio do governo federal são necessários para a inclusão precisa de dados de mais municípios do Brasil, principalmente aqueles localizados em áreas remotas, e a redução das desigualdades. A garantia de acesso à internet, bem como de ferramentas de infraestrutura – como computadores e plataformas de PEP – e treinamento para coleta e a transmissão de dados também devem ser levados em consideração. Veja o Capítulo 4 sobre Tecnologia digital da Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde do Brasil para uma discussão mais aprofundada sobre esses aspectos.

O fortalecimento da equipe de programadores e especialistas em TI é outro componente fundamental para o aprimoramento dos procedimentos de coleta de dados e da confiabilidade desses indicadores. Para atender às necessidades e às exigências de coleta e tratamento de dados, o Brasil deve contar com pessoal suficientemente qualificado nessas áreas. O DATASUS e outros órgãos que gerenciam os dados de saúde estão em uma posição ideal para aprimorar as habilidades de programação e de TI dos profissionais de saúde, principalmente em regiões que possuam menos acesso a essas tecnologias.

Implementação de um repositório nacional de PEP

Com base no aprimoramento dos procedimentos de coleta de dados e nas habilidades de programação e de TI dos profissionais de saúde brasileiros, uma coleta e vinculação de dados mais sofisticadas poderiam ser desenvolvidas. Por meio da migração de métodos de vinculação de dados probabilísticos para determinísticos, os quais dependem de números de identificação únicos, o Brasil poderia conectar unidades básicas de saúde e hospitais em um esforço para implementar um repositório nacional de PEP. Veja o Quadro 4.9 para um exemplo da Dinamarca sobre a implementação bem-sucedida do PEP e a consolidação da governança sobre a infraestrutura de dados de saúde e o sistema de informação.

Quadro 4.9. Desenvolvimento e uso de Prontuários Eletrônicos dos Pacientes-PEP na Dinamarca

A maioria dos sistemas de saúde da OCDE implementou ou está começando a implementar um sistema nacional de prontuários eletrônicos de saúde que contenha ou associe virtualmente informações de vários sistemas de prontuários médicos e de pacientes que poderão, assim, ser compartilhados (de modo interoperável) entre os estabelecimentos de saúde.

A Dinamarca é um bom exemplo de implementação bem-sucedida de prontuários eletrônicos dos pacientes que facilitam a portabilidade de atendimento (Protti and Johansen, 2010[22]). Quase todos os médicos de atenção primária na Dinamarca usam prontuários eletrônicos dos pacientes conectados por uma rede nacional, a qual permite aos médicos se comunicarem diretamente com outros profissionais de saúde. Todos os indivíduos possuem um número de identificação pessoal exclusivo vinculado a seus prontuários e a outras áreas, incluindo tributação, o que facilita o acompanhamento dos indivíduos, independentemente de onde recebam atendimento.

Os prontuários eletrônicos dos pacientes foram introduzidos gradualmente na Dinamarca. Na década de 1980, os médicos começaram a receber uma pequena quantia pelo envio eletrônico dos pedidos de indenização médica. Isso incentivou um maior uso de computadores em práticas médicas e gerou um programa posterior que permitia aos médicos enviarem mensagens clínicas a outros profissionais e, eventualmente, enviar prescrições às farmácias por meio eletrônico. Com o apoio do Ministério da Saúde, essa empreitada cresceu; na década de 1990, foram desenvolvidos modelos de padrões nacionais para comunicações usadas com frequência e uma rede de dados de saúde foi criada. A MedCom, uma organização independente sem fins lucrativos, foi encarregada de supervisionar e expandir o programa de prontuários eletrônicos dos pacientes. Há um forte foco na manutenção da homogeneidade em todo o sistema. Por exemplo, embora existam mais de 50 plataformas distintas de prontuário eletrônico, há um único formulário eletrônico usado para todas as comunicações de médicos de atenção primária. Isso ajudou a impedir a criação de sistemas de informação paralelos e incompatíveis.

Ao mesmo tempo, a Dinamarca consolidou a governança de seus sistemas de informação de saúde. O Instituto Nacional de Dados de Saúde e Controle de Doenças funciona como uma empresa pública sob a tutela do Ministério da Saúde dinamarquês e é responsável por coletar toda a documentação de saúde dentro do sistema de saúde dinamarquês e orientar uma abordagem estratégica para o desenvolvimento da infraestrutura de informação. Isto inclui acordos de coordenação entre as autoridades centrais sobre objetivos comuns para uma melhor utilização dos dados, atividades de coordenação entre as autoridades centrais e regionais, e estabelecer a conexão com o vasto conjunto de prontuários de pacientes da Dinamarca (OECD, 2013[23]).

Consolidação e ampliação do trabalho de pesquisas de saúde populacional

Outro benefício obtido com o aprimoramento dos procedimentos de coleta de dados e tendo mais profissionais de saúde qualificados pode ser a ampliação do trabalho de pesquisas de saúde populacional. Conforme discutido na Seção 4.2, o IBGE trabalha atualmente em diferentes pesquisas de saúde populacional (vide Quadro 4.2) que poderiam se beneficiar desses avanços, tanto em termos de coleta e análise de dados quanto em termos de quantidade de população coberta, contribuindo assim para a redução das desigualdades em saúde entre os brasileiros.

Pesquisas de saúde do IBGE como a PNS e a PeNSE devem ser publicadas na íntegra com periodicidade regular de, no mínimo, cinco anos, permitindo um financiamento e planejamento mais organizados, gerando ao mesmo tempo uma melhora na atualidade e relevância dessas pesquisas e dos indicadores de saúde que elas coletam. Para obter uma representação mais precisa da saúde da criança e do adolescente no Brasil, a pesquisa da PeNSE poderia ser expandida para abranger uma faixa etária mais ampla do que apenas os brasileiros de 13 a 17 anos, ou por meio da criação de uma nova pesquisa nacional de saúde da criança e do adolescente com uma periodicidade mais regular de pelo menos cinco anos. Veja o Quadro 4.10 para exemplos da Austrália e dos Estados Unidos em pesquisas nacionais de saúde de crianças e adolescentes.

Quadro 4.10. Pesquisas nacionais de saúde de crianças e adolescentes na Austrália e nos Estados Unidos

Relatório infantil da Austrália

O relatório infantil da Austrália fornece uma visão geral do bem-estar das crianças no país. Os dados mais recentes disponíveis são reunidos em uma ampla gama de tópicos e se baseiam em relatórios anteriores do Instituto Australiano de Saúde e Bem-estar focados em crianças.

A publicação inclui informações sobre saúde, educação, apoio social, renda familiar e finanças, emprego dos pais, habitação, justiça e segurança. Crianças de 0 a 12 anos são levadas em consideração para este relatório, desde a primeira infância até ao fim dos anos iniciais do ensino fundamental. O relatório foi lançado em 2020 e deve ser atualizado periodicamente à medida que mais dados forem disponibilizados.

Pesquisa Nacional de Saúde Infantil

Criada para produzir estimativas representativas nos âmbitos nacional e estadual, a Pesquisa Nacional de Saúde Infantil examina a saúde de crianças de 0 a 17 anos nos Estados Unidos.

A gama de tópicos analisados no NSCH inclui saúde física e emocional, acesso a cuidados de saúde de qualidade e os contextos familiar, de bairro, escolar e social da criança. O NSCH é uma pesquisa anual iniciada em 2016, com dados coletados pelo Departamento do Censo dos Estados Unidos. Os dados podem ser refinados para avaliar as diferenças por estados, renda, raça/etnia, tipo de plano de saúde, entre outras características demográficas e de estado de saúde.

Fontes: Australian Institute of Health and Welfare (2020[24]), "Australian's Children", https://doi.org/10.25816/5ebca4d0fa7dd; Census Bureau (2019[25]), https://www.census.gov/programs-surveys/nsch.html.

4.5.3. Rumo a uma maior comparabilidade e cobertura de dados por meio da expansão e da aplicação da padronização de dados

Padronização de definições de dados e metodologias

O Brasil vem realizando padronização de definições e metodologia de compilação com a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.073 de 2011, a qual regulamenta o uso da interoperabilidade em saúde e padrões de informação para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, em todos os níveis de governo, e para os sistemas do setor privado e suplementar de saúde.

Nesse sentido, a terminologia SNOMED-CT está sendo aplicada para codificação de termos clínicos e o mapeamento das terminologias utilizadas no Brasil; o padrão para Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS) para a interoperabilidade com sistemas de saúde suplementar; e o padrão Health Level 7-HL7 para a integração de solicitações e resultados de exames, sendo também compatível com a interoperabilidade semântica entre sistemas. A Portaria nº 2.073 de 2011 também contempla a aplicação do PEP padronizado no Brasil por meio da terminologia OpenEHR. Seguir as diretrizes internacionais e as melhores práticas para o PEP pode ser benéfico para o país nesta tarefa, conforme mencionado anteriormente nesta seção e no Quadro 4.9.

A padronização de definições e metodologias de compilação pelo Brasil, realizada por meio da Portaria nº 2.073 de 2011, é um avanço importante, embora não tenha sido tão oportuna e eficiente quanto o esperado. Órgãos como o CONASS estão solicitando o aumento da frequência das reuniões que discutem a aplicação dessa portaria, a fim de acelerar a harmonização de padrões e metodologias de dados de

saúde. Além disso, incentivos monetários para incentivar uma maior conformidade representariam um poderoso catalisador para melhorar o processo de padronização.

4.5.4. Suporte à tomada de decisão baseada em evidências e à pesquisa em saúde de impacto no Brasil com dados de saúde vinculados, inclusivos e em tempo real

Melhoria da atualidade dos dados

O Brasil deve promover um sistema de infraestrutura de dados de saúde com um melhor timing de dados, vínculos aprimorados de dados e que inclua informações do setor privado. O progresso nessas três áreas produziria dados mais relevantes, atualizados e abrangentes que poderiam servir como base para conceber políticas baseadas em evidências. Centros de pesquisa e universidades também se beneficiariam dessas informações inovadoras e avançadas. Veja o Quadro 4.11 para exemplos de como Portugal vem utilizando dados para otimizar o seu sistema de saúde.

Ter dados em tempo real é uma ferramenta necessária para avaliar o impacto contínuo das políticas de saúde, bem como para tomar decisões mais embasadas e precisas. Isso se verifica não apenas em cenários excepcionais, como pandemias e outras crises de saúde, mas também em momentos de menor incerteza.

Quadro 4.11. Uso de dados em Portugal para informar compras mais inteligentes

Portugal implementou e continua desenvolvendo um conjunto de iniciativas que procuram otimizar custos e qualidade. Uma área de reforma particularmente bem-sucedida foi a redução dos gastos com produtos farmacêuticos por meio da promoção de medicamentos genéricos. A prescrição de genéricos tornou-se obrigatória em 2012. O Ministério da Saúde já exerce seus poderes de monopsônio, estabelecendo um limite anual para o gasto farmacêutico total (como uma porcentagem do PIB), e usa países com os preços de compra mais baixos para cada medicamento (como Espanha, França ou República Eslovaca) como referência a partir da qual ele inicia as negociações. Além disso, o Ministério está negociando atualmente um novo imposto sobre as vendas de produtos farmacêuticos – na verdade, um reembolso fiscal dos descontos recebidos pelos revendedores. As iniciativas também foram direcionadas aos farmacêuticos. Eles são obrigados a ter três das cinco formulações mais baratas disponíveis para cada medicamento, podendo vender aquela com menor valor. Caso contrário, eles pagarão uma multa de alto valor. Esse conjunto abrangente e sofisticado de medidas levou Portugal a apresentar uma das quedas mais acentuadas nas despesas farmacêuticas da última década.

É importante observar que essa redução nos gastos com produtos farmacêuticos não foi alcançada simplesmente por meio da imposição de cortes orçamentários, retiradas de produtos e de sanções. Iniciativas para estimular a prescrição de maior qualidade também foram introduzidas. Uma mudança para a prescrição por meio eletrônico permitiu um melhor monitoramento do histórico de medicamentos dos indivíduos, da conformidade e das interações medicamentosas possivelmente inseguras.

Um avanço importante foi a integração dessas iniciativas: as diretrizes e o formulário estão incorporados no sistema de prescrição eletrônica, permitindo a emissão de alertas caso os médicos prescrevam além dessas diretrizes. Os médicos também recebem feedback mensal sobre seus padrões de prescrição, alertando-os, por exemplo, até que ponto prescrevem fora do formulário nacional.

Como tornar os dados de saúde no Brasil mais inclusivos

É necessário incluir locais remotos, comunidades indígenas e localidades com acesso limitado às TICs nos processos de coleta de dados de saúde no Brasil. Fomentar a inclusão das partes mais excluídas do país nesses quesitos pode ajudar a prevenir o aumento das defasagens de desigualdade entre estados e municípios que possuam diferentes níveis de recursos financeiros, desenvolvimento e número de habitantes.

Por fim, a inclusão do setor privado também seria benéfica para obter uma representação mais completa do sistema de saúde brasileiro. Parcerias entre a ANS e o SUS sob a égide do Ministério da Saúde, bem como a inclusão dos dados da ANS na RNDS do ConecteSUS podem ser favoráveis para todas as partes interessadas e render dados mais relevantes para formuladores de políticas, pesquisadores e analistas.

4.5.5. Capacidade de benchmarking internacional e cobertura nacional de dados de saúde por meio da adoção dos padrões da OCDE

Adoção dos padrões da OCDE para o uso de dados e adesão às recomendações do Conselho

O Brasil está convidado a adotar os padrões da OCDE para o uso nacional e internacional de dados e estatísticas, participando também das diferentes estatísticas de saúde e de reuniões de especialistas nas quais as melhores práticas são discutidas, além dos diferentes processos de coleta de dados para os países-membros da OCDE e principais parceiros. Essa participação mais próxima também pode permitir ao Brasil aprimorar sua coleta, disponibilidade e comparabilidade de dados, que podem ser usados, por sua vez, em estudos e análises multinacionais realizados pela OCDE e outros.

A adesão do Brasil à Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde também é incentivada. Essa recomendação promove a implementação de uma estrutura nacional de governança de dados de saúde e estabelece 12 princípios de alto nível para o desenvolvimento, conteúdo e avaliação de estruturas nacionais em áreas como privacidade do paciente, transparência, monitoramento, pesquisa independente e treinamento e desenvolvimento de habilidades, entre outros (OECD, 2019[12]). Veja o Quadro 4.4 para uma visão detalhada da Recomendação do Conselho da OCDE sobre Governança de Dados de Saúde e a Tabela 4.1 para uma lista de países que implementaram ou estão implementando uma estrutura nacional de governança de dados de saúde. Este é um aspecto principal da adesão à Recomendação do Conselho da OCDE, bem como a outros elementos que também fazem parte da adesão.

Participação em reuniões internacionais de especialistas e coleta de dados

Espera-se que o Brasil participe de diferentes reuniões de especialistas em dados de saúde, nas quais as melhores práticas são discutidas, e de processos de coleta de dados relacionados, como HCQO, Estatísticas de Saúde, economia da saúde pública e dispositivos médicos e farmacêuticos.

O país também poderia participar de grupos de especialistas *ad hoc* criados recentemente, como de desempenho em saúde mental, atenção integrada, atenção ao fim da vida e Pesquisas de Indicadores Relatados por Pacientes-PaRIS, além de qualquer outro que possa ser criado no futuro.

4.6. Conclusão

O Sistema Brasileiro de Infraestrutura e Informação de Dados em Saúde, altamente dependente do DATASUS, iniciou recentemente uma ambiciosa Estratégia de Saúde Digital para o período 2020-28 com base no RNDS, e ainda que o Ministério da Saúde tenha o papel de liderança na geração de dados e

estatísticas de saúde, outras entidades públicas também participam no processamento de dados e estatísticas de saúde. Órgãos como a ANS, ANVISA e o IBGE são atores essenciais para a produção de dados de saúde no Brasil, o que pode ser ainda mais impactante quando novas vinculações de dados forem realizadas. No entanto, uma das questões mais restritivas é a falta de acesso à internet e aos recursos digitais de saúde, como PEP, em algumas partes do país, principalmente em comunidades remotas e indígenas.

Com base nos resultados da Pesquisa de Desenvolvimento, Uso e Governança de Dados de Saúde da OCDE 2019-2020, o Brasil se compara favoravelmente a outros países em termos de desenvolvimento e uso de informações em conjuntos de dados de saúde nacionais relevantes, embora seja ainda possível fazer melhorias na governança desses conjuntos de dados para que o país se aproxime da pontuação média dos membros da OCDE. Além disso, mesmo que o Brasil tenha conduzido várias vinculações de conjuntos de dados, é necessário um esforço maior para identificar pacientes de forma exclusiva.

Outro aspecto a ser aprimorado pelo Brasil é a disponibilidade e a divulgação de dados de saúde, uma vez que existem defasagens substanciais entre o país e os membros da OCDE. Essas lacunas existem não apenas para os principais indicadores das Estatísticas de Saúde da OCDE, para os quais o Brasil coletou e relatou dados somente para dois dos dez grupos de indicadores, mas também para indicadores de resultados de qualidade de saúde e outras pesquisas e questionários nessa área. O Brasil está convidado a participar das próximas rodadas de coleta de dados para projetos como o HCQO e os indicadores de Atenção Integrada.

O Brasil pode fortalecer a governança e a responsabilização dos dados através da integração de diferentes níveis de governo e o do uso de um identificador único do paciente; e também aperfeiçoando os procedimentos de coleta de dados e de confiabilidade no país por meio do treinamento de pessoal, fornecendo-lhes os equipamentos de TI e conectividade necessários. O país também pode aumentar a comparabilidade e a cobertura por meio da expansão e da aplicação da padronização de dados, além de dar suporte à tomada de decisão baseada em evidências e a pesquisa em saúde de impacto com dados de saúde vinculados, inclusivos e em tempo real. Por fim, o Brasil pode promover sua capacidade de *benchmarking* internacional e cobertura nacional de dados de saúde por meio da adoção dos padrões da OCDE.

Referências

Agenzia delle entrate (2021), *Tessera Sanitaria - Vademecum*, Italian Revenue Agency, https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/233439/Guida_Tessera_Sanitaria.pdf/b5425990-f483-2600-cd6e-d45f660782a3. [16]

Armstrong, S. (2017), “Patient access to health records: striving for the Swedish ideal”, *BMJ*, p. j2069, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.j2069. [18]

Australian Institute of Health and Welfare (2020), *Australia’s children*, AIHW, Canberra, http://dx.doi.org/10.25816/5ebca4d0fa7dd. [24]

Census Bureau (2019), *NSCH*, https://www.census.gov/programs-surveys/nsch.html. [25]

CGI.br (2020), *ICT in Health 2019*, Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo. [8]

DATASUS (2020), *Brazil's 2019-2023 National Digital Health Strategy Action, Monitoring and Evaluation Plan*, DATASUS, Brasilia, https://saudedigital.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Plano-de-A%C3%A7%C3%A3o-Monitoramento-e-Avalia%C3%A7%C3%A3o-PAMA-da-Estrat%C3%A9gia-de-Sa%C3%BAde-Digital-para-o-Brasil-2019-%E2%80%93-2023-%E2%80%93-English-Version.pdf. [6]

Hägglund, M. (2017), *How Sweden is giving all citizens access to their electronic health records*, https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/future-healthindex/. [19]

IBGE (2019), *Conta-Satélite de Saúde, Brasil 2010-2017*, https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf. [14]

Ministério da Saúde (2020), *Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028*, Brazilian Ministry of Health, Brasilia, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf. [5]

Ministério da Saúde (2020), *Plano Diretor de Tecnologia da Informação e Comunicação - 2019 | 2021 (1ª Revisão de 2020)*, Brazilian Ministry of Health, Brasilia, https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/22052020v5.pdf. [4]

Ministério da Saúde (2020), *Plano Nacional de Saúde 2020-2023*. [10]

Ministério da Saúde (2020), *Relatório Final do Projeto Piloto Conecte SUS : análise dos avanços obtidos entre outubro/2019 e junho/2020*, Ministério da Saúde, Brasília. [9]

Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (2018), *Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil, 2010-14*, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contas_SUS_perspectiva_contabilidade_internacional_2010_2014.pdf. [15]

Moll, J. et al. (2018), "Patients' Experiences of Accessing Their Electronic Health Records: National Patient Survey in Sweden", *Journal of Medical Internet Research*, Vol. 20/11, p. e278, http://dx.doi.org/10.2196/jmir.9492. [21]

OECD (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en. [7]

OECD (2019), *Health in the 21st Century: Putting Data to Work for Stronger Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/e3b23f8e-en. [3]

OECD (2019), *Recommendation of the Council on Health Data Governance*, OECD/LEGAL/0433, http://legalinstruments.oecd.org (accessed on 7 March 2021). [12]

OECD (2015), *Health Data Governance: Privacy, Monitoring and Research*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264244566-en. [2]

OECD (2013), *OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013: Raising Standards*, OECD Reviews of Health Care Quality, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264191136-en. [23]

OECD (2013), *Strengthening Health Information Infrastructure for Health Care Quality Governance: Good Practices, New Opportunities and Data Privacy Protection Challenges*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264193505-en. [1]

OECD/Eurostat/WHO (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en. [13]

Pignataro, G. (ed.) (2018), "Administrative data underestimate acute ischemic stroke events and thrombolysis treatments: Data from a multicenter validation survey in Italy", *PLOS ONE*, Vol. 13/3, p. e0193776, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0193776. [17]

Protti, D. and I. Johansen (2010), *Widespread Adoption of Information Technology in Primary Care Physician Offices in Denmark: A Case Study*, The Commonwealth Fund. [22]

Swedish Ministry of Health and Social Affairs (2011), *National eHealth-the strategy for accessible and secure information in health and social care 2010*, http://www.sweden.gov.se/ehealth. [20]

World Health Organization (2018), *Digital technologies: shaping the future of primary health care*, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326573/WHO-HIS-SDS-2018.55-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (accessed on 22 January 2021). [11]

5 Aspectos econômicos do sobrepeso no Brasil

O sobrepeso é um desafio crescente para a saúde pública no Brasil, tendo afetado mais da metade da população em 2016. Os brasileiros possuem hábitos de consumo alimentar menos saudáveis do que os países da OCDE, enquanto a prevalência de atividade física insuficiente aumentou mais rapidamente no Brasil do que em outros lugares nas últimas décadas. O país começou a abordar a questão do sobrepeso em uma série de políticas públicas e intervenções, incluindo um esquema de rotulagem de alimentos e políticas públicas no ambiente escolar, como o Programa Saúde na Escola. Embora sejam estratégias valiosas, o Brasil poderia buscar uma resposta multissetorial e abrangente mais ambiciosa. O país deve influenciar mais os estilos de vida por meio de programas de informação e educação, introduzindo rótulos nos cardápios de restaurantes, realizando campanhas na mídia de massa e promovendo a prescrição de atividades físicas pelas equipes de saúde da família. Deve, ainda, buscar a reformulação alimentar de forma mais ativa, desenvolvendo políticas de local de trabalho ou de transporte e, ao mesmo tempo, regulamentando a publicidade de alimentos e bebidas, especialmente para crianças.

5.1. Introdução

O sobrepeso, incluindo pré-obesidade e obesidade, é um fator de risco importante para várias doenças crônicas não transmissíveis, incluindo diabetes, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. Os riscos associados à obesidade foram agravados pela pandemia de COVID-19, uma vez que a tal condição é um fator de risco para a severidade da doença.

O alto consumo de alimentos ricos em calorias e estilos de vida cada vez mais sedentários têm contribuído para o aumento das taxas globais de obesidade. Da mesma forma, as taxas de sobrepeso infantil têm crescido em todo o mundo. Fatores ambientais, preferências de estilo de vida, composição genética e cultura podem fazer com que as crianças tenham excesso de peso. Crianças obesas têm maior risco de desenvolver hipertensão e distúrbios metabólicos e, psicologicamente, a obesidade pode levar à baixa autoestima, distúrbios alimentares e depressão. Além disso, pode atuar como uma barreira para a participação em atividades educacionais e recreativas.

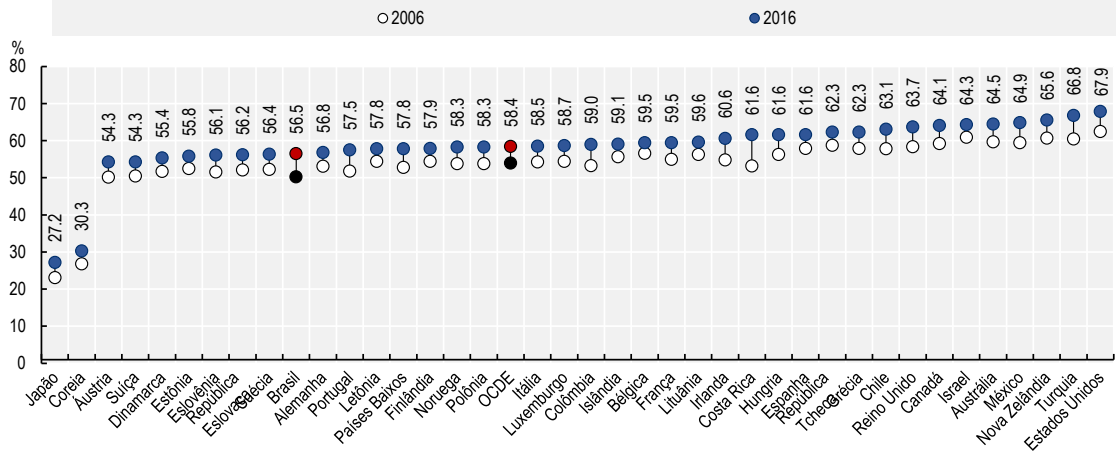
Neste capítulo, exploraremos o panorama epidemiológico atual do sobrepeso no Brasil em comparação aos países da OCDE, juntamente com o seu impacto sobre o sistema de saúde e a economia. Em seguida, revisaremos as principais políticas que o Brasil implementou, desde iniciativas no nível populacional até intervenções individuais no sistema de saúde e em outros setores. Posteriormente, o capítulo descreve uma estrutura de política pública para o controle do sobrepeso e faz uma série de recomendações a serem consideradas em futuras reformas no Brasil. Finaliza fornecendo evidências sobre o impacto da implementação dessas políticas na saúde da população, no sistema de saúde e na economia, além de discutir algumas considerações quanto à sua implementação.

5.2. Impacto do sobrepeso e da obesidade na economia e na saúde no Brasil

5.2.1. O sobrepeso no Brasil está atualmente abaixo da média da OCDE, mas a tendência é de um aumento cada vez maior

As estimativas mostram que 56,5% dos adultos no Brasil estavam acima do peso em 2016, próximo à média da OCDE de 58,4%. No entanto, o Brasil apresentou a quarta maior variação no sobrepeso entre 2006 e 2016 com um aumento de 12,5%, atrás apenas da Costa Rica, do Japão e da Coreia, mas os dois últimos países apresentam taxas substancialmente mais baixas (Figura 5.1).

Figura 5.1. Adultos com sobrepeso, 2006-16

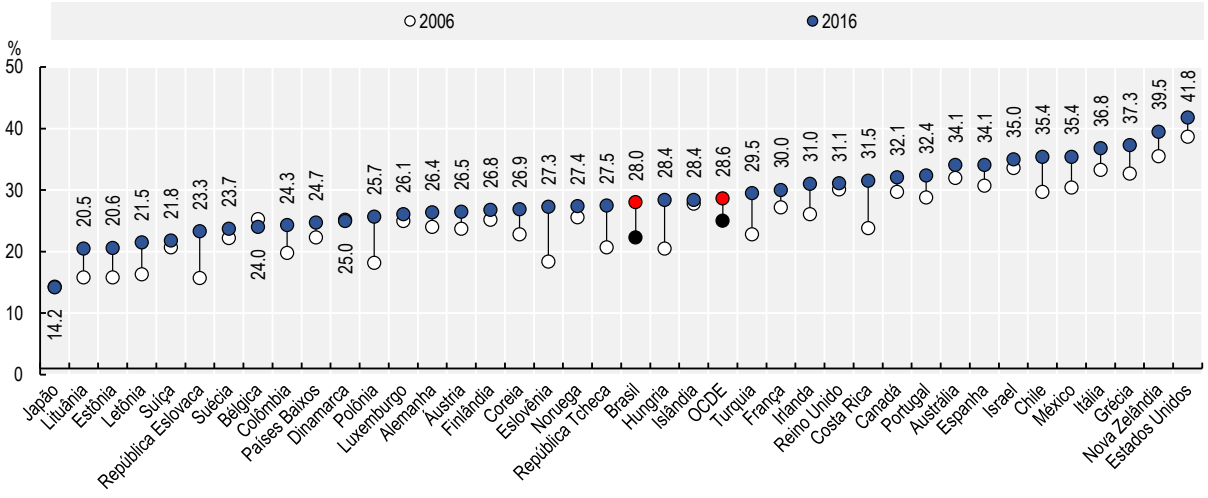


Nota: O sobrepeso considera adultos com pré-obesidade (IMC 25-30 kg/m2) e obesidade (IMC>30 kg/m2).
Fonte: Observatório Global para a Saúde da OMS (2020[1]), https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors.

Mais recentemente, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019 constatou que 61,7% da população adulta brasileira apresentava excesso de peso, dos quais 25,9% eram obesos. A população com sobrepeso era de 43,3% na PNS 2002/2003, sinalizando um aumento de 42% em 16 anos. Em 2019, atingiu 60% dos homens adultos e 63,3% das mulheres adultas, com 22,8% e 30,2% de obesidade, respectivamente (IBGE, 2020[2]).

As taxas de sobrepeso infantil no Brasil e nos países da OCDE tendem a ser consideravelmente mais baixas em comparação com as taxas de adultos. Em 2016, o Brasil tinha uma taxa de sobrepeso infantil de 28%, muito próxima da média de 28,5% dos países da OCDE. No entanto, tal indicador sofreu um aumento de 27% entre 2006 e 2016, superior ao aumento de 15% na OCDE. Os maiores aumentos foram observados na República Eslovaca, Eslovênia e Polônia, registrando aumentos superiores a 40% (Figura 5.2).

Figura 5.2. Crianças com sobrepeso no Brasil e em países da OCDE, 2006-16



Nota: Crianças de 5 a 19 anos.
Fonte: Observatório Global para a Saúde da OMS (2020[1]), https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors.

De acordo com a PNS 2019, o percentual de adolescentes com sobrepeso entre 15 e 17 anos era de 19,4%. A prevalência foi maior em adolescentes do sexo feminino (22,9%) do que masculino (16%). Em relação à obesidade, o percentual era de 6,7%, sendo 8% para o sexo feminino e 5,4% para o masculino (IBGE, 2020[2]).

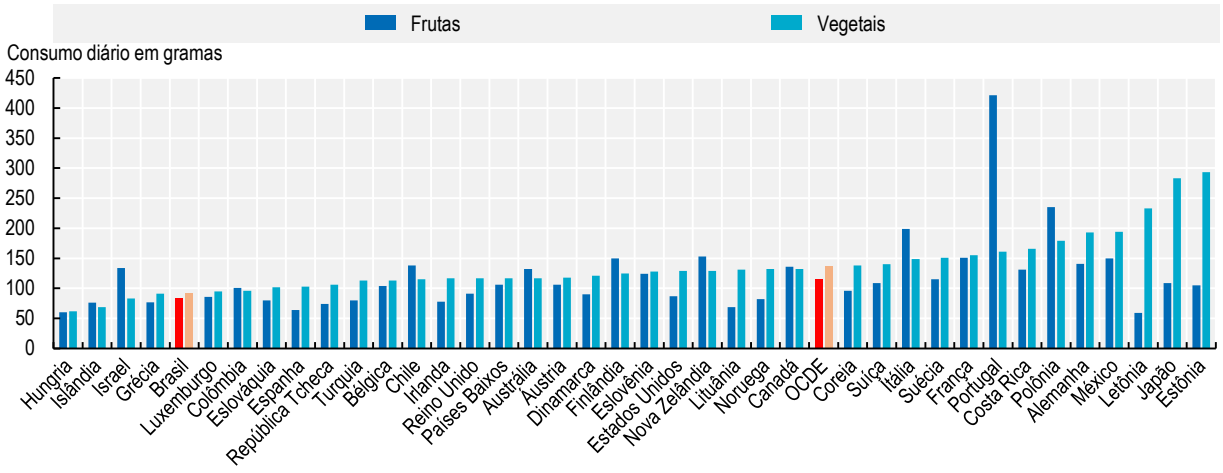
5.2.2. Os hábitos alimentares e estilos de vida no Brasil estão piores do que nos países da OCDE

Alimentação e estilo de vida saudáveis são os principais determinantes que contribuem para a saúde e o bem-estar geral, incluindo o desenvolvimento do sobrepeso. No campo do consumo alimentar, indivíduos que adotam uma alimentação rica em frutas e vegetais e com baixo teor de gordura, açúcares e sal/sódio possuem menor risco de desenvolver sobrepeso, uma ou mais doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer (Graf and Cecchini, 2017[3]).

Em 2018, o consumo diário de frutas e vegetais no Brasil foi estimado em 400 gramas por pessoa por dia, o mesmo que na maioria dos países da OCDE. Os brasileiros consumiram 85 gramas de fruta por dia, abaixo da média de 115 gramas dos países da OCDE. Da mesma forma, os brasileiros consomem 93

gramas de vegetais por pessoa por dia, novamente abaixo da média da OCDE de 137 gramas (Figura 5.3).

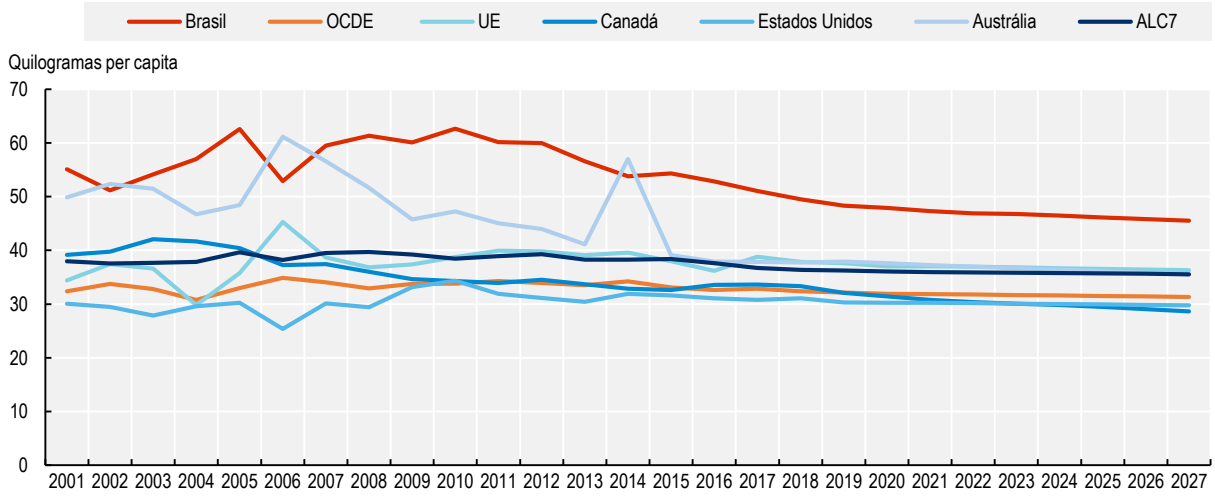
Figura 5.3. Consumo de frutas e vegetais no Brasil e países da OCDE, 2018



Fonte: Global Dietary Database, 2018.

O consumo excessivo de açúcar livre é considerado um fator de risco para o sobrepeso (Bray and Popkin, 2014[4]), e seu consumo já é alto nos países da OCDE, com expectativa de crescer ainda mais no futuro. O consumo de açúcar por meio de alimentos açucarados, como sobremesas à base de grãos (bolos, biscoitos, tortas) e refrigerantes é muito alto no Brasil, sendo muito mais elevado do que em outros países da OCDE (Figura 5.4).

Figura 5.4. Consumo de açúcar no Brasil e países da OCDE, 2001-27



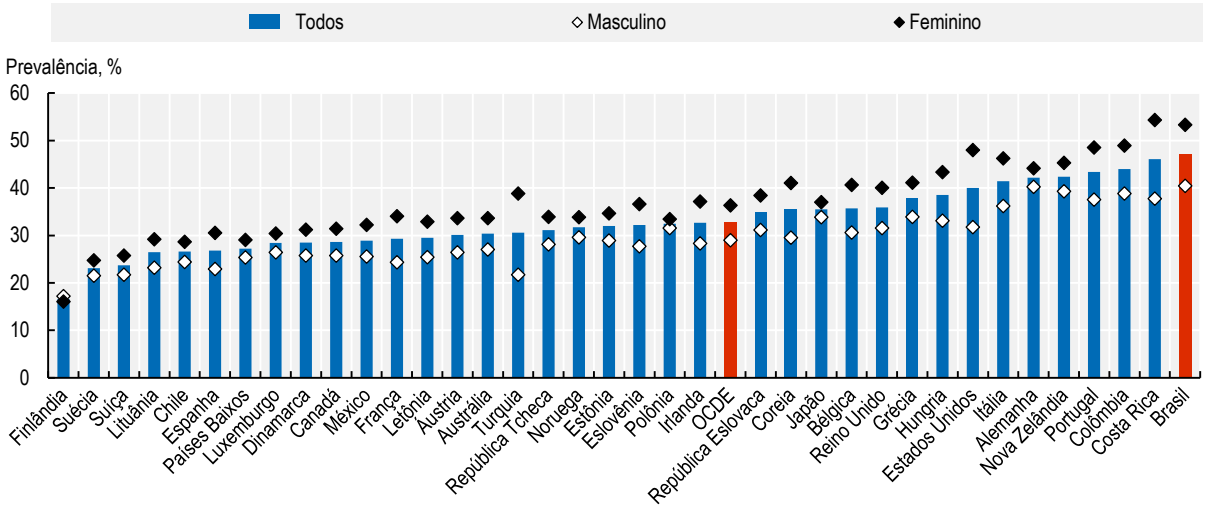
Nota: ALC7 considera Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, México, Paraguai e Peru.
Fonte: OCDE-FAO Agricultural Outlook 2018-27.

A atividade física regular, e até mesmo a atividade física de intensidade leve, tem uma série de benefícios à saúde, incluindo a prevenção de DCNTs (como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer),

hipertensão, obesidade, depressão e mortalidade prematura (OECD, 2019[5]). Apesar desses benefícios para a saúde, em 2016, a prevalência de atividade física insuficiente no Brasil foi maior do que em qualquer país da OCDE, atingindo 47% da população, enquanto a média da OCDE é de 32,8%. Como em quase todos os países da OCDE (exceto Finlândia), as taxas de atividade física insuficiente são maiores entre as mulheres do que entre os homens no Brasil. A disparidade no Brasil é de quase 13 pontos percentuais, superior aos 7 pontos percentuais da OCDE, e apenas menor que na Turquia, Costa Rica e Estados Unidos (Figura 5.5).

Uma análise das tendências dos níveis de atividade física entre 2001 e 2016 revelou que a atividade física insuficiente, definida como o não cumprimento das recomendações de atividade física estabelecidas pela OMS, aumentou mais de 15% no Brasil, o maior aumento entre todos os 65 países de que se possui informações (Guthold et al., 2018[6]), sinalizando um problema de saúde pública significativo para o Brasil.

Figura 5.5. Prevalência de níveis insuficientes de atividade física entre adultos no Brasil e nos países da OCDE, 2016



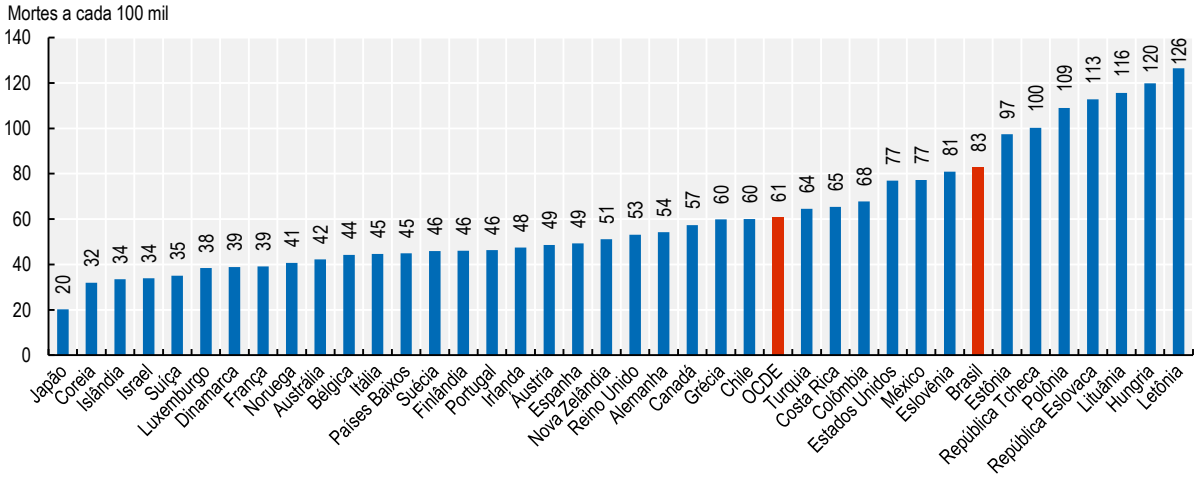
Nota: Dados indisponíveis para Islândia e Israel. Os dados são padronizados por idade.
Fonte: Observatório Global para a Saúde da OMS (2020[1]), https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors.

5.2.3. O sobrepeso prejudica seriamente a saúde no Brasil e tem um impacto econômico adverso

O número anual de mortes prematuras causadas pelo sobrepeso entre 2020 e 2050 no Brasil será alto. Cerca de 83 mortes por 100.000 pessoas ocorrerão a cada ano devido ao excesso de peso, que está bem acima da média da OCDE de 61 (Figura 5.6). A mortalidade prematura é menor em países onde a prevalência do sobrepeso é baixa e a expectativa de vida é alta, como o Japão e a Coreia.

Figura 5.6. O impacto do sobrepeso na mortalidade prematura no Brasil e nos países da OCDE

Número anual de mortes prematuras por 100.000 habitantes, média de 2020-50

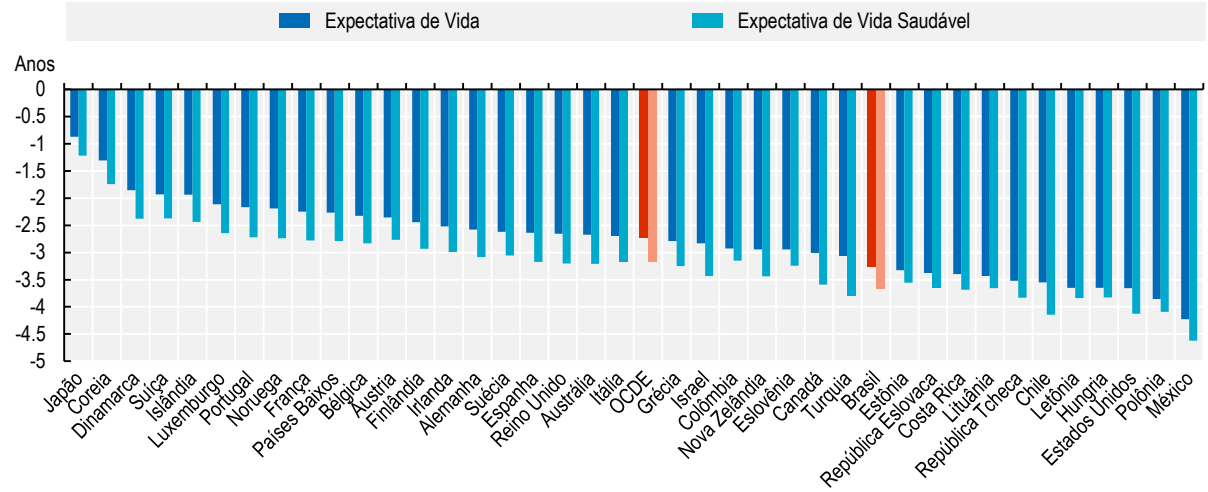


Nota: A mortalidade prematura é definida como a mortalidade de pessoas com idade a partir de 30 e menos de 70 anos.
Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

O impacto do sobrepeso na mortalidade prematura se traduz em uma diminuição na expectativa de vida geral. Em média, no período de 2020-50, espera-se que a expectativa de vida no Brasil sofra uma redução de 3,3 anos devido ao excesso de peso, uma diminuição maior do que os 2,7 anos dos países da OCDE (Figura 5.7). Os países com baixa prevalência de sobrepeso terão um impacto menor na expectativa de vida. A expectativa de vida saudável – a qual se utiliza de medidas de incapacidade por doença para calcular o número de anos vividos em plena saúde – será reduzida ainda mais, em 3,7 anos, novamente superior aos 3,2 em média dos países da OCDE.

Figura 5.7. O impacto do sobrepeso na expectativa de vida no Brasil e nos países da OCDE

O impacto na expectativa de vida (LE) e na expectativa de vida saudável (HALE) em anos, média 2020-50

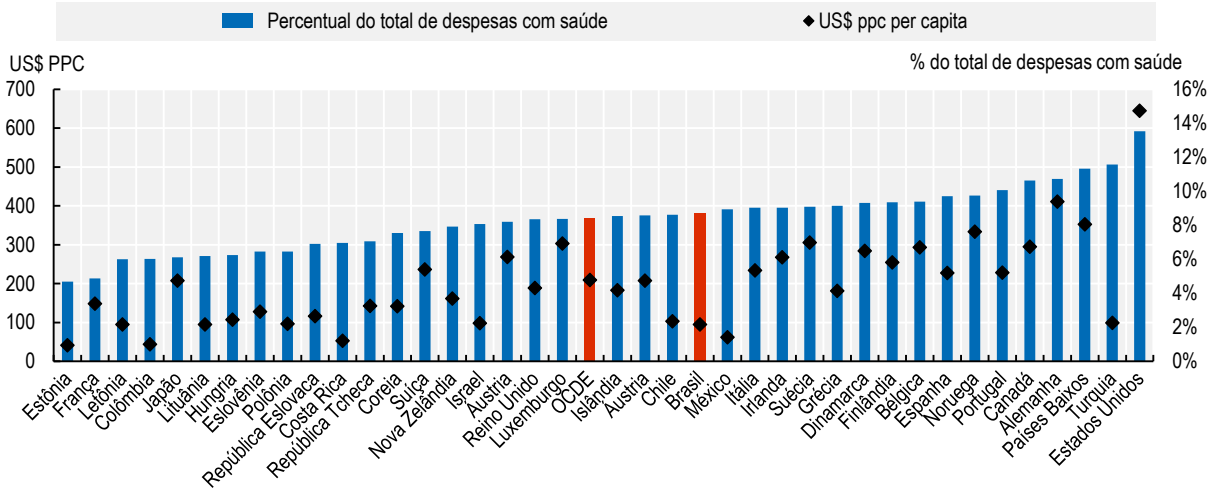


Nota: Reduções na expectativa de vida são a média da população total.
Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

Do ponto de vista do financiamento da saúde, uma vez que o sobrepeso é um fator de risco importante para várias DCNTs, as pessoas afetadas precisam, em média, de serviços de saúde com mais frequência e para questões mais complicadas. Consequentemente, o gasto per capita com saúde nesse cenário é maior do que na ausência de sobrepeso. Projeta-se para o Brasil um gasto médio anual com saúde de USD 94,40 per capita entre 2020-50, inferior à média da OCDE de USD 209,50, o que pode ser explicado pela magnitude dos gastos com saúde em cada país. Ressalte-se que o Brasil precisará destinar 8,7% de seus gastos totais com saúde ao sobrepeso, um valor superior à média da OCDE de 8,4%, o que demonstra que esse impacto no sistema de financiamento da saúde no país será grande (Figura 5.8).

Figura 5.8. Despesas com saúde associadas ao sobrepeso no Brasil e nos países da OCDE

Despesas com saúde devido ao sobrepeso por ano, em USD PPC per capita e como percentagem das despesas totais com saúde, média 2020-50

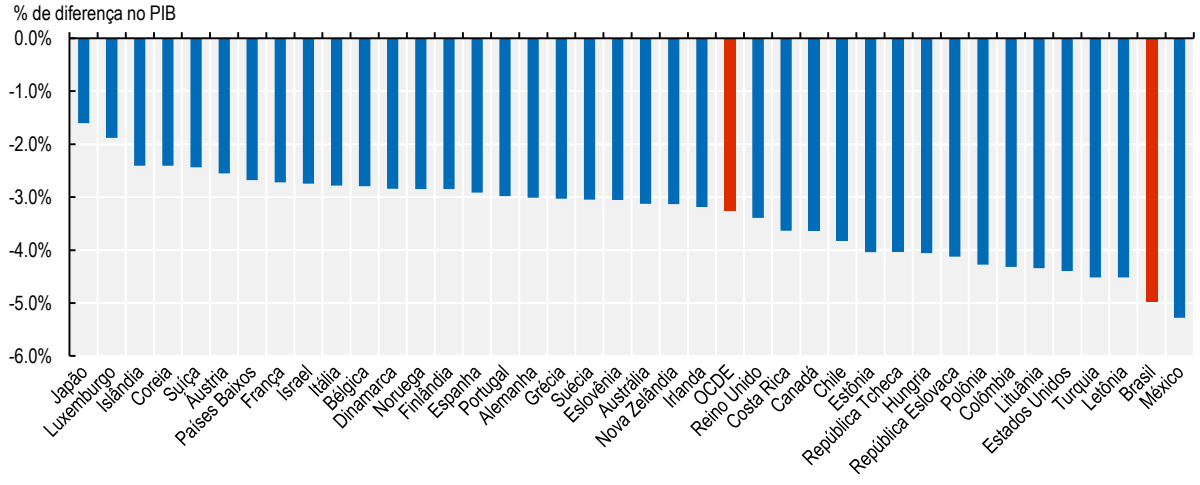


Nota: HE: despesas com saúde.
Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

Em média, o PIB brasileiro será 5% inferior devido ao impacto do sobrepeso nos próximos 30 anos. É um número maior do que em todos os países da OCDE, exceto o México. O impacto no PIB nos países da OCDE será em média de -3,3% entre 2020 e 2050. É importante ressaltar que esses resultados não levam em consideração que um aumento na expectativa de vida devido à ausência de sobrepeso pode significar que as pessoas trabalharão por mais tempo e se aposentarão mais tarde. Se a idade de aposentadoria aumentar em dois terços de um ano para cada ano de expectativa de vida adicional, o impacto do sobrepeso no PIB seria dobrado, com a média passando de 5% para 8,2% no Brasil e de 3,3% para 6,8% na OCDE (ver Anexo 3.A em OCDE (2019[5]).

Figura 5.9. O impacto do sobrepeso no PIB no Brasil e nos países da OCDE

Diferença percentual no PIB devido ao sobrepeso, média 2020-50

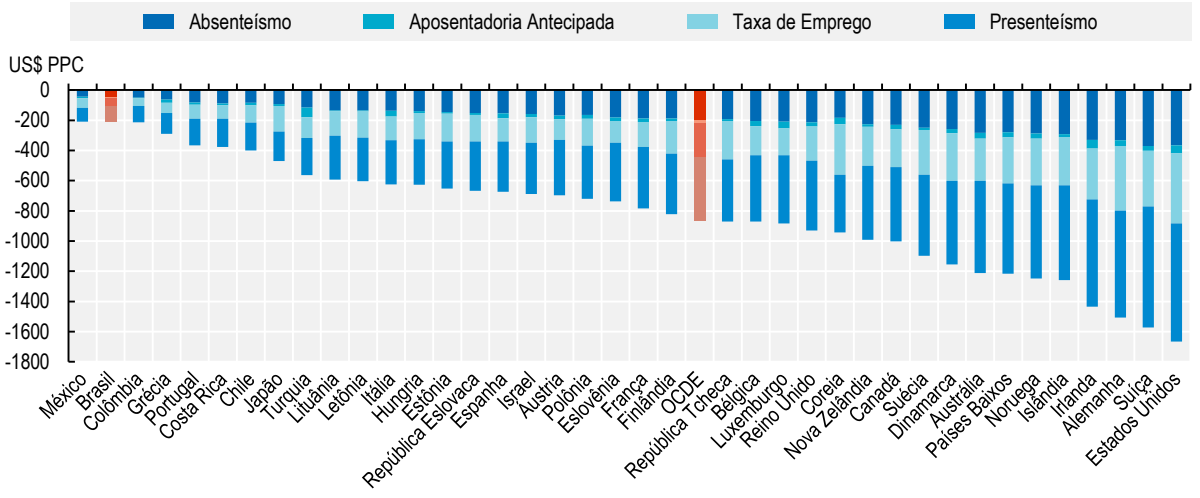


Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

Os salários também serão afetados no Brasil devido ao aumento do sobrepeso. Em média, os países da OCDE perderão USD 863 PPC per capita por ano no resultado do mercado de trabalho devido ao sobrepeso, ao passo que o Brasil perderá USD 212 PPC (Figura 5.10). O presenteísmo tem o maior impacto econômico no mercado de trabalho e é responsável por quase metade da perda de produção no Brasil e na OCDE. O absenteísmo e a taxa de emprego respondem por cerca de um quarto cada.

Figura 5.10. Impacto econômico do sobrepeso no mercado de trabalho

Impacto no resultado do mercado de trabalho per capita com base nos salários médios, por ano, em USD PPC, média 2020-50



Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

5.3. O Brasil tem empreendido esforços para controlar o sobrepeso

Os países-membros da OCDE implementaram um conjunto de iniciativas regulatórias e não regulatórias para reduzir as taxas de sobrepeso na população. Exemplos proeminentes incluem campanhas na mídia de massa para promover os benefícios da alimentação saudável, promoção da educação e habilidades nutricionais, tributos de natureza extrafiscal sobre alimentos e bebidas com alto teor energético para desincentivar o consumo, rotulagem de alimentos para informar o valor nutricional e acordos com a indústria alimentícia para melhorar o valor nutricional dos produtos. Os formuladores de políticas públicas também estão explorando iniciativas que abordam os determinantes sociais do excesso de peso. Apesar desses esforços, a epidemia de sobrepeso não foi revertida, destacando a complexidade do problema.

5.3.1. Estratégias nacionais abordam o sobrepeso como um dos principais problemas de saúde pública no país

A alimentação foi reconhecida como um direito na Constituição brasileira em 2010 e como um dos determinantes da saúde da população na lei que introduziu o SUS. Nessa linha, as diretrizes nacionais do SUS são responsáveis por "formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição". As ações de alimentação e nutrição no SUS foram institucionalizadas a partir da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999. Além disso, a Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (EIPCO) em 2014 constitui uma parte importante das agendas nacionais para o controle do excesso de peso (Bortolini et al., 2020[7]; Pinheiro et al., 2019[8]) (ver Quadro 5.1).

Quadro 5.1. Agendas nacionais do Brasil para o controle do sobrepeso

Política Nacional de Alimentação e Nutrição, PNAN 2011

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, integra os esforços do Brasil para respeitar, proteger, promover e garantir os direitos humanos à saúde e à alimentação. Em parceria com a Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde, o Ministério da Saúde conduziu um processo amplo e participativo de atualização e aprimoramento da PNAN. Em sua nova edição, finalizada em 2011, a PNAN visa melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional e a prevenção e atenção integral às doenças relacionadas à alimentação e nutrição (Ministério da Saúde, 2013[9]).

Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade, EIPCO 2014

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), instituído em 2006 com o objetivo de garantir o direito humano à alimentação adequada e formalizar a responsabilidade governamental, atua na prevenção e controle da obesidade no Brasil. Nesse contexto, a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), também integrante do SISAN, coordenou o desenvolvimento da Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade (EIPCO) em 2014 (CAISAN, 2014[10]). A EIPCO inclui ações a serem implementadas em 19 setores governamentais responsáveis por políticas agrícolas, educacionais, de saúde, trabalhistas, ambientais e de relações internacionais, entre outros.

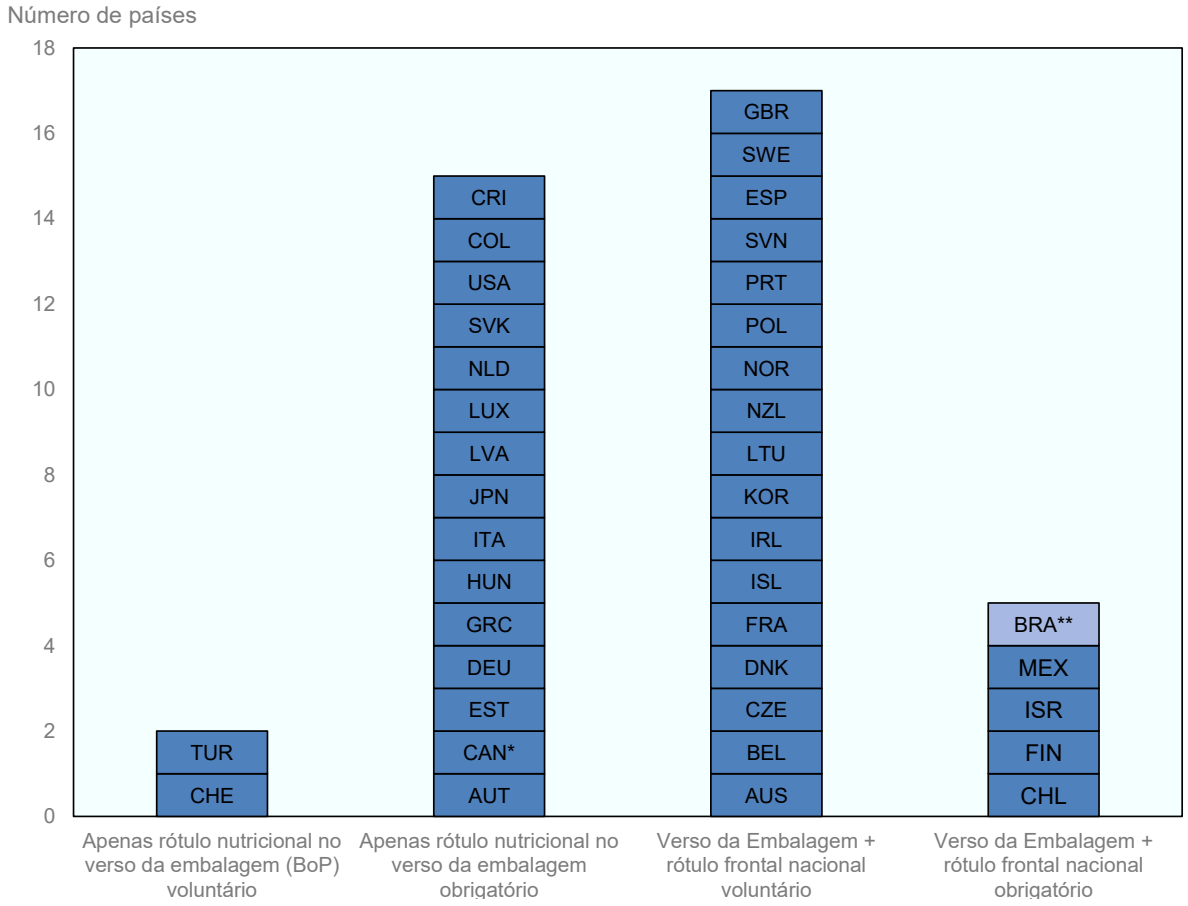
5.3.2. O Brasil recentemente deu um passo significativo ao aprovar uma nova política de rotulagem frontal nas embalagens de alimentos

Os rótulos dos alimentos pré-embalados visam informar os consumidores sobre o valor nutricional do conteúdo. Eles podem incluir rótulos “informativos” contendo uma lista de nutrientes, geralmente colocados no verso, ou rótulos “interpretativos” claramente visíveis que apresentam as informações nutricionais em um formato de mais fácil compreensão, geralmente colocados na frente. Além disso, a rotulagem frontal (FoP) pode ter como objetivo alertar sobre os nutrientes que devem ser consumidos de forma limitada ou evitados completamente, por exemplo, o teor de sal, açúcar e gorduras saturadas, ou destacar aspectos positivos, como teor de fibra alimentar (OECD, 2019[5]).

Está em vigor atualmente no Brasil a rotulagem nutricional obrigatória na parte de trás da embalagem, aplicada a alimentos embalados, com exceção de água, bebidas alcoólicas, sal, vinagre, vegetais e carnes na forma natural, especiarias, café, chá, ervas, aditivos alimentares, adjuvantes tecnológicos, comida de restaurante e pequenas embalagens (100 cm2) sem informações nutricionais. É obrigatório informar o valor energético, teor de carboidratos, fibras alimentares, proteínas, gorduras totais, gorduras saturadas, gorduras trans, sódio e nutrientes que sejam foco de informações nutricionais (ANVISA, 2019[11]).

Em outubro de 2020, após processo iniciado em 2014, a ANVISA aprovou uma nova regulamentação obrigatória exigindo rótulo na frente da embalagem de alimentos que tenham sido embalados no Brasil. Tal norma entrará em vigor 24 meses após sua publicação. As novas regras visam facilitar o entendimento das informações nutricionais e levar os consumidores a tomarem decisões mais conscientes sobre a ingestão alimentar. Isso está de acordo com o que outros países da OCDE fizeram, como Chile, Finlândia, Israel e México (Figura 5.11). O Quadro 5.2 resume o conteúdo da nova regulamentação no Brasil.

Figura 5.11. Políticas de rotulagem nutricional para alimentos pré-embalados no Brasil e nos países da OCDE



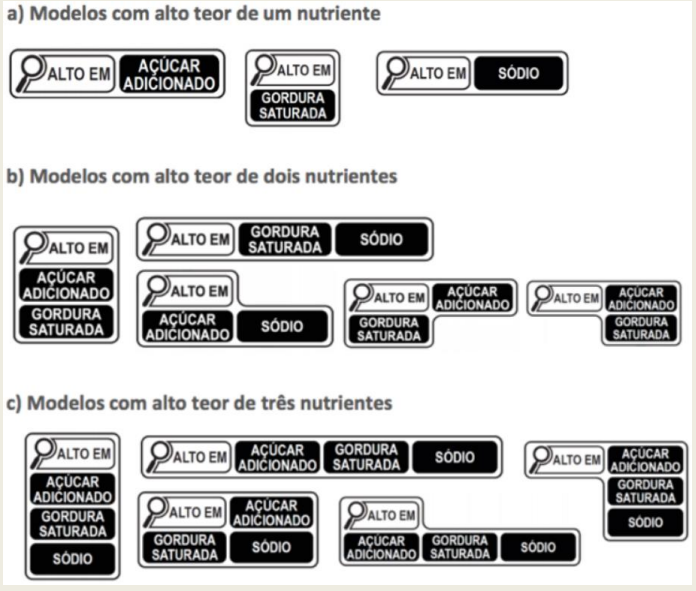
Notas: Países da OCDE em azul escuro. * A legislação canadense sobre rotulagem obrigatória foi proposta, mas ainda não foi implementada; ** Rotulagem frontal (FoP) obrigatória entrará em vigor em 2022.

Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en e ANVISA (2020[12]), "Anvisa aprova norma sobre rotulagem nutricional", https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobre-rotulagem-nutricional.

Quadro 5.2. Nova regulamentação brasileira de rotulagem nutricional de alimentos embalados

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA Nº 429 (Diário Oficial da União, 2020[13]) e a Instrução Normativa Nº 75 (Diário Oficial da União, 2020[14]) publicadas em 09 de outubro de 2020 no Diário Oficial da União, estabelecem alterações significativas a respeito das informações que devem ser exibidas aos consumidores. De acordo com a nova regulamentação, a rotulagem nutricional deve ser colocada no painel frontal dos alimentos embalados por meio de ícones simples e claros para enfatizar o alto teor de gordura saturada, adição de açúcar e sódio (Figura 5.12). O novo modelo não inclui advertências para adoçantes não calóricos.

Figura 5.12. Novo design de rótulo no Brasil a ser aplicado a partir de outubro de 2022



Nota: a) Modelos com alto teor de um nutriente; b) Modelos com alto teor de dois nutrientes; c) Modelos com alto teor de três nutrientes. Nutrientes: gordura saturada, açúcar adicionado e sódio.
Fonte: ANVISA (2020[12]), "Anvisa aprova norma sobre rotulagem nutricional", https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobre-rotulagem-nutricional, USDA (2020[15]), "Brazil Approves New Regulations for Food Labeling".

5.3.3. As políticas escolares estão bem avançadas no Brasil

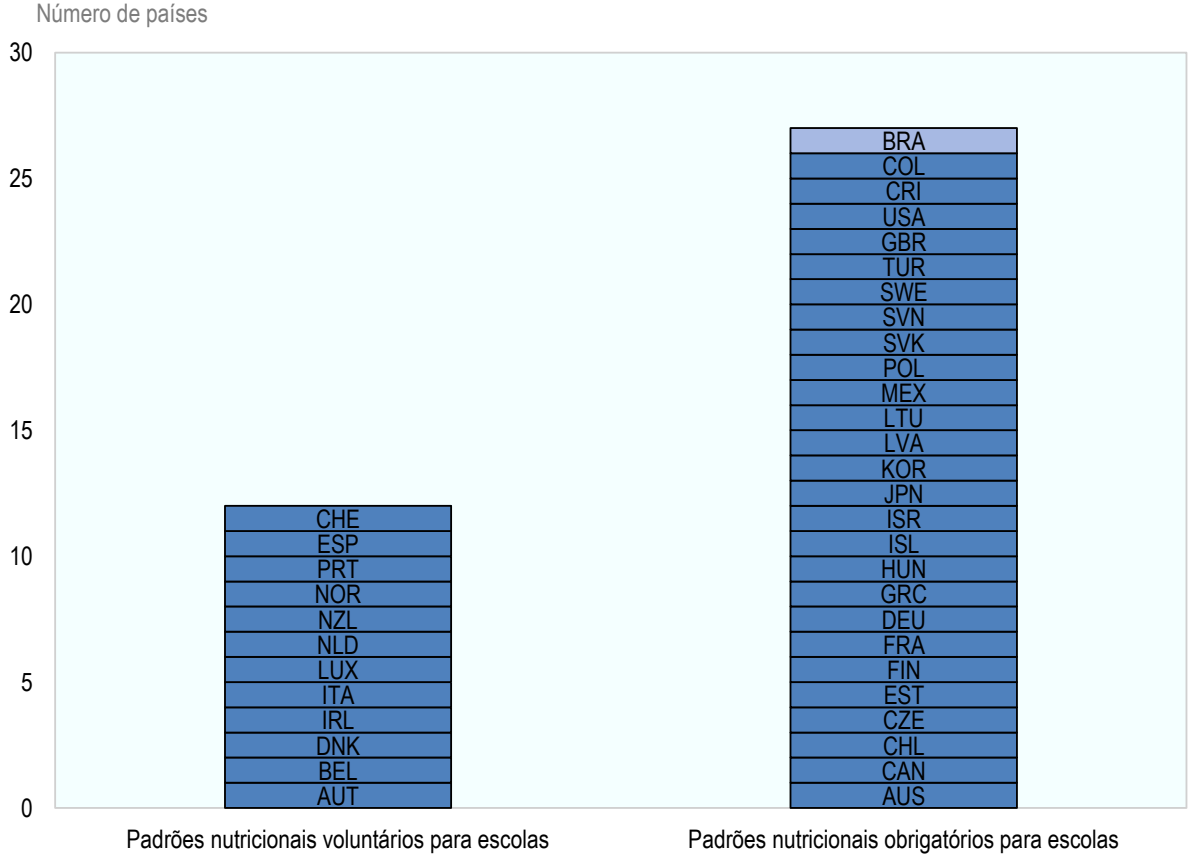
As crianças nos estágios iniciais de vida estão começando a desenvolver habilidades de pensamento crítico e aprendendo a exercer o autocontrole, o que as torna particularmente vulneráveis a influências externas. Elas compartilham a alimentação de seus pais e adquirem hábitos relacionados a exercícios com eles. A escola também pode afetar as opções alimentares que envolvem as crianças. Suas escolhas também são influenciadas pelo ambiente mais amplo, por exemplo, algumas comunidades podem fornecer alternativas acessíveis para fazer exercícios ou comprar alimentos saudáveis, enquanto outras podem ser descritas como "desertos" ou "pântanos" alimentares (Saunders, Saunders and Middleton, 2015[16]).

Em relação às intervenções destinadas a incentivar estilos de vida saudáveis entre as crianças, uma meta-análise de estudos combinando aulas intensivas de atividade física no ambiente escolar conduzidas por professores treinados, sessões de atividade física de moderada a vigorosa, distribuição de materiais de

educação nutricional e fornecimento de alimentos saudáveis, revelou que tais intervenções podem reduzir o IMC em uma média de 0,3 kg/m^2 (Wang et al., 2015[17]). Além disso, outras análises encontraram evidências mais fortes para programas escolares que incluíam outros membros da família ou de uma comunidade, em comparação com programas puramente escolares (Verjans-Janssen et al., 2018[18]; Bleich et al., 2018[19]) .

Alguns exemplos concretos de tais políticas incluem o Esquema de Frutas, Legumes e Leite Escolar da UE (European Commission, 2020[20]), a Abordagem Coordenada para a Saúde Infantil nos Estados Unidos (CATCH, 2021[21]), Crunch&Sip® na Austrália (Crunch&Sip®, 2021[22]), o programa "De criança para criança" na Eslovênia e o programa "Contrapeso" no Chile (OECD, 2019[23]). A presença de tais programas implica que os países tenham padrões nutricionais escolares, sejam eles voluntários ou obrigatórios (ver Figura 5.13). O Brasil possui esses padrões nutricionais, os quais se fazem presentes em programas como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) (ver Quadro 5.3).

Figura 5.13. Padrões nutricionais escolares



Nota: Países da OCDE em azul escuro.
Fonte: OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

Quadro 5.3. Políticas escolares para saúde infantil e estilo de vida saudável no Brasil

Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial dos setores da saúde e da educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286. O programa visa oferecer atenção integral (promoção, prevenção e cuidado) para a proteção da saúde de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino. O PSE é realizado em parceria com unidades básicas de saúde, reunindo as Equipes de Saúde da Família e profissionais da educação. Os municípios podem aderir pactuando compromissos a cada dois anos. O PSE tem como público-alvo os alunos de todas as creches públicas ou vinculadas aos municípios, todas as escolas rurais, as que possuam alunos em regime socioeducativo ou que tenham pelo menos 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. (Ministério da Saúde, 2021[24]).

Programa Nacional de Alimentação Escolar

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) oferece às escolas alimentação e educação alimentar e nutricional para alunos de todas as fases da educação básica pública. O governo federal repassa aos estados, municípios e escolas federais verbas suplementares em 10 parcelas mensais (de fevereiro a novembro) para cobrir os 200 dias letivos, de acordo com o número de alunos matriculados em cada rede de ensino. O PNAE atende alunos de toda a educação básica (educação infantil, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) matriculados em escolas públicas, filantrópicas e em entidades comunitárias (conveniadas com o poder público). É importante ressaltar que o cardápio escolar é definido por cada município, mas deve ser elaborado por nutricionista, respeitando os hábitos alimentares locais e culturais, e atendendo às necessidades nutricionais específicas. O PNAE também obriga as escolas a comprarem pelo menos 30% de seus alimentos de fornecedores locais (Agricultura Familiar), e sua supervisão inclui representantes do governo, profissionais da educação, estudantes, entidades civis e pais de alunos (FNDE, 2021[25]).

5.4. Avançando em direção a uma resposta abrangente multissetorial visando aos principais determinantes de sobrepeso

Esta seção analisa o panorama da política nacional existente, com enfoque particular em um conjunto limitado de políticas que são reconhecidas como particularmente inovadoras ou para as quais há um corpo de evidências bem desenvolvido sobre sua eficácia.

Em consonância com a estrutura da OCDE (Sassi and Hurst, 2008[26]), as políticas de saúde pública, incluindo políticas para combater o sobrepeso e promover estilos de vida mais saudáveis, podem ser categorizadas nos seguintes quatro grandes grupos (OECD, 2019[5]):

- políticas que influenciam estilos de vida por meio da informação e educação;
- políticas que ampliam o conjunto de opções de escolha saudáveis;
- políticas que regulam ou restringem ações que promovem opções de escolha não saudáveis e
- políticas que modificam o custo das escolhas relacionadas à saúde.

Embora algumas políticas possam ser muito eficazes, nenhuma delas é suficiente se implementada de forma isolada. Por exemplo, as ações políticas que visam a influenciar as escolhas de estilo de vida por meio de informação ou educação são importantes, mas não são suficientes para alguém que vive em uma comunidade onde é difícil comprar alimentos saudáveis ou onde as opções para se exercitar são limitadas. Nesses casos, planos de ação para ampliar o conjunto de opções saudáveis são essenciais, como o oferecimento de certa infraestrutura ou melhorias no varejo alimentar. O estilo de vida também pode ser

influenciado pelo marketing de alimentos com alto teor calórico e/ou ultraprocessados, independentemente de onde se vive. Portanto, uma certa regulamentação pode ser necessária, por exemplo, a limitação a práticas de marketing (especialmente publicidade dirigida a crianças), ou a tributação ou mesmo proibição de certos alimentos ou nutrientes (por exemplo, gorduras trans). No entanto, até mesmo essas políticas podem não ser suficientes se outras causas do recente aumento nas taxas de sobrepeso não forem tratadas, como o aumento da desigualdade de renda ou da pobreza. No mínimo, tais políticas devem prestar especial atenção às necessidades dos grupos que possuam uma pior condição socioeconômica, os quais são, muitas vezes, os menos resilientes à influência dos ambientes obesogênicos em que vivem (OECD, 2019[5]).

Intervenções de saúde pública para reduzir o sobrepeso podem melhorar a saúde da população brasileira, retardando o desenvolvimento de condições crônicas como doenças cardiovasculares, diabetes e câncer (OECD, 2019[5]). A melhoria na saúde da população caminha lado a lado de um impacto positivo nos gastos com saúde. Em média, pode-se economizar USD 0,99 PPC per capita por ano nos 36 países incluídos nos estudos da OCDE através da implementação de esquemas de rotulagem de cardápio, que são as intervenções com maior impacto sobre os gastos com saúde. As outras intervenções geram economias médias nas despesas com saúde variando de USD 0,04 PPC a USD 0,97 PPC per capita por ano.

5.4.1. O Brasil pode avançar mais nas políticas que influenciam os estilos de vida por meio da informação e da educação para controlar o sobrepeso

Abordagens de comunicação por meio do fornecimento de informação e educação representam uma parcela significativa das políticas de prevenção de doenças postas em prática pelos países da OCDE, podendo assumir diversas formas. O Brasil progrediu significativamente com sua nova política de rotulagem frontal das embalagens, mas outras políticas também podem ser exploradas. Por exemplo, a rotulagem em cardápios de restaurante, campanhas na mídia de massa, uso de novas tecnologias e prescrição de atividade física por médicos da atenção primária à saúde.

A rotulagem de cardápios em restaurantes pode ser introduzida no Brasil

A rotulagem do cardápio em restaurantes e lanchonetes abrange a exibição de informações sobre o teor de calorias e outros nutrientes, como sal e açúcar, dos itens do cardápio nos pontos de venda. Isso pode ser feito com ou sem informações contextuais, como ingestão calórica diária recomendada, ou informações interpretativas, como um projeto de sistema de semáforo. Também pode ser feito com a ajuda dos rótulos PACE (equivalente em calorias de atividade física) que indicam o número de minutos de exercício necessários para queimar as calorias consumidas.

Uma revisão sistemática e meta-análise das iniciativas - em sua maioria obrigatórias - verificou que os participantes que receberam cardápios com rótulos consumiram 41 calorias a menos por compra, em comparação com o grupo de controle. O mesmo estudo também verificou que rótulos contextuais ou interpretativos eram ainda mais eficazes, reduzindo o consumo em 81 kcal (Sinclair, Cooper and Mansfield, 2014[27]). Outra revisão sistemática avaliou o impacto gerado pela rotulagem do cardápio em crianças e adolescentes (ou seus pais) e verificou que análises de compras hipotéticas de alimentos em ambientes artificiais sugerem que a rotulagem do cardápio pode ser eficaz na redução de calorias compradas por crianças e adolescentes ou para seu consumo. Os estudos baseados em dados administrativos são menos favoráveis, embora aqueles relativos ao âmbito escolar tenham tido resultados em geral positivos (Sacco et al., 2017[28]). Além disso, a rotulagem do cardápio, além de influenciar o comportamento do consumidor, também pode estimular os restaurantes a reformularem sues menus, oferecendo refeições com um menor teor calórico. Há evidências a favor (Bleich et al., 2015[29]) e contra (Dunford et al., 2010[30]) essa afirmação, e existem dúvidas científicas sobre se os estudos focados em mudanças calóricas em redes de restaurantes estão capturando respostas à legislação de rotulagem de

cardápio ao invés de reações a outras forças que incentivam restaurantes a alterarem seus cardápios (Bleich et al., 2017[31]).

Iniciativas de rotulagem obrigatória de cardápio são relativamente recentes e, portanto, implementadas em um número limitado de ambientes. Nos Estados Unidos, todas as redes de restaurantes com pelo menos 20 pontos de venda passaram a ser obrigadas a exibirem informações sobre calorias em seus cardápios desde 2018 (Cleveland, Simon and Block, 2018[32]), sendo que essa regulamentação também incluiu operadores de pelo menos 20 tipos de máquinas de venda automática nos Estados Unidos (Dell, 2018[33]). Na Austrália, vários estados introduziram legislação entre 2011-2018 exigindo que redes de restaurantes com mais de 20 pontos de venda no estado (ou mais de sete no Território da Capital Australiana) ou 50 ou mais em todo o país exibissem o valor energético dos itens do cardápio (Niven et al., 2019[34]). Em Ontário, Canadá, todas as cadeias de serviços de alimentação com pelo menos 20 estabelecimentos são obrigadas a listar a contagem de calorias em seus cardápios desde 2017 (Ontario Government, 2019[35]).

No Brasil, um ensaio clínico randomizado com estudantes universitários em restaurantes reais comparou as informações da rotulagem do cardápio através de um sistema de semáforo mais quantidades diárias orientativas, uma lista de ingredientes mais símbolos destacados (IL+S) e um grupo de controle sem rotulagem do cardápio. As escolhas alimentares saudáveis dos alunos que receberam o cardápio com lista de ingredientes mais símbolos foram significativamente mais numerosas, sendo que esse formato afetou positivamente as escolhas alimentares saudáveis de mulheres, participantes sem sobrepeso e participantes que costumavam comer fora mais de duas vezes por semana (Oliveira et al., 2018[36]). Um estudo qualitativo explorou as preferências de jovens adultos no Brasil e no Reino Unido sobre os formatos de rotulagem de cardápio de restaurantes. Em ambos os países, os participantes preferiram o formato de lista de ingredientes mais símbolos para fazer uma escolha alimentar informada. Alimentos orgânicos e símbolos vegetarianos foram considerados os mais importantes para figurar nos rótulos dos menus dos restaurantes com listagem de ingredientes. No entanto, a maioria dos participantes rejeitou a informação restrita ao formato de calorias e de calorias mais nutrientes, afirmando que tal rotulagem não influenciava suas escolhas (de Oliveira et al., 2017[37]). Esse tipo de estudo com a população brasileira é muito importante para a formulação e implementação de políticas se o Brasil decidir pela rotulagem de cardápio no futuro.

Campanhas de mídia de massa em meios diversos são uma alternativa para expandir as ações do Brasil na comunicação para o controle do sobrepeso

As campanhas de mídia de massa (MMC) têm o potencial de atingir muitas pessoas e, ao mesmo tempo, afetar vários fatores de risco do sobrepeso. Os meios tradicionais (TV, rádio, jornal) ou mais recentes (marketing online, redes sociais) são utilizados para essas campanhas e são frequentemente implementados a nível nacional, embora possam também ser lançados por autoridades locais.

Na Austrália Ocidental, a MMC “2&5” (comer duas porções de frutas e cinco porções de vegetais por dia) resultou em um aumento na ingestão média nacional de porções de frutas e vegetais de cerca de 0,2 porções por dia durante três anos (Pollard et al., 2008[38]). No Reino Unido, após a introdução da MMC Change4Life, 58% das pessoas do grupo de intervenção mudaram para produtos lácteos com baixo teor de gordura em comparação com 26% no grupo de comparação (Wrieden and Levy, 2016[39]). Uma revisão da OCDE de estudos que avaliam as MMC para promover um estilo de vida ativo estimou que após um mês do início da intervenção, elas podem resultar em um aumento de 60% no número de pessoas que são consideradas pelo menos moderadamente ativas, com o efeito desaparecendo após cerca de três anos (Goryakin et al., 2017[40]).

A maioria, senão todos os países da OCDE, já possui ou teve pelo menos uma MMC veiculada nacionalmente para incentivar estilos de vida mais saudáveis. Por exemplo, há um incentivo governamental praticamente universal do consumo de frutas e vegetais, não apenas da conhecida meta “5 por dia” (por

exemplo, no Chile, Alemanha, Itália, México, Nova Zelândia e Espanha), mas também através de outras abordagens, como por exemplo a campanha "6 por dia" na Dinamarca ou a "2&5" na Austrália Ocidental. Os programas governamentais também incentivam a atividade física, como a campanha "Eat Move" na França ou a campanha Change4Life na Inglaterra e no País de Gales (OECD, 2019[5]).

No Brasil, não existem muitas MMC visando ao sobrepeso. Um exemplo veio da sociedade civil, com a campanha "Você tem direito de saber o que come", da Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, uma rede de organizações da sociedade civil que defendem o direito humano à alimentação adequada e saudável. A campanha incluiu peças em rádio, televisão, mídia digital e impressa, com foco na relação entre excesso de peso e consumo de alimentos não saudáveis (AAAS, 2017[41]). Nenhuma avaliação foi realizada a seu respeito.

Caso o Brasil considere planejar e implementar MMC, o país deveria levar em consideração uma série de desafios. Por exemplo, em geral, as MMC são limitadas no tempo e não necessariamente repetidas com regularidade. Além disso, embora abordagens inovadoras, como as mídias sociais, sejam bem-vindas, é importante garantir que tais políticas não criem desigualdades em saúde geradas pelos meios digitais. Portanto, a utilização de canais mais tradicionais, como televisão e mídia impressa, também deve ser mantida. De forma mais geral, as MMC devem ser projetadas tendo em mente as necessidades de todas as pessoas, especialmente das comunidades carentes. Assim, a promoção de estilos de vida saudáveis deve estar acompanhada da garantia de que uma quantidade suficiente de opções saudáveis esteja disponível para aqueles que desejam tirar proveito delas (OECD, 2019[5]).

Existem aplicativos para celular sobre alimentação e nutrição no Brasil, mas outras iniciativas podem ser empreendidas para aumentar seu impacto positivo

Novas ferramentas eletrônicas projetadas para promover várias mudanças comportamentais relacionadas à saúde foram desenvolvidas e adotadas nos últimos anos. Entre elas, os aplicativos (apps) para telefones celulares podem ajudar as pessoas a contar o número de passos que percorrem em um dia, estimar as calorias consumidas, vincular informações sobre calorias a códigos de barras de produtos que podem ser lidos por telefones; gerar gráficos sobre tendências no consumo de calorias e níveis de atividade física; fornecer informações sobre eventos/instalações de saúde e bem-estar nas proximidades; e promover comportamentos saudáveis por meio de vários programas de recompensas (OECD, 2019[5]).

Há evidências surgindo que indicam o potencial de tais tecnologias para afetar positivamente os resultados na área da saúde. Uma revisão sistemática recente concluiu que o uso de aplicativos móveis está relacionado a uma redução significativa no IMC de cerca de 0,45 kg/m^2 e no peso de mais de 1 kg após 3 a 9 meses de acompanhamento (Islam et al., 2020[42]). Outra revisão sistemática constatou que as intervenções por aplicativos móveis melhoram os comportamentos nutricionais e os resultados de saúde relacionados à nutrição, incluindo efeitos positivos nos índices de obesidade, pressão arterial e lipídios no sangue (Villinger et al., 2019[43]). No entanto, a aceitação e o uso da maioria dos aplicativos podem ser bastante reduzidos, o que pode depender de vários fatores, como a difusão e intensidade das campanhas de marketing que promovem seu uso, bem como preocupações relacionadas à privacidade (Neubeck et al., 2015[44]).

Já existem alguns exemplos dessas tecnologias na prática. Na Áustria, uma ferramenta online permite a comparação do teor de açúcar, sal, gordura e energia dos alimentos em diferentes categorias de produtos (lebensmittellupe.at, 2021[45]). "Yuka" é um outro aplicativo móvel presente no Reino Unido, Irlanda, França, Bélgica, Suíça, Luxemburgo, Espanha, América do Norte e Itália que, por meio da leitura de códigos de barras, analisa alimentos em lojas ou supermercados, fornecendo uma ficha nutricional detalhada para cada produto. Se um produto consultado tem uma pontuação nutricional ruim, o aplicativo oferece recomendações independentes de itens semelhantes com melhor índice nutricional (Yuka, 2021[46]). Na Estônia, o Instituto Nacional de Desenvolvimento da Saúde implementou uma ferramenta baseada na web para ajudar as famílias a calcular a quantidade de sal e açúcar em sua alimentação e um software para verificar o valor nutricional dos produtos por nome ou marca (Toitumine.ee, 2021[47]).

Quadro 5.4. *Be He@lthy, Be Mobile*, uma *joint venture* entre a OMS e a UTI

"*Be He@lthy, Be Mobile*" (BHBM) é uma iniciativa conjunta entre a União Internacional de Telecomunicações (UIT) e a OMS criada em 2013. A BHBM é a primeira iniciativa da ONU a usar serviços de prevenção de saúde móvel (e-saúde) para toda a população e afirma ser a iniciativa de e-saúde de maior escala para DCNTs no mundo (WHO, 2021[48]).

O objetivo principal da BHBM é incentivar e facilitar parcerias entre o Ministério da Saúde, o Ministério das Telecomunicações, Tecnologias de Informação e Comunicação, a academia e a sociedade civil local, a fim de expandir os programas nacionais de e-saúde para prevenção e gestão de DCNTs. Especificamente, a iniciativa visa a alavancar o poder da tecnologia móvel para enviar uma série de mensagens de saúde pública, porém outros meios de tecnologia para disseminação de informações também estão sendo considerados.

A BHBM funciona hoje principalmente em países de renda média e baixa. A iniciativa também atua em dois países da OCDE, Noruega e Reino Unido. Avaliações independentes de impacto confirmaram, por exemplo, que houve uma taxa de 19% de abandono do tabaco entre os participantes do programa *mTobaccoCessation*. Na Zâmbia, o programa *mCervicalCancer* resultou em um aumento de 6% nos exames de câncer cervical (ITU, 2017[49]). Um ensaio randomizado no Senegal constatou melhores níveis de HbA1c em pacientes diabéticos que recebem SMS por de 3 meses. O custo da campanha foi de EUR 2,50 (USD 3,10) por pessoa (Wargny et al., 2018[50]).

Como em muitos países, o Brasil possui uma variedade de aplicativos móveis disponíveis para sua população. Por exemplo, um estudo avaliou o aplicativo móvel Guia Alimentar Digital (GAD) sobre o consumo alimentar e o peso corporal autorrelatado de 442 usuários brasileiros de ambos os sexos, com idade entre 19 e 50 anos. Após usar o aplicativo, aproximadamente um terço dos participantes melhorou seu padrão alimentar, e 60% perderam peso ($p < 0,01$). A porcentagem de indivíduos que consomem dieta de baixa qualidade diminuiu 8,5%, aqueles que alcançaram qualidade intermediária aumentaram em 6,8% e aqueles com qualidade elevada aumentaram em 1,6% ($p = 0,01$) (Caivano and Domene, 2018[51]). Porém, outro estudo avaliou 16 aplicativos móveis gratuitos com informações nutricionais no Brasil, constatando que eles apresentavam informações parcialmente adequadas ou inadequadas sobre a composição dos alimentos (macro e micronutrientes) e que a adequação dos valores energéticos dos alimentos variou de 0 a 57,1%. Apesar disso, os aplicativos receberam avaliações positivas dos usuários (Braz and Lopes, 2019[52]). Nesse cenário, o Brasil poderia considerar o desenvolvimento de regulamentações para promover o uso de aplicativos móveis que possam fornecer informações nutricionais confiáveis e seguras para ajudar a população a adotar estilos de vida saudáveis, por exemplo, a respeito de escolhas alimentares e de controle de peso.

A prescrição de atividade física pelas equipes de atenção primária à saúde poderia ser organizada e promovida pelos governos federal e estadual

Os ambientes de atenção primária à saúde apresentam uma boa oportunidade para fornecer informações e conselhos sobre estilos de vida saudáveis e incentivar a atividade física, especialmente entre os grupos populacionais de risco. Os médicos, em particular, podem ser idealmente adequados para orientar sobre os níveis adequados de atividade física. Essa orientação pode assumir a forma de conselhos comportamentais gerais ou prescrições de caráter mais formal (OECD, 2019[5]).

Sólidas evidências apoiam a prescrição de atividade física em ambientes de atenção primária à saúde para aumentar seus níveis dentre pacientes sedentários, pelo menos no curto prazo. De acordo com uma revisão sistemática e meta-análise, a prescrição de atividade física para pessoas em risco de desenvolver doenças crônicas pode aumentar a atividade física em cerca de 56 minutos de exercícios moderados por

semana, o que representa cerca de um terço dos 150 minutos por semana de exercícios moderados recomendada pela OMS (Goryakin, Suhlrie and Cecchini, 2018[53]).

Existem atividades físicas em programas de prescrições em pelo menos um terço dos países da OCDE. No Reino Unido, elas foram introduzidas no início da década de 1990 e nos países escandinavos, na década de 2000. Existem também na Alemanha, Holanda, Áustria, Bélgica, Espanha, Portugal, Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia e Austrália. A estruturação do programa varia. Por exemplo, em alguns países, as prescrições são dadas por clínicos gerais, enquanto em outros locais são realizadas por enfermeiros ou outros profissionais de saúde. A atividade física prescrita pode ser nas próprias instalações, em casa ou em ambos, e pode se limitar à atividade aeróbica ou incluir outras atividades como caminhada, natação ou jardinagem (Arsenijevic and Groot, 2017[54]).

Quadro 5.5. Prescrição de atividade física na Suécia

O programa sueco de prescrição de atividade física foi selecionado como um exemplo de boa prática pela Comissão Europeia (European Commission, 2019[55]). É um programa de aconselhamento centrado no paciente, no qual os pacientes em risco de desenvolver DCNTs recebem prescrições individualizadas por escrito por um profissional médico (o qual pode ser qualquer profissional de saúde licenciado e qualificado, não necessariamente um médico), tanto para as atividades físicas diárias como para exercícios aeróbicos, de força e de flexibilidade. A prescrição também especifica a duração, frequência e intensidade do exercício. Há também um procedimento formal de acompanhamento, cujos resultados vão para o prontuário do paciente. O objetivo final de tal esquema é ajudar os pacientes a incluirem a atividade física no seu cotidiano (Kallings, 2016[56]). Uma revisão sistemática investigou os efeitos dos elementos centrais do modelo sueco referente à atividade física e descobriu que ele provavelmente resulta em um aumento no nível de atividades físicas (Onerup et al., 2019[57]).

No Brasil, a atividade física é prescrita por algumas equipes de atenção primária à saúde, mas não é uma prática regular e não existe orientação. Em geral, a participação em um programa de atividade física começa com o aconselhamento de um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou agente comunitário), seguido de um convite para participar de um programa patrocinado pela unidade básica de saúde. Em diversas cidades, a conscientização acerca do programa também é aprimorada por meio de eventos especiais e ações educativas comunitárias realizadas pelas unidades de saúde. Um estudo explorou as características dos programas de promoção da atividade física na rede pública de atenção primária à saúde no Brasil. Verificou-se que quatro em cada dez unidades básicas de saúde relataram ter um programa de intervenção de atividade física, o mais comum envolvendo grupos de caminhada. A maioria das atividades era realizada no período da manhã, uma ou duas vezes por semana, em sessões de 30 minutos ou mais. Os profissionais de educação física eram os principais responsáveis pelo direcionamento das atividades (Gomes et al., 2014[58]), visto que a prescrição de exercícios é geralmente considerada domínio dos profissionais de atividade física. Outra barreira relevante é que os médicos não especificam de forma suficiente suas instruções aos pacientes, pois não dão as informações necessárias para capacitá-los para a prática de exercícios, principalmente se o paciente apresenta comorbidades (De Souto Barreto, 2013[59]). Esse tipo de informação seria muito útil para desenvolver um programa nacional organizado de apoio à prescrição de atividade física por profissionais da atenção primária à saúde no Brasil. Ela poderia ser incluída no Guia de Atividade Física para a População Brasileira que vem sendo desenvolvido pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020[60]).

5.4.2. O Brasil pode ampliar as opções da população por meio de ações de reformulação alimentar, local de trabalho e transporte

Embora as políticas de informação e educação para influenciar estilos de vida sejam importantes, elas podem não ser suficientes se os ambientes locais oferecem oportunidades limitadas para a adoção de um estilo de vida saudável. Por exemplo, os aplicativos móveis que promovem a atividade física podem ser pouco eficazes caso haja uma falta de espaços seguros, verdes e fáceis de percorrer. Da mesma forma, incentivar as pessoas a comerem mais frutas e vegetais por meio de campanhas na mídia de massa pode acabar por se revelar um esforço frustrado se as condições para a compra de alimentos saudáveis forem limitadas ou se faltarem ao consumidor as habilidades necessárias para a preparação de tais alimentos (OECD, 2019[5]).

Podem ser adotadas ações por meio da reformulação de alimentos

A reformulação de alimentos gera um resultado diferente por meio de uma mudança deliberada no processo de produção ou no conteúdo dos ingredientes. A maioria dos produtores reformula seus produtos de anos em anos como parte de seu processo normal de negócios, buscando, por exemplo, uma melhora na qualidade, economia de custos, responder às mudanças nas preferências dos consumidores ou se adequar às políticas governamentais referentes à alimentação.

Desde o início dos anos 2000, vários países da OCDE têm discutido com a indústria ações adequadas para promover iniciativas de reformulação, que podem ser tomadas de forma voluntária pela indústria ou tornadas obrigatórias por meio de uma regulamentação formal. Por exemplo, a partir de 2015, os fabricantes de alimentos e restaurantes dos Estados Unidos não puderam mais produzir alimentos que continham óleos parcialmente hidrogenados, uma fonte primária de gorduras trans. Alguns países possuem controles rígidos, às vezes até proibições, sobre a quantidade de gordura trans nos alimentos (ou suas principais fontes, como óleos parcialmente hidrogenados), incluindo Áustria, Canadá, Chile, Dinamarca, Hungria e Letônia. Também foram estabelecidos limites obrigatórios para a quantidade de sal, por exemplo, na Bélgica, Bulgária, Grécia, Hungria, Holanda e Portugal (WCRF, 2018[61]). Existem também exemplos de iniciativas de reformulação voluntária, que são mais frequentemente realizadas em colaboração entre empresas privadas e entidades governamentais. Por exemplo, em 2010, o Ministério da Saúde da Áustria, a Agência para a Saúde e Segurança Alimentar e as Padarias Industriais da Áustria concordaram com uma meta voluntária para reduzir o teor de sal em produtos de panificação em 15% até 2015 (WHO Europe, 2013[62]). A nível europeu, a União das Associações Europeias de Bebidas (UNESDA), que representa a indústria europeia de refrigerantes, comprometeu-se a reduzir voluntariamente o açúcar adicionado nas bebidas em 10% até 2020, em comparação com 2015. Uma avaliação intermediária realizada por auditores concluiu que houve uma redução de 11,9% no açúcar adicionado até o final de 2017 (Eat and Live Well, 2017[63]).

Em termos de evidências científicas, uma revisão sistemática concluiu que a reformulação obrigatória apenas no teor de sal poderia alcançar uma redução de aproximadamente 1,45g/dia, enquanto a reformulação voluntária apenas 0,8g/dia (Hyseni et al., 2017[64]). Da mesma forma, uma outra revisão indicou que todos os tipos de políticas de ácidos graxos trans (TFA) levaram à sua redução; no entanto, as proibições obrigatórias de TFA tiveram um impacto maior (TFAs praticamente eliminados) do que os acordos voluntários (Downs et al., 2018[65]). Outra revisão de modelos de reformulação de alimentos processados mostrou que os cenários obrigatórios sempre foram considerados mais eficazes do que os voluntários (Federici et al., 2019[66]).

No Brasil, desde 2007, o Ministério da Saúde trabalha com a ABIA (Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação), a qual produz mais de 70% de todos os alimentos industrializados do país, para melhorar o perfil nutricional de tais produtos. Após os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2009, a redução do sal tornou-se uma prioridade. Em 2010, a ABIA se comprometeu a reduzir o teor de sódio dos alimentos processados ao longo de 10 anos e uma avaliação inicial foi realizada. Em seguida, em

abril de 2011, foram estabelecidas as primeiras metas voluntárias de redução de sódio para alimentos processados que correspondem a 90% do consumo de sal no Brasil. Como resultado, um estudo descobriu que houve uma redução significativa de 8 a 34% no teor médio de sódio em mais da metade das categorias de alimentos. Em 2017, a maioria dos produtos de todas as categorias de alimentos atingiu as metas regionais propostas pela Organização Pan-Americana da Saúde, enquanto algumas subcategorias podem não ter atingido as metas ou podem retardar suas reduções no longo prazo (Nilson et al., 2017[67]). Tais objetivos são monitoradas pelo Ministério da Saúde, o qual publica seus relatórios a cada dois anos e divulga os dados para a mídia (Brown, 2017[68]).

As análises modeladas da OCDE (2019[5]) mostraram que alcançar uma redução de 20% de calorias para alimentos ricos em açúcar, sal, calorias e gorduras saturadas pode evitar até 1,1 milhão de casos por ano de doenças cardiovasculares, diabetes e câncer em 42 países incluídos na análise entre 2020 e 2050. Além disso, cerca de USD 13,2 bilhões PPC podem ser economizados a cada ano nos países considerados, o que corresponde a uma redução de cerca de 0,21% nos gastos totais com saúde. A reformulação também pode aumentar o PIB desses 42 países em 0,51% em média a cada ano em relação à tendência, gerando um crescimento econômico adicional. Implementada adequadamente, uma política de reformulação mais ampla no Brasil, seja voluntária ou obrigatória (por exemplo, para ácidos graxos trans), pode ajudar a alcançar um resultado mutualmente benéfico para a saúde pública, a indústria de alimentos e para os consumidores.

As políticas de local de trabalho podem ser promovidas com a colaboração dos setores de saúde e trabalho

As intervenções no local de trabalho são cada vez mais consideradas como uma ferramenta potencialmente eficaz para influenciar estilos de vida mais saudáveis. Políticas incluem melhorias na alimentação por meio de mudanças na seleção dos cardápios e lanches fornecidos nos refeitórios dos locais de trabalho; a promoção da atividade física e a redução do tempo sentado através da disponibilização de postos de trabalho que possibilitem sentar-se ou ficar de pé; e a implementação de programas de bem-estar no local de trabalho, que podem fornecer vários materiais educacionais, aulas, seminários, atividades em grupo e sessões de aconselhamento individual incentivando estilos de vida saudáveis, bem como dar estímulos, como bônus e reembolsos para fomentar a participação (OECD, 2019[5]).

Diferentes revisões analisaram as evidências sobre a eficácia de tais programas. As intervenções usando mesas que permitem trabalhar em pé ou sentado, seja isoladamente ou em combinação com informações e aconselhamento, reduziram o tempo sentado no trabalho em uma média de 100 minutos por dia laboral de acordo com acompanhamento de curto prazo (até três meses) em comparação com mesas para se trabalhar sentado. Porém, não houve efeitos significativos no tempo que se permanece sentado no local de trabalho quando da implementação de estratégias de caminhada em acompanhamento de curto e médio prazo (Shrestha et al., 2018[69]). Um programa multicomponente no local de trabalho com duração de dois anos, que incluiu ações para promover uma alimentação saudável, inclusive por meio de eventos de informação e campanhas de conscientização educacional, aumentou o consumo de frutas e vegetais em 0,3 porção por dia (Afshin et al., 2015[70]). Um programa de bem-estar no local de trabalho, que incluiu componentes como avaliação de risco à saúde para empregados, atividades em grupo e aconselhamento individual sobre estilos de vida saudáveis, bem como vários incentivos, como bônus relacionados ao desempenho ou reembolsos para fomentar a participação, reduziu o IMC em até 0,64 kg/m^2 após um período de 12 meses (Penalvo et al., 2017[71]). Por outro lado, as evidências sobre a eficácia das políticas ou práticas baseadas no local de trabalho voltadas para dieta, atividade física, obesidade, uso de tabaco e álcool são esparsas e inconsistentes. Apenas evidências de reduzida solidez sugerem que tais estratégias para melhorar a implementação podem fazer pouca ou nenhuma diferença nas medidas de fidelidade da implementação ou diferentes resultados de comportamento de saúde do empregado (Wolfenden et al., 2018[72]).

Embora o interesse por programas no local de trabalho esteja crescendo, eles ainda são implementados com pouca frequência em países da OCDE e, quando o são, geralmente não há avaliações de sua eficácia (OECD, 2019[5]). Uma exceção notável é o Japão, onde tais programas são muito populares (ver Quadro 5.6). Na Irlanda, um Dia Nacional de Bem-estar no Local de Trabalho foi lançado em 2015 com o objetivo declarado de promover a atividade física e uma melhor nutrição no local de trabalho, com mais de 700 empresas tendo participado em 2019 (Civil Service Employee Assistance Service, 2018[73]).

No Brasil, uma revisão constatou que a atividade física no local de trabalho é um assunto bastante recente e pouco abordado também por pesquisadores (Da Fonseca Neves et al., 2018[74]). Outra revisão constatou que o governo brasileiro tem demonstrado um interesse crescente em desenvolver e promover estratégias preventivas de doenças cardiovasculares, principalmente por meio de um melhor controle de fatores de risco conhecidos (ou seja, tabagismo, obesidade, sedentarismo, colesterol alto, hipertensão e glicemia elevada). No entanto, a abrangência dos programas, estratégias de comunicação e marketing e os incentivos financeiros para empresas e indivíduos são fundamentais (Cipriano et al., 2014[75]). Os Inspetores do Trabalho da Coordenação-Geral de Segurança e Saúde no Trabalho são responsáveis pela gestão de todas as atividades relacionadas com a segurança e saúde no trabalho, representando uma área governamental de interesse para a promoção da política de local de trabalho. Para além das atividades de fiscalização e auditoria, tais agentes apoiam também a formulação de diretrizes e normas na área da segurança e saúde no trabalho e das diretrizes de aperfeiçoamento e gestão técnico-profissional (Secretaria de Trabalho, 2020[76]). A colaboração entre os setores da saúde e do trabalho, juntamente com a coordenação com o setor privado, seria ideal para promover essas políticas de local de trabalho saudável.

Quadro 5.6. Programas de saúde no local de trabalho no Japão

Os governos central e local do Japão oferecem vários incentivos, geralmente na forma de prêmios, tanto para empregadores públicos quanto privados, para implementar programas de promoção da saúde no local de trabalho. Esses programas geralmente se concentram nos fatores de risco, como alimentação não saudável, inatividade física, consumo prejudicial de álcool, tabagismo e bem-estar mental. As atividades são realizadas frequentemente em pequenos grupos para que as pessoas possam motivar umas às outras (OECD, 2019[77]).

O escopo e a abrangência de tais programas são diretamente proporcionais ao tamanho da empresa, embora, como regra, incluam tanto abordagens direcionadas (por exemplo, check-ups para identificar pessoas com maior risco de DCNTs), como abordagens no nível da população (por exemplo, rotulagem de cardápio e oferta de alimentos mais saudáveis em cantinas, fornecimento de pedômetros e instalação de mesas para se trabalhar em pé para incentivar a atividade física). As taxas de participação em tais programas são geralmente muito altas, o que pode se dar por razões culturais, bem como pelos vários incentivos. Por exemplo, recompensas como dinheiro, licença adicional ou outros benefícios podem ser dados aos empregados participantes com base no cumprimento de várias metas, como caminhar um número mínimo de passos ou atingir um determinado limite de IMC.

Políticas de promoção do transporte ativo e da caminhada poderiam ser ampliadas e lideradas pelos governos federal e estadual

Existem inúmeros exemplos de políticas destinadas a facilitar a integração da atividade física no cotidiano das pessoas por meio de caminhadas e deslocamentos ativos. Incluem, por exemplo, acesso a ciclovias exclusivas e esquemas de compartilhamento de bicicletas. Outras ações também podem incluir o planejamento urbano para aumentar o número de parques, áreas recreativas e espaços verdes, bem

como expandir o acesso a opções convenientes de transporte público para incentivar as pessoas a deixarem de usar o carro e caminhar mais para chegar ao destino (OECD, 2019[5]).

Opções de deslocamentos ativos, como o uso da bicicleta, podem aumentar a atividade física e diminuir a necessidade de veículos de passageiros e, em última análise, melhorar a saúde física (Otero, Nieuwenhuijsen and Rojas-Rueda, 2018[78]) e mental (Martin, Goryakin and Suhrcke, 2014[79]). A atividade física pode também ser incentivada por meio de um melhor acesso ao transporte público. Por exemplo, para cada pessoa que vive em uma comunidade exposta a um novo sistema de transporte público disponível, há um aumento em cerca de 30 minutos por semana de caminhada (Xiao, Goryakin and Cecchini, 2019[80]). É possível promover o deslocamento ativo, a caminhada e a atividade física em geral por meio de um melhor acesso a parques, áreas verdes e instalações recreativas. Por exemplo, nos Estados Unidos, morar perto de parques e parquinhos infantis está associado a uma redução estatisticamente significativa na obesidade infantil, de 0,47 kg/m2 e 0,27 kg/m2 em meninos e meninas, respectivamente (Fan and Jin, 2014[81]).

Existem inúmeras práticas recomendadas nessa área, incluindo ciclovias exclusivas e esquemas de compartilhamento de bicicletas em cidades como Copenhague, Londres, Amsterdã, Paris, Viena e Nova York. Como benefício adicional, andar de bicicleta também pode contribuir para a redução da poluição do ar, como em Barcelona, onde o esquema foi associado à redução das emissões anuais de CO2 em cerca de 9.000 toneladas (Rojas-Rueda et al., 2011[82]). Em nível global, a C40 é a rede das maiores cidades do mundo, as quais colaboram para tomar medidas contra a mudança climática e, ao mesmo tempo, melhorar a qualidade de vida urbana. Outras políticas dignas de nota incluem: o fechamento de partes centrais das cidades ao tráfego em determinados dias da semana; a introdução de ônibus elétricos (ou de emissão zero) nas cidades; ou programas comunitários para incentivar a atividade física de lazer. Embora essas políticas tenham o potencial de afetar positivamente a saúde de muitas pessoas, sua implementação geralmente depende dos governos locais, que podem ter incentivos ou apoio limitados em nível nacional. Isso cria o risco de que as comunidades mais carentes tenham menos probabilidade de acesso a recursos suficientes para implementar essas ações. Sem transferências fiscais intergovernamentais adequadas, existe o risco de aumento das desigualdades na saúde, impulsionadas por tais disparidades no financiamento (OECD, 2019[77]).

No Brasil, várias cidades têm promovido tais estratégias, algumas delas também sendo avaliadas. Por exemplo, três anos após a construção de uma via de caminhada e ciclismo em Florianópolis, aqueles que vivem a menos de 500 metros de tal via aumentaram seu tempo de caminhada e atividade física de intensidade de moderada a vigorosa em cerca de 50 minutos por semana, em comparação com quase nenhuma mudança naqueles que vivem a 1.000-1.500 metros de distância (Pazin et al., 2016[83]). Outros estudos se debruçaram a respeito das desigualdades em torno dessas políticas no Rio de Janeiro e em Curitiba, tendo verificado que ambas as cidades têm mais do que o dobro da oferta de ciclovias na região mais rica do que na região de renda mais baixa, em relação à área e população (Tucker and Manaugh, 2018[84]). As políticas estruturadas estaduais e federais brasileiras podem desenvolver ainda mais essas iniciativas municipais, com o enfoque em como reduzir as desigualdades.

5.4.3. O Brasil pode melhorar a regulamentação de ações que promovam opções de escolha pouco saudáveis

A regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas deve ser revista no Brasil, tendo as crianças como público de proteção prioritário

O marketing de produtos alimentícios representa um fator fundamental no incentivo ao consumo de alimentos com alto teor calórico e pobres em nutrientes por meio de mensagens persuasivas. As restrições a tais ações geralmente assumem a forma de proibição de publicidade de determinados produtos durante

o horário de pico de visualização por crianças, embora a idade alvo de tais crianças afetadas possa variar (por exemplo, menos de 12 anos na Suécia ou 14 anos no Chile) (OECD, 2019[77]).

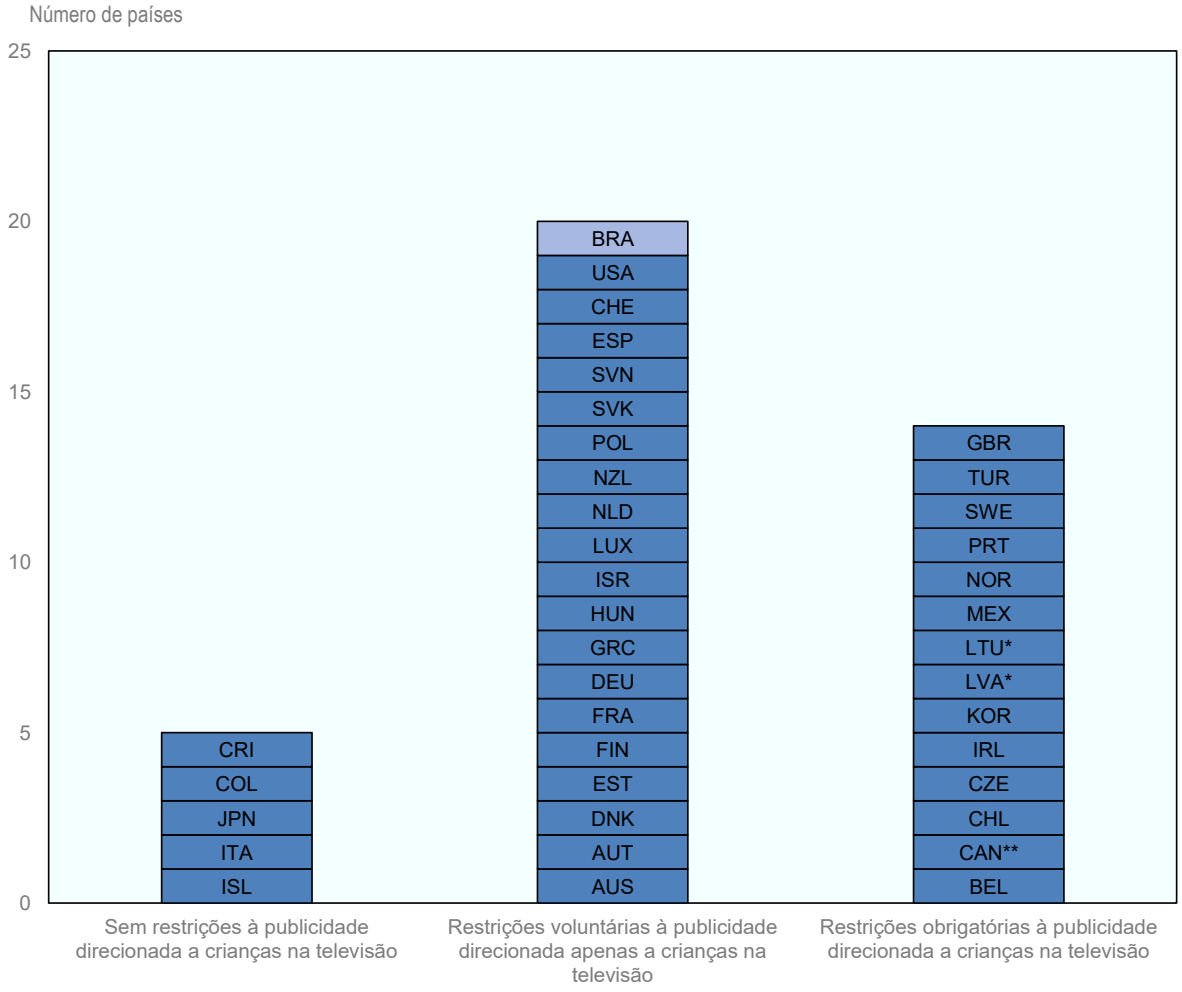
A literatura é vasta em relatos de uma associação positiva significativa entre a publicidade de alimentos e as escolhas e comportamento de compra de alimentos, sendo que as mulheres parecem ser mais suscetíveis (Vukmirovic, 2015[85]). Uma revisão com foco no efeito sobre as crianças constatou que a publicidade de alimentos é predominante, promove alimentos altamente ricos em energia e pobres em nutrientes, e até mesmo uma exposição de curto prazo resulta em um aumento do consumo por crianças (Boyland and Whalen, 2015[86]). Uma meta-análise de 18 estudos experimentais indicou que os participantes comem mais após a exposição à publicidade de alimentos do que após as condições em grupo de controle. As análises de subgrupo mostraram que os experimentos com adultos não apresentaram evidências de um efeito da publicidade, mas um efeito significativo de dimensão moderada foi verificado para crianças, em relação às quais a exposição à publicidade de alimentos foi associada a uma maior ingestão (Boyland et al., 2016[87]). Outra revisão confirmou essas constatações, eis que sua meta-análise revelou que crianças expostas à publicidade de alimentos na TV (11 estudos) e *advergames* (5 estudos) consumiram em média 60,0 kcal e 53,2 kcal, respectivamente, mais do que crianças expostas à publicidade de produtos não alimentícios. Além disso, em comparação com anúncios não alimentares, crianças com sobrepeso ou obesidade consumiram em média 45,6 kcal a mais do que crianças com peso saudável (Russell, Croker and Viner, 2019[88]).

Estudos sugerem que as restrições legais à publicidade e promoção comerciais de alimentos podem ter um efeito significativo na ingestão alimentar. Por exemplo, no Quebec, a implementação dessa política foi seguida por uma redução no consumo de calorias em restaurantes *fast-food* de 5,6 bilhões a 7,8 bilhões por ano (Dhar and Baylis, 2011[89]). Na Austrália, um estudo concluiu que proibir a publicidade de alimentos com alto teor de energia na TV durante os horários de pico de visualização pelas crianças tinha um ótimo custo-benefício (Magnus et al., 2009[90]). No Chile, após uma regulamentação de marketing direcionado a crianças de 2016, a exposição de crianças em idade pré-escolar e de adolescentes à publicidade de alimentos com elevado teor de gorduras saturadas, sódio e açúcares diminuiu significativamente em 44% e 58%, respectivamente. A exposição à publicidade de alimentos com elevado teor de gorduras saturadas, sódio e açúcares com apelos dirigidos a crianças, como personagens de desenhos animados, diminuiu 35% e 52% para crianças em idade pré-escolar e adolescentes, respectivamente (Dillman Carpentier et al., 2020[91]). Por outro lado, uma revisão sistemática concluiu que as promessas voluntárias de restringir a publicidade de produtos com alto teor calórico podem não ser tão eficazes na redução da exposição das crianças aos anúncios, o que pode ser por conta da falta de exigibilidade ou penalidades por não cumprimento (Galbraith-Emami and Lobstein, 2013[92]). Na mesma linha, um estudo avaliou a iniciativa voluntária da indústria alimentar em 2009 para reduzir o marketing de alimentos não saudáveis para crianças na Austrália. As taxas totais de publicidade de alimentos aumentaram de 5,5/h em 2011 para 7,3/h em 2015, devido a um aumento de 0,8/h para alimentos básicos e diversos. O canal voltado para jovens teve menos anúncios de alimentos no total (3,7/h versus 7,3/h), mas taxas de anúncios de fast-food semelhantes (1,3/h versus 1,3/h) (Watson et al., 2017[93]).

No Brasil, o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR) é uma organização não governamental responsável por emitir e supervisionar o Código de Ética aplicado às estratégias de marketing, incluindo revisões recentes de normas específicas relativas à propaganda da indústria de alimentos e bebidas e propaganda de produtos para crianças e adolescentes, divulgada em 2006. Além disso, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), coordenado pelo governo federal, publicou a Resolução 163, de 13 de março de 2014, que estabeleceu critérios para publicidade e marketing voltados para crianças (de até 11 anos) e adolescentes (de 12 a 18 anos) e proibiu qualquer tipo de “publicidade abusiva” (Kassahara and Sarti, 2017[94]). No entanto, a autorregulamentação da propaganda de alimentos continua sendo a norma no Brasil, o que o coloca ao lado de outros 19 países da OCDE que possuem restrições voluntárias à TV para crianças, enquanto 14 países têm restrições obrigatórias e apenas 5 países não têm nenhuma (Figura 5.14).

Nesse contexto, estudos têm analisado o cenário da propaganda na TV no Brasil. Costa et al. (2013[95]) descobriram que 13,8% de toda a propaganda durante a transmissão de programas infantis em três emissoras de radiodifusão da TV aberta brasileira era de alimentos. Açúcares e doces representaram 48,1% e óleos e gorduras 29,1%, sendo que a publicidade de alimentos se concentrou mais no período da tarde. A transmissão com mais audiência foi a que divulgou mais alimentos (A: 63,5%; B: 12,2%; C: 24,3%), especialmente "açúcar e doces" (A: 59,2%; B: 43,5%; C: 21.7%). Outro estudo que analisou os quatro canais de TV brasileiros mais populares em janeiro de 2014 constatou que 10,2% de todas as propagandas eram de alimentos. Os alimentos ultraprocessados (UPF) representaram 60,7% dos comerciais, enquanto alimentos in natura ou minimamente processados corresponderam a cerca de 7%. Os autores concluíram que essas constatações vão contra as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (Maia et al., 2017[96]). Um terceiro estudo avaliou os três principais canais brasileiros de TV aberta em abril de 2018 e verificou que 18,1% do total de anúncios exibidos era de alimentos e bebidas. Mais de 80% de todos os alimentos e bebidas anunciados não atendiam aos padrões de qualidade nutricional da OPAS e OMS/Europa e foram considerados elegíveis para restrições de comercialização. A proporção de propagandas de alimentos não saudáveis era significativamente maior nos finais de semana, à tarde e durante a programação de novelas (Leite et al., 2020[97]). Um quarto estudo, avaliando os mesmos três principais canais de TV em abril de 2018 verificou que 14,2% de todas as propagandas eram relacionadas a alimentos. Aproximadamente 91% das propagandas de alimentos incluíam produtos ultraprocessados (UPF), e os três principais produtos mais anunciados eram refrigerantes, bebidas alcoólicas e refeições *fast-food*. A frequência dos anúncios de UPF foi igualmente veiculada durante a manhã, tarde e noite (Soares Guimarães et al., 2020[98]). À luz dessas evidências e da estrutura regulatória atual, o Brasil poderia considerar a implementação e monitoramento de regulamentações mais rígidas para propaganda de alimentos e bebidas, tendo as crianças como grupo prioritário de proteção.

Figura 5.14. Políticas que restringem publicidade dirigida a crianças na televisão



Nota: Países da OCDE em azul escuro. *A regulamentação obrigatória só se aplica a bebidas energéticas; ** Regulamentação em nível provincial (Quebec)
Fonte: Atualizado de OECD (2019[5]), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en.

5.4.4. Políticas para modificar os custos das escolhas relacionadas à saúde podem ser eficazes, mas requerem um desenho e implementação cuidadosa

Políticas de preços de alimentos, em particular bebidas adoçadas, são uma opção para reduzir a obesidade, mas sua eficácia depende de aspectos de oferta e demanda

Os governos podem afetar o comportamento do consumidor em relação aos alimentos implementando políticas de preços direcionados. A maioria das ações políticas nesse campo tem se concentrado no aumento do preço de produtos com alto teor de açúcar, gorduras saturadas ou sal. Essas políticas também podem incluir redução de preço direcionada para alimentos mais saudáveis vendidos em lojas (OECD, 2019[77]).

Entre as várias políticas de preços, a tributação das bebidas adoçadas com açúcar (SSBs) está ganhando atenção especial. Em geral, as avaliações de tais políticas verificaram que elas têm um efeito pretendido sobre o consumo, tendo uma recente revisão sistemática e meta-análise concluído que um imposto de 10% sobre SSB estava relacionado a uma diminuição de 10% nas compras e ingestão de SSB (Teng

et al., 2019[99]). É também claro que a magnitude do efeito do imposto varia dependendo do desenho do programa, da dimensão do imposto e da extensão de seu repasse aos consumidores (ou seja, até que ponto os produtores repassam o imposto aos consumidores por meio de um aumento no preço do produto tributado). Por exemplo, no México, um imposto sobre SSB no valor de MXN 1/L (cerca de USD 0,05 /L) foi quase inteiramente repassado aos consumidores, resultando em um aumento de 10% no preço das SSBs (Caro et al., 2018[100])e uma queda de 6-12% nas compras per capita (Colchero et al., 2016[101]). No Chile, uma diferença de imposto de 8% entre duas categorias de SSB contendo altas e baixas quantidades de açúcar resultou em uma diferença de preço de 3,3%, equivalente a 15 pesos chilenos adicionais (cerca de USD 0,04/L) para uma bebida típica de 500 ml (Nakamura et al., 2018[102]). Como resultado, o volume mensal de compras também foi reduzido, embora o efeito estimado tenha variado entre 4-21%, dependendo da metodologia utilizada. Nos Estados Unidos, a cidade de Berkeley cobra impostos a uma taxa de USD 0,01 por onça (USD 0,34/L), equivalente a um aumento de preço de cerca de 8% após um repasse de cerca de 47% do imposto, o que resultou em um declínio de 21% nas vendas de SSBs em bairros de baixa renda (Falbe et al., 2016[103]).

Entre os países da OCDE, 24 não possuem impostos sobre alimentos relacionados à saúde em vigor. Treze países tributam as SSBs ou outros alimentos, sendo que os Estados Unidos e a Espanha o fazem apenas no nível subnacional. Alguns exemplos de políticas de tributação incluem “impostos sobre refrigerantes” na França, no Chile, no México, no Reino Unido, na cidade de Berkeley e no Estado da Pensilvânia, nos Estados Unidos. Outros exemplos incluem um imposto sobre refeições prontas na Hungria e sobre alimentos ricos em gorduras saturadas na Dinamarca, introduzido em 2009 e abolido em 2013 (Vallgårda, Holm and Jensen, 2015[104]).

O desenho das políticas de preços deve levar em consideração os diversos possíveis desafios. Em primeiro lugar, deve haver um repasse suficiente do imposto na forma de um aumento de preço, uma vez que mudanças mínimas no preço provavelmente não modificarão significativamente os padrões de compra. Em segundo lugar, qualquer efeito de substituição potencial também deve ser levado em consideração. Por exemplo, se as SSBs são tributadas, as pessoas podem mudar para outras bebidas com alto teor calórico (por exemplo, leites com alto teor de gordura ou sucos), aumentar o consumo de alimentos com alto teor de açúcar que não sejam bebidas ou mesmo comprar mais bebidas alcoólicas. Em terceiro lugar, se a curva de demanda for inelástica, pode haver pouca mudança no consumo, embora, do lado positivo, a elasticidade baixa também possa implicar pouca substituição por outros alimentos ou bebidas com alto teor calórico. Também há a preocupação com o efeito econômico adverso de tais impostos, especialmente sobre os grupos de baixa renda. No entanto, análises anteriores da OCDE sugerem que as melhorias na saúde resultantes de tais ações podem beneficiar desproporcionalmente as camadas mais carentes da população. Além disso, as receitas geradas pela aplicação de tais impostos podem ser destinadas a beneficiar principalmente famílias de baixa renda (OECD, 2019[77]).

5.5. Conclusão

O sobrepeso no Brasil, incluindo pré-obesidade e obesidade, está crescendo a uma taxa mais elevada do que nos países da OCDE. O sobrepeso de crianças no Brasil já está acima da média da OCDE, o que constitui um cenário preocupante para o futuro. Os brasileiros possuem hábitos de consumo alimentar menos saudáveis do que outros países da OCDE, principalmente em relação ao consumo de açúcar. Ao mesmo tempo, o Brasil tem uma prevalência muito alta de atividade física insuficiente, maior do que todos os países da OCDE. Esse cenário prejudicará cada vez mais a saúde, aumentando a mortalidade prematura e diminuindo a expectativa de vida a taxas mais altas do que nos países da OCDE. Também afetará mais fortemente os gastos com saúde e muito mais duramente a economia em termos de redução do PIB.

O Brasil já iniciou a implementação de ações de controle do sobrepeso, por ter estratégias nacionais dedicadas a isso com enfoque intersetorial. O país também inovou ao aprovar uma nova política de rotulagem frontal na embalagem de alimentos, que ajudará o consumidor brasileiro a fazer escolhas mais saudáveis. Há programas escolares também em vigor, que possuem um papel muito importante para o presente e o futuro. Tendo isso como base, o Brasil poderia almejar uma resposta abrangente multissetorial mais ambiciosa, visando aos principais determinantes do sobrepeso. Tais medidas poderiam incluir políticas públicas que influenciam estilos de vida por meio da informação e da educação, introduzindo rótulos nos cardápios em restaurantes, campanhas estruturadas na mídia de massa, aplicativos móveis bem regulamentados e promovendo a prescrição de atividades físicas pelas equipes de saúde da família. Essa estratégia pode ampliar as opções por meio do incentivo à reformulação de alimentos e do desenvolvimento de políticas de local de trabalho e transporte que forneçam novas alternativas mais saudáveis para as pessoas. Por fim, a resposta brasileira pode melhorar a regulamentação da publicidade de alimentos e bebidas, principalmente para crianças.

As evidências mostram que a convergência de várias dessas políticas públicas pode ter um impacto na reversão da tendência ao sobrepeso no Brasil, diminuir o desenvolvimento de condições crônicas, melhorar a saúde da população, ter um impacto positivo na sustentabilidade financeira do sistema de saúde e gerar retornos substanciais sobre o investimento para a economia geral. Com o desenho de políticas públicas e medidas adequadas, incluindo sistemas robustos de monitoramento e avaliação, a busca por uma resposta abrangente multissetorial pode ser benéfica para todos os atores.

Referências

AAAS (2017), *Brazil - Food Policy - You Have the Right to Know What You Eat - YouTube*, Aliança pela Alimentação Adequada e Saudável, https://www.youtube.com/watch?v=Ob5i5t_RS9s (accessed on 11 March 2021). [41]

Afshin, A. et al. (2015), *CVD Prevention Through Policy: a Review of Mass Media, Food/Menu Labeling, Taxation/Subsidies, Built Environment, School Procurement, Worksite Wellness, and Marketing Standards to Improve Diet*, Current Medicine Group LLC 1, http://dx.doi.org/10.1007/s11886-015-0658-9. [70]

ANVISA (2020), *Anvisa aprova norma sobre rotulagem nutricional*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobre-rotulagem-nutricional (accessed on 11 March 2021). [12]

ANVISA (2019), *Relatório de Análise de Impacto Regulatório sobre Rotulagem Nutricional*, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, http://antigo.anvisa.gov.br/documents/33880/5313808/Relat%C3%B3rio+de+An%C3%A1lise+de+Impacto+Regulat%C3%B3rio+sobre+Rotulagem+Nutriconal.pdf/31d15194-568c-4862-82ec-97e38202b1a1 (accessed on 11 March 2021). [11]

Arsenijevic, J. and W. Groot (2017), *Physical activity on prescription schemes (PARS): Do programme characteristics influence effectiveness? Results of a systematic review and meta-analyses*, BMJ Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012156. [54]

Bleich, S. et al. (2017), *A Systematic Review of Calorie Labeling and Modified Calorie Labeling Interventions: Impact on Consumer and Restaurant Behavior*, Blackwell Publishing Inc., http://dx.doi.org/10.1002/oby.21940. [31]

Bleich, S. et al. (2018), *Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review*, Lancet Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(17)30358-3. [19]

Bleich, S. et al. (2015), "Restaurants with calories displayed on menus had lower calorie counts compared to restaurants without such labels", *Health Affairs*, Vol. 34/11, pp. 1877-1884, http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0512. [29]

Bortolini, G. et al. (2020), "Feeding and nutrition efforts in the context of primary healthcare in Brazil", *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 44, http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2020.39. [7]

Boyland, E. et al. (2016), "Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults", *American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 103/2, pp. 519-533, http://dx.doi.org/10.3945/ajcn.115.120022. [87]

Boyland, E. and R. Whalen (2015), "Food advertising to children and its effects on diet: review of recent prevalence and impact data", *Pediatric Diabetes*, Vol. 16/5, pp. 331-337, http://dx.doi.org/10.1111/pedi.12278. [86]

Bray, G. and B. Popkin (2014), *Dietary sugar and body weight: Have we reached a crisis in the epidemic of obesity and diabetes?: Health be damned! Pour on the sugar*, American Diabetes Association Inc., http://dx.doi.org/10.2337/dc13-2085. [4]

Braz, V. and M. Lopes (2019), "Evaluation of mobile applications related to nutrition", *Public Health Nutrition*, Vol. 22/7, pp. 1209-1214, http://dx.doi.org/10.1017/S136898001800109X. [52]

Brown, M. (2017), *Brazil's Salt Reduction Program*, World Action on Salt & Health, http://www.worldactiononsalt.com/blog/2017/brazils-salt-reduction-program.html (accessed on 21 March 2021). [68]

CAISAN (2014), *Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade*, Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional, http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/estrategia_prevencao_obesidade.pdf (accessed on 11 March 2021). [10]

Caivano, S. and S. Domene (2018), "Better food choices among users of the Digital Food Guide: a report from Brazil", *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, Vol. 12/3, http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v12i3.1308. [51]

Caro, J. et al. (2018), "Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment", *PLOS Medicine*, Vol. 15/7, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002597. [100]

CATCH (2021), *Coordinated Approach to Child Health*, CATCH Global Foundation, https://catchinfo.org/ (accessed on 12 March 2021). [21]

Cipriano, G. et al. (2014), "Cardiovascular disease prevention and implications for worksite health promotion programs in Brazil", *Progress in Cardiovascular Diseases*, Vol. 56/5, pp. 493-500, http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.10.018. [75]

Civil Service Employee Assistance Service (2018), *National Workplace Wellbeing Day – April 13th 2018*, https://www.cseas.per.gov.ie/national-workplace-wellbeing-day-april-13th-2018/ (accessed on 18 March 2021). [73]

Cleveland, L., D. Simon and J. Block (2018), "Compliance in 2017 with federal calorie labeling in 90 chain restaurants and 10 retail food outlets prior to required implementation", *American Journal of Public Health*, Vol. 108/8, pp. 1099-1102, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304513. [32]

Colchero, M. et al. (2016), "Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: Observational study", *BMJ (Online)*, Vol. 352, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704. [101]

Costa, S., P. Horta and L. dos Santos (2013), "Análise dos alimentos anunciados durante a programação infantil em emissoras de canal aberto no Brasil", *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Vol. 16/4, pp. 976-983, http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400017. [95]

Crunch&Sip® (2021), *Crunch&Sip®*, Cancer Council Western Australia, https://www.crunchandsip.com.au/ (accessed on 12 March 2021). [22]

Da Fonseca Neves, R. et al. (2018), *Workplace physical activity in Brazil from 2006 to 2016: Scoping review*, Associacao Nacional de Medicina do Trabalho, http://dx.doi.org/10.5327/Z1679443520180078. [74]

de Oliveira, R. et al. (2017), "Preferences for menu labelling formats of young adults in Brazil and in the United Kingdom", *Revista de Nutricao*, Vol. 30/3, pp. 321-332, http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652017000300005. [37]

De Souto Barreto, P. (2013), *Prescription of physical activity*, Elsevier, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61019-3. [59]

Dell, E. (2018), *Calorie Disclosure*, Vending Market Watch, https://www.vendingmarketwatch.com/home/article/12414882/calorie-disclosure (accessed on 11 March 2021). [33]

Dhar, T. and K. Baylis (2011), "Fast-Food Consumption and the Ban on Advertising Targeting Children: The Quebec Experience", *Journal of Marketing Research*, Vol. 48/5, http://dx.doi.org/10.1509/jmkr.48.5.799. [89]

Diário Oficial da União (2020), *Instrução Normativa n. 75, de 8 de outubro 2020: Estabelece os requisitos técnicos para declaração da rotulagem nutricional nos alimentos embalados*, Ministério da Saúde/Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Diretoria Colegiada, https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-in-n-75-de-8-de-outubro-de-2020-282071143 (accessed on 11 March 2021). [14]

Diário Oficial da União (2020), *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n° 429, de 08 de outubro de 2020*, https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-de-diretoria-colegiada-rdc-n-429-de-8-de-outubro-de-2020-282070599 (accessed on 11 March 2021). [13]

Dillman Carpentier, F. et al. (2020), "Evaluating the impact of Chile's marketing regulation of unhealthy foods and beverages: pre-school and adolescent children's changes in exposure to food advertising on television", *Public Health Nutrition*, Vol. 23/4, http://dx.doi.org/10.1017/S1368980019003355. [91]

Downs, S. et al. (2018), "The impact of policies to reduce trans fat consumption: A systematic review of the evidence", *Current Developments in Nutrition*, Vol. 1/12, http://dx.doi.org/10.3945/cdn.117.000778. [65]

Dunford, E. et al. (2010), "Nutrient content of products served by leading Australian fast food chains", *Appetite*, Vol. 55/3, pp. 484-489, http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2010.08.015. [30]

Eat and Live Well (2017), *10 percent sugar reduction between 2015-2020*, https://www.eatandlivewell.eu/product-formulation-and-innovation/10-sugar-reduction-between-2015-2020/ (accessed on 21 March 2021). [63]

European Commission (2020), *EU school fruit, vegetables and milk scheme*, https://ec.europa.eu/info/food-farming-fisheries/key-policies/common-agricultural-policy/market-measures/school-fruit-vegetables-and-milk-scheme/school-scheme-explained_en (accessed on 12 March 2021). [20]

European Commission (2019), *EUPAP - An European Physical Activity on Prescription model*, https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/health/projects/847174/summary (accessed on 12 March 2021). [55]

Falbe, J. et al. (2016), "Impact of the Berkeley Excise Tax on Sugar-Sweetened Beverage Consumption", *American Journal of Public Health*, Vol. 106/10, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303362. [103]

Fan, M. and Y. Jin (2014), "Do neighborhood parks and playgrounds reduce childhood obesity?", *American Journal of Agricultural Economics*, Vol. 96/1, pp. 26-42, http://dx.doi.org/10.1093/ajae/aat047. [81]

Federici, C. et al. (2019), *The impact of food reformulation on nutrient intakes and health, a systematic review of modelling studies*, BioMed Central, http://dx.doi.org/10.1186/s40795-018-0263-6. [66]

FNDE (2021), *Programa Nacional de Alimentação Escolar*, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, https://www.fnde.gov.br/index.php/programas/pnae?view=default (accessed on 13 March 2021). [25]

Galbraith-Emami, S. and T. Lobstein (2013), "The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review", *Obesity Reviews*, Vol. 14/12, pp. 960-974, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12060. [92]

Gomes, G. et al. (2014), "Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 30/10, pp. 2155-2168, http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085713. [58]

Goryakin, Y. et al. (2017), *The Role of Communication in Public Health Policies: The Case of Obesity Prevention in Italy*, Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris. [40]

Goryakin, Y., L. Suhlrie and M. Cecchini (2018), "Impact of primary care-initiated interventions promoting physical activity on body mass index: systematic review and meta-analysis", *Obesity Reviews*, Vol. 19/4, pp. 518-528, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12654. [53]

Graf, S. and M. Cecchini (2017), "Diet, physical activity and sedentary behaviours: Analysis of trends, inequalities and clustering in selected oecd countries", *OECD Health Working Papers*, No. 100, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/54464f80-en. [3]

Guthold, R. et al. (2018), "Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants", *The Lancet Global Health*, Vol. 6/10, pp. e1077-e1086, http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30357-7. [6]

Hyseni, L. et al. (2017), *Systematic review of dietary salt reduction policies: Evidence for an effectiveness hierarchy?*, Public Library of Science, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0177535. [64]

IBGE (2020), *Um em cada quatro adultos do país estava obeso em 2019; Atenção Primária foi bem avaliada*, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/29204-um-em-cada-quatro-adultos-do-pais-estava-obeso-em-2019 (accessed on 9 March 2021). [2]

Islam, M. et al. (2020), "Use of mobile phone app interventions to promote weight loss: Meta-analysis", *JMIR mHealth and uHealth*, Vol. 8/7, http://dx.doi.org/10.2196/17039. [42]

ITU (2017), *Results BeHe@lthy BeMobile 2017*, International Telecommunication Union, https://www.itu.int/en/ITU-D/ICT-Applications/Pages/results-BeHealthy-BeMobile-2017.aspx (accessed on 11 March 2021). [49]

Kallings, L. (2016), "The Swedish approach on physical activity on prescription", *HEPA*, Vol. 6/Supplement, pp. 31-33, https://www.clinhp.org/ifile/Vol6_Supplement2_HEPA_p31_p33.pdf (accessed on 12 March 2021). [56]

Kassahara, A. and F. Sarti (2017), "Marketing of food and beverage in Brazil: scientific literature review on regulation and self-regulation of advertisements", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 22/65, http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0630. [94]

lebensmittellupe.at (2021), *Lebensmittel uter der Lupe*, https://lebensmittellupe.at/index.php?id=1484 (accessed on 11 March 2021). [45]

Leite, F. et al. (2020), "Nutritional quality of foods and non-alcoholic beverages advertised on Brazilian free-to-air television: a cross-sectional study", *BMC Public Health*, Vol. 20/1, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-020-08527-6. [97]

Magnus, A. et al. (2009), "The cost-effectiveness of removing television advertising of high-fat and/or high-sugar food and beverages to Australian children", *International Journal of Obesity*, Vol. 33/10, http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2009.156. [90]

Maia, E. et al. (2017), "Análise da publicidade televisiva de alimentos no contexto das recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira", *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 33/4, http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00209115. [96]

Martin, A., Y. Goryakin and M. Suhrcke (2014), "Does active commuting improve psychological wellbeing? Longitudinal evidence from eighteen waves of the British Household Panel Survey", *Preventive Medicine*, Vol. 69, pp. 296-303, http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.08.023. [79]

Ministério da Saúde (2021), *Programa Saúde na Escola (PSE)*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária a Saúde, https://aps.saude.gov.br/ape/pse (accessed on 13 March 2021). [24]

Ministério da Saúde (2020), *Consulta Pública: Guia de Atividade Física para a População Brasileira*, Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, https://aps.saude.gov.br/noticia/9516 (accessed on 12 March 2021). [60]

Ministério da Saúde (2013), *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasilia, https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf (accessed on 11 March 2021). [9]

Nakamura, R. et al. (2018), "Evaluating the 2014 sugar-sweetened beverage tax in Chile: An observational study in urban areas", *PLOS Medicine*, Vol. 15/7, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002596. [102]

Neubeck, L. et al. (2015), *The mobile revolution-using smartphone apps to prevent cardiovascular disease*, Nature Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1038/nrcardio.2015.34. [44]

Nilson, E. et al. (2017), "Sodium reduction in processed foods in Brazil: Analysis of food categories and voluntary targets from 2011 to 2017", *Nutrients*, Vol. 9/7, http://dx.doi.org/10.3390/nu9070742. [67]

Niven, P. et al. (2019), "Effects of health star labelling on the healthiness of adults' fast food meal selections: An experimental study", *Appetite*, Vol. 136, pp. 146-153, http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2019.01.018. [34]

OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Chile: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264309593-en. [23]

OECD (2019), *OECD Reviews of Public Health: Japan: A Healthier Tomorrow*, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/9789264311602-en. [77]

OECD (2019), *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/67450d67-en. [5]

Oliveira, R. et al. (2018), "Menu labelling and healthy food choices: a randomised controlled trial", *British Food Journal*, Vol. 120/4, pp. 788-803, http://dx.doi.org/10.1108/BFJ-04-2017-0248. [36]

Onerup, A. et al. (2019), *Physical activity on prescription in accordance with the Swedish model increases physical activity: A systematic review*, BMJ Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2018-099598. [57]

Ontario Government (2019), *Calories on menus*, Ontario.ca, https://www.ontario.ca/page/calories-menus (accessed on 11 March 2021). [35]

Otero, I., M. Nieuwenhuijsen and D. Rojas-Rueda (2018), "Health impacts of bike sharing systems in Europe", *Environment International*, Vol. 115, pp. 387-394, http://dx.doi.org/10.1016/j.envint.2018.04.014. [78]

Pazin, J. et al. (2016), "Effects of a new walking and cycling route on leisure-time physical activity of Brazilian adults: A longitudinal quasi-experiment", *Health and Place*, Vol. 39, pp. 18-25, http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2016.02.005. [83]

Penalvo, J. et al. (2017), “Abstract MP005: Do Worksite Wellness Programs Improve Dietary Behaviors and Adiposity? A Systematic Review and Meta-analysis | Circulation”, *Circulation*, Vol. 135/Suppl 1, https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/circ.135.suppl_1.mp005 (accessed on 18 March 2021). [71]

Pinheiro, M. et al. (2019), “Intersectoral approach to obesity prevention and control: The Brazilian experience from 2014 to 2018”, *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, Vol. 43, http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2019.58. [8]

Pollard, C. et al. (2008), “Increasing fruit and vegetable consumption: Success of the Western Australian Go for 2&5® campaign”, *Public Health Nutrition*, Vol. 11/3, pp. 314-320, http://dx.doi.org/10.1017/S1368980007000523. [38]

Rojas-Rueda, D. et al. (2011), “The health risks and benefits of cycling in urban environments compared with car use: Health impact assessment study”, *BMJ (Online)*, Vol. 343/7819, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4521. [82]

Russell, S., H. Croker and R. Viner (2019), “The effect of screen advertising on children’s dietary intake: A systematic review and meta-analysis”, *Obesity Reviews*, Vol. 20/4, pp. 554-568, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12812. [88]

Sacco, J. et al. (2017), *The influence of menu labelling on food choices among children and adolescents: A systematic review of the literature*, SAGE Publications Ltd, http://dx.doi.org/10.1177/1757913916658498. [28]

Sassi, F. and J. Hurst (2008), “The Prevention of Lifestyle-Related Chronic Diseases: an Economic Framework”, *OECD Health Working Papers*, No. 32, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/243180781313. [26]

Saunders, P., A. Saunders and J. Middleton (2015), “Living in a ’fat swamp’: Exposure to multiple sources of accessible, cheap, energy-dense fast foods in a deprived community”, *British Journal of Nutrition*, Vol. 113/11, pp. 1828-1834, http://dx.doi.org/10.1017/S0007114515001063. [16]

Secretaria de Trabalho (2020), *Segurança e Saúde no Trabalho*, https://www.gov.br/trabalho/pt-br/inspecao/areas-de-atuacao/seguranca-e-saude-no-trabalho (accessed on 18 March 2021). [76]

Shrestha, N. et al. (2018), *Workplace interventions for reducing sitting at work*, John Wiley and Sons Ltd, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD010912.pub4. [69]

Sinclair, S., M. Cooper and E. Mansfield (2014), “The influence of menu labeling on calories selected or consumed: a systematic review and meta-analysis”, *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, Vol. 114/9, http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2014.05.014. [27]

Soares Guimarães, J. et al. (2020), “Ultra-processed food and beverage advertising on Brazilian television by International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support benchmark”, *Public Health Nutrition*, Vol. 23/15, pp. 2657-2662, http://dx.doi.org/10.1017/S1368980020000518. [98]

Teng, A. et al. (2019), *Impact of sugar-sweetened beverage taxes on purchases and dietary intake: Systematic review and meta-analysis*, Blackwell Publishing Ltd, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12868. [99]

Toitumine.ee (2021), *Magusad ja soolased näksid*, https://toitumine.ee/kuidas-tervislikult-toituda/toidusoovitused/magusad-ja-soolased-naksid (accessed on 11 March 2021). [47]

Tucker, B. and K. Manaugh (2018), "Bicycle equity in Brazil: Access to safe cycling routes across neighborhoods in Rio de Janeiro and Curitiba", *International Journal of Sustainable Transportation*, Vol. 12/1, pp. 29-38, http://dx.doi.org/10.1080/15568318.2017.1324585. [84]

USDA (2020), *Brazil Approves New Regulations for Food Labeling*, United States Department of Agriculture, Foreign Agricultural Service. [15]

Vallgårda, S., L. Holm and J. Jensen (2015), "The Danish tax on saturated fat: Why it did not survive", *European Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 69/2, pp. 223-226, http://dx.doi.org/10.1038/ejcn.2014.224. [104]

Verjans-Janssen, S. et al. (2018), "Effectiveness of school-based physical activity and nutrition interventions with direct parental involvement on children's BMI and energy balance-related behaviors – A systematic review", *PLOS ONE*, Vol. 13/9, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0204560. [18]

Villinger, K. et al. (2019), "The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis", *Obesity Reviews*, Vol. 20/10, pp. 1465-1484, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12903. [43]

Vukmirovic, M. (2015), *The effects of food advertising on food-related behaviours and perceptions in adults: A review*, Elsevier Ltd, http://dx.doi.org/10.1016/j.foodres.2015.05.011. [85]

Wang, Y. et al. (2015), "What childhood obesity prevention programmes work? A systematic review and meta-analysis", *Obesity Reviews*, Vol. 16/7, pp. 547-565, http://dx.doi.org/10.1111/obr.12277. [17]

Wargny, M. et al. (2018), "SMS-based intervention in type 2 diabetes: Clinical trial in Senegal", *BMJ Innovations*, Vol. 4/3, pp. 142-146, http://dx.doi.org/10.1136/bmjinnov-2018-000278. [50]

Watson, W. et al. (2017), "Advertising to children initiatives have not reduced unhealthy food advertising on Australian television", *Journal of Public Health*, Vol. 39/4, pp. 787-792, http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdx004. [93]

WCRF (2018), *NOURISHING framework*, World Cancer Research Fund International, https://www.wcrf.org/sites/default/files/Improve-food-supply.pdf (accessed on 21 March 2021). [61]

WHO (2021), *Be He@lthy, Be Mobile - Innovations*, World Health Organisation, http://www.who.int/ncds/prevention/be-healthy-be-mobile/innovations/en/ (accessed on 11 March 2021). [48]

WHO Europe (2013), *Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region*, World Health Organisation, Europe Regional Office. [62]

WHO GHO (2020), *Noncommunicable diseases: Risk factors*, World Health Organisation Global Health Observatory, https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors (accessed on 9 March 2021). [1]

Wolfenden, L. et al. (2018), *Strategies to improve the implementation of workplace-based policies or practices targeting tobacco, alcohol, diet, physical activity and obesity*, John Wiley and Sons Ltd, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012439.pub2. [72]

Wrieden, W. and L. Levy (2016), "'Change4Life Smart Swaps': Quasi-experimental evaluation of a natural experiment", *Public Health Nutrition*, Vol. 19/13, pp. 2388-2392, http://dx.doi.org/10.1017/S1368980016000513. [39]

Xiao, C., Y. Goryakin and M. Cecchini (2019), *Physical Activity Levels and New Public Transit: A Systematic Review and Meta-analysis*, Elsevier Inc., http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2018.10.022. [80]

Yuka (2021), *Yuka - The mobile app that scans your diet and cosmetics*, https://yuka.io/en/ (accessed on 11 March 2021). [46]

6 Aspectos econômicos do consumo de álcool no Brasil

O consumo nocivo de álcool é um problema crescente de saúde pública no Brasil. Existem sinais preocupantes de que o consumo tenha aumentado em todos os grupos populacionais nos últimos anos, especialmente o consumo esporádico excessivo de álcool entre adultos. Embora o Brasil tenha adotado políticas importantes e eficazes de controle do álcool, incluindo políticas para conter a direção sob o consumo de álcool ou campanhas na mídia de massa, ainda há espaço para melhorias. A implementação de um pacote de políticas sobre álcool mais abrangente, incluindo políticas de preços, limitação de publicidade e introdução de regulamentação do patrocínio de bebidas alcoólicas em eventos esportivos, pode ajudar a combater o consumo prejudicial de álcool no país. Incorporar o rastreio de forma mais sistemática, intervenções breves na atenção primária à saúde e implementar programas de educação e conscientização são outras estratégias importantes para combater o consumo de álcool e reduzir as suas consequências prejudiciais no Brasil.

6.1. Introdução

O consumo de álcool é uma das principais causas de morte e invalidez em todo o mundo, principalmente em pessoas em idade produtiva. O alto consumo de álcool é um importante fator de risco para doenças cardíacas e derrame, cirrose hepática e determinados tipos de câncer, mas mesmo o consumo baixo e moderado aumenta o risco dessas doenças no longo prazo. A exposição do feto ao álcool aumenta o risco de defeitos congênitos e deficiência intelectual. O seu consumo indevido também está associado a uma série de problemas de saúde mental, incluindo depressão e transtornos de ansiedade, obesidade e lesões não intencionais, ao mesmo tempo que contribui para mais acidentes, lesões, violência e homicídio, especialmente entre os jovens. A definição usada neste capítulo é apresentada no Quadro 6.1.

Quadro 6.1. Definições de consumo prejudicial de álcool

As definições e limites do consumo prejudicial de álcool variam de acordo com o país e o estudo

Com base em estudo da OCDE recente, este capítulo usa as seguintes definições (OECD, 2021[1]):

- **Consumo de bebida em quantidade alta ou que apresente riscos** = mais de 20 gramas (mulheres) ou 40 gramas (homens) de álcool puro por dia. Esta é uma definição frequentemente usada na pesquisa do álcool (Rehm et al., 2006[2]) e corresponde aproximadamente às várias diretrizes nacionais estabelecidas pelos países.
- **Consumo de bebida nocivo** = mais de 40 gramas (mulheres) ou 60 gramas (homens) de álcool puro por dia. Esta é uma definição frequentemente usada na pesquisa do álcool (Rehm et al., 2006[2]).
- **Consumo esporádico excessivo de bebida ("*binge drinking*")** = 60 gramas ou mais de álcool puro em uma única ocasião. Isso está de acordo com a definição usada pela OMS (2021[3]).

Nesta pesquisa (OECD, 2021[1]), a quantidade de álcool é quantificada em gramas de álcool puro por uma questão de simplicidade e harmonização entre os vários tipos de bebida. A densidade do álcool é de 0,8 grama por mililitro. No entanto, o uso comum é quantificar o álcool em volume. APV significa álcool por volume e mede a quantidade de álcool como % do volume da bebida (em mililitros). Por exemplo, vários tipos de bebida contêm diferentes teores de álcool:

- Uma lata de 500 ml de cerveja com 5% de APV contém 25 ml (ou 20 gramas) de álcool puro.

Um copo de 100 ml de vinho com 12,5% de APV contém 12,5 ml (ou 10 gramas) de álcool puro.

Há algumas diferenças entre a base de dados da OMS GISAH e a Pesquisa Nacional de Saúde 2019

A fim de que possamos realizar comparações entre países, este capítulo se utiliza do Sistema Global de Informações sobre Álcool e Saúde (GISAH, na sigla em inglês), da OMS, como banco de dados em detrimento da mais recente Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. A base de dados GISAH, a qual cobre 52 países, avalia o consumo de álcool per capita, enquanto a Pesquisa Nacional de Saúde calcula a proporção da população que afirma consumir álcool uma ou mais vezes por semana. Logo, os dados obtidos através da pesquisa a nível nacional se diferem dos dados obtidos pela OMS em razão de distinções metodológicas.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 mostram um aumento no consumo de álcool entre 2013 e 2019 na população brasileira. Em 2019, 26,4% da população adulta afirmava ter bebido uma ou mais vezes por semana, comparado com 23,9% em 2013. Tal aumento é predominantemente causado pelo consumo de mulheres, com um acréscimo de 4,1 pontos percentuais na proporção de

mulheres que afirmaram beber bebidas alcoólicas uma ou mais vezes por semana (de 12,9% das mulheres em 2013 para 17% em 2019). A Pesquisa Nacional de Saúde 2019 também aponta que 17% dos motoristas afirmaram terem bebido enquanto dirigiam, variando de 23% nas regiões Norte e Nordeste a 14,8% nas regiões Sul e Sudeste.

Neste capítulo, exploramos o panorama epidemiológico atual do consumo de álcool no Brasil em comparação aos países da OCDE, juntamente com o seu impacto sobre o sistema de saúde e a economia. Em seguida, revisamos as principais políticas que o Brasil implementou, desde iniciativas no nível populacional até intervenções individuais no sistema de saúde e em outros setores. Posteriormente, o capítulo descreve uma estrutura de políticas públicas para o controle do consumo de álcool e faz uma série de recomendações a serem consideradas em futuras reformas no Brasil. Ele finaliza fornecendo evidências sobre o impacto da implementação dessas políticas na saúde da população, no sistema de saúde e na economia, enquanto discute algumas considerações de implementação.

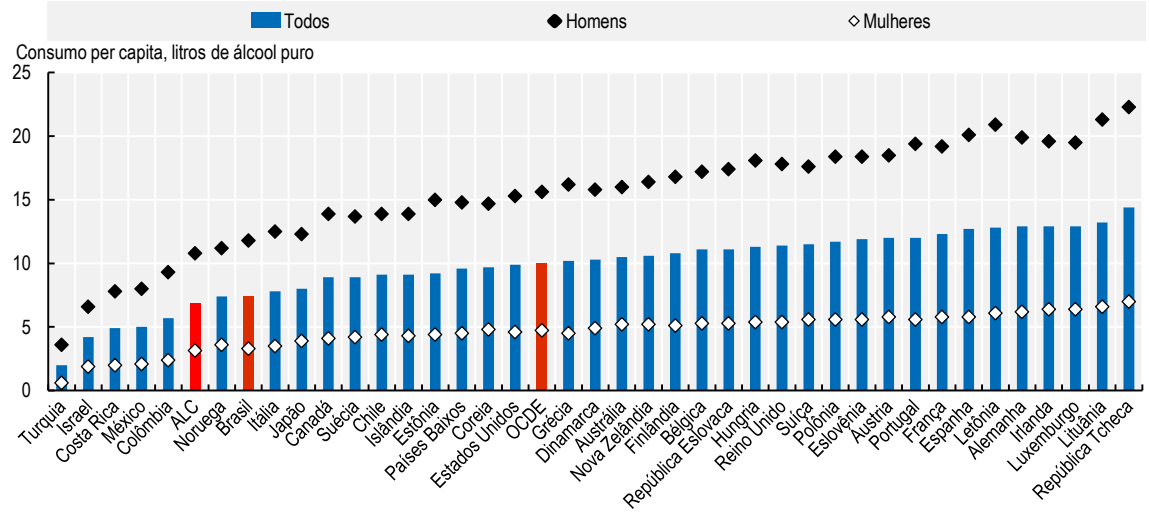
6.2. Consumo de álcool e suas consequências no Brasil

6.2.1. Os brasileiros possuem um consumo de álcool inferior às médias da OCDE

Em termos de consumo de álcool, o Brasil, com 7,4 litros per capita entre adultos em 2018, está acima da média da América Latina e do Caribe (ALC) de 6,9, mas abaixo da média da OCDE de 10. Os homens brasileiros bebem 11,8 litros, cerca de 4 litros a menos que a média da OCDE, enquanto as mulheres brasileiras bebem 3,3 litros, um pouco menos de 2 litros que a média da OCDE (Figura 6.1).

Figura 6.1. Consumo de álcool por gênero no Brasil, média da OCDE e ALC (2018)

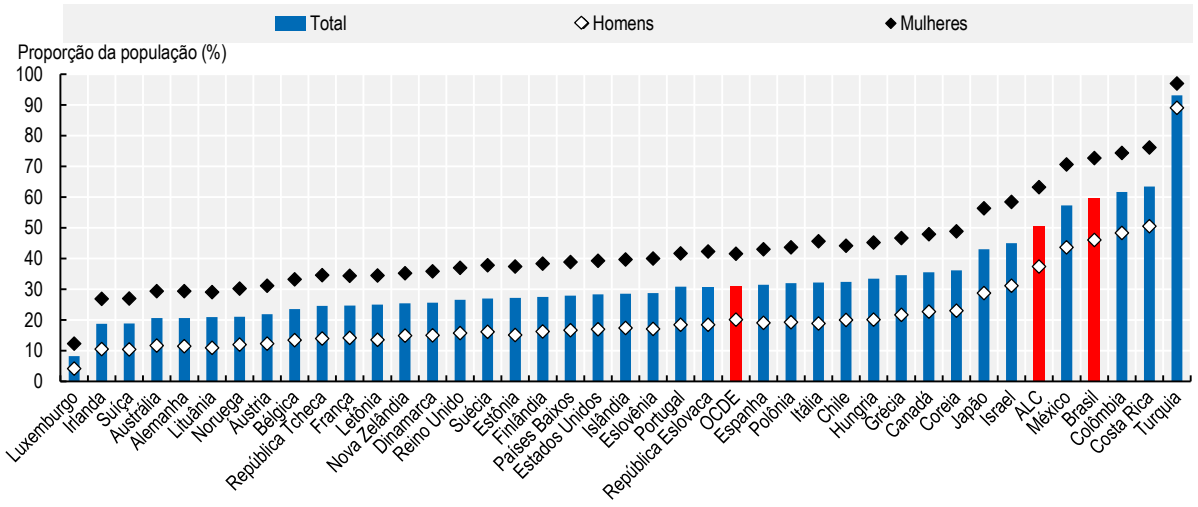
Consumo total de álcool (litros de álcool puro) per capita (maiores de 15 anos) em 2018



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

Figura 6.2. Prevalência de abstêmios por sexo, Brasil e OCDE

Proporção da população (com mais de 15 anos) que se absteve de beber álcool nos últimos 12 meses (%) em 2016



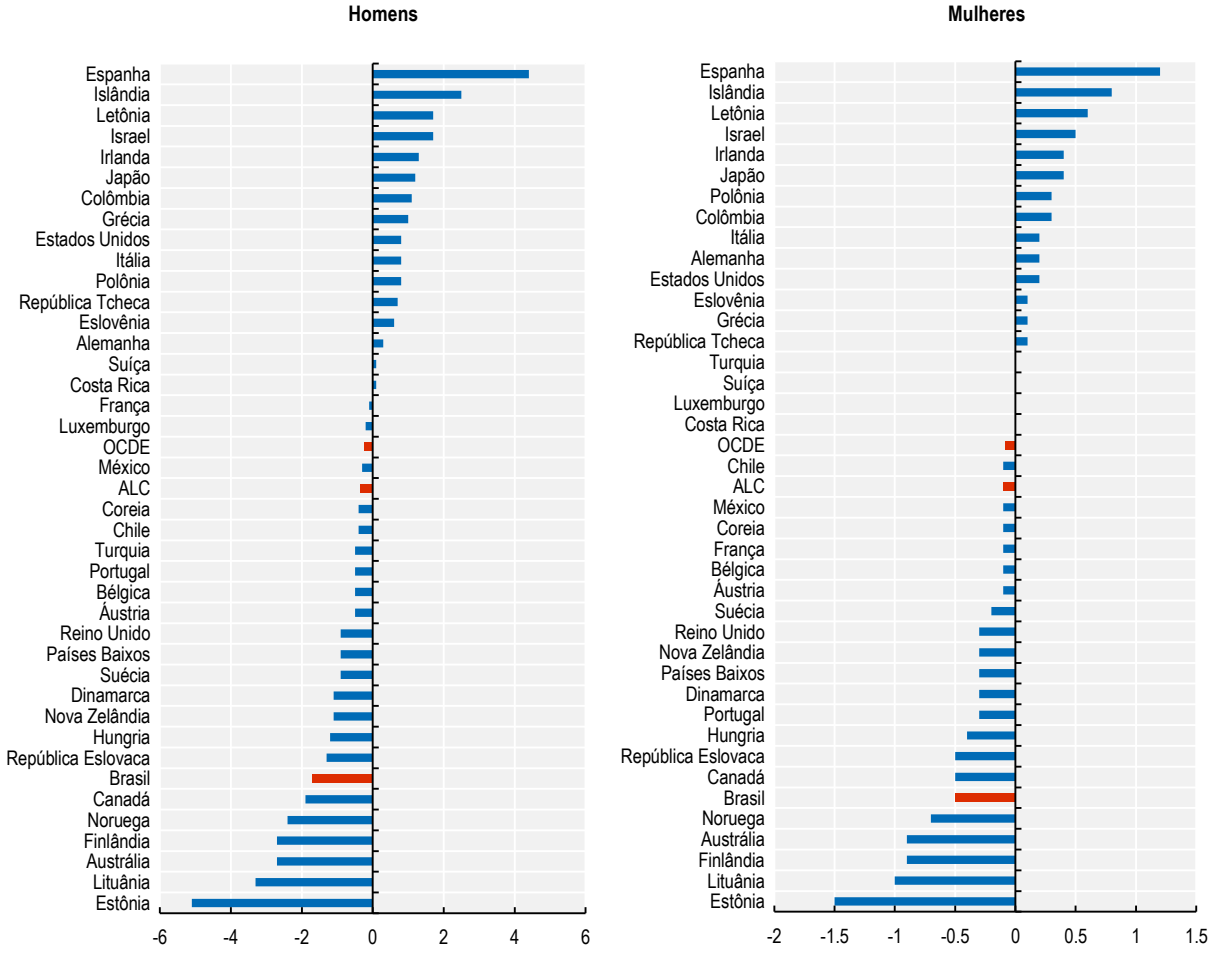
Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru. Os últimos dados de fontes nacionais sobre abstemia no Brasil se referem ao ano de 2012. Para mais detalhes sobre diferenças metodológicas, ver Quadro 6.1.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

O Brasil tem uma taxa de abstinência, definida como pessoas que não consumiram álcool nos últimos 12 meses, de 59,7%, superior à média da OCDE de 31,1% e mais próxima dos 51% da ALC em 2016. Quase 73% das mulheres no Brasil são abstêmias, mais que 42% nos países da OCDE, enquanto 46% e 20,1% dos homens no Brasil e na OCDE são abstêmios, respectivamente (Figura 6.2).

Entre 2010 e 2018, o consumo médio total per capita de álcool mudou pouco para os países da OCDE. Entre as mulheres, diminuiu 0,1 litro per capita e 0,3 entre os homens. A redução foi maior no Brasil: -0,5 litro para as mulheres e -1,7 litro para os homens (Figura 6.3). No entanto, em parte devido a diferentes metodologias, fontes de dados e diferentes momentos, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostra que o consumo de álcool entre pessoas com 18 anos ou mais cresceu de 24%, em 2013, para 26,4%, em 2019, ou seja, um aumento de 10%. Entre os homens, passou de 36,3% em 2013 para 39,5% em 2019 (aumento de 8,8%), enquanto para as mulheres passou de 13% para 20,7% (aumento de 59,2%).

Figura 6.3. Mudança por gênero no consumo de álcool ao longo do tempo no Brasil e nos países da OCDE

Mudança no consumo total de álcool per capita (maiores de 15 anos) entre 2010 e 2018 (litros de álcool puro).



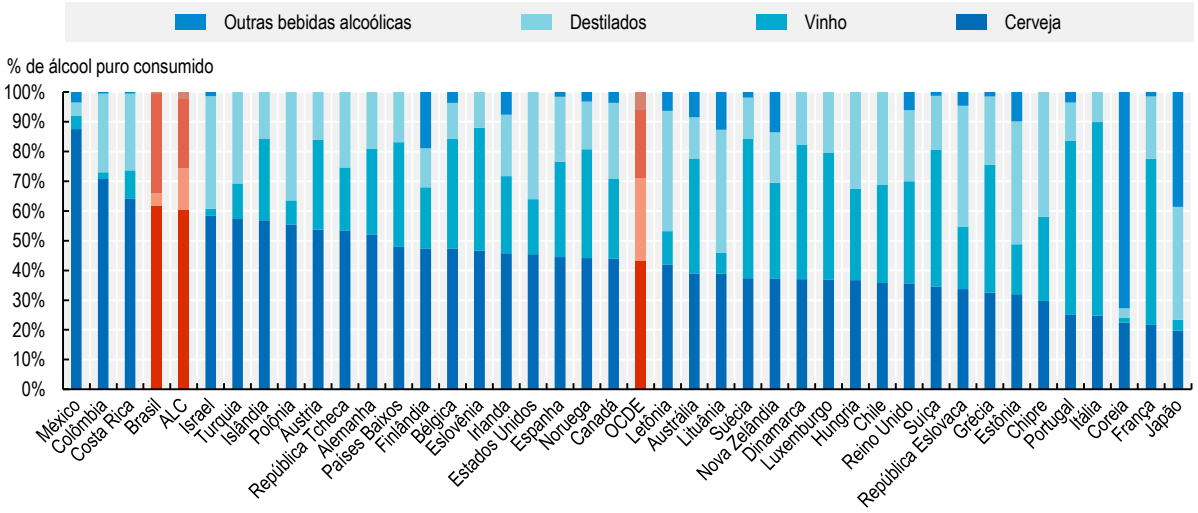
Observação: Números positivos indicam aumento no consumo de álcool entre 2010 e 2018, enquanto números negativos refletem uma redução no consumo per capita. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

6.2.2. O padrão de consumo de álcool no Brasil é diferente dos países da OCDE, com um aumento substancial no consumo excessivo nos últimos anos

Em média, nos países da OCDE, 43% do álcool é consumido na forma de cerveja, 28% na forma de vinho e 23% na forma de destilados. O Brasil consome um percentual maior tanto de cerveja quanto de destilados, com 62% e 33%, respectivamente, enquanto o vinho chega a apenas 4% (Figura 6.4).

Figura 6.4. Consumo de álcool por tipo de bebida no Brasil e nos países da OCDE

Consumo registrado de álcool puro por tipo de bebida (%) em 2018



Observação: A parcela do consumo de álcool por tipo de bebida é calculada pela OMS usando uma abordagem padrão em todos os países. Cada país pode usar abordagens diferentes, o que pode resultar em estimativas ligeiramente diferentes, por exemplo, na Estônia. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.

Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

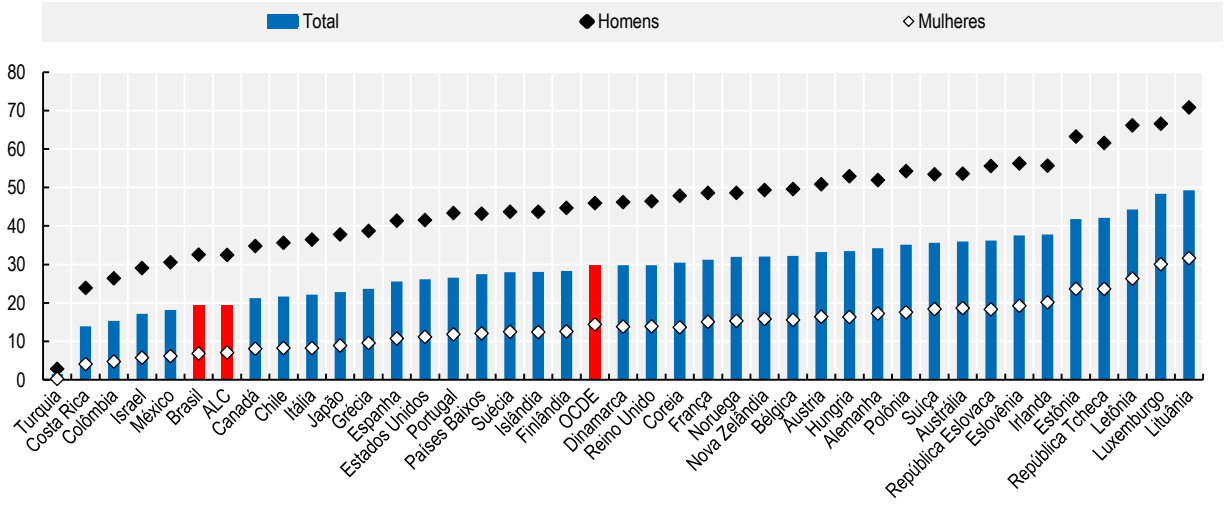
Embora o consumo de grandes quantidades de álcool acarrete riscos significativos para a saúde pública, o consumo excessivo de álcool, ou seja, beber uma grande quantidade de uma só vez, apresenta ameaças à saúde que vão além do impacto no consumo geral. Com base nos dados da OMS, em média, 30% dos adultos nos países da OCDE consomem uma quantidade alta e esporádica de álcool pelo menos uma vez em 30 dias, enquanto esse percentual fica próximo a 20% no Brasil. O consumo esporádico excessivo de álcool é maior entre os homens em todos os países.

Da mesma forma, a Pesquisa Nacional de Saúde mostra que o consumo esporádico excessivo de álcool entre brasileiros com 18 anos ou mais quase triplicou, de 5,9%, em 2013, para 17,1%, em 2019. O aumento foi grande entre as mulheres, passando de 2,4% para 9,2%, mas é maior entre os homens (9,9% a 26%). É preocupante que o consumo esporádico excessivo de álcool cresceu em todas as faixas etárias, com o maior aumento entre as pessoas de 18 a 24 anos passando de 7,1%, em 2013, para 22,9%, em 2019, seguido por pessoas de 25 a 39 anos, que aumentou de 7,8% para 23,7%. Além disso, o consumo esporádico excessivo de álcool também aumentou em todos os grupos educacionais, com as pessoas com ensino superior apresentando o maior aumento, passando de 5,2%, em 2013, para 18,7%, em 2019. Pessoas sem escolaridade ou escolaridade incompleta passaram de 5,4% para 12,7%.

O consumo repetido ou contínuo de álcool pode resultar em sua dependência. Nos países da OCDE, 3,7% da população é dependente do álcool, já no Brasil, esse número é de 1,4%. Em todos os países, a dependência do álcool é maior entre os homens do que entre as mulheres. Na OCDE, 5,9% dos homens e 1,6% das mulheres são dependentes do álcool, enquanto chega a 2,3 e 0,5, respectivamente, no Brasil (Figura 6.6).

Figura 6.5. Prevalência do consumo esporádico de álcool em quantidade alta no Brasil e nos países da OCDE

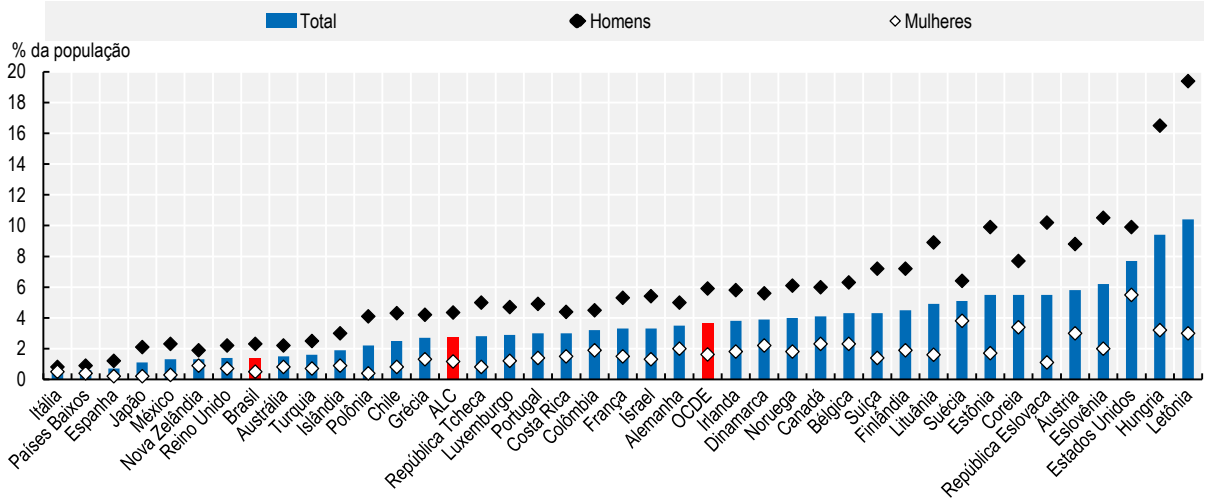
Percentual da população adulta (com 15 anos ou mais) com pelo menos uma ocasião de consumo esporádico excessivo de álcool nos últimos 30 dias de 2016



Observação: o consumo esporádico de bebida em quantidade alta é definido como o consumo de pelo menos 60 gramas ou mais de álcool puro. ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

Figura 6.6. Prevalência da dependência do álcool no Brasil e nos países da OCDE

Dependência do álcool (população com 15 anos ou mais) por sexo, prevalência de 12 meses (%) em 2016



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en, com base no Sistema de Informação Global da OMS sobre Álcool e Saúde 2020.

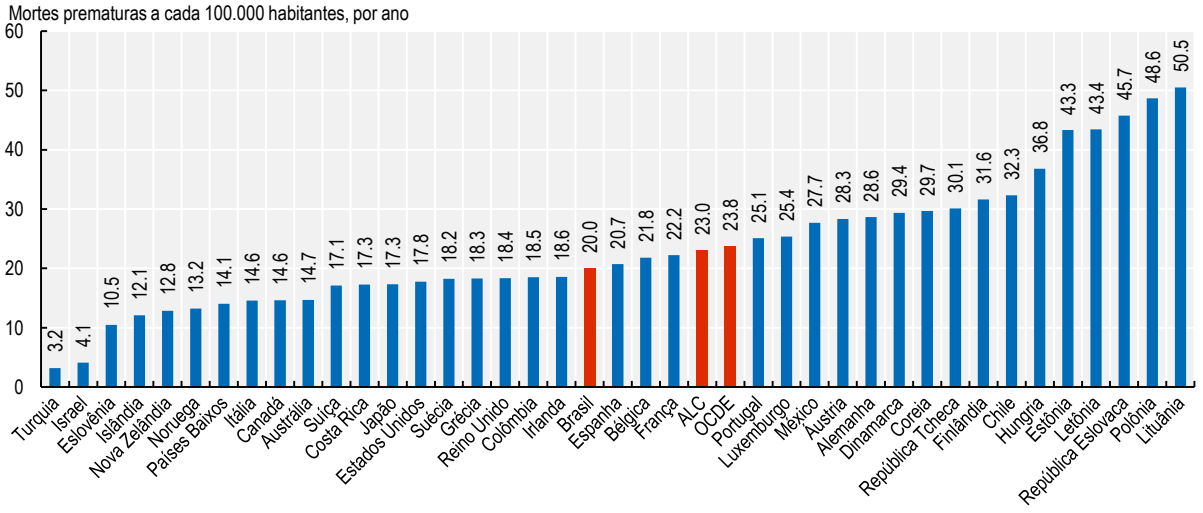
6.2.3. O impacto projetado do consumo de álcool na saúde da população brasileira se aproxima das médias da OCDE

O consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens também pode levar à morte prematura de pessoas entre 30 e 70 anos, de acordo com a definição da OMS (WHO, 2018[4]). Especificamente, o modelo da OCDE de 2021 prevê que, em média, nos seus países, 24 pessoas por 100 mil habitantes morrerão prematuramente a cada ano devido ao consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia. No Brasil, essa taxa chega a 20 pessoas por 100 mil habitantes (Figura 6.7), sendo maior na Colômbia, nos Estados Unidos e no Canadá, na região das Américas.

O impacto do consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia na saúde da população também pode se manifestar na redução da expectativa de vida. Em média, em todos os países da OCDE, esse fator de risco diminui a expectativa de vida em cerca de 0,9 ano entre 2020 e 2050, enquanto a redução chega perto de 0,8 ano no Brasil. O efeito em anos de expectativa de vida saudável (HALE) - ou seja, após levar em consideração a qualidade de vida, anos vividos por pesos ajustados por deficiência para pessoas com doenças - é ainda maior. Em todos os países da OCDE, 1,13 HALE é perdido ao longo de 2020-2050 devido a esse nível de consumo de álcool, com previsão de que o Brasil perderá 0,85 HALE no mesmo período (Figura 6.8).

Figura 6.7. O impacto do consumo de álcool na mortalidade prematura

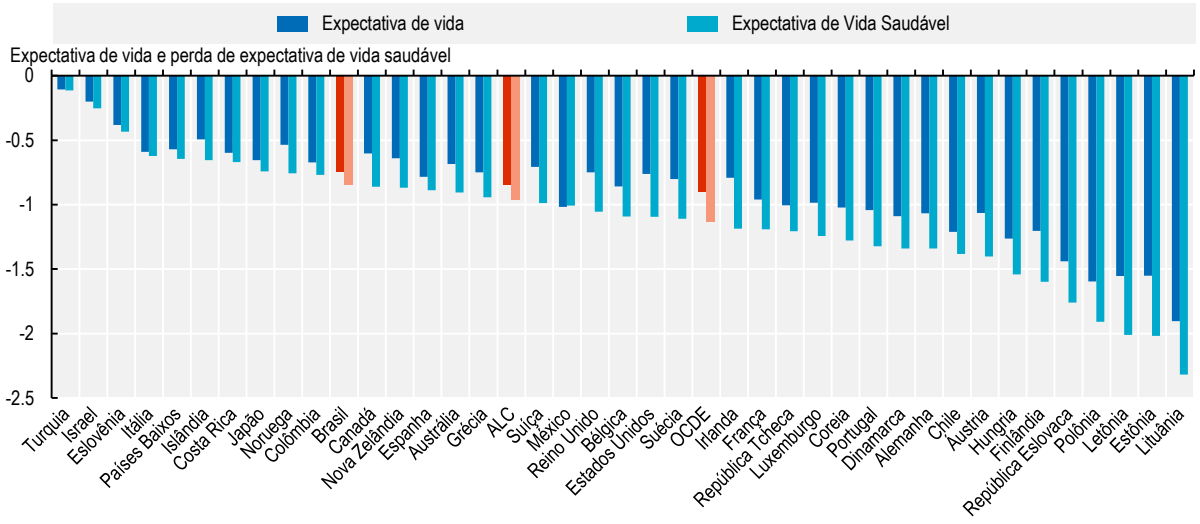
Número anual de mortes prematuras por 100 mil habitantes devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

Figura 6.8. O impacto do consumo de álcool na expectativa de vida

Expectativa de vida e Expectativa de Vida Saudável perdidas devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

É importante ressaltar que os cálculos gerais dos impactos negativos de qualquer nível de consumo de álcool são desenvolvidos no Quadro 6.2.

Quadro 6.2. Qualquer nível de consumo de álcool causa danos à saúde da população

O risco de algumas doenças e desfechos, como dependência, câncer, cirrose e lesões, aumenta mesmo com baixos níveis de consumo de álcool. Isso significa que a carga do consumo total de álcool (ou seja, qualquer bebida, em oposição a beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia) é maior. Mais especificamente, o modelo da OCDE calculou que qualquer consumo de álcool cumulativamente nos próximos 30 anos, em 52 países, causa:

- aproximadamente 14% mais casos de dependência do que beber acima do limite (1.263 milhões de casos, 100% do total, em comparação a 1.111 milhão de casos, 88% do total);
- 48 milhões de casos adicionais de lesões (128% mais casos que o fardo causado por beber acima do limite máximo) e 10 milhões adicionais de câncer (97% mais casos);
- um adicional de 4,2 pessoas por 100 mil habitantes que morrerão prematuramente (18% a mais que as mortes prematuras causadas por beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia). No total, cerca de 1,1 milhão de pessoas morrerá prematuramente a cada ano devido ao consumo de álcool acima do limite e cerca de 1,3 milhão devido a qualquer nível de consumo de álcool;
- uma redução extra na expectativa de vida de dois meses em média no nível da população, além da redução em nove meses de expectativa de vida para o consumo acima dos limites (redução de 17% maior, em comparação a beber acima do limite de 1/1,5 bebida por dia).

Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

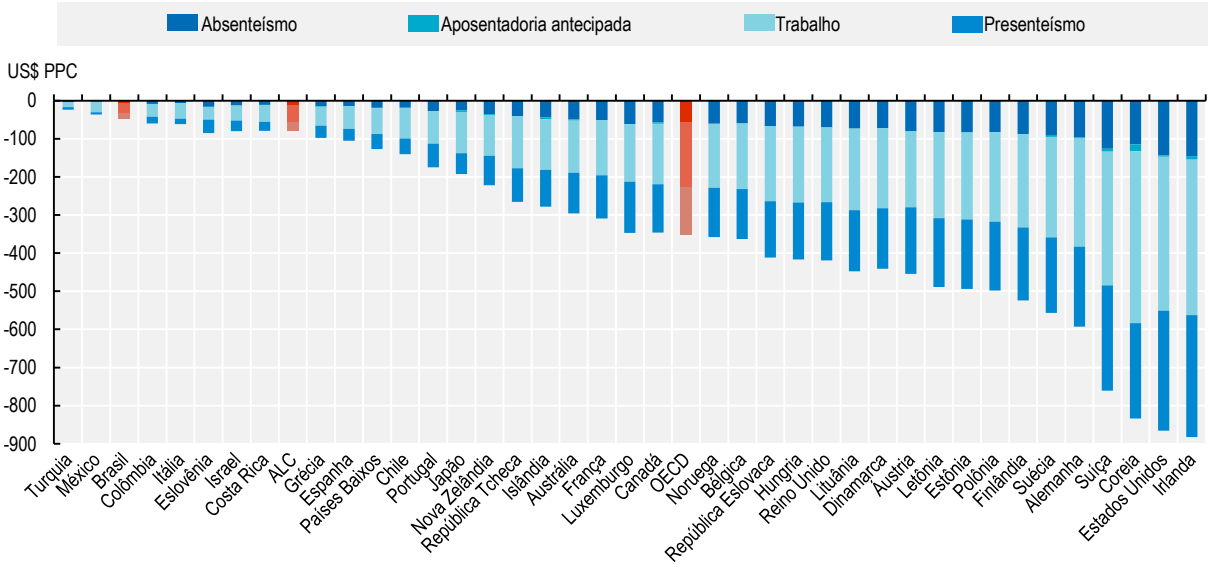
6.2.4. As tendências atuais de consumo de álcool afetarão negativamente a economia do Brasil

Quando o impacto do consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia é traduzido em perda de emprego e produtividade mensurada pelos salários de mercado ajustados por PPC, os países da OCDE perdem, em média, US$ 351 de PPC per capita por ano (ver Figura 9). Isso equivale a uma perda econômica relacionada ao trabalho de US$ 595 bilhões de PPC por ano nos países da OCDE. Isso corresponde aproximadamente ao PIB anual da Bélgica ou da Suécia. Projeta-se que o Brasil perderá, em média, US$ 47 de PPC per capita por ano. Em geral, a maioria dos custos se deve a reduções no emprego, sendo pequeno o efeito na antecipação de aposentadorias (Figura 6.9).

A economia geral também é afetada pelo consumo de álcool. Em média, no Brasil, o PIB será cerca de 1,3% menor nos próximos 30 anos devido ao impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool acima do limite de 1/1,5 bebida por dia, um pouco abaixo da média de 1,6% dos países da OCDE (Figura 6.10).

Figura 6.9. Impacto econômico de doenças causadas pelo consumo de álcool no emprego e na produtividade

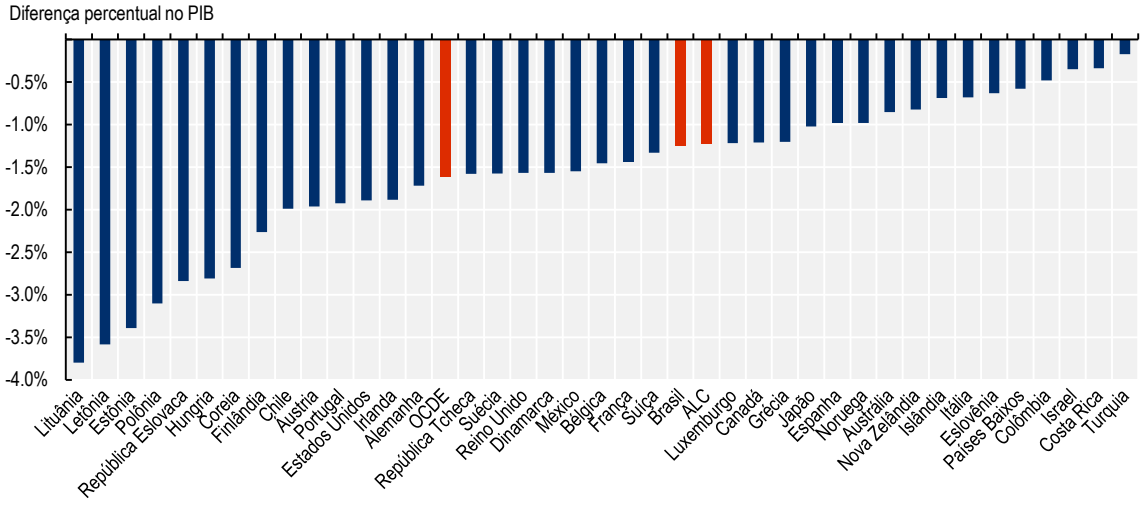
Perdas de emprego e produtividade per capita com base nos salários médios devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens, por ano, em US$ de PPC (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

Figura 6.10. O impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool no PIB

Diferença percentual no PIB devido a doenças causadas pelo consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens (média para 2020 a 2050)

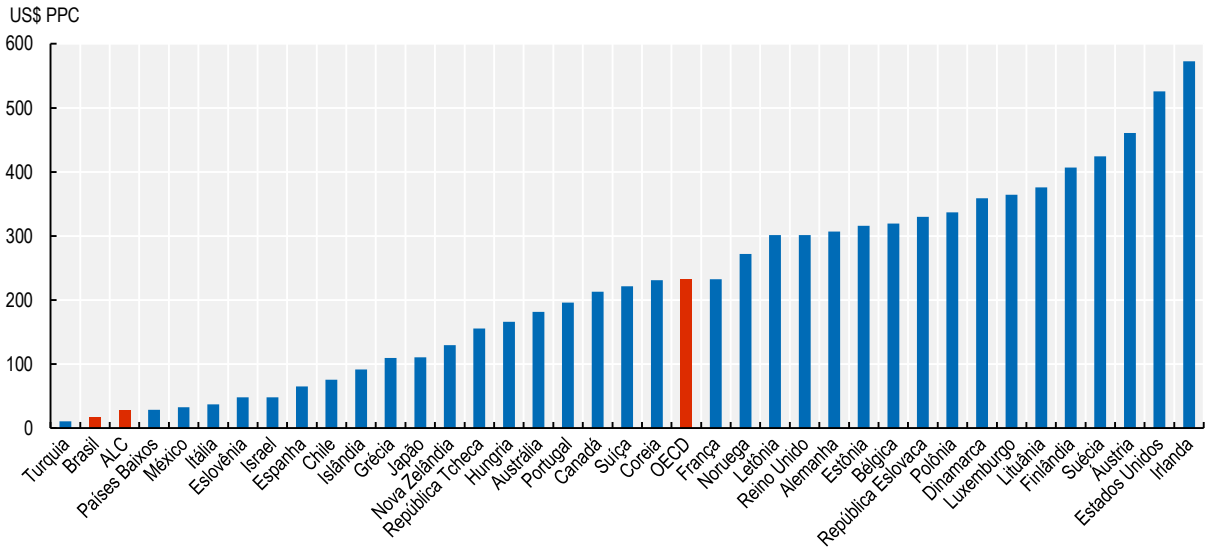


Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

A pressão fiscal é outra medida na análise da carga macroeconômica de longo prazo das doenças causadas pelo consumo de álcool. A pressão fiscal é mensurada como principal receita do governo necessária para estabilizar a proporção da dívida pública e é equivalente a uma taxa de imposto geral (presumindo que os governos respondem à pressão fiscal crescente com o aumento da receita). O impacto das doenças causadas pelo consumo de álcool na taxa geral de impostos pode ser traduzido em um impacto equivalente nos impostos per capita para o público. No Brasil, cada pessoa estará sujeita a US$ 16 de PPC por ano em impostos adicionais devido ao consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens em 2020 a 2050. No entanto, isso é inferior aos US$ 232 de PPC, em média, nos países da OCDE (Figura 6.11).

Figura 6.11. Aumento do imposto per capita equivalente devido a doenças causadas pelo consumo de álcool

Imposto anual per capita necessário para cobrir o aumento da pressão fiscal devido a doenças causadas pelo consumo de álcool acima de 1 bebida por dia para mulheres e 1,5 bebida por dia para homens, em US$ de PPC (média para 2020 a 2050)



Observação: ALC: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Peru.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

6.3. O Brasil tem adotado políticas importantes e eficazes de controle do álcool

Ao reconhecerem o consumo prejudicial de álcool como uma importante questão da saúde pública, em 2010, os Estados Membros da OMS concordaram com a Estratégia Mundial para Reduzir o Uso Nocivo do Álcool (WHO, 2010[5]). Posteriormente, essa estratégia mundial desempenhou um papel importante na formulação do Plano de Ação Global da OMS para a Prevenção e o Controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2013-2020, que incluiu o objetivo de alcançar uma redução relativa do consumo nocivo de álcool em 10% (Meta 2) (WHO, 2013[6]). Em 2017, a OMS lançou o *Tackling NCDs: "Best Buys" and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, que resumiu 11 intervenções consideradas o melhor uso de recursos com base em uma avaliação de seu custo-eficácia e viabilidade de implementação. Dessas, tributação, restrições à disponibilidade e proibições à publicidade de álcool foram identificadas como as melhores estratégias para políticas públicas relacionadas ao álcool (WHO, 2017[7]). Essas intervenções estão refletidas na iniciativa SAFER da OMS, que, além das melhores estratégias, promove a importância de contramedidas para dirigir alcoolizado, triagens e breves tratamentos de intervenção (WHO, 2018[8]).

O relatório da OCDE sobre o álcool de 2021 apresentou novas análises e políticas públicas sobre o álcool, que são posteriormente analisadas e aplicadas ao contexto brasileiro nesta seção.

6.3.1. O Brasil adota uma política nacional sobre o álcool, mas a sua implementação ainda é um desafio

A Constituição Federal de 1988 serviu como base para as futuras políticas sobre o álcool no Brasil, principalmente pelo reconhecimento da saúde como uma das condições essenciais para uma vida digna e, portanto, um direito fundamental dos cidadãos. O Grupo de Trabalho Interministerial do Ministério da Saúde, em 2003, e a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool, em 2005, representaram importantes passos institucionais em termos de desenvolvimento das políticas sobre o álcool. Em 2007, foi criada a primeira política nacional sobre o álcool. O Quadro 6.3 descreve os desenvolvimentos mais relevantes de tal política pública no Brasil até os dias atuais.

Quadro 6.3. O desenvolvimento da política sobre o álcool no Brasil ao longo do tempo

Política Nacional sobre o Álcool, 2007

A primeira estratégia nacional do gênero no Brasil, a Política Nacional sobre o Álcool de 2007 estabelece estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, com uma abordagem integral e intersetorial para a redução dos agravos à saúde, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao consumo nocivo dessa substância.

Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas de 2009

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção do Álcool e Outras Drogas, de 2009, tem como objetivo ampliar o acesso de pessoas carentes à saúde por meio do SUS. Também busca diversificar as ações voltadas à prevenção, promoção da saúde, tratamento, redução de riscos e danos, e construir respostas intersetoriais eficazes, sensíveis ao ambiente cultural, aos direitos humanos e às particularidades do álcool e outras drogas dos usuários.

Política Nacional Sobre Drogas de 2019

A nova política coloca o Ministério da Cidadania como responsável pelo tratamento do usuário de drogas, com foco na abstinência de drogas. Entre as alterações, o Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, fortalece as Comunidades Terapêuticas como medida de tratamento. As unidades oferecem abrigo, assistência e tratamento para dependentes químicos por meio da estruturação dos serviços no nível comunitário para oferecer um tratamento de maior qualidade aos pacientes.

Fonte: CISA (2020[9]), "Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020", https://cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/207-panorama2020.

Em outubro de 2019, o CONASS organizou um evento com o objetivo de mobilizar os principais participantes na divulgação e implementação da iniciativa SAFER da OMS, marcando o apoio do Conselho em vista da discussão pública e mobilização em relação ao engajamento político com a iniciativa da OMS (OPAS/OMS Brasil, 2019[10]).

Em 2016, 32 dos 37 países da OCDE adotaram uma política nacional escrita sobre o álcool, que também é o caso do Brasil. No entanto, apenas 17 países da OCDE possuem um plano de ação que descreve a implementação da política nacional, um instrumento atualmente ausente no Brasil (OECD, 2021[1]).

6.3.2. A lei sobre a idade mínima para ter acesso ao álcool tem sido muito importante no Brasil

Todos os países da OCDE implementaram uma restrição de idade mínima para a compra de álcool. Muitos riscos estão associados ao consumo precoce de álcool, como violência e lesões, bem como uma maior probabilidade de desenvolver dependência do álcool na idade adulta (Grant et al., 2006[11]). Dado que a disponibilidade de bebidas alcoólicas é um preditor significativo do comportamento de beber entre os jovens (Wagenaar, Salois and Komro, 2009[12]; Kypri et al., 2008[13]), a maioria dos países definiu uma idade mínima na qual as pessoas podem comprar ou consumir álcool legalmente.

A idade mínima legalmente obrigatória para a compra de álcool nos países da OCDE varia de 16 a 21 anos, com a maioria estabelecendo o limite de 18 anos (Figura 6.12). A grande maioria dos países da OCDE (83%) aplica o mesmo limite para todos os tipos de álcool. Aqueles que normalmente não aumentam a idade mínima em dois anos para destilados (por exemplo, na Noruega e na Finlândia (em locais externos), a idade mínima é de 18 anos para cerveja e vinho, mas 20 para destilados).

Figura 6.12. Idade mínima legal para comprar álcool no Brasil e nos países da OCDE



Observação: Azul escuro = países da OCDE. *18 para destilados. **20 para destilados (para a Finlândia, aplica-se apenas a locais externos). ***18 para cerveja (locais internos e externos) e 20 para vinhos e destilados (apenas locais externos). ****Na Suécia, a idade legal é de 20 anos para comprar cerveja, vinho e destilados em Systembolaget (lojas de bebidas do governo - locais externos), com exceção da cerveja light, que pode ser comprada aos 18 anos. Entretanto, a idade legal para comprar em restaurantes e bares é 18 anos. †Os limites de idade são definidos no nível subnacional.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

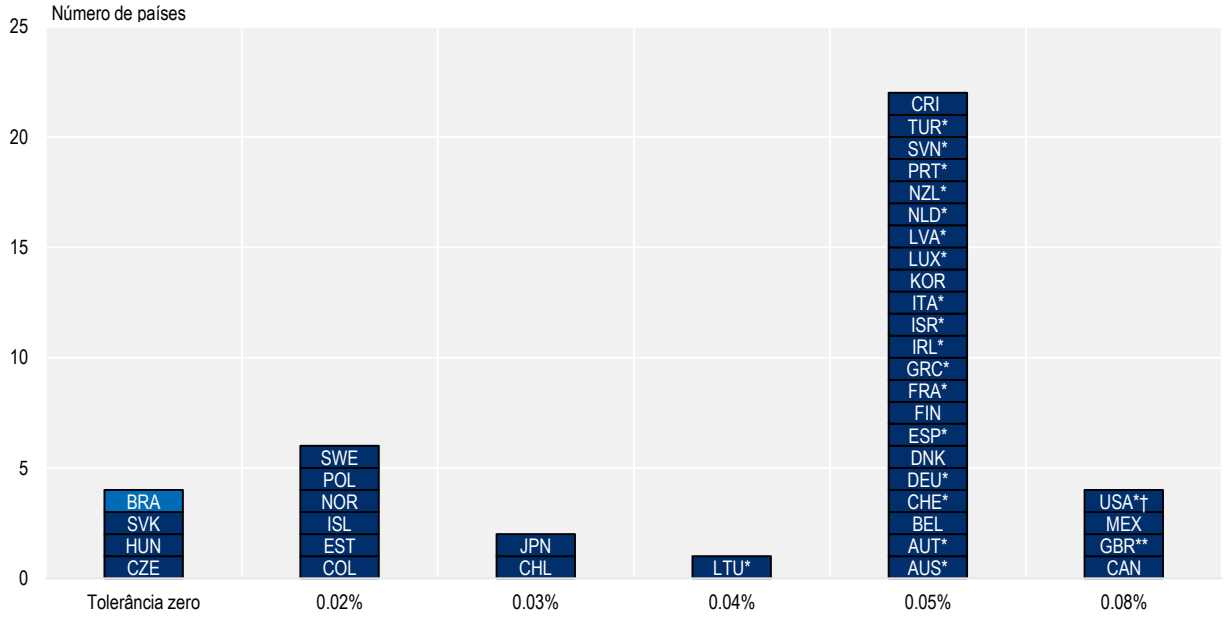
Em 2015, foi aprovada a Lei 13.106, que torna crime oferecer bebidas alcoólicas a menores (Planalto, 2015[14]). É proibido vender, fornecer, servir, administrar ou entregar a crianças e adolescentes bebidas alcoólicas ou outros produtos que possam causar dependência. Quem descumprir essa regra está sujeito

a pena de prisão de dois a quatro anos e multa de R$ 3.000 a R$ 10.000 (US$ 545 a US$ 1.800). Quanto ao estabelecimento onde a venda é realizada, é aplicada uma medida administrativa de interdição.

6.3.3. A política de tolerância zero para dirigir alcoolizado tem sido positiva no Brasil

Dado o maior risco de acidentes ao dirigir sob o efeito do álcool, é comum que os países apliquem limites de concentração de álcool no sangue (CAS), que podem variar de acordo com o tipo de motorista. A maioria dos países da OCDE (57%) definiu o limite de CAS em 0,05% para a população em geral. O limite máximo de CAS nos países da OCDE é de 0,08% e é aplicado em quatro países: Estados Unidos (com exceção de Utah), República Eslovaca, Canadá e Reino Unido (com exceção da Escócia, onde o limite é estabelecido em 0,05%) (Figura 6.13). Mais da metade dos países da OCDE (n = 21) impõem limites mais baixos de CAS para motoristas profissionais e novatos/jovens. Nesses países, os limites de CAS variam entre zero e 0,03% para motoristas profissionais e novatos/jovens e entre 0,04% e 0,05% para a população em geral. O Brasil está no último grupo, com uma política de tolerância zero ao álcool para dirigir alcoolizado.

Figura 6.13. Limites de CAS para a população em geral no Brasil e nos países da OCDE



Observação: Azul escuro = países da OCDE. *Limite mais baixo definido para motoristas novatos e/ou profissionais. **O limite é de 0,05% para a Escócia. †Nos Estados Unidos, o limite no estado de Utah é de 0,05%.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

Em 2008, a Lei nº 11.705 (a chamada “Lei Seca”) do Brasil alterou o Código de Trânsito Brasileiro, estabelecendo penalidades mais severas para os motoristas que dirigirem sob o efeito do álcool. Qualquer concentração de álcool detectada era considerada infração (Planalto, 2008[15]). Torna-se crime quando a CAS atinge 0,6 g/l de sangue ou 0,34 mg/l em um teste de bafômetro. A multa chega a R$ 957,69 (US$ 175). A Lei Seca foi alterada em 2012 (Planalto, 2012[16]). A multa aumentou para R$ 1.915,38 (US$ 350) e as possibilidades de comprovação da direção sob o efeito de álcool ou de qualquer outra substância foram ampliadas. O crime se configura nos casos em que o motorista apresentar uma CAS igual ou superior a 0,6 g de álcool por litro de sangue, medida igual ou superior a 0,34 mg de álcool por litro de ar alveolar exalado, ou sinais de capacidade psicomotora alterada. Nesses casos, o motorista está sujeito à detenção de 6 meses a 3 anos, multa e suspensão ou proibição de obtenção da carta de habilitação. Mais

recentemente, a Lei nº 13.546 de 2017 (Planalto, 2017[17]) aumentou a multa para R$ 2.934,70 (US$ 530). Os níveis de CAS foram mantidos, mas a mudança legislativa determinou punições mais rígidas para os motoristas que, sob o efeito do álcool ou de outras substâncias psicoativas, cometerem crimes de homicídio culposo (sem intenção) ou lesões corporais de natureza grave ou muito grave. Nesses casos, a pena é de 5 a 8 anos e, nos casos de homicídio culposo, de 2 a 5 anos. Nenhuma dessas situações permite o pagamento de fiança.

Em termos de avaliações da lei, um estudo preliminar não encontrou evidências de redução da mortalidade relacionada ao trânsito em Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo 5 anos e meio após a adoção da Lei Seca de 2008 (Volpe, Ladeira and Fantoni, 2017[18]). Um estudo posterior que avaliou a mesma lei no Rio de Janeiro não teve efeitos sobre as taxas gerais de mortalidade por acidentes de trânsito, mas está estatisticamente associada a reduções entre 0.1% e 1.5% ao ano na mortalidade de ciclistas e motociclistas com idade ≥60 anos e pedestres de ambos os sexos e com idade ≥20 anos (Jomar et al., 2019[19]). Um terceiro estudo avaliou o efeito, no Distrito Federal, da Lei nº 11.705 (a Lei Seca de 2008) e da Lei nº 12.760, de 2012, que foi chamada de nova Lei Seca e buscou corrigir problemas na legislação original. O estudo observou que, enquanto a lei de 2008 não teve impacto significativo, a lei de 2012 teve um impacto estatisticamente significativo na redução de acidentes fatais (Guimarães and da Silva, 2019[20]). Os últimos resultados destacam a importância da fiscalização, principalmente por meio da introdução de diferentes formas de comprovar que uma pessoa está dirigindo sob o efeito do álcool. O mais recente desenvolvimento está relacionado ao endurecimento da Lei Seca. A partir de abril de 2021, motoristas sob o efeito de álcool ou drogas que causarem acidentes com lesões corporais, mesmo aqueles considerados sem intenção, serão presos, o que significa que o infrator não terá mais o direito de substituir penas de prisão por outras mais leves, como serviço comunitário, que antes era permitido (DNIT, 2021[21]).

6.3.4. Campanhas de mídia de massa sobre dirigir sob o efeito do álcool são realizadas regularmente no Brasil

Campanhas de mídia de massa são uma ferramenta normalmente implementada na comunicação de mensagens sobre os efeitos nocivos do consumo de álcool. Elas podem ter uma influência direta ou indireta no comportamento do consumidor. Uma revisão sistemática da eficácia das campanhas de mídia de massa para reduzir o consumo de álcool e danos relacionados, cobrindo campanhas na Austrália, Dinamarca, Finlândia, Itália, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos, concluiu que, embora as campanhas possam aumentar o conhecimento sobre o impacto do consumo de álcool e a procura por tratamento, há poucas evidências que sugerem que reduzem o consumo de álcool (Young et al., 2018[22]).

As campanhas de mídia de massa são normalmente dedicadas a temas como dirigir alcoolizado e os danos do consumo de álcool no longo prazo. Uma revisão sistemática do impacto das campanhas de mídia de massa descobriu que elas reduzem os casos de dirigir alcoolizado em cerca de 15% (Yadav and Kobayashi, 2015[23]). Os autores não encontraram uma melhoria no número de acidentes e lesões relacionados ao álcool, mas a heterogeneidade no desenho do estudo significa que não foi possível tirar conclusões gerais. Um estudo que avaliou uma campanha dinamarquesa descobriu que a conscientização sobre o álcool como fator de risco para o câncer aumentou 5 pontos percentuais (de 45% para 50%, quando realizada, e de 22% para 27%, quando não realizada). A campanha também levou a um maior apoio a outras políticas sobre o álcool, como preço mínimo unitário (PMU) e rotulagem nutricional obrigatória (Christensen et al., 2019[24]). Isso é importante porque uma pequena proporção da população está ciente dos riscos do consumo de álcool. Por exemplo, no Reino Unido, apenas 13% dos entrevistados em uma pesquisa nacional identificaram o álcool como fator de risco para o câncer (Sinclair et al., 2019[25]).

No Brasil, o Governo Federal regularmente realiza campanhas na mídia sobre dirigir alcoolizado no contexto das celebrações do Carnaval (Quadro 6.4). No entanto, nenhuma avaliação de impacto foi realizada até agora, o que seria útil para reformular campanhas futuras.

Quadro 6.4. Campanhas de Carnaval na mídia de massa sobre dirigir alcoolizado no Brasil

Quase anualmente, o governo federal do Brasil realiza campanhas de mídia de massa sobre dirigir alcoolizado durante o período do Carnaval. Em 2019, a "Campanha de Prevenção de Acidentes - Carnaval" teve como objetivo promover o consumo zero de álcool antes de dirigir para reduzir os acidentes de trânsito e buscar causar uma reflexão na população sobre a gravidade e abrangência das consequências ocasionadas pelo consumo de bebidas alcoólicas (Ministério da Infraestrutura, 2019[26]).

A campanha foi veiculada entre os dias 25 de fevereiro e 10 de março de 2019 na internet e no rádio, o segundo e terceiro melhores meios de exposição na mídia, por transmitirem credibilidade e cobertura junto ao público-alvo definido no Brasil. A primeira, a televisão aberta, não foi utilizada devido à baixa disponibilidade de recursos para a campanha.

6.4. Um pacote de políticas públicas abrangente pode contribuir para reduzir ainda mais o consumo de álcool e suas consequências nocivas no Brasil

A fim de analisar as principais políticas públicas descritas em documentos de políticas nacionais e planos de ação, o relatório da OCDE 2021 sobre o álcool as agrupou nos seguintes domínios de política, que incluem aqueles dentro da estrutura SAFER da OMS (WHO, 2018[8]) e informações ao consumidor:

- preço do álcool
- dirigir alcoolizado
- marketing do álcool
- rastreio e intervenções breves
- informações ao consumidor

De acordo com o relatório da OCDE, essas ações possuem um impacto positivo na economia e na saúde da população do Brasil. Em particular, uma "abordagem PPAF" abrangente, incluindo ações para proteger as crianças da promoção do álcool; policiamento para limitar ferimentos e a violência relacionados ao álcool; atenção primária para ajudar pacientes com padrões prejudiciais de consumo de álcool; e a fixação de preços para limitar o acesso a bebidas alcoólicas baratas, é eficaz e econômica para combater o consumo prejudicial de álcool.

As presentes seções analisam a posição atual do Brasil em cada domínio e fazem comparações com os países da OCDE. Ela também resume as melhores evidências científicas disponíveis por trás das principais intervenções.

6.4.1. Políticas de preço mínimo de álcool poderiam ser introduzidas no Brasil

Existem fortes evidências para apoiar a relação inversa entre os preços das bebidas alcoólicas e o consumo. Uma revisão sistemática de Elder et al. (2010[27]) descobriram que quase todos os estudos (95%) que calculam as elasticidades-preço foram negativos, com esse valor variando de -0,5 a -0,79 (ou seja, um aumento de 10% no preço do álcool corresponde a uma diminuição no consumo de -5% a -7,9%), dependendo do tipo de álcool. Essas constatações são corroboradas por uma meta-análise de

Wagenaar et al. (2009[12]), os quais concluíram que um aumento de 10% no preço do álcool diminui o consumo em aproximadamente 5%. Preços mais altos também reduzem a mortalidade e morbidade relacionadas ao álcool (por exemplo, cirrose, mortes no trânsito, agressão e suicídio) e são considerados altamente econômicos (Wagenaar, Tobler and Komro, 2010[28]; Elder et al., 2010[27]; Cobiac, Mizdrak and Wilson, 2019[29]).

O preço mínimo unitário (PMU) é uma ferramenta política que define um preço mínimo unitário obrigatório de álcool ou bebida padrão[1], visando, assim, às bebidas alcoólicas baratas. Ao contrário dos impostos, tal instrumento evita que os varejistas absorvam o custo adicional de produção. Além disso, foi argumentado que o PMU é mais eficaz, uma vez que alcoólatras e/ou jovens são mais propensos a consumirem opções baratas de álcool (O'Donnell et al., 2019[30]).

Vários países implementaram o PMU, incluindo o Canadá (determinadas províncias), um território na Austrália, o Reino Unido (Escócia e País de Gales) e a Federação Russa. A pesquisa empírica que avaliou o PMU, até o momento, encontrou resultados promissores. No Reino Unido (Escócia), O'Donnell et al. (2019[30]) constataram que o PMU levou a uma redução de 7,6% nas compras de álcool, o que equivale a 41 unidades de álcool por pessoa, por domicílio a cada ano. O impacto sobre o preço foi maior nas famílias que consumiam mais álcool, o que indica que a política teve sucesso em atingir as pessoas que bebem em excesso. Os resultados dessa pesquisa são apoiados por análises mais recentes realizadas pela Public Health Scotland e pela Universidade de Glasgow, as quais constataram que as vendas de álcool em supermercados e pontos de venda sem licença caíram 4,5% um ano após a introdução do PMU (com o maior impacto em produtos baratos) (Christie, 2020[31]; Public Health Scotland, 2020[32]). Na Austrália, uma investigação sobre a introdução do PMU no Território do Norte (AUS 1,30 por bebida padrão) descobriu que a política levou a uma redução no fornecimento de álcool per capita no atacado (em 0,22 litros de álcool puro), nas agressões e na solicitação de ambulâncias e internações de emergência relacionadas ao consumo de álcool (Coomber et al., 2020[33]).

Além do PMU, outras ferramentas de política pública para minimizar o preço do álcool incluem:

- Proibições de vendas abaixo do custo: para restringir a venda de álcool com grandes descontos, vários países proibiram a venda de álcool abaixo do custo de produção. No Reino Unido, por exemplo, é ilegal vender álcool a um preço inferior ao valor do imposto mais IVA (UK Home Office, 2017[34]).
- Proibições de descontos por volume: de acordo com essa política, é ilegal oferecer descontos aos clientes com base no volume de álcool comprado, como duas bebidas pelo preço de uma. Essa política é usada, por exemplo, na Islândia em ambientes externos e na Suécia (WHO Regional Office for Europe, 2014[35]).
- *Markup* mínimos e margens de lucro: ao limitar as margens de lucro mínimas para atacadistas e varejistas de álcool, os formuladores de políticas públicas estão efetivamente estabelecendo um preço mínimo (Sassi, 2015[36]). Por exemplo, nos Estados Unidos, sete estados exigem que os atacadistas estabeleçam um markup/desconto máximo para cerveja, vinho e destilados (Alcohol Policy Information System, 2019[37]).

No Brasil, nenhuma política relacionada ao preço mínimo do álcool parece ter sido considerada. Portanto, as autoridades e as partes interessadas podem estudar essa área de reforma como uma alternativa para o futuro.

6.4.2. Políticas sobre dirigir alcoolizado

As blitz de controle de sobriedade podem ser mais bem direcionadas por dados relacionados ao álcool

As blitz podem ajudar na aplicação das políticas em vigor sobre dirigir alcoolizado. Há dois tipos de blitz de controle de sobriedade: testes de bafômetro seletivos, que são blitz pré-determinadas onde os policiais devem ter motivos para acreditar que o motorista está sob o efeito de álcool para testar o nível de álcool no sangue; e testes de respiração aleatórios, para os quais os motoristas são selecionados aleatoriamente para que o seu nível de álcool no sangue seja testado (Bergen et al., 2014[38]).

As evidências sobre a eficácia das blitz de controle de sobriedade vêm, em grande parte, dos Estados Unidos. Ecola et al. (2018[39]) resumiram os resultados de cinco meta-análises, que indicam que os testes de bafômetro seletivos e aleatórios desempenham um papel significativo na redução de acidentes de trânsito. Como exemplo, Bergen et al. (2014[38]) estimaram que as blitz de controle de sobriedade levaram, em média, a uma redução de 8,9% nas mortes relacionadas ao fato de dirigir alcoolizado. Da mesma forma, Erke et al. (2009[40]) descobriram que as blitz de controle de sobriedade resultaram em uma redução nos ferimentos por acidente em 16% e, nas fatalidades, em 6%. Com relação ao custo-benefício, uma avaliação sistemática de 2014 concluiu que os benefícios associados às blitz de controle de sobriedade ultrapassam os custos associados, com relações de custo-benefício variando de 2:1 a 57:1 (Bergen et al., 2014[38]). Para maximizar o potencial das blitz de controle de sobriedade, é importante que elas sejam amplamente divulgadas, altamente visíveis e realizadas com frequência (US Department of Transportation, 2017[41]).

Com exceção do México, todos os países da OCDE implementam um ou ambos os tipos de blitz de controle de sobriedade (WHO, 2020[42]). O Brasil realiza os dois tipos de blitz controle de sobriedade, o que está vinculado à aplicação da Lei Seca, a qual permite que órgãos públicos fiscalizem, multem e previnam acidentes de trânsito relacionados ao álcool por meio de bafômetros. No entanto, a sua aplicação não parece ser homogênea entre os estados e estão mais presentes nas capitais, onde os bafômetros são mais utilizados (Fiocruz, 2017[43]). Portanto, esta é uma área onde os participantes públicos poderiam planejar melhor a realização generalizada das blitz de controle de sobriedade, fazendo um melhor uso dos dados relacionados ao álcool. Por exemplo, informações sobre acidentes de trânsito, concentração de pontos de venda de álcool e eventos conhecidos pelo consumo de álcool podem ajudar a orientar o planejamento de blitz de controle de sobriedade no Brasil.

Programas de bloqueio de ignição por alcoolemia podem ser uma boa adição para uma atualização futura da "Lei Seca" brasileira

Os programas de bloqueio de ignição por alcoolemia oferecem aos infratores que normalmente perderiam a carteira de habilitação a possibilidade de continuarem dirigindo, desde que estejam sóbrios. Os bloqueios de ignição exigem que os motoristas façam um teste de bafômetro para avaliar seu índice de álcool no sangue para que possam dar partida no veículo. Eles também podem ser instalados voluntariamente, por exemplo, em veículos comerciais que transportam mercadorias (Vanlaar, Mainegra Hing and Robertson, 2017[44]; European Transport Safety Council, 2018[45]).

Uma avaliação de um programa de bloqueio de ignição no Canadá (Nova Escócia) concluiu que o regime foi bem-sucedido na redução das taxas de reincidência (Vanlaar, Mainegra Hing and Robertson, 2017[44]). Especificamente, o estudo comparou as taxas de reincidência entre três grupos de infratores: 1) aqueles que voluntariamente concordaram em usar o bloqueio de ignição; 2) aqueles que foram obrigados a usar o bloqueio de ignição; e 3) aqueles que compunham o grupo de controle, que não estavam inscritos no programa de bloqueio de ignição. Os infratores que concordaram em usar o bloqueio de ignição tiveram uma taxa de reincidência menor durante a instalação do dispositivo (0,9% para participantes voluntários e 0,3% para participantes obrigatórios) em comparação aos não inscritos (8,9%). Embora as taxas de

reincidência tenham aumentado depois que o dispositivo foi removido (1,9% para participantes voluntários e 3,7% para participantes obrigatórios), as taxas ainda estavam significativamente abaixo daquelas que não se inscreveram, sugerindo que o regime teve um impacto contínuo. Um estudo que comparou 18 estados que tornaram os bloqueios obrigatórios em comparação a 32 que não os exigiram constatou que o requisito de bloqueios de ignição para todas as condenações por dirigir embriagado estava associado a uma redução de 15% nas mortes por acidente envolvendo álcool (Kaufman and Wiebe, 2016[46]). Da mesma forma, um estudo que avaliou acidentes fatais envolvendo álcool nos Estados Unidos entre 1982 e 2013 constatou que as leis estaduais que exigem bloqueios de todos os infratores que dirigem embriagados estavam associadas a uma redução de 7% na taxa de acidentes fatais em CAS > 0,08 e uma redução de 8% na taxa de acidentes fatais em CAS ≥ 0,15. Isso se traduziu em uma estimativa de 1.250 acidentes fatais evitados em CAS > 0,08.

Leis que exigem bloqueios para segmentos de infratores de alto risco que dirigem embriagados, como infratores reincidentes, podem reduzir acidentes fatais envolvendo álcool após dois anos de implementação (McGinty et al., 2017[47]). Na Holanda, outro estudo mostrou que o percentual de reincidentes no grupo do programa de bloqueio de ignição foi menor que no grupo de controle. Quando o programa de bloqueio de ignição foi imposto junto com um acordo de transação penal, a reincidência reduziu de 8% para 4% (Blom and Blokdijk, 2021[48]). Essas constatações ecoam pesquisas anteriores de Elder et al. (2011[49]), que se concentraram amplamente nos Estados Unidos e na revisão de Burton et al. (2017[50]), que constataram que os bloqueios de ignição reduzem tanto a incidência quanto a reincidência e podem ter boa relação custo-benefício.

Quadro 6.5. Bloqueio de ignição por alcoolemia sueco após programa de conscientização sobre dirigir alcoolizado

A Agência de Transporte Sueca iniciou um teste de um programa de bloqueio de ignição em 1999, que entrou em vigor em 2012. O programa voluntário dá aos motoristas condenados por dirigir com níveis de CAS entre 0,2 e 0,9 g/l a possibilidade de ingressar em um programa com duração de um ano e de dois anos a reincidentes (dentro de um período de cinco anos) e infratores com um nível de CAS de pelo menos 1 g/l.

O programa não foi projetado para incluir um aspecto de reabilitação, mas, em muitos casos, mostrou esses tipos de efeitos para os participantes. Principalmente porque existe uma demanda para a realização de exames médicos, incluindo a coleta de amostras de sangue antes, durante e, às vezes, após a participação no programa.

Os custos estimados para o programa de um ano variaram entre EUR 2.000 e EUR 2.700, enquanto o programa de dois anos oscilou entre EUR 2.800 e EUR 4.000.

Na prática, 30% dos infratores entraram no programa, enquanto 83% dos participantes o concluíram. Em março de 2018, uma nova legislação não permite que infratores com dependência ou vício entrem no programa de bloqueio por alcoolemia, a menos que possam provar que atendem a todas as exigências médicas com antecedência, por exemplo, provar a sua sobriedade seis meses antes de entrar no programa. Em 2018, cerca de 3.000 pessoas dirigiam com bloqueio por alcoolemia.

Fonte: ETSC (2020[51]), "Alcohol interlocks in Europe: a an overview of current and forthcoming", www.etsc.eu/safe-and-sober/.

Nove países da OCDE atualmente penalizam motoristas alcoolizados que foram pegos pela primeira vez com bloqueios de ignição (Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlândia, França, Polônia, Suécia e alguns estados dos Estados Unidos) e outro grupo de países impõe essa penalidade para reincidentes

(Bélgica, França, Nova Zelândia, Suécia e alguns estados dos Estados Unidos) (WHO, 2020[52]; National Conference of State Legislatures, 2018[53]; ETSC, 2020[54]).

No Brasil, não existe um programa de bloqueio de ignição por alcoolemia. Essa política seria uma boa alternativa para o país ampliar as suas medidas para infratores e reincidentes com o objetivo de reduzir os acidentes de trânsito relacionados ao álcool com ferimentos e mortes. Uma futura atualização da "Lei Seca" brasileira poderia legalmente introduzir programas de ignição por alcoolemia. Os pilotos podem ser realizados em estados e municípios com maiores taxas de acidentes de trânsito relacionados ao álcool para melhor compreender as implicações para o contexto brasileiro.

6.4.3. Marketing do álcool

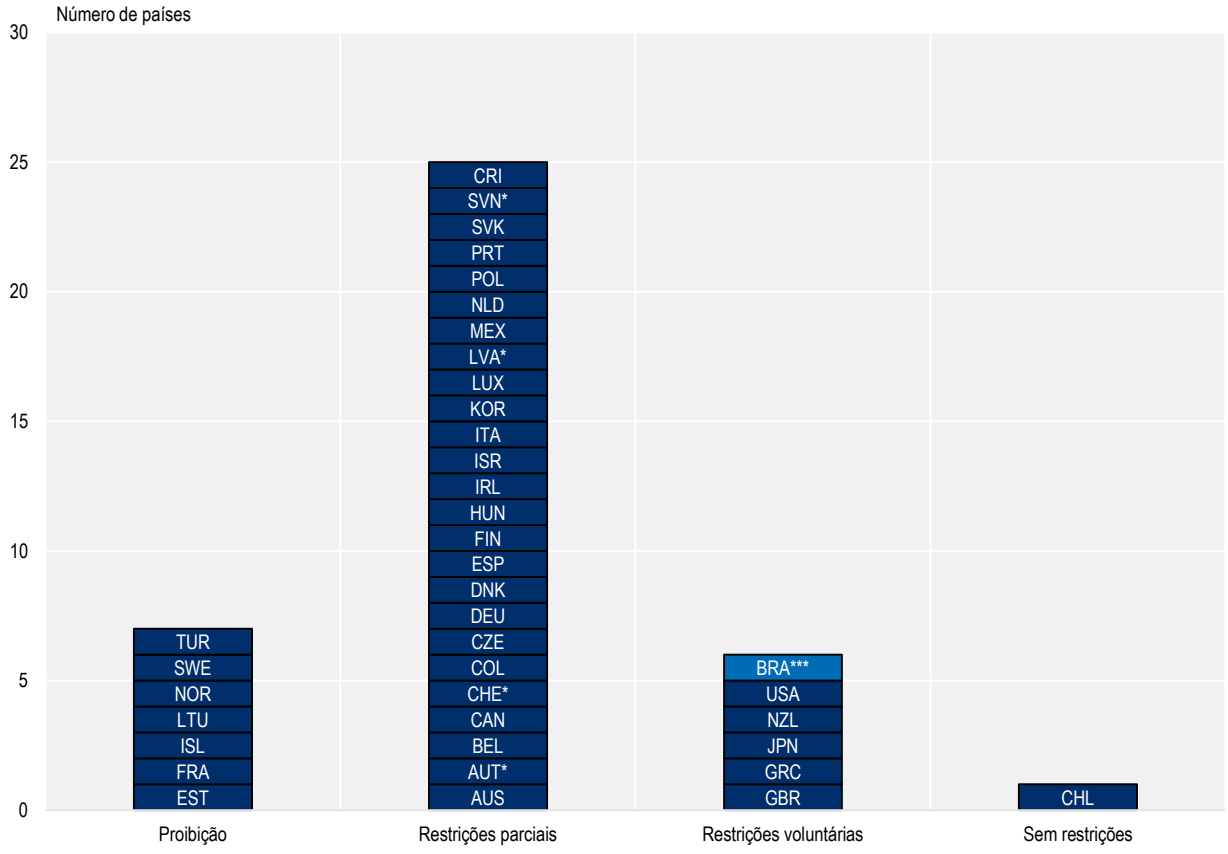
O marketing de álcool em plataformas de mídia novas e tradicionais poderia ser mais regulamentado, tendo crianças e adolescentes como prioridade inicial

Os países podem limitar a publicidade nas plataformas tradicionais (por exemplo, televisão, rádio e mídia impressa) e nas novas plataformas de mídia digital (por exemplo, mídia social). A pesquisa sugere que existe uma associação entre a publicidade de álcool através dos canais de mídia tradicionais e o consumo de álcool, sendo os jovens particularmente vulneráveis (Smith and Foxcroft, 2009[55]). Mais recentemente, Jernigan et al. (2017[56]) concluíram, a partir de sua revisão sistemática, que há uma associação positiva entre a exposição ao marketing do álcool e o início do seu consumo, além do consumo excessivo e perigoso.

Nos países da OCDE, 31 deles empregam alguma forma de restrição legal aos anúncios de álcool, proibindo legalmente qualquer forma de publicidade. Por exemplo, em relação à cerveja e ao vinho, 24 países aplicam restrições parciais à propaganda na televisão nacional (por exemplo, restrição durante determinada hora do dia ou local), enquanto 7 países aplicam uma proibição legal total Figura 6.14). Apenas dois países estendem a proibição total de publicidade em todos os canais de mídia: Noruega e Turquia.

Regimes de vigilância ativa para monitorar o cumprimento dos regulamentos de publicidade de álcool também existem e são implementados por 35 dos 37 países da OCDE. Na Austrália, o marketing do álcool é caracterizado como um sistema regulatório tácito, com diretrizes (Regime do Código de Publicidade de Bebidas de Álcool - CPBA) estabelecidas por representantes do setor, dos meios de publicidade e do governo (ABAC Scheme, 2019[57]). Existem regimes semelhantes no Reino Unido, na Nova Zelândia e no Japão (Noel, Babor and Robaina, 2016[58]). Em relação ao Japão, uma revisão que explorou a autorregulação da indústria de marketing concluiu que os anúncios de álcool violam continuamente os códigos de autorregulação, o que significa que os jovens são frequentemente expostos a materiais publicitários de álcool (Noel, Babor and Robaina, 2016[58]). Da mesma forma, uma revisão da autorregulação publicitária no Brasil constatou que existem evidências suficientes sobre a necessidade de regulamentação governamental da publicidade dirigida a crianças e adolescentes de forma complementar à autorregulação institucional. Por exemplo, grande parte das transgressões éticas informadas ao CONAR nas propagandas de alimentos e bebidas está relacionada a bebidas alcoólicas e alimentos processados, principalmente no que diz respeito à confiabilidade, responsabilidade social e crianças/adolescentes (Kassahara and Sarti, 2017[59]).

Figura 6.14. Restrições à publicidade na televisão de cerveja e vinho no Brasil e nos países da OCDE



Observação: Azul escuro = países da OCDE. *Proibição de destilados. **O Brasil aplica restrições mais rígidas a bebidas destiladas, ou seja, restrições parciais em oposição a voluntárias.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

À medida que adultos e crianças passam uma quantidade cada vez maior de tempo em seus dispositivos móveis (mais que o tempo gasto assistindo TV), as marcas mudaram o seu foco de formas tradicionais de mídia para plataformas de mídia digital, incluindo a mídia social. A publicidade através de canais de mídia digital pode levar a maiores aumentos no consumo de álcool, especialmente quando o público participa (por exemplo, cria em conjunto, compartilha ou se envolve no conteúdo) (Critchlow et al., 2017[60]). Por exemplo, um estudo realizado por Critchlow e colegas (2019[61]) descobriu que os jovens (com idades entre 11 e 19 anos) que atualmente bebem têm duas vezes mais chances de serem consumidores de álcool de alto risco se participarem de duas ou mais formas de marketing de álcool por meio da mídia social. Esse número aumentou para mais de três vezes para aqueles que participaram de promoções criadas pelo usuário. Uma meta-análise de Curtis et al. (2018[62]) concluiu que há uma correlação significativamente positiva entre o envolvimento nas mídias sociais relacionadas ao álcool e o consumo entre jovens adultos. Por fim, um estudo que fez uso de uma metodologia de revisão narrativa da literatura de 2017 estabeleceu que o marketing digital estava associado a níveis mais elevados de intenção de compra de álcool, bem como ao consumo (Lobstein et al., 2017[63]). Ligado a isso, vários estudos examinaram as práticas de publicidade de álcool em plataformas de mídia social, como Twitter, Instagram e Facebook. A constatação sugere que as publicações e interações têm uma baixa utilização de moderação de álcool ou conteúdo relacionado a risco, havendo também conteúdos apelativos para os

jovens e que violam os códigos de marketing desenvolvidos pela indústria do álcool (Niland et al., 2017[64]; Barry et al., 2018[65]; Barry et al., 2018[66]).

Em relação às formas tradicionais de mídia, menos países da OCDE têm regimes regulatórios em vigor para limitar a publicidade de álcool nas redes sociais (Figura 6.15). Além disso, onde há acordos regulatórios, eles são restrições parciais em 13 países e proibição total em apenas 3. Por exemplo, na Estônia, os regulamentos proíbem a publicidade de bebidas alcoólicas nas redes sociais, exceto no site da marca dessas bebidas. Como parte dessa proibição, as marcas de bebidas alcoólicas não podem compartilhar conteúdo gerado pelo usuário ou que se destina a ser compartilhado (por exemplo, competições e prêmios, produção de vídeos destinados a se tornarem virais) (WHO, 2018[67]; EUCAM, 2018[68]).

Figura 6.15. Restrições de publicidade em mídia social no Brasil e nos países da OCDE



Observação: Azul escuro = países da OCDE. *Proibição de destilados. **Nenhuma restrição apenas para cerveja (proibição total para vinho). Restrições parciais podem se referir a tempo e/ou local e/ou conteúdo. ***O Brasil aplica restrições mais rígidas para bebidas destiladas, ou seja, restrições parciais em oposição a voluntárias.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

No Brasil, a Lei 9.294 de 1996 limita a publicidade de bebidas alcoólicas com teor alcoólico acima de 13° Gay Lussac. Além disso, o Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, CONAR, inclui em suas recomendações todas as bebidas alcoólicas, independentemente do seu teor alcoólico.

O Brasil pode se juntar à maioria dos países da OCDE ao aprovar outras restrições à propaganda de álcool na mídia tradicional, especialmente na TV, e priorizando crianças e adolescentes (por exemplo, proibição legal de propaganda de álcool para crianças). As plataformas de mídia social também podem ser consideradas conforme as pessoas, em particular os jovens, passam mais tempo nessas novas plataformas de mídia. Isso também pode estar ligado à regulamentação de patrocínios esportivos com álcool, bem como a uma reforma mais ampla do marketing do álcool (veja a próxima subseção). Existem alternativas colaborativas para criar esquemas em que participantes públicos, da sociedade civil e privados (por exemplo, o CONAR) possam convergir para definir regras obrigatórias e sistemas de conformidade no Brasil.

As restrições ao patrocínio esportivo com álcool podem ser estendidas a todos os tipos de álcool

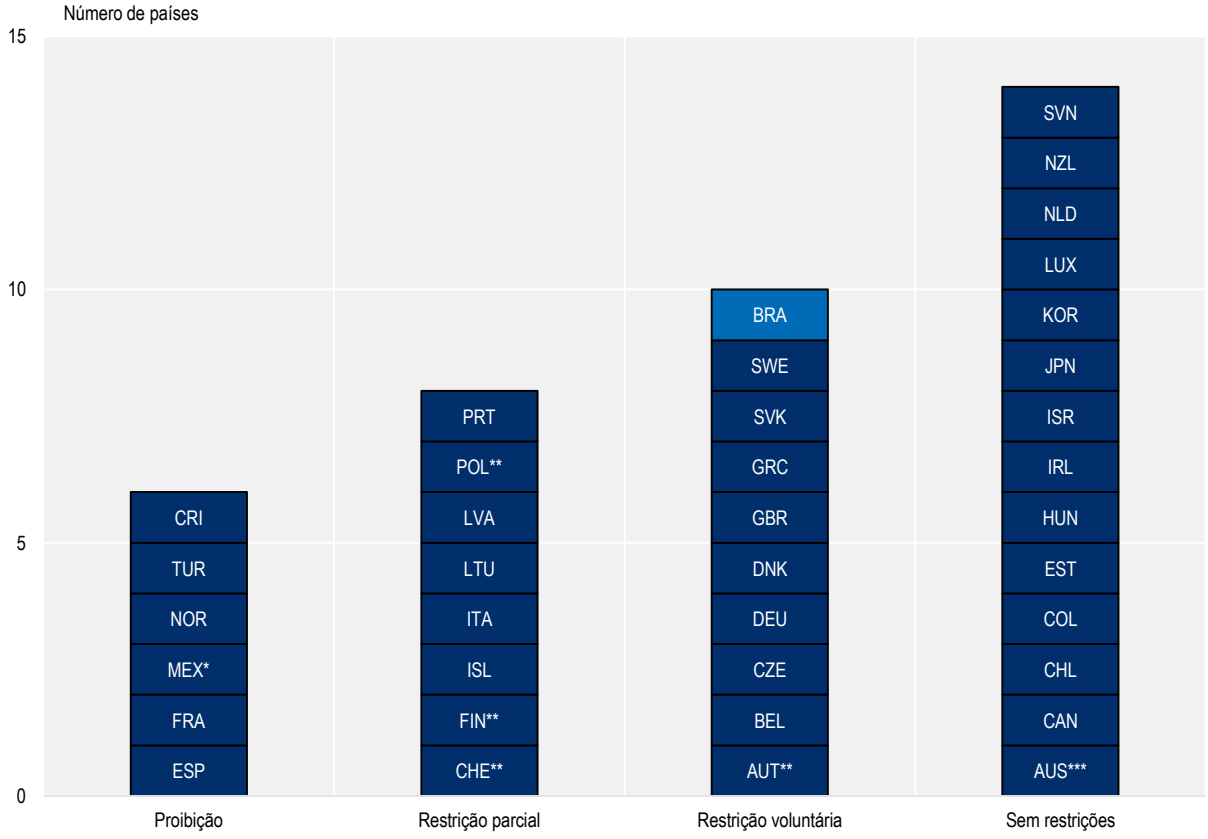
O patrocínio esportivo permite que os produtores de álcool "promovam o seu produto e criem uma relação positiva e emocional entre a marca e os consumidores" (Babor, Robaina and Noel, 2018[69]). Por essa razão, a indústria do álcool é um patrocinador importante de eventos esportivos, times e atletas em todo o mundo (Jones, 2010[70]).

Existem preocupações de saúde pública em relação ao patrocínio esportivo pela indústria do álcool, uma vez que a sua publicidade está associada ao início do seu consumo por pessoas que nunca consumiram antes e a níveis mais elevados do que entre aqueles que já consomem (Smith and Foxcroft, 2009[55]; Houghton et al., 2014[71]). Estudos também examinaram o impacto que o patrocínio possui sobre atletas e membros de clubes esportivos, especificamente o seu impacto sobre o consumo (Brown, 2016[72]). Por exemplo, O'Brien et al. (2014[73]) descobriram que estudantes universitários no Reino Unido cujo time e clube são patrocinados pela indústria do álcool têm aproximadamente duas vezes mais chance de relatar níveis perigosos de consumo de álcool que aqueles sem patrocínio.

Em resposta às preocupações de saúde pública, a maioria dos países da OCDE implementou alguma forma de proibição para restringir a influência da indústria do álcool no esporte (Figura 6.16). Entre os países da OCDE, a Espanha, a França, a Noruega, a Turquia e a Costa Rica implementaram proibições judicialmente vinculativas ao patrocínio esportivo para todas as bebidas (WHO, 2018[74]). Outros 17 países aplicam restrições parciais ou voluntárias (por exemplo, restrições ao patrocínio de times e/ou eventos esportivos), enquanto 14 países não aplicam restrições.

No Brasil, a lei 9.294 de 1996, reconhece como bebida alcoólica aquelas com teor alcoólico acima de 13 graus Gay Lussac, deixando de fora a cerveja, categoria predominante nos patrocínios esportivos. O CONAR, por sua vez, inclui em suas recomendações todas as bebidas alcoólicas, independentemente do teor alcoólico, e estabelece recomendações para os casos de transmissão de eventos patrocinados. A estratégia publicitária deve se limitar à identificação da marca e/ou fabricante, slogan ou frase promocional, sem a presença de recomendação de consumo do produto, sem restrição de tempo de veiculação. Na prática, um estudo identificou que marcas de cerveja patrocinaram 16 dos 20 clubes de futebol da Liga Brasileira estudados em 2018 (Matos, Araújo and Horta, 2021[75]). Um estudo qualitativo investigou a natureza das relações entre a indústria do álcool e os clubes esportivos universitários de São Paulo e descobriu que a maioria dos clubes (n = 53; 88%) relatou ter firmado um contrato com marcas de cerveja para o patrocínio de eventos esportivos e festas. Em troca, os clubes concordaram em vender exclusivamente a marca de cerveja dos patrocinadores e/ou encomendar e vender uma cota de cerveja em seus eventos. Quarenta e nove entrevistados (81%) relataram contratos com empresas produtoras de bebidas alcoólicas por meio dos quais o sistema open bar (eventos gratuitos de bebidas alcóolicas) também seria oferecido (Pinsky et al., 2017[76]).

Figura 6.16. Restrições ao patrocínio esportivo para marcas de álcool no Brasil e nos países da OCDE



Observação: *Nenhuma para cerveja. Nenhum dado dos Estados Unidos. **Requisitos mais rígidos para destilados. ***Os contratos de patrocínio relacionados ao álcool são administrados por jurisdições subnacionais, códigos referentes a esportes e times individuais.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

Nesse cenário, o Brasil pode revisar a sua regulamentação atual, que não abrange bebidas alcoólicas abaixo de 13 graus Gay Lussac, em termos de sua participação no patrocínio esportivo. Com uma perspectiva mais ampla, uma reforma geral poderia incluir a ampliação da regulamentação para todos os tipos de álcool nas mídias tradicionais, novas mídias sociais e patrocínio esportivo, tendo crianças e adolescentes como principal público-alvo.

6.4.4. Triagem, intervenções breves e tratamento

A orientação e o monitoramento de triagens e intervenções breves para usuários de álcool podem ser aprimorados na atenção primária em conexão com Centros de Atenção Psicossocial

Triagens e intervenções breves (TIBs) são projetadas para identificar, em um estágio inicial, os indivíduos com um problema "real ou em potencial" com álcool e motivá-los a tratar do problema (Babor and Higgins-Biddle, 2001[77]). O processo começa com a triagem das pessoas, que envolve uma série de perguntas relacionadas ao seu nível de consumo de álcool. Consumidores de quantidades excessivas de álcool podem ser identificados por meio de várias ferramentas de triagem. Após a triagem, esses consumidores recebem intervenções breves, que geralmente duram entre 5 e 30 minutos em 1 a 5 sessões; e

dependentes podem ser encaminhados para o tratamento psicossocial e farmacoterapêutico especializado.

As evidências sobre a eficácia das TIBs estão amplamente relacionadas às intervenções de atenção primária e são positivas. Kaner et al. (2018[78]), em sua revisão sistemática, estimaram que, após um ano, as intervenções breves reduziram o consumo de álcool pelas pessoas em 20 g por semana em comparação àquelas que não receberam ou receberam intervenções mínimas. As TIBs também são consideradas vantajosas em termos de custos. Por exemplo, Angus et al. (2016[79]) modelaram o impacto de um programa de TIBs nacional em toda a Europa e descobriram que seria rentável em 24 dos 28 países da UE e predominante em 14 países ("predominante" indica que intervenções breves são mais eficazes e baratas que nenhuma intervenção ou intervenção mínima).

Entre os países da OCDE, 78% com dados disponíveis desenvolveram e implementaram diretrizes e padrões nacionais de atendimento para TIBs na atenção primária relacionados ao consumo perigoso e prejudicial de álcool. Por exemplo, no Reino Unido (Inglaterra), uma TIB é realizada como parte de um check-up normal (Quadro 6.6).

Quadro 6.6. TIBs no Reino Unido (Inglaterra)

Em 2008/09, os empregadores do Serviço Nacional de Saúde (NHS) e os clínicos gerais concordaram com cinco novas áreas médicas onde os serviços deveriam ser aprimorados (ou seja, serviços dirigidos por clínicas aprimorados). Uma dessas áreas era o álcool, que encorajava os clínicos gerais a realizar intervenções breves e simples para identificar adultos que bebem em níveis nocivos e perigosos (NHS Employers, 2008[80]).

Como parte dos serviços aprimorados, as clínicas foram obrigadas a se envolver nas seguintes etapas:

- selecionar pessoas recém-registradas com 16 anos ou mais, usando ferramentas como o AUDIT-C ou o teste FAST;
- no caso de resultado positivo, as perguntas restantes do AUDIT devem ser feitas para determinar o nível de consumo perigoso, prejudicial ou dependente;
- fornecer uma breve intervenção para consumidores de bebidas alcoólicas em níveis perigosos e nocivos usando a ferramenta de cinco minutos desenvolvida pela OMS, que foi adaptada para o Reino Unido;
- encaminhar os dependentes de bebidas alcoólicas a um serviço especializado.

Os dados em cada etapa foram coletados a fim de reembolsar financeiramente as clínicas. Especificamente, as clínicas receberam GBP 2,33 por paciente recém-registrado que foi selecionado.

Os serviços aprimorados terminaram em 2015; no entanto, desde então, os protocolos de TIBs foram integrados ao contrato principal de clínicos gerais. Hoje, as TIBs fazem parte do NHS Health Check (NHS, 2019[81]).

No Brasil, as TIBs na atenção primária não possuem uma orientação clara nem incentivos. As diretrizes nacionais para a triagem na atenção primária incluem uma recomendação para a triagem e aconselhamento sobre o consumo de álcool, sugerindo o uso de instrumentos como AUDIT ou CAGE (Ministério da Saúde, 2010[82]). No entanto, a implementação no nível de médicos, enfermeiras ou outros profissionais da saúde não é apoiada e não há monitoramento. Uma iniciativa importante foi a "Caminhos do Cuidado", uma estratégia implementada em 2013 pelo governo federal para capacitar pessoas sobre transtornos relacionados ao consumo de álcool e drogas, que treinou mais de 290 mil agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem (Spector et al., 2015[83]). É importante ressaltar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são pontos estratégicos de atendimento da Rede de Atenção

Psicossocial (RAPS). Os CAPS são serviços de saúde de base comunitária, compostos por uma equipe multiprofissional que atende pessoas com problemas de saúde mental, inclusive aquelas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas. A modalidade de CAPS para álcool e drogas atende a todas as faixas etárias em municípios e/ou regiões com, no mínimo, 70 mil habitantes. A modalidade do CAPS nível III para álcool e drogas possui de 8 a 12 locais de internação e observação noturna, abertos 24 horas, atendendo municípios ou regiões com, no mínimo, 150 mil habitantes (Ministério da Saúde, 2017[84]). As TIBs são realizadas principalmente nesses CAPS e os pacientes recebem os cuidados adequados.

Aproveitando o amplo e sólido sistema de atenção primária, o Brasil poderia desenvolver uma política nacional para aumentar as TIBs para consumidores de bebidas alcoólicas em quantidades perigosas e nocivas nesse nível de atendimento. As TIBs poderiam ser incluídas como parte dos serviços essenciais das Equipes de Saúde da Família, em particular como parte dos check-ups. Poderia ser implantado um sistema de cadastro e monitoramento, o que seria muito importante na articulação com o CAPS para melhor integrar os serviços, tornando o atendimento mais centrado nas pessoas.

Diretrizes clínicas nacionais podem ser desenvolvidas para o tratamento especializado de dependentes do álcool

Pessoas com transtornos por consumo de álcool, principalmente nas formas mais graves, podem ter problemas para controlar o consumo, negligenciar outros interesses para beber e persistir nesse hábito, apesar das evidências claras de seus efeitos nocivos. Em comparação a outros consumidores de bebidas alcoólicas em quantidades excessivas, os dependentes requerem um tratamento especializado mais intenso. O objetivo do tratamento para dependentes do álcool pode ser a abstinência total ou uma redução significativa no consumo. A primeira opção é necessária para pacientes com comorbidades psiquiátricas ou físicas (por exemplo, depressão, cirrose relacionada ao álcool), enquanto a última é adequada apenas para consumidores com dependência leve a moderada (NIAAA, 2005[85]; Moyer and Finney, 2015[86]).

O tratamento para dependentes pode ser dividido em dois componentes complementares: tratamento psicossocial e farmacoterapia. Pessoas com diagnóstico de dependência do álcool geralmente recebem tratamento psicossocial, incluindo o tratamento cognitivo-comportamental, intermediação de 12 etapas (grupos de autoajuda que promovem a abstinência por meio da aceitação, rendição e envolvimento ativo), terapia de aumento da motivação (projetada para que os pacientes motivem internamente a mudança), treinamento de habilidades de enfrentamento e grupos de apoio (por exemplo, Alcoólicos Anônimos). O tratamento psicossocial tem se mostrado eficaz para a dependência do álcool, mas, para alguns pacientes, pode ser necessário combiná-lo com tratamentos farmacológicos como naltrexona, acamprosato, dissulfiram, topiramato ou gabapentina (APA, 2018[87]).

No Brasil, o CAPS atende pacientes com diagnóstico de transtornos relacionados ao consumo de álcool. Esses pacientes também podem receber tratamentos quando internados em alas especializadas do sistema público de hospitais ou clínicas psiquiátricas. Apesar das melhorias geradas pela criação da RAPS, o sistema é relatado como altamente fragmentado, sem estrutura organizada para alcançar e reter pacientes (Pinsky et al., 2018[88]). Além disso, há lacunas relatadas quanto à disponibilidade e o uso clínico do tratamento farmacológico nos CAPS, pois, embora os medicamentos possam estar oficialmente listados, eles não garantem a sua obtenção nas unidades de saúde (Dalago, 2018[89]) nem a sua prescrição clinicamente correta quando necessário, visto que não existe nenhuma diretriz de prática clínica atualizada no Brasil. Portanto, o Brasil poderia ter um progresso significativo desenvolvendo uma diretriz oficial de prática clínica nacional para o tratamento de dependentes do álcool, o que poderia ser feito em colaboração com médicos especialistas brasileiros ou associações profissionais. Esse seria um passo fundamental para o desenvolvimento de novas iniciativas para melhorar o atendimento, como sistemas de navegação ou gestão de atendimento (Pinsky et al., 2018[88]).

6.4.5. Informações do consumidor

O programa "Saúde na Escola" pode se beneficiar com a ampliação do seu componente de prevenção ao consumo de álcool entre os alunos

Apesar de ser ilegal, é comum que crianças/jovens em idade escolar consumam álcool. Os programas de educação escolar podem influenciar a iniciação e os comportamentos de consumo de álcool entre crianças em idade escolar. Várias avaliações de programas escolares de prevenção do consumo de álcool foram realizadas. Recentemente, MacArthur et al. (2018[90]) descobriram que intervenções baseadas na escola que visam a múltiplos comportamentos de risco em comparação à "prática habitual" reduziram o consumo de álcool de 163 por cada 1.000 alunos para 123 por cada 1.000 alunos 12 meses após a implementação (equivalente a uma redução de 28% no consumo de álcool). No entanto, as evidências não sugerem efeitos de longo prazo após o final do período de exposição. Esses resultados apoiam estudos anteriores, por exemplo, uma revisão sistemática da eficácia dos programas universais baseados na escola (ou seja, fornecidos a todos os alunos, não apenas aqueles em risco) concluiu que eles podem ser eficazes na redução da embriaguez e do consumo excessivo de álcool (Foxcroft and Tsertsvadze, 2011[91]).

Em todos os países da OCDE, 19 possuem diretrizes nacionais relativas à prevenção e redução dos danos relacionados ao álcool nas escolas em vigor (Figura 6.17). Um país sem diretrizes escolares nacionais não significa necessariamente que os alunos não tenham acesso a programas de prevenção do consumo de álcool. Por exemplo, na Austrália, onde não há diretrizes nacionais, os alunos podem acessar o programa Climate (Lee et al., 2016[92]).

No Brasil, o Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial dos setores de saúde e educação, foi instituído em 2007 com o objetivo de prestar assistência integral (promoção, prevenção e atendimento) à saúde de crianças, adolescentes e jovens em escolas públicas. O PSE é realizado em parceria com unidades de atenção primária, reunindo as Equipes de Saúde da Família e profissionais da educação. As ações do PSE incluem a prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas (Ministério da Saúde, 2021[93]). No entanto, o programa não tem diretrizes especificamente dedicadas aos danos relacionados ao álcool nas escolas. Na prática, isso significa que são realizadas atividades de promoção e prevenção nas escolas. Em 2019, havia 22.480 atividades no PSE relacionadas à prevenção do consumo de álcool, tabaco e outras drogas. Isso situa a área do álcool em 10º lugar entre 12 áreas monitoradas pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2020[94])). Sete das nove principais áreas possuem suas diretrizes específicas (cadernos e guias temáticos) disponíveis on-line (Ministério da Saúde, 2021[93]).

Além do PSE, o programa #Tamojunto foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2013 para prevenir o consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes da 8ª série do ensino fundamental. O formato atual do #Tamojunto é o resultado de uma adaptação do Programa Unplugged, criado por pesquisadores europeus e recomendado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. No segundo semestre de 2013, o #Tamojunto foi implantado nas cidades de Florianópolis, São Paulo e São Bernardo do Campo, e, no primeiro semestre de 2014, atingiu um total de nove cidades em seis estados (Ministério da Saúde, 2017[95]). O programa foi avaliado com um estudo clínico randomizado. Uma primeira análise descobriu que os alunos do grupo experimental tinham um risco 30% maior de iniciar o consumo de álcool durante o acompanhamento de 9 meses (Sanchez et al., 2017[96]). Uma segunda análise mostrou que os adolescentes no grupo do programa tinham 30% mais probabilidade de relatar o consumo de álcool no ano anterior que os alunos do grupo de controle em 21 meses de acompanhamento (Sanchez et al., 2018[97]). Essa avaliação rigorosa é muito importante, pois revela que a versão brasileira do programa europeu Unplugged pode ser mal interpretada por alunos de escolas públicas, talvez despertando a sua curiosidade em relação ao consumo de álcool, o que poderia levar a uma revisão completa desse componente do programa.

Figura 6.17. Diretrizes nacionais para prevenção e redução de problemas relacionados ao álcool em escolas



Observação: Azul escuro = países da OCDE.
Fonte: OECD (2021[1]), *Preventing Harmful Alcohol Use*, https://doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, poderia desenvolver diretrizes nacionais do PSE voltadas para os danos relacionados ao consumo de álcool para crianças e adolescentes em idade escolar, juntamente com o desenvolvimento de iniciativas para apoiar ainda mais professores e profissionais da saúde na implementação dessas diretrizes. Da mesma forma, um sistema de avaliação poderia ser implementado para avaliar o impacto da implementação de tais diretrizes. Será fundamental aprender com a experiência do programa #Tamojunto para aprimorar uma forma revisada na área de consumo de álcool ou desenvolver um novo programa para alunos do PSE.

6.5. Conclusão

O consumo de álcool no Brasil está abaixo das médias da OCDE, mas há sinais de que, nos últimos anos, tal consumo aumentou em todos os grupos populacionais. Esses aumentos são particularmente preocupantes para mulheres e adultos jovens, por exemplo, no que diz respeito ao consumo excessivo de álcool episódico. Esse cenário prejudicará cada vez mais a saúde, aumentando a mortalidade prematura e diminuindo a expectativa de vida a taxas ligeiramente mais baixas que nos países da OCDE. Também terá um impacto significativo sobre os gastos com saúde e a economia em geral em termos de redução do PIB, embora de magnitude menor que as médias da OCDE.

O Brasil tem adotado políticas importantes e eficazes de controle do consumo de álcool, por ter estratégias nacionais a ele dedicadas com enfoque intersetorial. O país tem uma notável lei de tolerância zero para

dirigir alcoolizado, que foi alterada diversas vezes para restringir os limites de CAS e as respectivas penalidades. Isso foi acompanhado por campanhas regulares na mídia de massa para alertar e conscientizar as pessoas sobre os perigos e danos associados a dirigir alcoolizado. O Brasil também aprovou uma lei sobre a idade mínima para ter acesso ao álcool, que tem sido importante para a proteção de crianças e adolescentes. Tendo isso como base, o Brasil poderia ter como objetivo um pacote de políticas sobre o álcool mais abrangente para reduzir ainda mais o seu consumo e as suas consequências prejudiciais. Pode incluir iniciativas em torno de políticas de preços, como a introdução de um preço mínimo unitário direcionado a bebidas alcoólicas baratas. Ele também pode expandir as políticas existentes sobre dirigir alcoolizado usando mais dados para planejar melhor as blitz de controle de sobriedade e introduzir programas de bloqueio de ignição em uma atualização futura da Lei Seca. No sistema de saúde, a orientação e o monitoramento de triagens e intervenções breves para consumidores de álcool podem ser aprimorados na atenção primária em conexão com os CAPS, enquanto as diretrizes clínicas nacionais podem ser desenvolvidas para o tratamento especializado para dependentes. Por fim, o Programa Saúde na Escola poderia se beneficiar com a ampliação de seu componente de prevenção do consumo de álcool entre os alunos.

A análise da OCDE mostra que todas essas políticas públicas devem ter um impacto positivo na saúde da população e na economia do Brasil. A OCDE (2021[1]) mostra que o preço mínimo unitário pode representar as maiores reduções nas despesas com a saúde e nos custos relacionados ao mercado de trabalho (por exemplo, emprego), ao mesmo tempo em que gera os maiores ganhos na saúde da população (por exemplo, expectativa de vida) e na economia em geral (por exemplo, o PIB).

A combinação adequada de políticas no Brasil pode efetivamente reduzir o consumo prejudicial de álcool. Com isso, a saúde dos brasileiros vai melhorar e a economia vai se beneficiar substancialmente, com retornos importantes sobre o investimento realizado. Adotando uma abordagem participativa no desenho de políticas e incluindo sistemas robustos de monitoramento e avaliação, a busca por um pacote abrangente de políticas para o álcool seria benéfico para toda a sociedade brasileira.

Referências

ABAC Scheme (2019), *About the ABAC Scheme*, ABAC Scheme, Stirling, https://www.abac.org.au/about/ (accessed on 21 October 2019). [57]

Alcohol Policy Information System (2019), *Wholesale Pricing Practices and Restrictions*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD, https://alcoholpolicy.niaaa.nih.gov/apis-policy-topics/wholesale-pricing-practices-and-restrictions/3/maps-and-charts (accessed on 7 April 2020). [37]

Angus, C. et al. (2016), "Estimating the cost-effectiveness of brief interventions for heavy drinking in primary health care across Europe", *European Journal of Public Health*, Vol. 27/2, p. ckw122, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckw122. [79]

APA (2018), *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder*, American Psychiatric Association Publishing, http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9781615371969. [87]

Babor, T. and J. Higgins-Biddle (2001), *Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A manual for use in primary care*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. [77]

Babor, T., K. Robaina and J. Noel (2018), "The role of the alcohol industry in policy interventions for alcohol-impaired driving", in *Getting to Zero Alcohol-Impaired Driving Fatalities: A Comprehensive Approach to a Persistent Problem*, National Academies Press, Washington DC, http://dx.doi.org/10.17226/24951. [69]

Barry, A. et al. (2018), "Alcohol Advertising on Social Media: Examining the Content of Popular Alcohol Brands on Instagram", *Substance Use and Misuse*, Vol. 53/14, pp. 2413-2420, http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2018.1482345. [65]

Barry, A. et al. (2018), "Alcohol Advertising on Twitter—A Topic Model", *American Journal of Health Education*, Vol. 49/4, pp. 256-263, http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2018.1473180. [66]

Bergen, G. et al. (2014), "Publicized Sobriety Checkpoint Programs", *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 46/5, pp. 529-539, http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.018. [38]

Blom, M. and D. Blokdijk (2021), "Long-term effectiveness of the alcohol ignition interlock programme: A retrospective cohort study in the Netherlands", *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 151, p. 105888, http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2020.105888. [48]

Brown, K. (2016), "Association between alcohol sports sponsorship and consumption: A systematic review", *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 51/6, pp. 747-755, http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agw006. [72]

Burton, R. et al. (2017), *A rapid evidence review of the effectiveness and cost-effectiveness of alcohol control policies: an English perspective*, Lancet Publishing Group, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32420-5. [50]

Christensen, A. et al. (2019), "Can a mass media campaign raise awareness of alcohol as a risk factor for cancer and public support for alcohol related policies?", *Preventive Medicine*, Vol. 126, p. 105722, http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.05.010. [24]

Christie, B. (2020), "Minimum pricing in Scotland leads to fall in alcohol sales", *BMJ*, Vol. 369, p. m2324, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m2324. [31]

CISA (2020), *Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2020*, Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, São Paulo, https://cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/207-panorama2020 (accessed on 23 March 2021). [9]

Cobiac, L., A. Mizdrak and N. Wilson (2019), "Cost-effectiveness of raising alcohol excise taxes to reduce the injury burden of road traffic crashes", *Injury Prevention*, Vol. 25/5, pp. 421-427, http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042914. [29]

Coomber, K. et al. (2020), *Investigating the Introduction of the Alcohol Minimum Unit Price in the Northern Territory*, Deakin University, Geelong, https://alcoholreform.nt.gov.au/__data/assets/pdf_file/0007/818278/investigating-introduction-of-alcohol-minimum-unit-price-nt-final-report.pdf. [33]

Critchlow, N. 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", *Addiction Research and Theory*, Vol. 27/6, pp. 515-526, http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2019.1567715. [61]

Critchlow, N. et al. (2017), “Awareness of, and participation with, user-created alcohol promotion, and the association with higher-risk drinking in young adults”, *Cyberpsychology*, Vol. 11/2, http://dx.doi.org/10.5817/CP2017-2-4. [60]

Curtis, B. 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”, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, Vol. 42/6, pp. 978-986, http://dx.doi.org/10.1111/acer.13642. [62]

Dalago, I. (2018), *Tratamento farmacológico da dependência química : a disponibilidade dos medicamentos na RENAME e na REMUME/Florianópolis*, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianopolis, https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/191608 (accessed on 26 March 2021). [89]

DNIT (2021), *Tenha responsabilidade no trânsito: Álcool e direção não combinam — Português (Brasil)*, Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes, https://www.gov.br/dnit/pt-br/assuntos/noticias/tenha-responsabilidade-no-transito-alcool-e-direcao-nao-combinam (accessed on 26 March 2021). [21]

Ecola, L. et al. (2018), *Costs and Effectiveness of Interventions to Reduce Motor Vehicle-related Injuries and Deaths: Supplement to Tool Documentation*, RAND Corporation, Santa Monica, CA, http://dx.doi.org/10.7249/TL144.2. [39]

Elder, R. et al. (2010), “The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 38/2, pp. 217-229, http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005. [27]

Elder, R. et al. (2011), “Effectiveness of ignition interlocks for preventing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes: A community guide systematic review”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 40/3, pp. 362-376, http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2010.11.012. [49]

Erke, A., C. Goldenbeld and T. Vaa (2009), “The effects of drink-driving checkpoints on crashes: A meta-analysis”, *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 41/5, pp. 914-923, http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2009.05.005. [40]

ETSC (2020), *Alcohol interlocks in Europe: a an overview of current and forthcoming*, European Transport Safety Council, http://www.etsc.eu/safe-and-sober/ (accessed on 25 March 2021). [54]

ETSC (2020), *Alcohol Interlocks in Europe: An Overview of Current and Forthcoming Programmes*, European Transport Safety Council, http://www.etsc.eu/safe-and-sober/ (accessed on 25 March 2021). [51]

EUCAM (2018), *Estonia*, European Centre for Monitoring Alcohol Marketing, Utrecht, https://eucam.info/regulations-on-alcohol-marketing/estonia/. [68]

European Transport Safety Council (2018), *Progress in Reducing Drink Driving in Europe*, European Transport Safety Council, Brussels, https://etsc.eu/wp-content/uploads/report_reducing_drink_driving_final.pdf. [45]

Fiocruz (2017), *Estudo avalia prevenção do uso de álcool na direção*, https://agencia.fiocruz.br/estudo-avalia-prevencao-do-uso-de-alcool-na-direcao (accessed on 25 March 2021). [43]

Foxcroft, D. and A. Tsertsvadze (2011), "Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5, p. CD009113, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd009113. [91]

Grant, J. et al. (2006), "Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: Evidence from a twin design", *Psychological Medicine*, Vol. 36/1, pp. 109-118, http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006045. [11]

Guimarães, A. and A. da Silva (2019), "Impact of regulations to control alcohol consumption by drivers: An assessment of reduction in fatal traffic accident numbers in the Federal District, Brazil", *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 127, pp. 110-117, http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2019.01.017. [20]

Houghton, F. et al. (2014), "Children's awareness of alcohol sponsorship of sport in Ireland: Munster Rugby and the 2008 European Rugby Cup", *International Journal of Public Health*, Vol. 59/5, pp. 829-832, http://dx.doi.org/10.1007/s00038-014-0568-4. [71]

Jernigan, D. et al. (2017), "Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008", *Addiction*, Vol. 112, pp. 7-20, http://dx.doi.org/10.1111/add.13591. [56]

Jomar, R. et al. (2019), "Effect of the zero-tolerance drinking and driving law on mortality due to road traffic accidents according to the type of victim, sex, and age in Rio de Janeiro, Brazil: An interrupted time series study", *Traffic Injury Prevention*, Vol. 20/3, pp. 227-232, http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2019.1576035. [19]

Jones, S. (2010), "When does alcohol sponsorship of sport become sports sponsorship of alcohol? A case study of developments in sport in Australia", *International Journal of Sports Marketing and Sponsorship*, Vol. 11/3, pp. 250-261, http://dx.doi.org/10.1108/IJSMS-11-03-2010-B007. [70]

Kaner, E. et al. (2018), "Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2/2, p. CD004148, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4. [78]

Kassahara, A. and F. Sarti (2017), "Marketing of food and beverage in Brazil: scientific literature review on regulation and self-regulation of advertisements", *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 22/65, http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0630. [59]

Kaufman, E. and D. Wiebe (2016), "Impact of state ignition interlock laws on alcohol-involved crash deaths in the United States", *American Journal of Public Health*, Vol. 106/5, pp. 865-871, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303058. [46]

Kypri, K. et al. (2008), "Alcohol outlet density and university student drinking: A national study", *Addiction*, Vol. 103/7, pp. 1131-1138, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02239.x. [13]

Lee, N. et al. (2016), "What works in school-based alcohol education: A systematic review", *Health Education Journal*, Vol. 75/7, pp. 780-798, http://dx.doi.org/10.1177/0017896915612227. [92]

Lobstein, T. et al. (2017), "The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review", *Addiction*, Vol. 112, pp. 21-27, http://dx.doi.org/10.1111/add.13493. [63]

MacArthur, G. et al. (2018), “Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 2018/10, p. CD009927, http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009927.pub2. [90]

Matos, J., L. Araújo and P. Horta (2021), “O patrocínio de empresas do setor de alimentação e bebidas no futebol brasileiro: um obstáculo para a promoção da alimentação saudável”, *Cadernos de saude publica*, Vol. 36/12, p. e00219719, http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00219719. [75]

McGinty, E. et al. (2017), “Ignition Interlock Laws: Effects on Fatal Motor Vehicle Crashes, 1982–2013”, *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 52/4, pp. 417-423, http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043. [47]

Ministério da Infraestrutura (2019), *Prevenção de Acidentes - Carnaval*, https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/sala-imprensa/publicidade-2019/prevencao-de-acidentes-carnaval (accessed on 26 March 2021). [26]

Ministério da Saúde (2021), *Programa Saúde na Escola (PSE)*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária a Saúde, https://aps.saude.gov.br/ape/pse (accessed on 13 March 2021). [93]

Ministério da Saúde (2020), *Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020*, NOTA TÉCNICA Nº 17/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS, http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf (accessed on 26 March 2021). [94]

Ministério da Saúde (2017), *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)*, https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/centro-de-atencao-psicossocial-caps (accessed on 25 March 2021). [84]

Ministério da Saúde (2017), *Programa #tamojunto : prevenção na escola : guia do professor*, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_tamojunto_prevencao_escola_guia_professor.pdf (accessed on 26 March 2021). [95]

Ministério da Saúde (2010), *Rastreamento*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, http://www.saude.gov.br/dab (accessed on 27 January 2021). [82]

Moyer, A. and J. Finney (2015), “Brief interventions for alcohol misuse”, *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 187/7, pp. 502-506, http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.140254. [86]

National Conference of State Legislatures (2018), *State Ignition Interlock Laws*, National Conference of State Legislatures, Denver, CO, https://www.ncsl.org/research/transportation/state-ignition-interlock-laws.aspx (accessed on 26 October 2020). [53]

NHS (2019), *What happens at an NHS Health Check?*, https://www.nhs.uk/conditions/nhs-health-check/what-happens-at-an-nhs-health-check-new/ (accessed on 25 March 2021). [81]

NHS Employers (2008), *Clinical directed enhanced services (DES) guidance for GMS contract 2008/09*. [80]

NIAAA (2005), *Alcohol Alert: Brief Interventions*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, MD, https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa66/aa66.htm. [85]

Niland, P. et al. (2017), "Alcohol marketing on social media: young adults engage with alcohol marketing on facebook", *Addiction Research and Theory*, Vol. 25/4, pp. 273-284, http://dx.doi.org/10.1080/16066359.2016.1245293. [64]

Noel, J., T. Babor and K. Robaina (2016), "Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research", *Addiction*, Vol. 112, pp. 28-50, http://dx.doi.org/10.1111/add.13410. [58]

O'Donnell, A. et al. (2019), "Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: Controlled interrupted time series analysis for 2015-18", *BMJ*, Vol. 366, p. l5274, http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l5274. [30]

O'Brien, K. et al. (2014), "Alcohol industry sponsorship and hazardous drinking in UK university students who play sport", *Addiction*, Vol. 109/10, pp. 1647-1654, http://dx.doi.org/10.1111/add.12604. [73]

OECD (2021), *Preventing Harmful Alcohol Use*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://dx.doi.org/10.1787/6e4b4ffb-en. [1]

OPAS/OMS Brasil (2019), *Para reduzir uso nocivo do álcool e suas consequências, OPAS/OMS lança iniciativa SAFER no Brasil*, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6043:para-reduzir-uso-nocivo-do-alcool-e-suas-consequencias-opas-oms-lanca-iniciativa-safer-no-brasil&Itemid=839 (accessed on 24 March 2021). [10]

Pinsky, I. et al. (2018), "Introducing care management to Brazil's alcohol and substance use disorder population", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol. 40/3, pp. 320-324, http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2235. [88]

Pinsky, I. et al. (2017), "Alcohol industry sponsorship of university student sports clubs in Brazil", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 78/2, pp. 306-312, http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2017.78.306. [76]

Planalto (2017), *Lei 13.546 para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores.*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13546.htm (accessed on 24 March 2021). [17]

Planalto (2015), *Lei 13.106. Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou a adolescente*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13106.htm (accessed on 24 March 2021). [14]

Planalto (2012), *Lei 12.760 que altera o Código de Trânsito Brasileiro*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12760.htm (accessed on 24 March 2021). [16]

Planalto (2008), *Lei 11.705 que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4o do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências*, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm (accessed on 24 March 2021). [15]

Public Health Scotland (2020), *Statistical analysis of off-trade alcohol sales in the year following MUP published*, Public Health Scotland, Edinburgh, https://www.publichealthscotland.scot/news/2020/june/statistical-analysis-of-off-trade-alcohol-sales-in-the-year-following-mup-published/ (accessed on 26 June 2020). [32]

Rehm, J. et al. (2006), "Alcohol", in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21250302/ (accessed on 22 March 2021). [2]

Sanchez, Z. et al. (2018), "Effectiveness evaluation of the school-based drug prevention program #Tamojunto in Brazil: 21-month follow-up of a randomized controlled trial", *International Journal of Drug Policy*, Vol. 60, pp. 10-17, http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.07.006. [97]

Sanchez, Z. et al. (2017), "The #Tamojunto Drug Prevention Program in Brazilian Schools: a Randomized Controlled Trial", *Prevention Science*, Vol. 18/7, pp. 772-782, http://dx.doi.org/10.1007/s11121-017-0770-8. [96]

Sassi, F. (2015), *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD, Paris, http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8113021e.pdf?expires=1501487870&id=id&accname=ocid84004878&checksum=5F1850A0940BBA80AE2AF16341FB4658. [36]

Sinclair, J. et al. (2019), "The acceptability of addressing alcohol consumption as a modifiable risk factor for breast cancer: A mixed method study within breast screening services and symptomatic breast clinics.", *BMJ Open*, Vol. 9/6, p. e027371, http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027371. [25]

Smith, L. and D. Foxcroft (2009), "The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: Systematic review of prospective cohort studies", *BMC Public Health*, Vol. 9, p. 51, http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-51. [55]

Spector, A. et al. (2015), "Implementation of Brazil's "family health strategy": Factors associated with community health workers', nurses', and physicians' delivery of drug use services", *International Journal of Drug Policy*, Vol. 26/5, pp. 509-515, http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.12.005. [83]

UK Home Office (2017), *Guidance on Banning the Sale of Alcohol Below the Cost of Duty Plus VAT: For suppliers of alcohol and enforcement authorities in England and Wales*, UK Home Office, London, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/619234/2017-03-13_HO_Guidance_on_BBCS__1_.pdf. [34]

US Department of Transportation (2017), *Countermeasures that work: a highway safety countermeasure guide for state highway safety offices*, https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.dot.gov/files/documents/812478_countermeasures-that-work-a-highway-safety-countermeasures-guide-.pdf. [41]

Vanlaar, W., M. Mainegra Hing and R. Robertson (2017), “An evaluation of Nova Scotia’s alcohol ignition interlock program”, *Accident Analysis and Prevention*, Vol. 100, pp. 44-52, http://dx.doi.org/10.1016/j.aap.2016.12.017. [44]

Volpe, F., R. Ladeira and R. Fantoni (2017), “Evaluating the Brazilian zero tolerance drinking and driving law: Time series analyses of traffic-related mortality in three major cities”, *Traffic Injury Prevention*, Vol. 18/4, pp. 337-343, http://dx.doi.org/10.1080/15389588.2016.1214869. [18]

Wagenaar, A., M. Salois and K. Komro (2009), “Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: A meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies”, *Addiction*, Vol. 104/2, pp. 179-90, http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x. [12]

Wagenaar, A., A. Tobler and K. Komro (2010), “Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review”, *American Journal of Public Health*, Vol. 100/11, pp. 2270-8, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007. [28]

WHO (2021), *Alcohol, heavy episodic drinking (drinkers only) past 30 days*, https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458 (accessed on 22 March 2021). [3]

WHO (2020), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, World Health Organization, Geneva, https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health (accessed on 28 October 2020). [42]

WHO (2020), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*, https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.GISAHhome?showonly=GISAH (accessed on 24 June 2020). [52]

WHO (2018), *European Health Information Gateway: Premature mortality*, World Health Organization, Geneva, https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_1-premature-mortality/ (accessed on 16 July 2020). [4]

WHO (2018), *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH): Sporting events by country*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/gho/data/node.gisah.A1168?lang=en&showonly=GISAH. [74]

WHO (2018), *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1 (accessed on 10 September 2019). [67]

WHO (2018), *SAFER: A World Free from Alcohol Related Harms*, World Health Organization, Geneva, https://www.who.int/substance_abuse/safer/msb_safer_brochure.pdf. [8]

WHO (2017), *Tackling NCDs: “Best Buys” and Other Recommended Interventions for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf;jsessionid=3E76AC01272E9377F8382B8BC19545AF?sequence=1 (accessed on 10 September 2019). [7]

WHO (2013), *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*, World Health Organization, Geneva, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1 . [6]

WHO (2010), *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, World Health Organization, Geneva, https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931. [5]

WHO Regional Office for Europe (2014), *European Status Report on Alcohol and Health: Pricing Policies*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/244902/Pricing-policies.pdf. [35]

Yadav, R. and M. Kobayashi (2015), "A systematic review: Effectiveness of mass media campaigns for reducing alcohol-impaired driving and alcohol-related crashes.", *BMC Public Health*, Vol. 15/1, p. 857, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2088-4. [23]

Young, B. et al. (2018), "Effectiveness of mass media campaigns to reduce alcohol consumption and harm: A systematic review", *Alcohol and Alcoholism*, Vol. 53/3, pp. 302-316, http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx094. [22]

Observações

[1] Uma bebida padrão é uma medida do consumo de álcool em uma bebida e difere entre os tipos de bebida e países. Na Austrália, por exemplo, uma bebida padrão inclui 10 g de álcool; portanto, uma garrafa de vinho de 750 ml (13,5% APV) contém oito bebidas padrão.

Estudos da OCDE sobre os Sistemas de Saúde: Brasil 2021

Nos 30 anos desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil diminuiu desigualdades em saúde e expandiu a cobertura e o acesso a serviços de saúde. No entanto, a mobilização de financiamento suficiente para garantir uma cobertura universal tem sido um desafio constante, situação essa que é agravada pelas persistentes ineficiências no uso de recursos no sistema de saúde brasileiro. Mudanças demográficas e epidemiológicas, o aumento das expectativas por parte da sociedade e as novas demandas que se apresentam para o período de recuperação pós-COVID-19 deixam claros que melhorias e reformas contínuas são necessários para fortalecer o sistema de saúde e garantir sua sustentabilidade. Este estudo utiliza-se de indicadores e métodos de análise em políticas públicas para examinar o desempenho do sistema de saúde brasileiro, em uma perspectiva comparada reconhecida internacionalmente. O relatório aponta ações-chave que o Brasil deveria considerar priorizar nos próximos anos a fim de fortalecer o desempenho de seu sistema de saúde, especialmente no tocante à melhoria da eficiência, eficácia e sustentabilidade de seu financiamento, a modernização de sua infraestrutura de dados em saúde como forma de impulsionar uma transformação digital e o enfrentamento aos principais fatores de risco à saúde da população, tais como o sobrepeso e o consumo nocivo de álcool. Uma publicação adicional sobre a atenção primária no Brasil publicado simultaneamente examina o papel central da modernização e fortalecimento da atenção primária à saúde no desempenho do sistema de saúde brasileiro.

IMPRESSO ISBN 978-92-64-85392-8
PDF ISBN 978-92-64-86144-2

9 789264 853928