



# **DESPESAS COM TRATAMENTO DE DOENÇAS CAUSADAS OU AGRAVADAS PELO ÁLCOOL: ANÁLISE DE PROPOSTAS PARA SEU FINANCIAMENTO**

*Luciana da Silva Teixeira*  
*Consultora Legislativa da Área IX*  
Política e Planejamento Econômicos,  
Desenvolvimento Econômico, Economia Internacional

**ESTUDO**

**DEZEMBRO/2004**



Câmara dos Deputados  
Praça 3 Poderes  
Consultoria Legislativa  
Anexo III - Térreo  
Brasília - DF



## SUMÁRIO

I - Riscos à saúde decorrentes do uso abusivo de bebidas alcoólicas.....	3
II - Álcool e Acidentes de Trânsito.....	4
III - Álcool e Violência.....	4
IV - Álcool e custos ao sistema de saúde .....	5
V - Álcool e produtividade.....	6
VI - Impacto do fortalecimento de ações de prevenção e de tratamento de doenças associadas ao consumo de bebidas alcoólicas.....	6
VII - Financiamento de gastos públicos em saúde .....	7
VIII - Iniciativas para inibir o acesso a bebidas alcólicas.....	9
VIII.1 - Impacto da participação financeira dos fabricantes de bebidas alcoólicas no tratamento de doenças provocadas pelo consumo de álcool. ....	9
VIII.2 - Experiência de ressarcimento de despesas ao SUS: o caso dos planos de saúde.....	11
VIII.3 - Impacto da proibição de propaganda de bebidas alcólicas .....	12
VIII.4 - Impacto de medidas para restringir locais de venda de bebidas alcoólicas e seus horários de funcionamento .....	13
IX - Considerações Finais .....	14
Referências Bibliográficas.....	16

© 2004 Câmara dos Deputados.

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citadas a autora e a Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu autor, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.

# **DESPESAS COM TRATAMENTO DE DOENÇAS CAUSADAS OU AGRAVADAS PELO ÁLCOOL: ANÁLISE DE PROPOSTAS PARA SEU FINANCIAMENTO**

*Luciana da Silva Teixeira*

## **I - RISCOS À SAÚDE DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS**

---

Estima-se que o número de pessoas dependentes do álcool se situe entre 10 e 15% da população mundial. Apenas no Estado de São Paulo, pelo menos um milhão de pessoas sofrem desse mal.

Esses dados alarmantes são ainda mais agravados quando se considera que o consumo de álcool tem aumentado nas décadas recentes. A maior parcela deste incremento se deu em países em desenvolvimento, que dispõem, em geral, de poucos métodos de prevenção, controle e tratamento.

Verifica-se que, no Brasil, esse fenômeno atinge, em especial, as faixas etárias mais jovens da população. Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), utilizando uma amostra de 15 mil estudantes em dez capitais brasileiras, revelou que 51,2% dos jovens entre 10 e 12 anos já experimentaram alguma bebida alcoólica e, dentre estes, 15% bebem com frequência.

O uso abusivo de álcool tem sérias conseqüências sobre a saúde, as quais se manifestam por meio de intoxicação, dependência e outros efeitos bioquímicos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe uma relação causal entre o consumo de álcool e mais de sessenta tipos de doenças e agravos. A OMS estima que o álcool seja responsável, em todo o mundo, por 20% a 30% dos cânceres de esôfago e de fígado, cirroses do fígado, bem como por cerca de 1,8 milhão de mortes por ano.

Estudo do Departamento de Alcoolismo e Serviços de Dependência Química de Nova Iorque (*New York Office of Alcoholism and Substance Abuse Services*), realizado em janeiro de 1998, revelou em que medida problemas de saúde poderiam ser prevenidos se não

houvesse consumo de álcool. Os tumores cerebrais seriam reduzidos em 27%; o câncer de mama, em 13%; as cardiopatias, em 40%; a cirrose, em 74%; epilepsias, em 30%; câncer do esôfago, em 80%, e câncer da laringe, em mais de 85%, entre outras enfermidades.

Para se conhecer o verdadeiro impacto do consumo abusivo de álcool, deve-se levar em consideração, adicionalmente aos mencionados malefícios que esse vício impõe à saúde, as suas interconexões com outros graves problemas como a pobreza e a criminalidade, acidentes de trânsito, perda de produtividade, entre outras externalidades negativas.

## **II - ÁLCOOL E ACIDENTES DE TRÂNSITO**

---

A ingestão de bebidas alcóolicas está fortemente relacionada à ocorrência de acidentes de trânsito. De acordo com o Departamento Nacional de Trânsito (DENATRAN), estudos recentes mostram que, em 61% dos acidentes de trânsito, o condutor havia ingerido bebida alcoólica. Este hábito prejudica a percepção do motorista e, conseqüentemente, diminui seus reflexos, aumentando a probabilidade de acidentes em decorrência de falha humana.

Informações do estudo “Morte no Trânsito: Tragédia Rodoviária”, realizado pelo SOS Estradas, expõem uma situação alarmante: 42 mil pessoas morrem por ano vítimas de acidente de trânsito no Brasil. São 723 acidentes por dia nas rodovias pavimentadas, provocando a morte de 35 pessoas e deixando 417 feridos, dos quais 30 morrem em decorrência do acidente.

Outro estudo - elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) - intitulado “Impactos Sociais e Econômicos dos Acidentes de Trânsito nas Aglomerações Urbanas”, revela que, em 2001, esses acidentes custaram ao Brasil aproximadamente 3,5 bilhões de reais. A pesquisa considerou os custos provocados pelos acidentes de trânsito apenas em áreas urbanas, resultantes de perdas de produção incorridas pelas pessoas que se envolvem em tais acidentes; de danos aos veículos; de custos médico-hospitalares; de congestionamento; de resgate de vítimas; entre outros. Estima-se que estes custos mais do que duplicariam, caso fossem incorporados os acidentes de trânsito ocorridos em rodovias.

Pesquisas realizadas no Hospital das Clínicas e no Instituto Médico Legal (IML), em São Paulo, revelam que entre os acidentados que estavam alcoolizados, cerca de 90% precisaram ser internados por causa da gravidade dos ferimentos. Entre aqueles que estavam sóbrios, apenas 25% foram hospitalizados.

## **III - ÁLCOOL E VIOLÊNCIA**

---

Na década de 90, os homicídios ultrapassaram os acidentes de trânsito, assumindo o primeiro lugar entre as mortes resultantes de causas externas. Entre 1990 e 2000, os

homicídios foram responsáveis por 401.090 óbitos no Brasil. Somente em 2001, foram registrados 46.685 homicídios, na maior parte causados pelo uso de armas de fogo (71,5%), sendo que deste total 89% ocorreram na faixa etária de 15 a 49 anos.

Mais preocupante ainda é a informação de que, superando todas as enfermidades e outras formas de morte violenta, os homicídios estão entre as principais causas de morte para jovens entre 15 e 19 anos, sendo o risco de morte doze vezes maior para homens que para mulheres. Além disso, esse risco é quase três vezes maior para um homem domiciliado na Região Sudeste do que na Região Sul. Entretanto, verificou-se no Sul que, entre adolescentes do sexo masculino, o incremento do risco de morte por homicídios é similar ao do Sudeste, indicando uma possível mudança no perfil desta região em um futuro próximo.

É importante ressaltar o impacto do uso do álcool nos índices de violência. Dados revelam que “em mais de 50% das lesões traumáticas, a vítima ou o agressor, ou ambos, estão sob efeito de uma libação alcóolica exagerada”.

Estudo do Centro Brasileiro sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Escola Paulista de Medicina<sup>1</sup> mostra a associação entre o consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas em situações de violência interpessoal ocorridas em domicílios. Nos domicílios da amostra pesquisada em que ocorreram situações de violência, os autores dos atos estavam embriagados em 53% das ocorrências.

#### **IV - ÁLCOOL E CUSTOS AO SISTEMA DE SAÚDE**

---

Utilizando-se dados do DATASUS, calculou-se que, em 2003, o governo brasileiro gastou pelo menos 82 milhões de reais por ano com o tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas, dos quais 70 milhões de reais dizem respeito apenas ao álcool. Estes são os custos com internações de pacientes por transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de álcool, além das hospitalizações em decorrência da cirrose. Neste ano, foram registradas aproximadamente 100 mil internações, que resultaram em mais de 2 milhões de dias de internação e em 2.575 mortes.

Sabe-se, no entanto, que este é apenas parte do custo ao sistema de saúde relacionado ao uso de álcool. Outros cálculos apontam para um encargo anual situado em torno de 180 milhões de reais.

---

<sup>1</sup> Noto, Fonseca, Silva e Galduróz.



---

## V - ÁLCOOL E PRODUTIVIDADE

---

A Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) realizou estudo sobre problemas relacionados ao abuso do álcool e outras drogas no ambiente de trabalho e constatou que entre 10% e 15% dos trabalhadores têm problemas de dependência.

De acordo com a pesquisa, “esse abuso é responsável por três vezes mais licenças médicas que outras doenças, aumenta em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho, responde por 50% de absenteísmo e licenças médicas, leva à utilização de oito vezes mais diárias hospitalares e conduz a família a procurar três vezes mais assistência médico-social”.

Pesquisadores norte-americanos estimaram, utilizando dados de 1992, que 45% do custo total do consumo excessivo de álcool é suportado pelo dependente e sua família, principalmente como resultado da queda ou da perda total de seus rendimentos.

Outro estudo sobre esse tema, também realizado nos Estados Unidos, revela que, em 1998, o custo econômico agregado do consumo de álcool foi de US\$ 185 bilhões, dos quais mais de 70% foram atribuídos à perda de produtividade.

## VI - IMPACTO DO FORTALECIMENTO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E DE TRATAMENTO DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

---

O Departamento da Califórnia para Programas de Drogas e Alcoolismo (*California Department of Alcohol and Drug Programs*) concluiu que o tratamento de dependentes do álcool, em relação à situação em que não há tratamento, reduz significativamente as hospitalizações por problemas físicos (36%), por problemas de saúde mental (44%) e o total de dias de permanência hospitalar (25%). Calculou-se que, para o caso norte-americano, aproximadamente metade do custo do álcool e da dependência de outras drogas é compensado em um ano de tratamento.

A *Rand Corporation* – organização não-lucrativa de reconhecida excelência voltada para a pesquisa em vários campos da ciência - afirma que para cada dólar gasto em tratamento há uma redução de mais de sete dólares em despesas relacionadas com a criminalidade e a queda da produtividade.

Sendo assim, demonstrada a eficácia do gasto em ações para prevenção e tratamento de doenças associadas ao consumo de bebidas alcoólicas, cabe analisar alternativas para o seu adequado financiamento. A esse respeito, serão analisadas, nos próximos tópicos, as disponibilidades pública e privada de aportar recursos para esse fim.

## VII - FINANCIAMENTO DE GASTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

---

A análise anterior mostra os elevados custos privados e sociais decorrentes do consumo abusivo de álcool. Esses custos vêm sendo absorvidos, em sua maioria, pelo sistema público de saúde e, em parte, por planos e seguros que atuam no setor. Deste modo, cabe a analisar aspectos relacionados ao financiamento da saúde no Brasil.

As principais fontes de financiamento do gasto público em saúde são, no âmbito da União, contribuições que incidem sobre o faturamento (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS) e lucro líquido de empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido - CSLL), sobre a movimentação bancária de pessoas físicas e jurídicas (Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira – CPMF) e recursos fiscais (recursos ordinários do Tesouro Nacional). No âmbito de estados e municípios, as fontes de recursos são originárias de impostos gerais.

O financiamento da saúde na década de 90 foi marcado pela instabilidade quanto à sua arrecadação, bem como pela ausência de vinculação para o financiamento de órgãos e programas, provocando uma significativa variação da destinação de fontes por área. A fim de dirimir essas incertezas - agravadas, ainda, pela destinação de recursos para o pagamento de contribuições previdenciárias e a indisponibilidade de grande parte dos recursos provenientes da CSLL e da COFINS, devido a questionamentos jurídicos – e de permitir um aporte de recursos mais adequado, foi garantida a vinculação de recursos ao setor da saúde por meio da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de novembro de 2000.

Estudo da extinta Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde do Ministério da Saúde<sup>2</sup> mostrou que a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, implica diferentes esforços das esferas de governo e também de cada ente federado. Grande desafio foi lançado aos estados, que, entre 1998 e 2004, teriam que ampliar, em termos reais, em 65,7% o montante de recursos que destinam à saúde, em relação ao ano de 1998. Quanto aos municípios, seria necessário um crescimento real, neste mesmo período, de 28% de seus gastos em relação a 1998, sendo maior o esforço daqueles localizados no interior<sup>3</sup>.

Lamentavelmente, o Governo Federal não cumpriu a Emenda nº 29 em 2003 e os valores da Lei Orçamentária já indicam o seu descumprimento em 2004. Biasoto Jr. (2004) mostra que, descontados os recursos destinados a ações do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza e os pagamentos de dívidas e gastos com Encargos Previdenciários da União, os gastos com ações e serviços públicos de saúde, em 2004, poderão ser de até R\$ 29 bilhões. O cumprimento da Emenda, supondo os parâmetros de crescimento do PIB nominal usados na peça orçamentária, exigiria gastos da ordem de R\$ 32,35 bilhões.

---

<sup>2</sup> Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde (2001).

<sup>3</sup> Considerou-se um cenário de crescimento do PIB de 2% ao ano no período de 2001 a 2004.

Quanto aos dispêndios, estima-se que o gasto nacional em saúde (público e privado) foi de cerca de R\$ 83 bilhões no ano 2000, representando cerca de 7,6% do PIB, e um *per capita* de quase R\$ 500,00, conforme mostra a tabela a seguir.

**TABELA 1. ESTIMATIVA DO GASTO NACIONAL EM SAÚDE – BRASIL, 2000**

<b>Especificação</b>	<b>Valor (R\$ milhões)</b>	<b>%</b>	<b>% do PIB (1)</b>	<b>Per capita R\$ 1,00 (2)</b>
<b>Gasto Público (3)</b>	<b>35.000</b>	<b>42,17</b>	<b>3,21</b>	<b>210,7</b>
União	20.400	24,58	1,87	122,81
Estados	6.100	7,35	0,56	36,72
Municípios	8.500	10,24	0,78	51,17
<b>Gasto Privado</b>	<b>48.000</b>	<b>57,83</b>	<b>4,40</b>	<b>288,96</b>
Planos e Seguros Privados (4)	19.300	23,25	1,77	116,19
Gasto direto das famílias (5)	28.700	34,58	2,63	172,77
<b>TOTAL</b>	<b>83.000</b>	<b>100,00</b>	<b>7,62</b>	<b>499,66</b>

Fonte: DISOC/IPEA

(1) PIB 2000 = R\$ 1,089 trilhões

(2) População 2000 =

(3) SIOPS/MS

(4) Faturamento em 2000= faturamento em 1998 (R\$ 17 bilhões) + crescimento do

(5) PNAD 1998 + crescimento do PIB

O gasto público total (União, Estados e Municípios), que representa 42,2% do gasto nacional em saúde, atingiu o total de R\$ 35 bilhões (3,21% do PIB e um per capita de R\$ 211,00). A maior parte desse valor é originário da União (58,3%). A participação dos estados corresponde a 17,4%, enquanto a dos municípios, 24,3%.

O gasto privado - composto pelo dispêndio direto das famílias e de despesas com planos e seguros saúde - atingiu, em 2000, o valor de aproximadamente 48,0 bilhões (57,8% do gasto nacional), representando 4,4% do PIB e um per capita de R\$ 289,00. Desse total, R\$ 19,3 bilhões correspondem ao gasto das famílias e empresas com planos e seguros de saúde e R\$ 28,7 bilhões são gastos diretos das famílias, excluídos os gastos com planos de saúde.

No Brasil, de acordo com estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os gastos com saúde efetuados pelas famílias são o quarto grupo mais volumoso de despesas de consumo, atrás apenas dos dispêndios com habitação, alimentação e transporte<sup>4</sup>. Esses dispêndios são altamente regressivos, visto que têm impacto muito maior sobre os rendimentos das famílias mais pobres.

<sup>4</sup> Reis, Silveira e Andreazzi (2002).

Observa-se, portanto, que a participação pública no financiamento da saúde está muito aquém do que seria necessário e desejado e que a participação dos gastos privados das famílias já compromete parte significativa de suas rendas, principalmente nos domicílios mais pobres, não podendo, assim, ser ampliada sem provocar graves conseqüências sobre as desigualdades.

Sendo assim, ampliar a participação das empresas no financiamento do tratamento de pacientes com doenças associadas ao consumo de álcool certamente permitiria aperfeiçoar a ação do Estado e liberaria recursos para outros setores, possibilitando alocação de recursos mais eficiente. É necessário, porém, analisar a viabilidade econômica das iniciativas que visam atingir esse objetivo.

## **VIII - INICIATIVAS PARA INIBIR O ACESSO A BEBIDAS ALCÓOLICAS**

---

O aumento do consumo de bebidas alcóolicas está fortemente relacionado ao agravamento de problemas relacionados ao uso destes produtos. Sendo assim, várias medidas têm sido propostas com o intuito de reduzir o consumo de álcool. Os fatores de acesso ao produto incluem o preço, a densidade de locais de venda, o número de horas de funcionamento dos pontos de venda e a restrição de veiculação de propagandas de bebidas alcóolicas.

### **VIII.1 - Impacto da participação financeira dos fabricantes de bebidas alcóolicas no tratamento de doenças provocadas pelo consumo de álcool.**

Tendo em vista as fortes restrições orçamentárias do setor público, surgiram inúmeras propostas alternativas para o financiamento das despesas decorrentes da prevenção e recuperação do alcoolismo.

Tais propostas vão desde a criação de contribuições de intervenção sobre o domínio econômico e aumento de alíquotas de contribuições já existentes até o ressarcimento ao SUS, pelas indústrias de bebidas alcóolicas, de despesas relacionadas ao tratamento de pacientes portadores de doenças causadas ou agravadas pelo álcool.

As propostas mencionadas têm um aspecto em comum: todas buscam um caminho para responsabilizar as empresas fabricantes de bebidas alcóolicas pelos custos associados ao consumo abusivo de álcool.

Estas empresas, de acordo com levantamentos realizados por pesquisadores com base em dados do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA), da Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE), da AMBEV e do Ministério da Saúde,

movimentam recursos equivalentes a 3,5% do PIB. Esse mesmo estudo calculou que o custo anual de problemas relacionados ao álcool é de 7,3% do PIB brasileiro.

As propostas para compensação dos gastos do sistema público de saúde com ações para prevenção e tratamento do alcoolismo se prestam, direta ou indiretamente, a um duplo objetivo: angariar recursos e - ao elevar o custo dessas mercadorias - desestimular o consumo de tais produtos tão maléficis à saúde, já que tais despesas acabarão sendo repassadas aos preços.

A esse respeito é preciso analisar se, de fato, um aumento do preço de bebidas alcóolicas provocaria queda no consumo do produto e, conseqüentemente, redução dos danos à saúde. Recentes estudos de universidades americanas concluem que aumentos de preços de bebidas levam à redução de seu consumo, bem como das conseqüências decorrentes do uso do álcool. Com efeito, tais estudos concluíram que aumentos de impostos sobre a cerveja, nos EUA, reduziram significativamente as fatalidades decorrentes de acidentes de trânsito.

No tocante à saúde, o aumento do preço de bebidas também tem impacto positivo sobre certas doenças, segundo essas mesmas pesquisas. O aumento de um dólar sobre os impostos de bebidas destiladas, por exemplo, reduziria em 5,4 a 10,8% as mortes resultantes de cirrose hepática. Resultados semelhantes apontam para a relação inversa entre preços de bebidas e lesões ocorridas em locais de trabalho e entre esses preços e violência.

Conclui-se, portanto, que a relação entre o preço do álcool e seu consumo são relevantes para orientar tomadores de decisões interessados em reduzir o consumo de álcool e suas conseqüências adversas.

Quanto à elevação de preços por meio de aumento da taxaço dos mencionados produtos, acredita-se que tal medida estaria fadada a sofrer fortes objeçoes políticas e também econômicas, visto que elevaria ainda mais a carga tributária brasileira, que se situa, atualmente, em torno de 38% do PIB.

Recentemente, entidades têm promovido os chamados “Feirões de Impostos”, com o objetivo de prestar à população informações sobre a quantidade de impostos que estão embutidos nas mercadorias. O Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário (IBPT) afirma que 56% do preço da lata de cerveja e 83% do preço pago por um litro de cachaça correspondem a impostos. Observa-se, portanto, que esses produtos já se encontram fortemente onerados.

É preciso considerar também que aumentos de receitas tributárias - seja por meio de incrementos de alíquotas, bem como pela criação de novos tributos, podem, a partir de determinado ponto, ser contraproducentes. Essa relação, formalizada pela denominada “Curva de Laffer”, revela que a elevação da carga tributária pode produzir evasão ou desestímulo às atividades formais, gerando perda de receita. Os argumentos apresentados, portanto, enfraquecem

as iniciativas que visam a aumentar a carga tributária para custear tratamento de usuários do álcool.

### **VIII.2 - Experiência de ressarcimento de despesas ao SUS: o caso dos planos de saúde**

Com o advento do SUS, mais de 60 milhões de brasileiros foram incorporados ao sistema público de saúde, antes acessível apenas à parcela da população vinculada ao mercado formal de trabalho por meio da Previdência Social. Não obstante, a crise financeira do Estado, somada à universalização dos direitos à saúde, levou ao que se convencionou chamar de “universalização excludente”. Dadas as restrições orçamentárias, o mecanismo de racionamento se deu por meio da queda da qualidade das ações e serviços oferecidos pelo SUS. Essa situação tornou o SUS pouco atrativo para as parcelas mais ricas da população brasileira, as quais, em certa medida, abandonaram o sistema público, reservado como o lugar dos menos favorecidos.

Não obstante, cabe mencionar que a população de maior renda continuou freqüentando o SUS no que diz respeito a procedimentos de média e alta complexidade e custo. Em que pese a imposição legal de ressarcimento pelas operadoras de planos e seguros de saúde das internações e atendimentos de urgência e emergência realizados no SUS, na prática, esses recursos não têm sido devolvidos aos cofres públicos.

Segundo depoimento do Presidente da ANS, na CPI dos Planos de Saúde, o montante de recursos efetivamente ressarcidos ao SUS (R\$ 45 milhões) representa apenas 20% do total cobrado das operadoras (R\$ 225 milhões).

A CPI dos Planos de Saúde apresentou uma listagem dos fatores que, segundo a ANS, comprometem a efetividade do ressarcimento. A esse respeito, a CPI concluiu que:

- “A inscrição na dívida ativa é um processo com rito próprio que exige a comprovação, perante o Judiciário, de que o crédito é garantido. A ANS tem encontrado dificuldade para a inscrição das operadoras em débito porque faltam documentos nos processos que se perderam no período em que a sistemática de ressarcimento era descentralizada para Municípios e Estados;
- Um conjunto de liminares suspendendo cobranças do ressarcimento impede a cobrança dos Avisos de Beneficiários Identificados (ABI) já emitidos (R\$ 40.328 mil) e a emissão de novas cobranças a tais operadoras (R\$ 94.382 mil). Ou seja, a identificação é feita (ABI), mas a cobrança não é emitida;

- Falta de informações completas nas AIHs, com a ocorrência de homônimos e falhas no preenchimento dos campos relativos a procedimentos e valores, o que impede a correta identificação do usuário e do motivo da internação e, portanto, a cobrança à respectiva operadora;
- Cerca de 19% de operadoras ativas (443) ainda não forneceram seus cadastros de beneficiários, em descumprimento sistemático da legislação ou amparadas por medidas judiciais;
- 123 operadoras obtiveram liminares judiciais contra a cobrança do ressarcimento. O montante financeiro envolvido neste processo (R\$ 134.710 mil) representa 43% do valor passível de cobrança. “

Neste contexto, observa-se que ainda há que se alcançar um consenso sobre a melhor forma de ressarcimento ao SUS, a fim de evitar a perda de eficácia da medida.

À semelhança do ressarcimento ao SUS por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde, iniciativas que visem ao ressarcimento obrigatório aos estabelecimentos públicos de saúde podem vir a ser obstaculizadas por medidas judiciais e por desobediência à legislação em vigor.

Há que se considerar, adicionalmente, críticas ao ressarcimento, pelos planos de saúde, de despesas com serviços médicos, que estes consideram prática inconstitucional. Tal medida, de acordo com os críticos do ressarcimento, fere o art. 196 de nossa Carta Magna, que estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Assim, não seria justo que o cidadão que paga impostos – a fim de custear o sistema de saúde – e que, se tiver renda suficiente, paga plano de saúde, tenha ainda que arcar, de forma indireta, pelo custeio de serviços pelos quais já contribuiu.

No caso de ressarcimento aos estabelecimentos públicos das despesas com tratamento de pessoas dependentes do álcool, o debate torna-se mais complexo. Malgrado a possibilidade dos fabricantes repassarem aumento de custos para os preços de seus produtos, onerando os consumidores, cabe discutir se tal medida é desejável do ponto de vista do bem-estar da coletividade.

### **VIII.3 - Impacto da proibição de propaganda de bebidas alcóolicas**

Estudos coordenados pelo Instituto Norte-Americano sobre Abuso de Álcool (*National Institute on Alcohol Abuse* – NIAA) procuraram analisar os efeitos da mídia na iniciação e continuidade do consumo de álcool entre jovens estadunidenses. Encontraram-se evidências de que os comerciais de bebidas alcóolicas podem afetar o consumo de álcool na adolescência.

Nos Estados Unidos, as indústrias de bebidas alcoólicas gastam mais de 1 bilhão de dólares por ano em propagandas. Grande parte deste dispêndio é direcionado para a veiculação de comerciais de cervejas nas emissoras de televisão. No Brasil, 582 milhões de reais por ano são investidos pelos fabricantes de cerveja em propaganda.

Tais estudos apontam que jovens expostos às propagandas percebem o álcool de maneira positiva, aceitam o uso do álcool por colegas e familiares, apresentam maiores intenções de beber no futuro e consomem mais álcool. As pesquisas mostram, porém, que o impacto sobre o consumo de álcool não é tão expressivo, mas que deve ser considerado.

Cabe observar que há poucos estudos sobre esse assunto e que seus resultados são relativamente incipientes. Além disso, inferências sobre os efeitos das propagandas de bebidas alcoólicas e consumo são difíceis de serem estabelecidas. Em que pese esses aspectos, há um indício de que os jovens são influenciados por propagandas de bebidas alcoólicas.

No Brasil, segundo artigo publicado em 08/09/2003 na Folha de S. Paulo<sup>5</sup>, uma pesquisa mostrou a correlação entre apreciação de propagandas de cerveja por jovens de 18 anos e maior consumo de bebidas e comportamentos agressivos aos 21 anos. De acordo com esse mesmo artigo, outro estudo realizado entre adolescentes de 10 a 17 anos revelou que assistir a propagandas com frequência provoca a expectativa de consumir bebidas no futuro.

A Lei nº 9.294, de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígenos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, estabelece em seu art. 4º que “somente será permitida a propaganda comercial de bebidas alcoólicas nas emissoras de rádio e televisão entre as vinte e uma e as seis horas”. As chamadas e caracterizações de patrocínio são, de acordo com art. 5º, permitidas a qualquer hora.

A supracitada lei estabelece no parágrafo único de seu art. 1º que apenas produtos com teor alcoólico acima de 13º GL estão sujeitos aos seus dispositivos, isentando, assim, bebidas de menor teor, como as cervejas e os vinhos.

#### **VIII.4 - Impacto de medidas para restringir locais de venda de bebidas alcoólicas e seus horários de funcionamento**

Vários estudos analisaram a relação entre presença de bares e número de horas de funcionamento de pontos de venda com a ocorrência de crimes. Um destes estudos concluiu que, para Cleveland-EUA, o risco de ocorrer crime violento é 17,6% maior a cada bar ou taverna adicionado a um quarteirão. Outro trabalho, realizado na Austrália, utilizando dados longitudinais coletados em dois anos, demonstrou que a restrição ao número de horas de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas provocou redução do

---

<sup>5</sup> Pinsky (2003).

consumo desses produtos, diminuição de problemas médicos relacionados ao seu uso e queda da violência domiciliar.

Estes e outros estudos corroboram a tese de que a acessibilidade de bebida alcoólica, relacionada à densidade dos locais de venda bem como ao horário de funcionamento, está associada ao seu consumo e o surgimento de problemas relacionados ao álcool.

## **IX - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

---

A situação de saúde no Brasil revela um cenário ainda precário e vulnerável, impondo elevados custos privados, decorrentes dos significativos gastos das famílias com saúde e da perda de rendimentos, bem como impondo severos custos socioeconômicos, relacionados não somente aos crescentes gastos públicos direcionados à atenção à saúde, mas também à queda da produtividade e a outras perdas advindas de mortes prematuras e agravos à saúde.

Os avanços na saúde proporcionados pelo SUS são inegáveis. A melhoria do acesso às ações e serviços de saúde, em decorrência da ampliação da cobertura assistencial; o início do processo de mudança da atenção centrada na cura para a prevenção e promoção da saúde; a ampliação expressiva da participação social; a tendência à expansão dos gastos com cuidados básicos e ambulatoriais; a criação dos fundos de saúde, que deram maior transparência aos gastos e possibilitaram maior autonomia de estados e municípios; a ampliação da cobertura vacinal; o crescimento da participação de estados e municípios no financiamento da saúde; a política de monitoramento de preços de medicamentos e de genéricos; e o início da implementação do Cartão Nacional de Saúde, são grandes passos no sentido de consolidação da política nacional de saúde.

Todavia, e em que pese o grande progresso alcançado nos últimos quinze anos, as restrições orçamentárias impuseram severas limitações ao sistema público de saúde. Os maiores desafios atuais dizem respeito à estruturação de um novo modelo de atenção à saúde que privilegie os interesses coletivos e realize, de forma efetiva, ações de promoção e proteção à saúde, levando-se em consideração os princípios da universalidade, equidade e integralidade.

Em particular, as propostas de aumento ou criação de contribuições sobre bebidas alcoólicas, bem como o ressarcimento ao SUS de despesas realizadas para tratamentos decorrentes de doenças associadas ao uso abusivo de álcool, têm como intuito resgatar os supramencionados princípios do sistema público de saúde. Neste sentido, as iniciativas são meritórias e oportunas. Por outro lado, há que se considerar aspectos de constitucionalidade, visto que nossa Carga Magna dispõe que a saúde é direito de todos e dever do Estado, conforme mencionado, não cabendo, por essa ótica, impingir obrigatoriedade ao setor privado.

Ademais, há que se cotejar os objetivos de saúde com o ônus que tais iniciativas devem afligir ao consumidor. A esse respeito, cabe destacar que essas medidas não deverão atingir aqueles que pretendem, quais sejam, os fabricantes de bebidas alcóolicas. Tendo em vista a inelasticidade da demanda por esses bens em relação ao seu preço, principalmente em caso de dependência química do consumidor, os aumentos de custos, em decorrência da responsabilização do fabricante pelas despesas com tratamento, acabarão repassados para preços, sem maior impacto no consumo.

Indubitavelmente, os consumidores de bebidas alcóolicas, dependentes ou não, seriam penalizados. Caberia, portanto, analisar os benefícios coletivos vis-à-vis os custos privados decorrentes do provável aumento de preços de bebidas.

Como foi mencionado ao longo do trabalho, os custos decorrentes do consumo de álcool são catastróficos e são absorvidos pela sociedade como um todo. A sobretaxação ou a multa (ressarcimento) por parte daqueles que consomem o produto seria uma forma de eliminar o subsídio cruzado que a maior parte da comunidade direciona para os consumidores destes produtos.

No caso do ressarcimento, é preciso considerar que apenas uma parte do problema estaria sendo supostamente resolvida: a que se refere ao custos, ao sistema de saúde, resultantes do consumo de álcool. A redução do consumo decorrente de tal medida não deve ser considerável, visto que sua implementação não deve provocar grande impacto sobre o preço do produto. Sendo assim, custos indiretos relacionados ao uso do álcool, responsáveis pela maior parcela do ônus financeiro relacionado ao seu consumo, não seriam minorados por essa medida.

As propostas de sobretaxação de bebidas devem impactar mais fortemente preços, reduzindo em alguma medida (observada a inelasticidade mencionada quanto aos preços) o consumo destes bens. Sendo assim, é de se esperar que não somente os custos do álcool aos sistemas de saúde sejam minorados, como também devem ser reduzidas as conseqüências deste vício sobre a violência, os acidentes de trânsito e sobre a produtividade, entre outras. Essas iniciativas, entretanto, deverão sofrer forte oposição, uma vez que provocariam elevação da carga tributária.

Finalmente, medidas que promovam a mudança de hábitos por meio de inscrições em rótulos que informem sobre o malefício destes produtos, de proibição para veiculação de propagandas de bebidas alcóolicas, de restrição quanto ao acesso a locais de venda ou redução do horário de funcionamento destes estabelecimentos, em que pese não surtirem impacto considerável sobre aqueles que já consomem abusivamente o álcool, claramente têm efeito sobre a parcela da população que viria a consumir esse produto, especialmente, sobre os jovens.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- BIASOTO JR., G.** *Setor Saúde: Constituição do SUS, financiamento federal, transferências e questões federativas*. Campinas, 2004 (mimeo).
- CÂMARA DOS DEPUTADOS.** Relatório Final da CPI dos Planos de Saúde. [www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br). Brasília, novembro de 2003.
- FOLHA ONLINE** (20/06/2004). *Prejuízo: O Preço da Droga e a Ressaca Social*. [www1.folha.uol.com.br](http://www1.folha.uol.com.br) (acessado em 07.12.2004).
- LIMA, G.** *O ressarcimento do SUS*. Rio de Janeiro: Sociedade Médica em Revista, abril/2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE.** *Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000*. Elaboração Ana Cecília Faveret. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.
- NOTO, FONSECA, SILVA E GALDURÓZ.** *Violência Domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas no estado de São Paulo*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (mimeo).
- PINSKY, I.** *Jovens, consumo de álcool e propaganda*. Artigo publicado pela Folha de S. Paulo em 08/09/2003.
- PIOLA, S. & TEIXEIRA, L.** *Financiamento da Saúde*. Brasília, jan. 2003 (mimeo).
- REIS, C., SILVEIRA, F. & ANDREAZZI, M.F.** *Avaliação dos Gastos das Famílias com a Assistência Médica no Brasil: O caso dos planos de saúde*. Brasília: IPEA, Textos para Discussão nº 921, 2002.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION.** [www.who.int/substance\\_abuse](http://www.who.int/substance_abuse)