

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. Conseqüentemente, 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 de 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 últimas 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 às 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 tenham 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. Dependendo 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 inovadoras e avançadas. 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/m² 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. Conseqüentemente, 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 políticas 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), *Estatísticas 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, Brasília, http://bvsmis.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]

Done



From:
OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>

Please cite this chapter as:

OECD (2022), “Avaliação e recomendações para o sistema de saúde no Brasil”, in *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/7966f936-pt>

This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of OECD member countries.

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.