



Pesquisa Socioeconômica do Autocuidado

O Valor Socioeconômico Global do Autocuidado 2022



O Valor Socioeconômico Global do Autocuidado

COSIMA BAUER, M.A. 1

PROF. DR. UWE MAY 1,2

THIEN-KIM PHAM, B.PHARM, M.SC. 1

CHIARA GIULINI-LIMBACH, M.SC. 1,2

ANISSA SCHNEIDER-ZIEBE, M.SC. 1,2

¹MAY UND BAUER GBR

²FRESENIUS UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES WIESBADEN

ÍNDICE

Introdução 3

DISPARIDADES NO CONTEXTO DAS UTILIDADES DE SAÚDE PÚBLICA 3

DISPARIDADES NA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO 3

Histórico 5

PERSPECTIVAS REGIONAIS SOBRE AS PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO 5

Metodologia 9

PRINCIPAIS CONCEITOS DA PESQUISA 11

COBERTURA POR AGRUPAMENTO DE PAÍSES 15

RESULTADO GLOBAL 18

VALOR SOCIOECONÔMICO CORRENTE DO AUTOCUIDADO 18

VALOR SOCIOECONÔMICO DO AUTOCUIDADO: POTENCIAL FUTURO 24

COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES GLOBAIS CORRENTE E FUTURO DO AUTOCUIDADO 30

Resultados Regionais 31

ÁSIA ORIENTAL & PACÍFICO 31

EUROPA E ÁSIA CENTRAL 34

AMÉRICA LATINA E CARIBE 37

ORIENTE MÉDIO E ÁFRICA SETENTRIONAL 39

AMÉRICA DO NORTE 42

ÁSIA MERIDIONAL 44

ÁFRICA SUBSAARINANA 47

Fatores que impactam o autocuidado 50

PONTOS DE VENDA MIP 50

DISPONIBILIDADE 51

A ARQUITETURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE 51

EDUCAÇÃO EM SAÚDE 51

Implicações Normativas 53

Conclusões 55

Apêndice 59

REFERÊNCIAS 59

GRUPO DE PAÍSES 62

AGRADECIMENTOS 63

RECOMENDAÇÕES 64

INTRODUÇÃO

Devido à combinação de mudanças demográficas e progresso médico, os sistemas de saúde ao redor do mundo estão enfrentando desafio financeiros, ainda mais exacerbados pela sobrecarga nos sistemas de saúde durante a pandemia de COVID-19.

As abordagens atuais e futuras de saúde pública precisam se concentrar em uma responsabilidade pessoal reforçada, baseada em uma prática mais sistemática de autocuidado, que pode ajudar a economizar tanto tempo quanto custo. No entanto, o fortalecimento do autocuidado ainda é pouco incentivado. O autocuidado produz benefícios extraordinários de longo prazo para a saúde pessoal, ao mesmo tempo que libera recursos para os mais vulneráveis. A adoção de bons hábitos de autocuidado é uma das melhores maneiras de nos protegermos e protegermos nossas comunidades e nossos profissionais de saúde. Ao reconhecer o avanço do conhecimento científico sobre a importância do autocuidado para a sociedade, os ministérios da saúde das vinte principais nações industrializadas do mundo afirmam que, *"Os membros do G-20 deveriam [...] adotar políticas que melhorem o acesso à saúde estabelecendo um ecossistema pró-inovação que priorize o autocuidado e empoderamento dos indivíduos."* No entanto, ainda é verdade que o fomento das condições estruturais para o autocuidado é falha na maioria dos países.

Para adotar uma abordagem baseada em evidências para as políticas de autocuidado, é importante entender:

DISPARIDADES NO CONTEXTO DAS UTILIDADES DE SAÚDE PÚBLICA

Em países de alta renda (PARs), apesar dos sistemas de saúde extremamente

desenvolvidos e com alto número de prestadores de serviços de saúde para atendimento ambulatorial, eles são sobrecarregados devido ao fácil acesso e à demanda excessiva. Por outro lado, em países de baixa e média renda (PBMRs), há a falta de profissionais de saúde e de um sistema sólido, frequentemente deixando indivíduos sem acesso a serviços básicos de saúde. Em ambos os casos, o autocuidado capacita as pessoas a se automedicarem e se tratarem, o que pode levar a melhores resultados para os indivíduos e melhor utilização dos recursos existentes.

DISPARIDADES NA PRÁTICA DO AUTOCUIDADO

As definições e o conceito básico de autocuidado permanecem os mesmos em todas as regiões definidas pela OMS (autogestão, autoteste e autoconsciência) [1]. No entanto, dependendo de fatores culturais, socioeconômicos e geográficos, pode haver diferenças específicas. Na Ásia Oriental, há uma longa história de uso da medicina tradicional à base de ervas, portanto os remédios MIP à base de ervas são amplamente utilizados em práticas de automedicação [2]. Entretanto, na África Subsaariana, intervenções de autocuidado são consideradas para condições mais graves, por exemplo, o uso de um kit de autoteste para a detecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) [3]. Além disso, uma forma predominante de autocuidado é a automedicação, melhor identificada na forma de consumo de isentos de prescrição médica (MIP) nas regiões da América do Norte, Europa e Pacífico.

Essas disparidades se refletem nos benefícios quantificados associados ao autocuidado. A elaboração de políticas futuras deve depender de dados que expliquem os benefícios para os indivíduos e sociedades, e os motivos que influenciam o valor futuro do autocuidado. Os pré-requisitos de cada país e as condições estruturais são também um ponto fundamental. Este estudo identifica a contribuição atual dos produtos de autocuidado aos sistemas de saúde em todo o mundo, sobretudo em países de baixa e média renda, bem como seu potencial futuro.

Esse estudo investiga:

Benefícios atuais e potencial do autocuidado para sistemas de saúde e indivíduos

O valor socioeconômico futuro do autocuidado, considerando os três fatores MIP

Grupos de países por acesso e aceitação do autocuidado para prevenir e tratar as STCs (self-treat conditions – condições passíveis de auto tratamento), para ajudar a estabelecer as bases para a criação de políticas futuras baseadas em semelhanças

As conclusões do estudo levam a um conjunto de recomendações de políticas de saúde, para reguladores, políticos e tomadores de decisão, para um modelo pragmático de sistemas econômicos e de saúde para o autocuidado

HISTÓRICO

PERSPECTIVAS REGIONAIS SOBRE AS PRÁTICAS DE AUTOUIDADO

Ásia Central

- Na Ásia Central, apenas um número limitado de artigos científicos oferece evidências da importância do autocuidado, descrições da prática da automedicação, ou prevalência do uso dos MIPs (medicamentos isentos de prescrição médica) e uso de medicina tradicional.
- A pesquisa russa de Monitoramento Longitudinal de 2015 indica um índice alto de autocuidado na Rússia, incluindo o uso de medicação e remédios caseiros. O auto tratamento consiste no uso de MIP tanto para o tratamento de STC (self-treat health conditions – condições de saúde auto tratáveis) quanto para problemas graves de saúde. As razões para o autocuidado incluem a desconfiança no sistema de saúde e a falta de instalações de saúde pública eficientes [28]

Ásia Oriental e Pacífico

- O autocuidado é uma prática de saúde fundamental, que mantém um papel

importante no sistema de saúde da região da Ásia Oriental e Pacífico. Práticas como a boa alimentação, higiene, exercícios e automedicação são todas enfatizadas como práticas de autocuidado.

- Ervas medicinais tradicionais são uma forma predominante de autocuidado na Coreia, Japão e China, e podem ser adquiridas tanto na forma de MIP quanto medicamento sujeito a prescrição (RX). É reportado que 40% de todo tratamento médico na China é feito desta forma. Na Coreia, 69% da população já usou medicina tradicional [29]. Outras formas tradicionais de autocuidado na China são as práticas de T'ai Chi e Qi Gong [30].
- A reclassificação de medicamentos sujeitos a prescrição (RX) para MIP e a expansão do uso de MIP são quesitos básicos nesta região para a manutenção do sistema de saúde. Governos do Japão, Coreia e Hong Kong analisam produtos que podem ser reclassificados e melhoram o acesso através de novos pontos de venda.

ERVAS MEDICINAIS TRADICIONAIS SÃO PREVALENTES COMO UMA FORMA DE AUTOUIDADO NA CORÉIA, JAPÃO E CHINA, E PODEM SER ADQUIRIDOS TANTO NA FORMA DE MIP QUANTO RX

América Latina e Caribe

- O autocuidado nesta região é praticado na forma de automedicação com MIP ou com o uso de medicina tradicional e inclui noções de sistemas de saúde sustentáveis, conscientização sobre saúde e educação de acordo com fatores financeiros, geográficos e regulatórios.
- A prática da automedicação é uma necessidade devido a barreiras impostas ao sistema de saúde por

fatores geográficos [9]. Por exemplo, a Floresta Amazônica e a região dos Andes criam uma barreira natural que impossibilitam países como o Brasil a oferecerem o acesso à saúde, e assim, contribuem com a desigualdade na distribuição dos sistemas de saúde [9, 10].

- O conceito de autocuidado na América Latina está intimamente ligado a questões de sustentabilidade do sistema de saúde, que nascem tanto do aumento populacional quanto dos custos do cuidado à

saúde, ainda mais exacerbados pela futura falta de profissionais da saúde [11].

- A educação sobre saúde tem estado a frente do processo de transformação do cuidado à saúde na América Latina, tornando-o mais

Europa

- O autocuidado na Europa é visto como uma necessidade para aliviar a sobrecarga dos sistemas de saúde devido a mudanças demográficas, e para mitigar os efeitos do declínio esperado do número de profissionais da saúde [25]. Neste contexto, as estratégias de autocuidado são desenvolvidas com foco na reclassificação de medicamentos RX para MIP.
- Um estudo da Associação Europeia de Indústrias de Autocuidado (AESGP) publicado em 2004 mostrou que uma reclassificação de 5% dos medicamentos prescritos para MIP poderia levar a uma economia de algo em torno de 18 bilhões de dólares na Europa, que poderiam ser

sustentável [12]. Os Governos da região reconhecem que vários de seus desafios poderiam ser resolvidos com o fomento ao autocuidado e educação sobre saúde.

revertidos tanto para o sistema de saúde quanto para suas respectivas economias [26].

- Um estudo de 2021 feito pela AESGP identificou que a cada 1 dólar gasto em medicamentos MIP economiza-se 6,70 dólares tanto para o sistema de saúde quanto para as economias de cada país. Além disso, se 10-25% das consultas médicas correntes fossem substituídas por autocuidado, o estudo estima uma potencial economia de 19,4 bilhões de dólares ao mesmo tempo que se liberaria 58 mil horas/consulta. Isso significa que estas horas poderiam ser usadas em casos mais complexos, permitindo que indivíduos que hoje não têm acesso ao sistema de saúde possam consultar um médico [27].

**UMA RECLASSIFICAÇÃO DE 5% DOS
MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA MIP
PODERIA LEVAR A UMA ECONOMIA DE
ALGO EM TORNO DE 18 BILHÕES DE
DÓLARES NA EUROPA, QUE PODERIAM SER
REVERTIDOS TANTO PARA O SISTEMA DE
SAÚDE QUANTO PARA SUAS RESPECTIVAS
ECONOMIAS**

Oriente Médio e Norte da África

- O autocuidado envolve a automedicação com o uso de práticas tradicionais para tratar ou controlar sintomas. Estas atividades variam de acordo com a cultura, religião, e níveis de educação e socioeconômico nos países [13]. Devido à alta prevalência de diabetes na região, o autocuidado é frequentemente associado ao autocontrole de doenças crônicas [14]. O autocuidado também engloba o uso de ervas medicinais,

suplementos nutricionais, produtos tradicionais e remédios caseiros [21,22].

- O autocuidado inclui o uso de medicamentos para o tratamento de condições autodiagnosticadas sem o auxílio de um médico [15, 16], diminuindo a pressão sobre os serviços médicos onde há a falta de profissionais da saúde [17]. Muitas vezes com a ajuda de um farmacêutico, as consultas médicas acontecem em apenas 10-30% das

- vezes [19].
- A prática da automedicação se torna mais popular com a idade [18, 19]. Essa popularidade alcança até 83% no Irã, 42,5% na Jordânia, e 35,4% na

Arábia Saudita. Também se nota que a automedicação é prevalente entre adolescentes em vários países: Jordânia (87%), Palestina (98%), Emirados Árabes Unidos (EAU) (89,2%) e Bahrain (44,8%) [20].

TAMBÉM SE NOTA QUE A AUTOMEDICAÇÃO É PREVALENTE ENTRE ADOLESCENTES EM VÁRIOS PAÍSES: JORDÂNIA (87%), PALESTINA (98%), EMIRADOS ÁRABES UNIDOS (EAU) (89,2%) E BAHRAIN (44,8%)

América do Norte

- O autocuidado para o controle de condições passíveis de auto tratamento (STCs) é uma das abordagens usadas para a economia de custos pessoais e públicos do sistema de saúde. O autocuidado simplifica o acesso aos MIPs e aumenta o conhecimento pessoal sobre automedicação e produtos relevantes de autocuidado. A maior parte das políticas de autocuidado é foca na reclassificação de RXs para MIPs e na educação sobre saúde.
 - Produtos naturais para saúde, suplementos nutricionais, aparelhos médicos para consumidores finais e remédios caseiros também são usados no contexto do autocuidado tanto no Canadá quanto nos Estados Unidos (EUA). Nos EUA o autocuidado está arraigado nos valores de autossuficiência e individualismo. Além disso, o foco mudou do tratamento de doenças infecciosas para o controle de doenças crônicas e STCs. Isso se deve aos altos custos da saúde e a autonomia do paciente, que têm contribuído fortemente para o autocuidado tanto no Canadá quanto nos EUA [5].
 - A educação sobre saúde é vista como fator fundamental para a prática de autocuidado no Canadá, pois fomenta um bom conhecimento sobre o tema e cria opções responsáveis de tratamento [4]. Enquanto a baixa instrução sobre
- saúde está associada a mais visitas não planejadas a hospitais e menor observância sobre medicamentos, maiores níveis de instrução podem levar ao maior uso de MIPs e práticas de autocuidado [58, 59]. Se 16% dos canadenses que buscam seus médicos para o tratamento de STCs praticassem o autocuidado, haveria um aumento de 500 mil canadenses com acesso a um médico [6].
- Práticas de autocuidado nos EUA podem gerar uma economia de 146 bilhões de dólares para o sistema de saúde, abrangendo desde 95 bilhões poupados com visitas clínicas até 52 bilhões em despesas farmacêuticas [7]. A disponibilidade de medicamentos MIP faz com que a população evite perdas de produtividade na casa de 23 bilhões de dólares [8]. Caso medicamentos MIP não estivessem disponíveis, aproximadamente 450 bilhões de novas visitas ao atendimento primário ou emergencial seriam adicionadas às atuais 1,2 bilhões de visitas, um número equivalente a 56 mil médicos por ano trabalhando em tempo integral. Assim sendo, a expansão do mercado de MIPs através da reclassificação de medicamentos pode ajudar a minimizar o número de consultas médicas desnecessárias e a reduzir o impacto da presente falta de profissionais de saúde [8].

PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO NOS EUA PODEM GERAR UMA ECONOMIA DE 146 BILHÕES DE DÓLARES PARA O SISTEMA DE SAÚDE, ABRANGENDO DESDE 95 BILHÕES POUPADOS COM VISITAS CLÍNICAS ATÉ 52 BILHÕES EM DESPESAS FARMACÊUTICAS

Ásia meridional

- O autocuidado nos países da Ásia Meridional é um conceito amplo que inclui a automedicação, medicina tradicional e práticas de higiene influenciados por fatores socioeconômicos, além de tradições medicinais regionais, como a Ayuverda, Unani e Sowa Rigpa.
- Devido à prevalência de doenças como a diarreia e cólera, o foco de programas de saúde tem melhorado as condições sanitárias e reduzido problemas como as doenças infantis, desnutrição e o fardo de outras doenças.

África Subsaariana

- Apesar das diferentes culturas e populações nesta região, os padrões de autocuidado são bastante similares devido a situações socioeconômicas comparáveis [23].
- As práticas de autocuidado observadas incluem a automedicação, autoteste, autoadministração e autoaplicação de injetáveis, e são frequentemente associadas ao controle da malária e condições crônicas como diabetes, e à saúde sexual e reprodutiva [24].

METODOLOGIA

Para fins deste estudo, foi utilizada a definição da OMS de autocuidado:

“Autocuidado é a habilidade individual, familiar e comunitária de promover a saúde, prevenir doenças, manter a saúde e lidar com doenças e deficiências com ou sem o suporte de um profissional da saúde. O escopo do autocuidado nesta definição inclui a promoção da saúde; a prevenção e controle de doenças; a automedicação; o fornecimento de cuidados a pessoas dependentes; a busca de hospitais/especialistas/cuidados primários se necessário; e a reabilitação, incluindo cuidados paliativos. Isto inclui uma gama de modos e abordagens de autocuidados.”

Para cumprir estes objetivos, seis módulos metodológicos foram aplicados, como visto na figura abaixo:

Figura 1: Estrutura metodológica do estudo econômico



MÓDULO 1

REVISÃO SISTEMÁTICA

As bases deste estudo são: a análise da literatura especializada sobre o autocuidado nas seis regiões do mundo, e a análise sistemática da literatura sobre a economia global do autocuidado, relevantes aos principais atores interessados. As análises se focam na coleta de achados descritivos, providenciando evidências científicas qualitativas sobre diferentes conceitos e perspectivas regionais relacionados ao autocuidado ao redor do mundo. A análise sistemática identifica estudos existentes sobre este tópico e a analisa qualitativamente as evidências, de acordo com os indivíduos, as sociedades, os profissionais de saúde e os sistemas de saúde de cada país ou seus financiadores. Uma abordagem de análise qualitativa é usada para examinar e quantificar taxas de economia, específicas por país, para a comparação entre os custos do autocuidado e formas alternativas de tratamento.

MÓDULO 2

ANÁLISE QUALITATIVA

Este módulo envolve a análise qualitativa aprofundada sobre o estudo da literatura especializada, e a identificação de dados e descobertas aplicáveis aos modelos econômicos. Neste módulo de análise qualitativa é considerada a literatura revisada por pares selecionada a partir de uma base de dados, incluindo artigos técnico-científicos e jornalísticos.

MÓDULO 3

MODELAGEM ECONÔMICA

Este módulo se foca na análise de todas as evidências científicas identificadas nos módulos 1 e 2 para detectar interrelações e desenvolver modelos de decisões analíticas para simular a economia e o valor social do autocuidado.

MÓDULO 4

MÉTODO DE INSERÇÃO

Como forma de suprir a falta de dados para vários países incluídos neste estudo, especialmente nas regiões do Oriente Médio e África Subsaariana, foram aplicadas várias inserções (conexão de valores por inferência) usando equações em cadeia. A análise do conjunto de dados e inserções foram realizadas com o uso de um software de programação estatística. A inserção de valores faltantes em R foi realizada usando modelos regressivos para cada variante, e condicional para outras variantes nos dados.

MÓDULO 5

PREVISÕES

Este módulo se foca em determinar o potencial futuro do autocuidado baseado em previsões e análises. A identificação de promotores de MIPs e o uso de produtos MIPs entre 2019 e 2030 permite a identificação dos benefícios gerados pelo aumento das práticas de autocuidado.

MÓDULO 6

MODELOS DE CÁLCULO

Finalmente, no modelo 6, o modelo econômico é preenchido com dados para fazer a derivação de resultados qualitativos e quantitativos.

PRINCIPAIS CONCEITOS DA PESQUISA

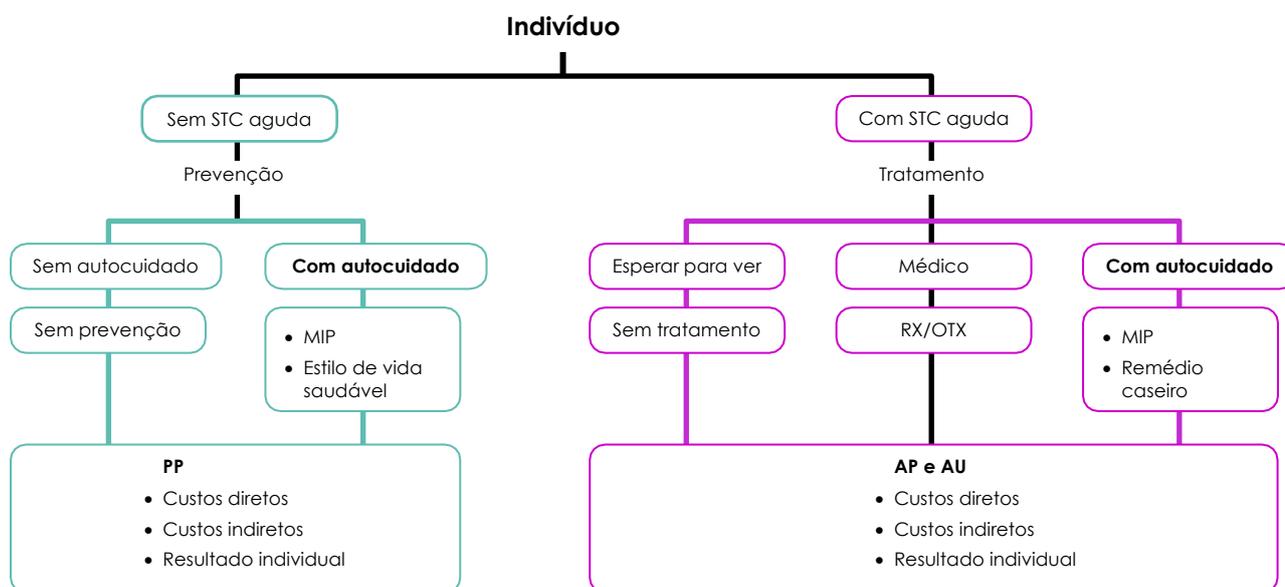
O termo autocuidado, como usado neste estudo e de acordo com as definições da OMS, inclui várias medidas responsáveis tomadas por um indivíduo para a restauração ou manutenção da sua saúde. O uso de medicamentos MIP e outros produtos de saúde podem tanto substituir o tratamento médico, incluindo a prescrição médica, quanto oferecer alternativas, por completo, ao tratamento com remédios. Além disso, outras medidas e comportamentos com o objetivo de manter a saúde, sem a presença de STC, também podem ser incorporados. Em correspondência com essas opções comportamentais, três diferentes conceitos de autocuidado podem ser definidos neste contexto (Tabela 1).

Tabela 1: Os três principais conceitos de autocuidado em países ao redor do mundo

CONCEITOS	DEFINIÇÃO	FERRAMENTAS	ALVO	VALOR SOCIAL
Autocuidado como primeira opção de tratamento (AP)	Escolher autocuidado com MIPs ao invés de consultar um médico	MIPs (produtos medicinais)	Alívio sintomático	Algum resultado Alívio de recursos (ex: consultas médicas)
Autocuidado como única opção de tratamento (AU)	Escolher o autocuidado com MIPs em conjunto com “esperar para ver” usando remédios caseiros	MIPs (produtos medicinais, aparelhos médicos & suplementos)	Alívio sintomático Prevenção	Melhores resultados Diminuição/prevenção do peso e custo de doenças
Prática preventiva de autocuidado (PP)	Escolher comportamentos proativos de autocuidado	Estilo de vida saudável, remédios caseiros, MIPs (para uso preventivo), higiene	Prevenção	Melhores resultados Qualidade de vida

Este conceito descreve o processo de decisão e o possível comportamento de indivíduos na eventualidade de problemas auto tratáveis (Figura 2). Todos os caminhos desta árvore de decisões levam a certa consequência para o indivíduo. Os custos diretos e indiretos associados a certas escolhas de tratamento também diferem em cada caso, assim como a análise da proporção do custo-benefício do ponto de vista da economia da saúde.

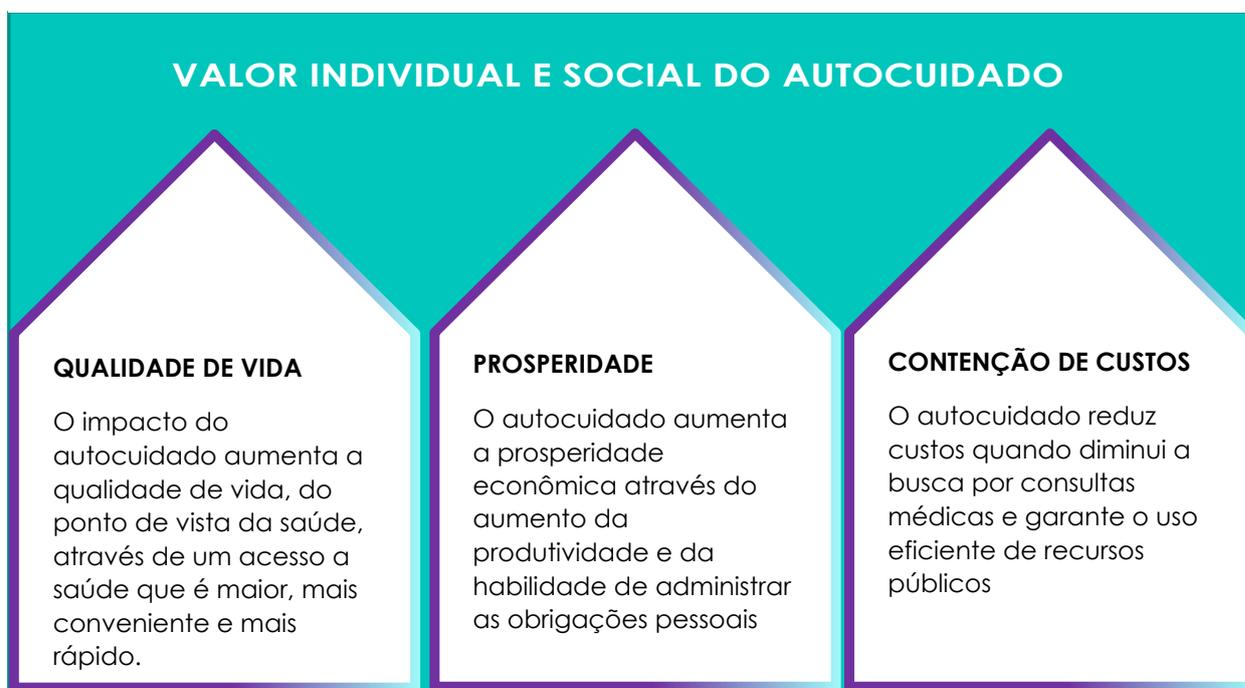
Figura 2: Árvore de decisão para os três conceitos de autocuidado



Os resultados se referem a economia de custos e de tempo por ano. A definição de autocuidado inclui a adoção de práticas saudáveis tais como exercícios, boa alimentação etc., mas no contexto de condições agudas passíveis de auto tratamento, há uma falta de dados sobre como este comportamento holístico ajuda em comparação com outros comportamentos de estilo de vida.

Este estudo se foca no autocuidado tanto AP quanto AU, uma vez que são observados na prática nos casos de STC aguda. PP de autocuidado é excluída do quantificador devido à falta de dados para o cálculo do seu impacto e contribuição. Não existem evidências suficientes sobre como PP de autocuidado ocorre e como este comportamento pode ser diferenciado de comportamentos normais de estilo de vida, em termos de conteúdo e definição. Neste caso, fazer estimativas quantitativas relacionadas a resultados para a saúde e custos associados é difícil e, portanto, intangível.

Figura 3: Os pilares do valor social do autocuidado



Estes três conceitos de autocuidado levam a três consequências benéficas que são consideradas como a base do valor do autocuidado (Figura 3):

QUALIDADE DE VIDA

- É medida em unidade médicas ou de saúde, sobretudo em qualidade de vida do ponto de vista da saúde, excluindo fatores psicológicos (parte da definição da OMS)
- No contexto deste estudo, um aumento na qualidade de vida como resultado do autocuidado acontece quando a intensidade de um problema de saúde é reduzida, ou sua duração é encurtada. A perda de qualidade de vida devido à ocorrência de certos problemas de saúde pode ser evitada através de medidas preventivas
- Como uma medida para a avaliação quantitativa de qualidade de vida ligada à saúde, este estudo usa o conceito de QALYs (*quality adjusted life year* - ano de vida ajustado à qualidade), que é estabelecido internacionalmente pelas diretrizes da

economia da saúde [31-35]

PROSPERIDADE

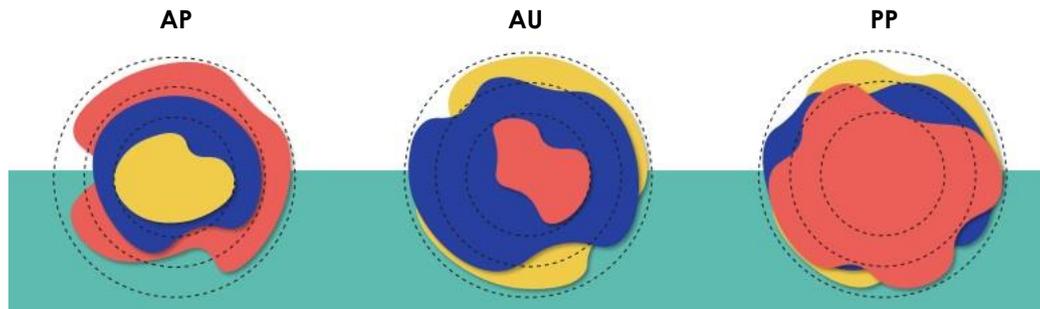
- Este benefício é medido em termos individuais (perspectiva microeconômica), ou como o benefício de todos os indivíduos na economia nacional (perspectiva macroeconômica). Em contraste com o impacto do autocuidado na qualidade de vida, o conceito de prosperidade se refere ao ganho ou perda de tempo produtivo
- Tempo produtivo pode se referir tanto ao emprego remunerado quanto a atividades privadas/familiares, tais como cuidado com filhos ou parentes, tarefas domésticas etc. O valor monetário do tempo produtivo é determinado usando as normas internacionais de economia da saúde, aplicando a abordagem do capital humano proposta por Weisbrod em 1961 [36-40]

- O termo produtividade é usado para se referir a valores materiais. Quando uma unidade de tempo é expressa em valores monetários, o termo prosperidade é usado. Produtividade e prosperidade podem ser mensuradas e reportadas tanto ao nível individual quanto ao nível macroeconômico agregado
 - A prosperidade aumenta com o crescimento da disponibilidade (e uso) de MIPs, levando a um aumento no tempo produtivo de um indivíduo e no QALYs
 - Há a adoção do autocuidado como primeira estratégia ao invés da consulta médica para um tratamento mais rápido de STCs. Isso também contribui no impacto do tempo produtivo dos indivíduos e no impacto cumulativo no nível macroeconômico
 - O acesso aso MIPs facilita o tratamento, levando a maior prosperidade e ganhos produtivos. O tratamento com MIPs é fundamental para que os indivíduos toquem suas atividades diárias. O impacto mais significativo na prosperidade, para aqueles afetados por STCs, ocorre quando a perda de produtividade (nos sistemas sociais e de saúde) não são mitigados financeira ou materialmente por compensações apropriadas, tais como licença paga, ou benefícios assistências (por exemplo, acesso a creche). No pior dos cenários, uma STC pode levar à perda da principal fonte de renda familiar por inúmeros dias devido à falta de acesso ao autocuidado
- quando os indivíduos escolhem o AP. Quando isso acontece, os custos ligados a cuidados mais caros (como consultas médicas, admissões hospitalares e compra de medicamentos com prescrição) são reduzidos. Isso gera uma economia para o sistema de saúde e para as economias locais.
- Como resultado das mudanças demográficas e progresso médico, os sistemas de saúde ao redor do mundo estão sofrendo sérios desafios financeiros, exacerbados pela pandemia. As três diferentes dimensões e categorias das consequências benéficas, Qualidade de Vida, Prosperidade, e Contenção de Custo, desempenham um papel, em diferentes graus, no conceito de autocuidado (Figura 4). Isso já foi indicado pela descrição destas três categorias de benefícios. Na Figura 4, esta associação é ilustrada de forma clara. Enquanto a economia de custos para os sistemas de saúde e para os indivíduos tem papel central no AP, o impacto positivo do autocuidado na qualidade de vida e prosperidade é dominante no AU. A prática do autocuidado preventivo, por outro lado, tem um impacto positivo significativo em todas as três métricas. Por questões metodológicas e devido a uma falta de dados, este impacto não é facilmente quantificável e, portanto, não foi incluído nos cálculos deste estudo. Para os propósitos deste estudo, o AP é estimado em termos de contenção de custos e tempo poupado, tanto para o indivíduo quanto para o profissional de saúde. O AU é expresso usando métricas de produtividade, prosperidade e qualidade de vida

CONTENÇÃO DE CUSTOS

- A contenção de custos engloba economias que podem ser obtidas

Figura 4: Impacto dos conceitos de autocuidado na métrica



RESULTADO DA PESQUISA

Dado quantitativo: Impacto na prosperidade, controle de custos

Descrição qualitativa: Impacto na qualidade de vida

RESULTADO DA PESQUISA

Dado quantitativo: Impacto na prosperidade, controle de custos

Descrição qualitativa: Impacto na qualidade de vida

RESULTADO DA PESQUISA

Dado quantitativo: Exemplos do impacto na prosperidade, controle de custos

Descrição qualitativa: Impacto na qualidade de vida

Relevância e força das métricas: ● QUALIDADE DE VIDA ● PROSPERIDADE ● CONTENÇÃO DE CUSTOS

Diferenças na acessibilidade e poder de compra dos serviços e produtos de saúde entre os países localizados na mesma região geográfica geram a necessidade de agrupamento por países. Para este propósito foram selecionados 5 parâmetros:

1. Cobertura do serviço de saúde para a população
2. Agrupamento por receita
3. Expansão da cobertura do serviço de saúde por país
4. Médico x 1000 indivíduos
5. PIB por país

Figura 5: Agrupamento global de países por região de acordo com o Banco Mundial



COBERTURA POR AGRUPAMENTO DE PAÍSES

A abordagem do agrupamento por países foi desenvolvida em duas etapas, de forma a examinar as necessidades da saúde ou o potencial do autocuidado de um país (Figura 5):

- 1** Indicadores econômicos foram analisados para determinar o status econômico de um país e o potencial gasto per capita em MIPs (poder de compra). Para este propósito, o PIB per capita, a expansão da saúde per capita, e a renda per capita foram selecionados.
- 2** Indicadores relacionados a acessibilidade à saúde foram examinados. A acessibilidade aos serviços de saúde é um fator chave que influencia a sua utilização, as práticas de autocuidado, e o status da saúde da população. Os indicadores escolhidos incluem a cobertura do sistema de saúde e a densidade do número de médicos.

Um total de 155 países foram incluídos nesta análise econômica. 41 países foram categorizados no Grupo A, 60 países no Grupo B, e 54 países no Grupo C. Enquanto a maioria dos países de uma região foram categorizados em um ou dois grupos, a região da Ásia Oriental e do Pacífico tem o número de países mais bem distribuídos entre os três grupos.

ABORDAGEM PARA ESTIMAR O POTENCIAL FUTURO DO AUTOCUIDADO

Para determinar o potencial futuro do autocuidado, uma abordagem macroeconômica foi usada para analisar o potencial futuro antecipado dos promotores de MIP e para estimar o relativo impacto que eles terão no autocuidado em termos de volume de vendas de MIP. Três promotores de MIP foram identificados para este propósito:



A escolha de promotores de MIP para a previsão do mercado de MIP para 2030 foi baseada em três fatores chave que poderão influenciar mudanças nos próximos anos:

- O aumento na prosperidade econômica global devido ao aumento da renda em conjunto com tendências demográficas, tais como o envelhecimento da população e o aumento ou declínio populacional
- É esperado que políticas de autocuidado existentes sejam aprimoradas e novas medidas voltadas ao autocuidado sejam implementadas. Tais medidas podem melhorar as habilidades e conhecimentos dos indivíduos sobre o uso apropriado de MIPs e expandir o acesso e disponibilidade de produtos MIPs
- Os resultados gerais baseados nestes três promotores de MIP mostram os benefícios do autocuidado em termos de valor individual, econômico e social.

Figura 6: Método de estimativa do benefício futuro do autocuidado

Mercado de MIP 2019

Dados IQVIA e análise MuB

- Dados globais e regionais
- Vendas em US\$
- Unidades em embalagens

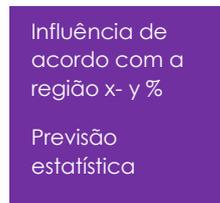
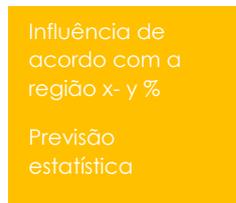
Modelo econômico de saúde

- Análise de literatura
- Modelos de cálculo



Benefícios do autocuidado

- Individual
- Econômico
- Social



Mercado de MIP 2030

Dados IQVIA e análise MuB

- Dados globais e regionais
- Vendas em US\$
- Unidades em embalagens

Modelo econômico de saúde

- Análise de literatura
- Modelos de cálculo



Benefícios do autocuidado

- Individual
- Econômico
- Social

POTENCIAL FUTURO DO AUTOCUIDADO



Foi aplicado um horizonte de 11 anos - de 2019 a 2030 (Figura 6).

PROSPERIDADE ECONÔMICA

- Focada no nível de riqueza e qualidade de vida de uma sociedade. Um aumento na prosperidade, que pode ser medido em termos de PIB, reflete a habilidade individual para pagar bens de consumo [42]
- A prosperidade econômica influencia o potencial consumidor de produtos MIP. Presumindo que um aumento nos gastos do próprio bolso (OOP- out-of-pocket) nos gastos (OOP) per capita em MIP / país, projetadas pela Rede de

pocket) podem ser diretamente associados a quaisquer mudanças em gastos com MIP, os gastos OOP foram selecionados como modelo na contribuição da prosperidade econômica no autocuidado e nos gastos em MIP.

- Para calcular a mudança no volume de vendas de MIP entre 2019 e 2030, foram extraídas estimativas futuras anuais de mudança

Colaboradores Financiadores da Saúde/GBD (Global Burden of Disease – Carga Global de Doenças) [43].

¹ Foram identificadas 12 mudanças anuais negativas da taxa de gastos OOP per capita de um total de 150 mudanças incluídas nos cálculos. Focando apenas nas mudanças positivas projetadas para 2030, vemos uma variação de 0,2-7,2 para o Grupo A, 0,1-6,3 para o Grupo B e 0,1-5,9 para o Grupo C

DEMOGRAFIA

- Leva em consideração mudanças demográficas, incluindo tanto o aumento quanto o declínio da população
- Para calcular o impacto demográfico, foram usados dados do Banco

Mundial e da ONU, a fim de obter a população de 2019 e a previsão populacional de 2030 (Figura 6). A população para cada país foi multiplicada pelo volume de venda de MIP em 2019. Os resultados foram então adicionados a cada Grupo de Países.

AUTOCUIDADO

- Para calcular o potencial futuro do autocuidado, as medidas dos efeitos econômicos relacionados a políticas de autocuidados são estimadas com base na literatura especializada e no conhecimento de profissionais. A maior mudança percentual foi estimada nos países do Grupo C (20%), enquanto mudanças nos Grupos A e B foram de 10% e 15% respectivamente (Figura 7)
- Políticas de autocuidado também gerarão economias futuras, em conjunto com a prosperidade

econômica e questões demográficas

- A extensão do valor gerado pelas políticas de autocuidado depende de sua maturidade e da vontade e prontidão na sua adoção, tanto dos indivíduos quanto dos provedores de serviços de saúde e outros atores importantes
- É possível, portanto, que o valor do impacto seja modificado: a mudança na porcentagem devida a políticas de autocuidado pode aumentar ou diminuir, e o impacto resultante irá refletir tais mudanças

As abordagens metodológicas descritas colheram resultados que quantificam o valor socioeconômico do autocuidado. Estes resultados ressaltam o valor corrente e fazem as projeções dos potenciais futuros que podem ser gerados através do autocuidado.

Figura 7: Percentual do impacto das políticas de autocuidado no cenário de Potencial Futuro

POSPERIDADE ECONÔMICA



DEMOGRAIFA



POLÍTICAS DE AUTOCUIDADO



RESULTADO GLOBAL

VALOR SOCIOECONÔMICO CORRENTE DO AUTOCUIDADO

O valor gerado pelo AP está relacionado às despesas da distribuição de MIPs por embalagem, assim como ao total do valor monetário distribuído pelos três grupos de países e às infraestruturas dos sistemas de saúde (Tabela 2). Como visto na tabela 2, a contenção de custos é maior no Grupo A, e isso pode ser explicado pelo maior custo médio dos produtos RX e/ou MIP. Além disso, existem variações na economia de tempo dos indivíduos e de profissionais médicos entre os grupos de países. Em países com estruturas de sistema de saúde bem estabelecidas, há uma maior densidade de profissionais médicos, uma distância física menor entre os indivíduos e os provedores de assistência primária à saúde, e uma espera de tempo menor por consultas médicas. Isso significa que a economia de tempo individual nos países do Grupo C é mais significativa do que nos do Grupo A. Não obstante, a importância do AP e o número de embalagens MIP usadas

também devem ser considerados na interpretação do valor total. Assim sendo, o Grupo B foi o que gerou maior economia individual: 5,8 bilhões de horas.

A economia de tempo dos profissionais médicos é focada na duração das consultas e tempo necessário para tarefas administrativas. Países com melhor acesso a profissionais médicos, graças a uma maior densidade de profissionais de cuidados primários, podem oferecer consultas mais longas (com aproximadamente 15 minutos ou mais) e também tendem a ter requisitos de qualidade que garantem ao menos um tempo mínimo de duração das consultas. Entretanto, com o aumento populacional e demanda crescente por consultas com profissionais de cuidados primários, pesquisas indicam que profissionais médicos estão sobrecarregados e muitas vezes tarefas administrativas são incorporadas às suas responsabilidades profissionais [44]. Consultas médias de tempo muito curto foram identificadas em países com infraestruturas de sistema de saúde menos desenvolvidas. Nestes países, o número de profissionais de saúde disponíveis para a crescente demanda de cuidados primários é limitado, havendo também a falta de sistemas apropriados para o apoio na administração do agendamento de consultas. Isso leva a consultas curtas, de menos de cinco minutos, associadas a uma má comunicação com os pacientes, polifarmácia e abuso de antibióticos [45].

Tabela 2: Valor corrente do autocuidado em AP por Grupo de Países

Grupo de Países	População	Embalagens MIP	Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de tempo médico
Grupo A	1.178 M	3.226 M	US\$76.835 M	4.032 M/horas	968 M/horas
Grupo B	3.238 M	3.891 M	US\$39.694 M	5.836 M/horas	778 M/horas
Grupo C	3.184 M	564 M	US\$2.459 M	1.081 M/horas	56 M/horas
VALOR GLOBAL	7.600 M	7.680 M	US\$ 118.988 M	10.949 M/horas	1.802 M/horas

Também é interessante notar o número de países incluídos em cada grupo de países. O Grupo A engloba 41 países, o Grupo B 60 países e o Grupo C 54 países.

Ao agregar os valores dos países dos Grupos A, B e C a um nível regional, é possível examinar o valor total do autocuidado globalmente, como o descrito na tabela 3. Estes valores podem ser compilados para obter o total global atingido pelo AP. Aproximadamente US\$119 Bi em economias financeiras, mais de 10,9 Bi de economia de horas individuais, e 1,8 Bi de economia de horas médicas são feitas atualmente ao redor do mundo.

Tabela 3: Valor corrente total do autocuidado em AP por região

Região	População	Embalagens MIP	Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de tempo médico
Ásia Oriental e Pacífico	2.287 M	2.171 M	US\$ 31.352 M	3.108 M/horas	495 M/horas
Europa & Ásia Central	917 M	2.857 M	US\$ 46.278 M	3.959 M/horas	702 M/horas
América Latina & Caribe	640 M	587 M	US\$ 7.242 M	869 M/horas	122 M/horas
Oriente Médio & África Setentrional	451 M	333 M	US\$ 3.892 M	494 M/horas	72 M/horas
América do Norte	366 M	1.151 M	US\$ 27.132 M	1.439 M/horas	345 M/horas
Ásia Meridional	1.834 M	433 M	US\$ 1.128 M	828 M/horas	44 M/horas
África Subsaariana	1.105 M	147 M	US\$ 1.966 M	251 M/horas	22 M/horas
VALOR GLOBAL	7.600 M	7.680 M	US\$ 118.990 M	10.948 M/horas	1.802 M/horas

Adicionalmente, os resultados das regiões podem ser interpretados de acordo com o valor per capita, com a finalidade de analisar o impacto do AP e das métricas de autocuidado em cada região (Tabela 4).

Tabela 4: Valor corrente per capita/ano do autocuidado em AP

Região	Embalagens MIP	Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de Tempo Médico
Ásia Oriental e Pacífico	0.9	US\$ 13,71	81,5 min	13 min
Europa & Ásia Central	3.1	US\$ 50,48	259,1 min	46 min
América Latina & Caribe	0.9	US\$ 11,32	81,5 min	11,5 min
Oriente Médio & África Setentrional	0.7	US\$ 8,64	65,8 min	9,5 min
América do Norte	3.1	US\$ 74,15	235,9 min	56,6 min
Ásia Meridional	0.2	US\$ 0,62	27,1 min	1,4 min
África Subsaariana	0.1	US\$ 1,78	13,7 min	1,2 min

Assim como o esperado, os ganhos mais significativos em AP podem ser observados em regiões com um maior número de países no Grupo A, incluindo a Ásia Oriental e Pacífico, Europa e Ásia Central, assim como América do Norte. Nestas regiões, a escolha de praticar o autocuidado com o uso de produtos MIPs como primeira opção tem um papel importante no crescimento da prática de autocuidado. Isso fica claro na Tabela 4 com o uso per capita de embalagens MIP em AP na região. Com 3,1 embalagens per capita de produtos MIP por ano na prática de AP, a maior economia de custos, de US\$46,3 Bi, pode ser vista na região da Europa e Ásia Central (Tabela 3). Em termos per capita, a contenção de custos e economia de tempo médico são maiores na América do Norte, enquanto a economia de tempo individual é maior na região da Europa e Ásia Central. Em ambas as regiões, isso indica que o valor do autocuidado resulta em grande parte da decisão individual na escolha pelo AP. Também é interessante notar que o impacto do conjunto dos três promotores de MIP é maior na Europa e Ásia Central como um todo (Tabela 3).

O AP tem um papel menos significativo nas regiões da América Latina e Caribe, Oriente Médio, África Setentrional, e Ásia Oriental e Pacífico. Já na Ásia Meridional e África Subsaariana, o papel do AP é mínimo. Na região com o maior número de países no Grupo C (África Subsaariana e Ásia Meridional), foi visto o menor ganho com o AP, tanto de uma forma geral quanto per capita. Como já mencionado, isso se deve aos níveis socioeconômicos e de infraestrutura, que tornam a substituição do profissional médico menos significativa. Apesar de o menor consumo de MIP ser registrado na África Subsaariana, o menor valor de economia gerada pode ser visto na Ásia Meridional, em apenas US\$1,1 Bi, mesmo a região tendo o dobro do consumo de MIP em relação à África Subsaariana. Duas razões para explicar isso podem ser o baixo custo médio dos produtos MIP em países da Ásia Meridional e a falta de acesso a cuidados primários de saúde, devido ao baixo número de profissionais médicos per capita. A falta de acesso à atenção

primária deixa claro que o excesso do uso de atenção médica não é um problema a se considerar e, portanto, o AP não tem um papel significativo nesta região.

Além da vantagem de custos ligada ao autocuidado, a economia de tempo também é um benefício a se considerar. A prática do autocuidado tem o potencial de reduzir visitas desnecessárias a médicos e hospitais, o que leva à economia de tempo tanto para profissionais de saúde já sobrecarregados quanto para os indivíduos. Enquanto a economia de tempo médico libera profissionais para dedicarem mais tempo àqueles mais necessitados, a economia de tempo individual libera o cidadão para dedicar-se a tarefas diárias ou até mesmo para reduzir a incapacidade laboral.

A economia de tempo individual da Tabela 3 leva em consideração o tempo gasto com o trajeto até o atendimento médico, tempo de espera e tempo de consulta. A economia de tempo médico se foca no tempo de consulta. A média de tempo foi calculada para cada grupo de país e retirada de literatura especializada. A confiabilidade destes dados foi confirmada através de entrevistas com profissionais. Um total de 10,9 Bi de horas individuais por ano e 1,8 Bi de horas médicas são economizadas globalmente através das práticas de autocuidado. Para o indivíduo, isso significa que seu tempo de lazer e de trabalho poderiam ser afetados caso não escolhesse controlar suas STCs através do autocuidado. Para médicos, a economia de tempo reflete a quantidade de tempo que poderão ser alocados para tratar casos mais graves.

A economia de tempo médica também pode ser interpretada como menos horas de trabalho ou uma redução da sobrecarga laboral, diminuindo a pressão sobre os profissionais. A Figura 8 representa a distribuição de tempo médico liberado nas diferentes regiões do mundo. O maior número de médicos potencialmente liberados é visto na Europa e Ásia Central (325.000), Ásia Oriental e Pacífico (229.000) e América do Norte (160.000). Estas regiões também são

reportadas como aquelas que têm um maior valor gerado pelo AP como um todo (Tabela 3). Graças à prática do autocuidado mais de 800.000 médicos, a nível global, são liberados para tratar daqueles com condições mais severas

(Figura 8). Isto é baseado na estimativa de que, numa média global, profissionais médicos de atendimento primário trabalham em torno de 45 horas semanais e 48 semanas/ano [46].

Figura 8: Número aproximado de médicos liberados pela prática do autocuidado



No AU, o resultado é expresso em termos de produtividade, prosperidade e qualidade de vida. A produtividade é calculada em unidade material e multiplicada pela média da renda per capita de forma a gerar o valor de economia monetária, aqui referido como prosperidade. Por último, a qualidade de vida é medida através do valor QALYs. O valor observado no AU é ligado à distribuição de gastos com embalagens de MIP nos três grupos de países e à

infraestrutura dos sistemas de saúde. O total do valor do autocuidado no AU é expresso na Tabela 5, dividido por grupos de países. Os ganhos em produtividade e qualidade de vida são maiores nos Grupos B e C. Entretanto, os ganhos em prosperidade no Grupo A são quase o dobro da soma dos Grupos B e C, uma vez que a média da renda per capita do primeiro grupo é muito maior em comparação com os dois outros grupos.

A RENDA MÉDIA POR DIA CHEGA A APROXIMADAMENTE US\$273 (SUÍÇA) NOS PAÍSES DO GRUPO A, US\$101 (CHIPRE) NOS PAÍSES DO GRUPO B, E US\$11 (EGITO) NOS PAÍSES DO GRUPO C.

Tabela 5: Valor corrente do autocuidado em AU por Grupo de países

Grupo de Países	População	Embalagens MIP	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
Grupo A	1.178 M	4.839 M	7.258 M/dias	US\$1.216.339 M	4 M QALYs
Grupo B	3.238 M	11.672 M	17.508 M/dias	US\$549.017 M	9 M QALYs
Grupo C	3.184 M	10.713 M	16.070 M/dias	US\$113.793 M	9 M QALYs
VALOR GLOBAL	7.600 M	27.224 M	40.836 M/dias	US\$1.879.149 M	22 M QALYs

Os resultados se referem a economia de custos e de tempo por ano. A definição de autocuidado inclui a adoção de práticas saudáveis tais como exercícios, boa alimentação etc., mas no contexto de condições agudas passíveis de auto tratamento, há uma falta de dados sobre como este comportamento holístico ajuda em comparação com outros comportamentos de estilo de vida.

Ao agregar as contribuições dos Grupos A, B e C a um nível regional, é possível examinar o valor total do autocuidado em cada região (Tabela 6). Estas contribuições regionais podem ser somadas para chegarmos ao valor global atingido através do AU. Aproximadamente 40.8 Bi de dias produtivos, US\$1.9 Tri em ganhos em prosperidade e 22 M QALYs são alcançados atualmente ao redor do mundo.

Tabela 6: Valor corrente do autocuidado em AU por região de países

Região	População	Embalagens MIP	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
Ásia Oriental e Pacífico	2.287 M	5.835 M	8.752 M/dias	US\$409.964 M	5 M QALYs
Europa & Ásia Central	917 M	6.615 M	9.923 M/dias	US\$646.418 M	5 M QALYs
América Latina & Caribe	640 M	1.702 M	2.552 M/dias	US\$78.975 M	1 M QALYs
Oriente Médio & África Setentrional	451 M	1.586 M	2.379 M/dias	US\$50.751 M	1 M QALYs
América do Norte	366 M	1.726 M	2.590 M/dias	US\$588.717 M	1 M QALYs
Ásia Meridional	1.834 M	8.139 M	12.208 M/dias	US\$88.777 M	7 M QALYs
África Subsaariana	1.105 M	1.622 M	2.432 M/dias	US\$15.546 M	1 M QALYs
VALOR GLOBAL	7.600 M	22.224 M	40.836 M/dias	US\$1.879.148 M	21 M QALYs

A Tabela 6 revela que a Ásia Meridional tem o maior gasto total com MIP (embalagens) e, portanto, também tem o maior total de produtividade e qualidade de vida. A Europa e Ásia Central, assim como a Ásia Oriental e Pacífico, têm o segundo maior número de embalagens MIP no AU e conseqüente resultado. Entretanto, levando em conta o atual valor populacional destas regiões, a magnitude do resultado per capita é bem maior na Europa e Ásia Central, e América do Norte (Tabela 7). Isso é explicado pelo total populacional atual da Ásia Oriental e Pacífico, e da Ásia Meridional serem, respectivamente, de aproximadamente 2,3 Bi e 1,8 Bi, enquanto a população da Europa e Ásia Central ser de 0,9 Bi e América do Norte de 0,4 Bi.

Tabela 7: Valor corrente per capita em AU por ano

Região	Embalagens MIP	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
Ásia Oriental e Pacífico	2.6	3.8 dias	US\$179,26	0.0021 QALYs
Europa & Ásia Central	7.2	10.8 dias	US\$705,05	0.0058 QALYs
América Latina & Caribe	2.7	4 dias	US\$123,48	0.0022 QALYs
Oriente Médio & África Setentrional	3.5	5.3 dias	US\$112,64	0.0029 QALYs
América do Norte	4.7	7.1 dias	US\$1.608,85	0.0038 QALYs
Ásia Meridional	4.4	6.7 dias	US\$48,39	0.0036 QALYs
África Subsaariana	1.5	2.2 dias	US\$14,07	0.0012 QALYs

Quando consideramos o resultado geral e fazemos a comparação entre as sete regiões, fica evidente que produtividade, prosperidade e qualidade de vida (per capita) são maiores na Europa e Ásia Central, assim como América do Norte. É preciso enfatizar que o maior impacto pode ser observado nas regiões com um maior número de países no Grupo A. Por exemplo, ganhos de produtividade de 10,8 dias na Europa e Ásia Central.

Entretanto, no contexto das regiões com a maioria dos países no Grupo C, como a Ásia Meridional e África Subsaariana, o impacto das economias é maior, mesmo com valores monetários menores.

Ganhos significativos de produtividade são gerados em todas as regiões, o que significa ganhos individuais com atividade remunerada e/ou atividades ou deveres pessoais. No entanto, a dimensão de como a perda de um dia de trabalho impacta um indivíduo varia entre países e regiões. Por exemplo, em países como Kenya e Nepal, ou nas regiões da África e Ásia Meridional, a perda de um dia produtivo pode significar a perda de um dia de renda, podendo resultar na incapacidade de comprar comida por um dia, ou medicamentos necessários. Em países incluindo EUA, França, Japão e Nova Zelândia, a perda de tempo produtivo pode significar o uso de dias de licença remunerada. Sendo assim, ganhos em produtividade podem ser mais elevados em regiões com uma proporção maior de países no Grupo C (especialmente onde não há a possibilidade de licença remunerada) em comparação com aquelas regiões com mais países nos Grupos A e B.

Ganhos em prosperidade vindos do autocuidado também podem variar entre grupos de países e regiões. Assim como o destacado pelo valor per capita do autocuidado na tabela 7, o valor da prosperidade pode chegar a US\$ 1.600 per capita/por ano em média na América do Norte, enquanto é de aproximadamente US\$48 na Ásia Meridional e US\$14 na África Subsaariana. Entretanto, quando analisados a nível global, estes valores não refletem o real significado da prosperidade em cada

região. Ao mesmo tempo que a média de prosperidade em valor monetário é baixa nas regiões da Ásia Meridional e África Subsaarianas, os níveis econômicos destas regiões também são baixos em comparação ao resto do mundo. Sendo assim, no contexto de cada região todas as contribuições com o autocuidado têm um impacto substancial.

DE FORMA GERAL, O AUTOCUIDADO LEVA A UM AUMENTO POSITIVO NA QUALIDADE DE VIDA EM TODO O MUNDO. ESTE AUMENTO PODE SER FRUTO DE UMA MAIOR RAPIDEZ NO TRATAMENTO DE STC, DURAÇÃO MAIS CURTA DE DOENÇAS, OU REDUÇÃO NO TEMPO DE TRAJETO OU DE ESPERA POR CONSULTAS MÉDICAS.

O valor corrente do autocuidado varia muito tanto entre países de uma mesma região quanto entre aqueles de regiões diferentes. Os níveis atuais do autocuidado resultam em ganhos monetários e economia de tempo significativos, além dos ganhos com prosperidade, produtividade e qualidade de vida.

É EVIDENTE QUE HÁ UM GRANDE POTENCIAL FUTURO PARA MAIORES GANHOS E ECONOMIAS COM A IMPLEMENTAÇÃO DE MAIS POLÍTICAS DE AUTOCUIDADO E CRESCIMENTO ECONÔMICO.

VALOR SOCIOECONÔMICO DO AUTOCUIDADO: POTENCIAL FUTURO

O resultado global do valor do autocuidado em potenciais cenários futuros destaca-se de acordo com grupos de países para os dois conceitos (AP e AU). O Grupo B tem os maiores gastos com embalagens em AP nos cenários futuros, levando a uma contenção de custos de aproximadamente US\$72 Bi, mais de dez bilhões e meio de economia de horas individuais, e mais de um bilhão de horas em economia de tempo médico. O valor dos gastos com MIP é parcialmente influenciado pelo fato de o Grupo B ser aquele com mais países (60). Enquanto o Grupo C tem 54 países e o Grupo A 41, o conceito de AP é mais prevalente no Grupo A, graças a uma

infraestrutura de saúde melhor desenvolvida nos países deste grupo. Esta melhor infraestrutura leva a um acesso mais fácil e a um maior uso de provedores de serviços de saúde primários. Uma contenção de custos de US\$102 Bi, economia de tempo individual de cinco bilhões de horas, e economia de tempo médico de mais de um bilhão de horas são alcançados no Grupo A. É esperado que o Grupo C alcance economias de custos de algo em torno de US\$5 Bi, economia de dois bilhões de horas individuais, e economia de 108 milhões de horas médicas. A um nível global, aproximadamente 12 bilhões de embalagens MIP serão consumidas como reflexo do aumento das práticas de autocuidado em substituição a consultas médicas desnecessárias. Isso gerará possíveis contenções de custos de US\$108 Bi, e uma economia de aproximadamente 18 bilhões de horas individuais e até três bilhões de horas médicas.

Tabela 8: Valor futuro do autocuidado no conceito do AP nos Grupos de Países

Grupo de Países	População	Embalagens MIP	Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de Tempo Médico
Grupo A	1.215 M	4.291 M	US\$102.319 M	5.364 M/horas	1.287 M/horas
Grupo B	3.473 M	7.012 M	US\$71.634 M	10.518 M/horas	1.402 M/horas
Grupo C	3.781 M	1.078 M	US\$4.878 M	2.067 M/horas	108 M/horas
VALOR GLOBAL	8.469 M	12.381 M	US\$178.831 M	17.949 M/horas	2.797 M/horas

De forma similar ao observado com os números envolvendo embalagens de MIP no conceito de AP, a Tabela 9 indica que o Grupo B também tem despesas altas com MIP. Espera-se que os países do Grupo B tenham uma produtividade cumulativa futura excedendo 31,5 bilhões de dias, ganhos de prosperidade de aproximadamente US\$1Tri, e 17 milhões em unidades QALY. Em contraste com os resultados reportados na Tabela 8, fica evidente que AU e seus ganhos associados têm um papel importante nos países do Grupo C. Os valores do Grupo C se aproximam muito daqueles previstos para o Grupo B, com produtividade futura de quase 31 bilhões de dias e um aumento em unidades QALY de 17 milhões. Devido à grande diferença de receita média per capita entre os Grupos

de Países, o Grupo C tem um ganho de US\$216 bilhões em prosperidade apesar de o número de embalagens MIP e ganhos QALY serem similares. No Grupo A, os ganhos de AU são bem menores, uma vez que a maioria das vantagens vêm de AP. Mesmo assim, mais de 9,5 bilhões em dias produtivos e US\$1,5 trilhões em prosperidade, e 5 milhões de QALY são projetados para o futuro. Em um nível global, quase 48 bilhões de embalagens MIP serão consumidas como resultado do tratamento proativo de STCs através do autocuidado. Isso irá aumentar o número de dias produtivos em quase 72 bilhões, assim como irá gerar economias de aproximadamente US\$3 trilhões em prosperidade, e um aumento de 39 milhões de QALYs.

Tabela 9: Potencial futuro do autocuidado no conceito de AU por Grupo de Países

Grupo de Países	População	Embalagens MIP	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
Grupo A	1.215 M	6.437 M	9.655 M/dias	US\$1.630.463 M	5 M QALYs
Grupo B	3.473 M	21.035 M	31.553 M/dias	US\$983.410 M	17 M QALYs
Grupo C	3.781 M	20.489 M	30,734 M/dias	US\$216.016 M	17 M QALYs
VALOR GLOBAL	8.469 M	47.961 M	71.942 M/dias	US\$2.829.889 M	39 M QALYs

EM UM NÍVEL GLOBAL, QUASE 48 BILHÕES DE EMBALAGENS MIP SERÃO CONSUMIDAS COMO RESULTADO DO TRATAMENTO PROATIVO DE STCS ATRAVÉS DO AUTOCUIDADO.

No conceito de AU fica claro que no futuro o crescimento do consumo de embalagens MIP será maior nos países dos Grupos B e C. Também é esperado que estes países tenham o maior aumento da contribuição do autocuidado na produtividade e qualidade de vida. Em contrapartida, a prosperidade nos países do Grupo A será maior, devido a rendas individuais comparativamente maiores nestes países.

As tabelas 8 e 9 mostram as contribuições futuras do autocuidado. Os ganhos mais significativos no Grupo A incluem economias financeiras devido à contenção de custos aliadas à economia de tempo médico e ganhos de prosperidade. Pelo fato de contenções de custo e economia de tempo médico serem baseadas no conceito de AP, fica claro que os países neste grupo têm uma prática de autocuidado baseada em AP relativamente alta. Os ganhos financeiros com prosperidade também são altos neste grupo, graças à alta renda média per capita por dia trabalhado nos países do Grupo A. Sendo assim, quando feito o cálculo do valor do ganho em dias produtivos com o autocuidado, o valor total da prosperidade é bastante relativo quando comparado com outras métricas de autocuidado.

Tabela 10: Potencial futuro agregado do autocuidado em AP ao redor do mundo por região

Região	População	Embalagens MIP	Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de Tempo Médico
Ásia Oriental e Pacífico	2.419 M	3.617 M	US\$50.022 M	5.237 M/horas	800 M/horas
Europa & Ásia Central	930 M	4.422 M	US\$65.930 M	6.208 M/horas	1.055 M/horas
América Latina & Caribe	698 M	1.053 M	US\$12.964 M	1.563 M/horas	217 M/horas
Oriente Médio & África Setentrional	531 M	598 M	US\$6.531 M	900 M/horas	124 M/horas
América do Norte	390 M	1.582 M	US\$37.302 M	1.978 M/horas	475 M/horas
Ásia Meridional	2.049 M	810 M	US\$2.109 M	1.549 M/horas	82 M/horas
África Subsaariana	1.451 M	299 M	US\$3.972 M	514 M/horas	44 M/horas
VALOR GLOBAL	8.468 M	12.381 M	US\$178.830 M	17.949 M/horas	2.797 M/horas

De um modo geral, os valores mais altos e consistentes associados ao AP são vistos na Europa e Ásia Central, onde os gastos com embalagens MIP são de aproximadamente 4,4 Bi (Tabela 10). Com base neste número, as economias na região chegam a US\$66 bilhões em contenções de custo, mais de seis bilhões em horas individuais e um bilhão em horas

médicas. Em oposição, os menores níveis de AP são vistos na África Subsaariana, onde apenas 299 milhões de embalagens MIP levam a uma contenção de custos de quatro bilhões, 514 milhões em economia de horas individuais e 44 milhões em horas médicas. A menor contenção de custos deve ser esperada na Ásia Meridional.

Tabela 11: Potencial futuro agregado do conceito de AP por região

Região	População	Embalagens MIP	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
Ásia Oriental e Pacífico	2.419 M	10.119 M	15.178 M/dias	US\$646.898 M	8 M QALYs
Europa & Ásia Central	930 M	10.724 M	16.086 M/dias	US\$947.912 M	9 M QALYs
América Latina & Caribe	698 M	3.084 M	4.626 M/dias	US\$142.432 M	2 M QALYs
Oriente Médio & África Setentrional	531 M	3.035 M	4.553 M/dias	US\$86.425 M	2 M QALYs
América do Norte	390 M	2.373 M	3.560 M/dias	US\$809.052 M	2 M QALYs
Ásia Meridional	2.049 M	15.231 M	22.847 M/dias	US\$165.644 M	12 M QALYs
África Subsaariana	1.451 M	3.395 M	5.092 M/dias	US\$31.526 M	3 M QALYs
VALOR GLOBAL	8.468 M	47.961 M	71.942 M/dias	US\$2.829.889 M	38 M QALYs

Dentro do conceito de AP, os maiores valores totais podem ser vistos na Ásia Meridional, onde aproximadamente 15 bilhões de embalagens MIP renderam mais de 22 bilhões de dias produtivos, quase US\$166 bilhões em ganhos de prosperidade e doze milhões de QALYs (Tabela 11). O menor valor total pode ser visto na região da América do Norte, onde quase dois bilhões de embalagens MIP levaram a aproximadamente 3,6 bilhões de ganhos em dias produtivos, US\$809,1 bilhões em ganhos de prosperidade e dois milhões em QALYs. Os menores e maiores valores absolutos em

prosperidade, contudo, não pertencem às regiões citadas, devido à grande diferença na média de renda per capita nos países de cada região. Portanto, Europa e Ásia Central alcançaram os maiores ganhos de prosperidade, de US\$948 bilhões, e a África Subsaariana os menores ganhos, de US\$32 bilhões. A Tabela 12 discrimina o valor cumulativo do autocuidado que pode, potencialmente, ser obtido na média per capita. O número de embalagens MIP indica diferenças no valor de ambos os conceitos entre as sete regiões do mundo.

Tabela 12: Potencial futuro do autocuidado per capita por região

Região	População		Contenção de Custos	Economia de Tempo Individual	Economia de Tempo Médico	Produtividade	Prosperidade	Qualidade de Vida
	AP	AU						
Ásia Oriental e Pacífico	1.5	4.2	US\$20,68	129.9 min	19.9 min	6.3 dias	US\$267,44	0.0034 QALYs
Europa & Ásia Central	4.8	11.5	US\$70,8	400.3 min	68.0 min	17.3 dias	US\$1.018,75	0.0093 QALYs
América Latina & Caribe	1.5	4.4	US\$18,57	134.3 min	18.7 min	6.6 dias	US\$203,99	0.0036 QALYs
Oriente Médio & África Setentrional	1.1	5.7	US\$12,29	101.7 min	14.0 min	8.6 dias	US\$162,69	0.0046 QALYs
América do Norte	4.1	6.1	US\$95,53	303.9 min	72.9 min	9.1 dias	US\$2.071,97	0.0049 QALYs
Ásia Meridional	0.4	7.4	US\$1,03	45.3 min	2.4 min	11.1 dias	US\$80,84	0.0060 QALYs
África Subsaariana	0.2	2.3	US\$2,74	21.2 min	1.8 min	3.5 dias	US\$21,73	0.0019 QALYs

Com base no número de embalagens MIP usadas em cada conceito de autocuidado (Tabela 12), é evidente que existe uma maior preferência à adoção do AP para casos de STCs nas regiões da Europa e Ásia Central e da América do Norte. Já na África Subsaariana e Ásia Meridional, esta prática é menos comum. Nestas últimas regiões, há uma associação mais forte da prática do autocuidado por populações que de outra forma renunciariam ao tratamento para STCs. O maior valor total de autocuidado é visto na Europa e Ásia Central e América do Norte, dependendo da métrica considerada em cada caso. Os menores valores totais do autocuidado podem ser

vistos na região da África Subsaariana. Também vemos o cálculo do resultado econômico global que o autocuidado pode ter no futuro. O valor socioeconômico pode ser quantificado através do uso de produtos de autocuidado por indivíduos, pelos sistemas de saúde e pela sociedade, e pode ser expresso em termos monetários, de economia de tempo e QALYs. Os valores previstos para embalagens MIP e volume de vendas MIP em 2030 também são expressos nestes termos. Os promotores de MIP são de extrema relevância para moldar o valor futuro da prosperidade econômica do autocuidado, demografia e medidas de políticas de autocuidado.

O MAIOR VALOR TOTAL DE AUTOCUIDADO É VISTO NA EUROPA E ÁSIA CENTRAL E AMÉRICA DO NORTE, DEPENDENDO DA MÉTRICA CONSIDERADA EM CADA CASO. OS MENORES VALORES TOTAIS DO AUTOCUIDADO PODEM SER VISTOS NA REGIÃO DA ÁFRICA SUBSAARIANA.

As contribuições da prosperidade econômica e demográfica são baseadas na previsão fixada e disponibilizada pela Rede de Colaboradores Financiadores da Saúde/GBD (*Global Burden of Disease – Carga Global de Doenças*) e pela ONU [47]. Entretanto, segundo o autor, não

existem dados disponíveis sobre medidas de políticas de autocuidado, sejam elas correntes ou de estimativas futuras. Graças a tais medidas serem influenciadas por diversos fatores, tais como infraestrutura de cuidado à saúde, necessidades e consumo na área da

saúde e status socioeconômicos, os impactos de políticas de autocuidado (promotor MIP 3) são variáveis. Para fins de cálculo, são usadas mudanças percentuais esperadas baseadas em conhecimento especializado e pesquisas anteriores.

Uma mudança insignificante na população foi observada para muitos países do Grupo B em 2030, em comparação com 2019. Por exemplo, comparando a projeção das populações para 2030 com 2019, há um aumento percentual ponderado de 1% na Tailândia, 1% no Sri Lanka, e 5% na China. Além disso, mudanças negativas foram observadas para outros países do Grupo B, tais como a diminuição percentual ponderada de 1% na Rússia. No Grupo C (predominantemente em países da Ásia Meridional e África Subsaariana), a demografia é o maior promotor MIP. Espera-se que as mudanças percentuais ponderadas das populações em 2030 em

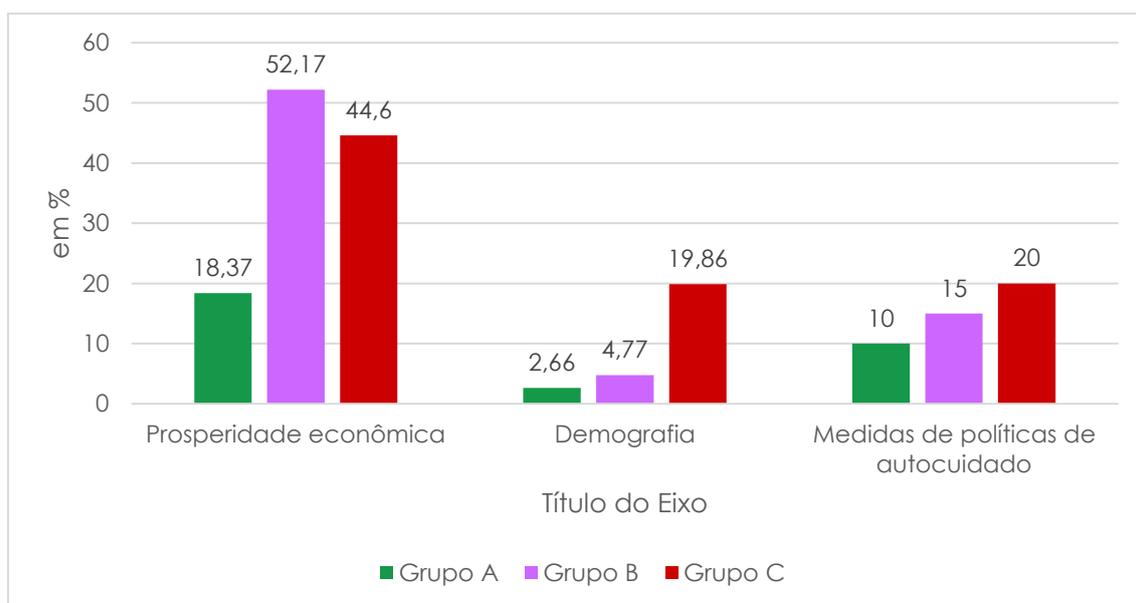
comparação com 2019 tenham um efeito positivo, variando de 20% (Egito e Zimbábue) a 37% (Burundi, Mali e Somália), para a maioria de países deste grupo nenhuma mudança negativa foi observada. Por outro lado, as variações percentuais positivas ponderadas no Grupo A permanecem abaixo de 18%, com mudanças populacionais negativas ponderadas previstas para aproximadamente 35% dos países.

Para além do impacto da prosperidade econômica e da demografia, espera-se que a implementação de novas medidas de política de autocuidado traga benefícios adicionais para os indivíduos, sistemas de saúde e sociedade.

O total potencial da adesão ao autocuidado - o impacto adicional total - pode ser obtido para cada grupo de países através da soma das mudanças percentuais individuais dos promotores MIP, como visto na Figura 9.

O TOTAL POTENCIAL DE ADESÃO AO AUTOCUIDADO É DE 31,02% NO GRUPO A, 71,94% NO GRUPO B E 84,46% NO GRUPO C.

Figura 9: Potencial futuro e significância dos promotores de MIP por Grupo de Países



Os três promotores de MIP exercerão um impacto adicional no volume do autocuidado em um potencial cenário futuro e este impacto pode ser reportado

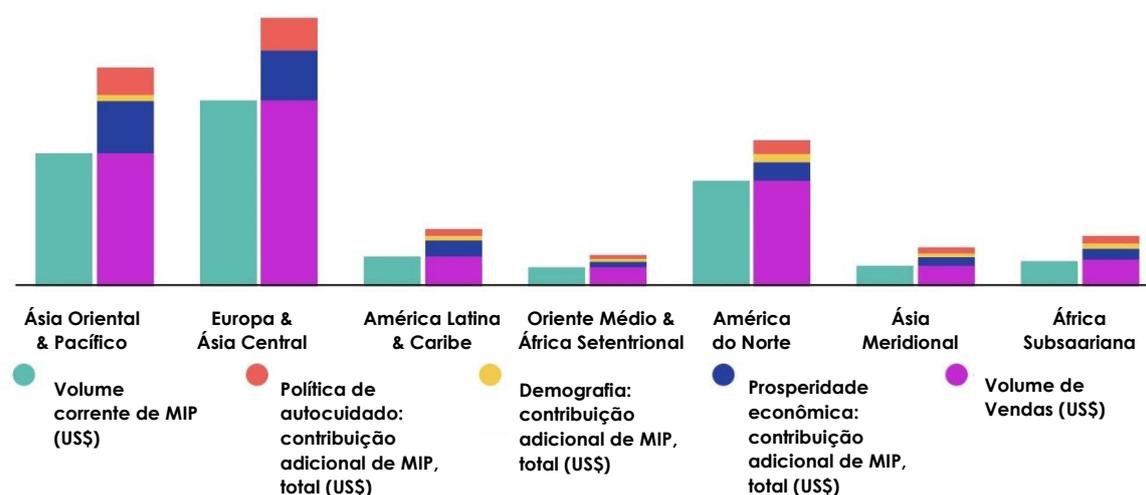
em termos monetários (Figura 10). Em todas as regiões, é evidente que as políticas de autocuidado têm um papel importante no aumento das práticas de

autocuidado. Políticas de autocuidado podem, por exemplo, visar o aumento da conscientização sobre autocuidado, expandir o acesso aos produtos MIPs (como através da reclassificação de RX em MIP), fornecer educação aos indivíduos ou provedores de serviços de saúde, e dar treinamento para o suporte apropriado e efetivo às práticas de autocuidado. O impacto gerado pela prosperidade econômica também é significativo em quase todas as regiões, especialmente na Europa e Ásia Central, Ásia Oriental e Pacífico, assim como América Latina e Caribe, pois espera-se

um crescimento de gastos 'do próprio bolso' em todo o mundo.

Contudo, o valor das mudanças demográficas varia ao redor do mundo. Um impacto mínimo devido à demografia é gerado na Europa e Ásia Central, e se deve ao declínio populacional previsto para países que incluem Croácia, França e Rússia. Em outro caso, um crescimento populacional positivo é esperado em todos os países da região da Ásia Meridional e África Subsaariana incluídos neste estudo. Sendo assim, o impacto demográfico nesta região é relativamente alto em comparação com o resto do mundo.

Figura 10: Contribuição futura do volume de MIP (US\$) por região



Região	Volume de MIP (US\$)	Contribuição MIP, total (US\$)		
		Prosperidade Econômica	Demografia	Política de autocuidado
Ásia Oriental e Pacífico	47884 M	18684 M	1587 M	2308 M
Europa & Ásia Central	66513 M	18792 M	163 M	10032 M
América Latina & Caribe	11396 M	5619 M	818 M	2635 M
Oriente Médio & África Setentrional	6811 M	2523 M	1021 M	1488 M
América do Norte	37683 M	6922 M	2493 M	4710 M
Ásia Meridional	7319 M	3269 M	832 M	2279 M
África Subsaariana	7770 M	3590 M	2308 M	2597 M

COMPARAÇÃO ENTRE OS VALORES GLOBAIS CORRENTE E FUTURO DO AUTOCUIDADO

Tabela 13: Valor do autocuidado atingido através de políticas de autocuidado

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuições futuras de políticas de autocuidado como promotor
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$119,0 Bi	US\$1788 Bi	US\$19,5 Bi	+16%
	Economia de tempo individual	10,9 Bi horas	17,9 Bi horas	2,2 Bi horas	+20%
	Economia de tempo médico	1,8 Bi horas	2,8 Bi horas	0,3 Bi horas	+18%
AU	Produtividade	40,8 Bi dias	71,9 Bi dias	10,1 Bi dias	+25%
	Prosperidade	US\$1.879,1 Bi	US\$2.829,9 Bi	US\$312,5 Bi	+17%
	Qualidade de vida	22,1 M QALYs	38,8 M QALYs	5,5 M QALYs	+25%

O valor global do autocuidado foi resumido na tabela 13, destacando as seis métricas do autocuidado com seus valores correntes e em cenários futuros, assim como o impacto das políticas de autocuidado no seu valor futuro.

Em comparação com os resultados do status quo, estima-se que a contenção de custos aumente em aproximadamente USUS\$60 bilhões, para um total de USUS\$178,8 bilhões por ano. Economias de tempo também são esperadas, com crescimento de cerca de sete bilhões de horas individuais e cerca de um bilhão horas médicas, resultando em uma economia total de 17,9 bilhões de horas individuais e 2,8 bilhões de médicos

Ganhos consideráveis em produtividade (+31 bilhões de dias produtivos) são estimados levando a um total de 72 bilhões de dias produtivos e prosperidade de aproximadamente USUS\$ 2.830 bilhões, um aumento de aproximadamente

USUS\$950 bilhões em relação ao status quo. O autocuidado também tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade de vida, com um aumento indo de 22 milhões QALYs do status quo para 39 milhões QALYs no potencial cenário futuro.

Neste ponto, também é importante destacar que as medidas de políticas de autocuidado têm influência significativa na magnitude do valor do autocuidado. Como o indicado pelos resultados deste estudo, o valor corrente do autocuidado pode ser elevado em aproximadamente 16%-25% através de medidas de políticas de autocuidado. Tais medidas podem incrementar as economias financeiras no sistema de saúde e economias locais em 16%. Além disso, os resultados sugerem que o maior impacto é visto na produtividade e qualidade de vida (25%), seguido de economia de horas individuais (20%), economia de horas médicas (18%) e prosperidade (17%)

COMO O INDICADO PELOS RESULTADOS DESTA ESTUDO, O VALOR CORRENTE DO AUTOCUIDADO PODE SER ELEVADO EM APROXIMADAMENTE 16%-25% ATRAVÉS DE MEDIDAS DE POLÍTICAS DE AUTOCUIDADO.

RESULTADOS REGIONAIS

ÁSIA ORIENTAL & PACÍFICO	31
EUROPA E ÁSIA CENTRAL	34
AMÉRICA LATINA E CARIBE	37
ORIENTE MÉDIO E ÁFRICA SETENTRIONAL	39
AMÉRICA DO NORTE	42
ÁSIA MERIDIONAL	44
ÁFRICA SUBSAARINANA	47

ÁSIA ORIENTAL & PACÍFICO

18 países foram considerados na região da Ásia Oriental e Pacífico, distribuídos uniformemente entre os três grupos de países. O Grupo B tem a maior proporção de embalagens MIP em AP e AU usadas nesta região. O valor do autocuidado claramente reflete isso através dos altos números alcançados em economia de tempo individual, economia de tempo médico, produtividade e ganhos QALYs (Tabela 14). Isso devido ao fato do total populacional dos Grupos A e C ser de aproximadamente 200 milhões cada, enquanto o Grupo B tem um total populacional aproximado de dois bilhões. A China, com uma população de 1.4 bilhões, é responsável por grande parte do total populacional do Grupo B.

Tabela 14: Valor corrente do autocuidado na Ásia Oriental e Pacífico

		Grupo A • 222 M pessoas • 620 M embalagens AP • 931 M embalagens AU	Grupo B • 1.881 M pessoas • 1.535 M embalagens AP • 4.606 M embalagens AU	Grupo C • 184 M pessoas • 16 M embalagens AP • 298 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$13.187 M	US\$17,954 M	US\$211 M
	Economia de tempo individual	776 M horas	2,303 M horas	30 M horas
	Economia de tempo médico	186 M horas	307 M horas	2 M horas
AU	Produtividade	1,396 M dias	6,908 M dias	448 M dias
	Prosperidade	US\$184.939 M	US\$221.320 M	US\$3.705 M
	Qualidade de vida	753.799 QALYs	3.730.508 QALYs	241.674 QALY

Contenções de custos de US\$13.2 bilhões foram registradas no Grupo A e por volta de US\$ 18 bilhões no Grupo B. Isso porque a média de custo das embalagens de MIP nos países do Grupo A, como Austrália e Japão, é muito mais alta do que a média de custo nos países do Grupo B, levando a

mais dólares sendo gastos em produtos MIP apesar do menor volume de embalagens compradas.

Similarmente, vemos uma menor variação entre prosperidade no Grupo A (US\$ 184,9 bilhões) e B (US\$221,3 bilhões), que pode

ser explicada pela diferença na média da renda per capita.

A média da renda per capita por dia nos países do Grupo A é de aproximadamente US\$130,00, enquanto a média nos países do Grupo B fica abaixo de US\$35,00 e nos países do Grupo C, abaixo de US\$10,00. Apesar dos ganhos em produtividade de 6.9 bilhões de dias no Grupo B e 1.4 bilhões de dias no Grupo A, o valor do dia produtivo no Grupo B é muito menor do que no Grupo A.

O impacto adicional do autocuidado no cenário do potencial futuro para a Ásia Oriental e Pacífico foi resumido na Tabela 15 por grupo de países e pelo valor total do autocuidado para a região, dividido por promotores de MIP (destacado na Figura 11). Essa projeção futura pode ser comparada ao valor corrente para analisarmos a extensão dos ganhos gerados pelas mudanças demográficas e de prosperidade econômica, assim como os ganhos gerados pelas políticas de autocuidado.

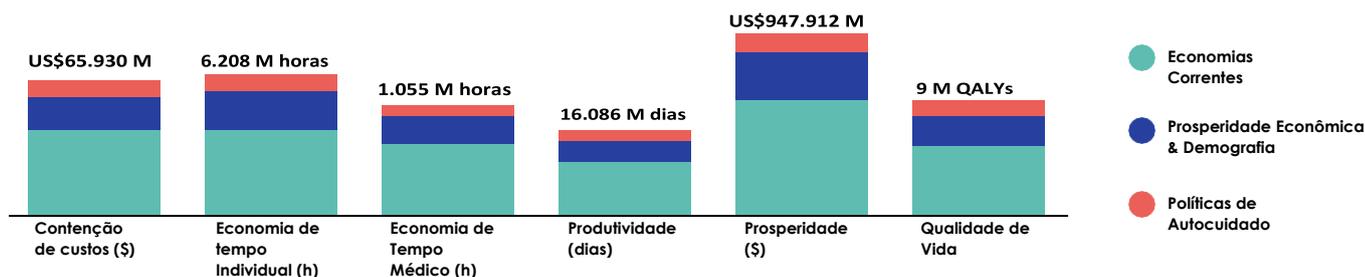
Tabela 15: Valor futuro do autocuidado na Ásia Oriental e Pacífico

		Grupo A • 220 M pessoas • 800 M embalagens AP • 1.200 M embalagens AU	Grupo B • 1.997 M pessoas • 2.787 M embalagens AP • 8.361 M embalagens AU	Grupo C • 202 M pessoas • 29 M embalagens AP • 558 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$17.085 M	US\$32.452 M	US\$395 M
	Economia de tempo individual	1.000 M horas	4.181 M horas	56 M horas
	Economia de tempo médico	240 M horas	557 M horas	3 M horas
AU	Produtividade	1.800 M dias	12.542 M dias	836 M dias
	Prosperidade	US\$239.450 M	US\$400.512 M	US\$6.935 M
	Qualidade de vida	972.103 QALYs	6.772.593 QALYs	451.605 QALYs

A Tabela 15 resume o valor do autocuidado com base nos três promotores de MIP. Além do valor corrente do autocuidado, economias em todas as métricas de autocuidado podem ser obtidas em cada grupo de países desta região. A contribuição para a prosperidade associada com decisões individuais da prática do autocuidado ao invés da inação (AU) é predominante entre todos os grupos de países. Também

podemos destacar a contribuição da prática do autocuidado como AP na contenção de custos e economia de tempo tanto individual quanto médico. Como um todo, o maior valor é observado no Grupo B. É importante destacar que a China se encontra no Grupo B e sua população futura é estimada em um bilhão e meio de indivíduos, o que contribui para o maior valor observado nesta região.

Figura 11: Valor futuro do autocuidado na Ásia oriental e Pacífico



No cenário do potencial futuro, ganhos substanciais, financeiros e de tempo, são previstos para região da Ásia Oriental e Pacífico. A Figura 11 indica que mais de US\$50 bilhões em contenção de custos e quase US\$650 bilhões em prosperidade podem ser potencialmente gerados por esforços futuros de autocuidado. Adicionalmente, uma economia de mais de cinco bilhões de horas individuais e 15 bilhões de dias podem ser ganhas em produtividade.

A quantia de horas médias economizadas é o equivalente a 370.000 médicos. Também é esperado que a contribuição do autocuidado em termos de qualidade de vida aumente significativamente (em mais de 70%) em comparação com a contribuição atual. Por fim, políticas apropriadas de autocuidado são grandes promotores de contribuições futuras (18%-22%) em todas as métricas (Tabela 16).

Tabela 16: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na Ásia Oriental e Pacífico

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$31.4 Bi	US\$50.0 Bi	US\$5.9 Bi	+19%
	Economia de tempo individual	3.1 Bi horas	5.2 Bi horas	0.6 Bi horas	+21%
	Economia de tempo médico	0.5 Bi horas	0.8 Bi horas	0.1 Bi horas	+19%
AU	Produtividade	8.8 Bi dias	15.2 Bi dias	1.9 Bi dias	+22%
	Prosperidade	US\$410.0 Bi	US\$646.9 Bi	US\$75.2 Bi	+18%
	Qualidade de vida	4.7 M QALYs	8.2 M QALYs	1.0 M QALYs	+22%

EUROPA E ÁSIA CENTRAL

45 países foram divididos entre os três grupos conforme o seguinte: 24 países no Grupo A, 20 no Grupo B, e 1 no Grupo C. Como visto na figura 8, os Grupos A e B demonstram os maiores ganhos de autocuidado na região, uma vez que o número total de embalagens de MIP é dividido quase que uniformemente entre os dois grupos. 30% das embalagens de MIP no AU pertence ao Grupo A enquanto 70% pertencem ao Grupo B. O total populacional do Grupo A é de aproximadamente 461 milhões, número similar ao Grupo B, cujo total populacional é de 446. A população do Grupo C é de aproximadamente 9 milhões (Tabela 17).

Tabela 17: Valor corrente do autocuidado na Europa e Ásia Central

		Grupo A • 461 M pessoas • 1.308 M embalagens AP • 1.962 M embalagens AU	Grupo B • 446 M pessoas • 1.549 M embalagens AP • 4.648 M embalagens AU	Grupo C • 9 M pessoas • 288.952 M embalagens AP • 5 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$33.885 M	US\$12.391 M	US\$2 M
	Economia de tempo individual	1.635 M horas	2.324 M horas	1 M horas
	Economia de tempo médico	392 M horas	310 M horas	28.895 horas
AU	Produtividade	2.943 M dias	6,971 M dias	8 M dias
	Prosperidade	US\$413.786 M	US\$232.600 M	US\$33 M
	Qualidade de vida	1.589.133 QALYs	3.764.575 QALYs	4.447 QALYs

Com base exclusivamente no número de embalagens MIP usadas em AP, fica evidente que o Grupo C, com por volta de cinco milhões de embalagens MIP usadas em autocuidado, é responsável apenas por uma pequena contribuição na região da Europa e Ásia Central (Tabela 17). A contenção de custo e prosperidade no Grupo A é quase o dobro do Grupo B, devido ao maior custo médio dos produtos MIP e maior renda média per capita entre os países do primeiro grupo. A contenção de custos do Grupo A alcançou US\$33.9 bilhões e US\$413.8 bilhões são gerados atualmente em prosperidade.

No Grupo B, são alcançados US\$12.4 bilhões em contenções de custo e US\$223.6 bilhões em ganhos de

prosperidade. Outra diferença entre estes dois grupos é vista na economia de tempo individual: os países do Grupo B têm, em média, um tempo maior de viagem e de espera para consultas médicas.

O valor do autocuidado no potencial cenário futuro para a Europa e Ásia Central foi resumido na Tabela 18, dividida por grupo de países. Para esta região, os valores do autocuidado separados por promotores de MIP foram destacados na figura 12. Estas projeções futuras podem ser comparadas aos valores correntes para analisarmos a extensão dos ganhos gerados pelas mudanças demográficas e pela prosperidade econômica, assim como por melhores políticas de autocuidado.

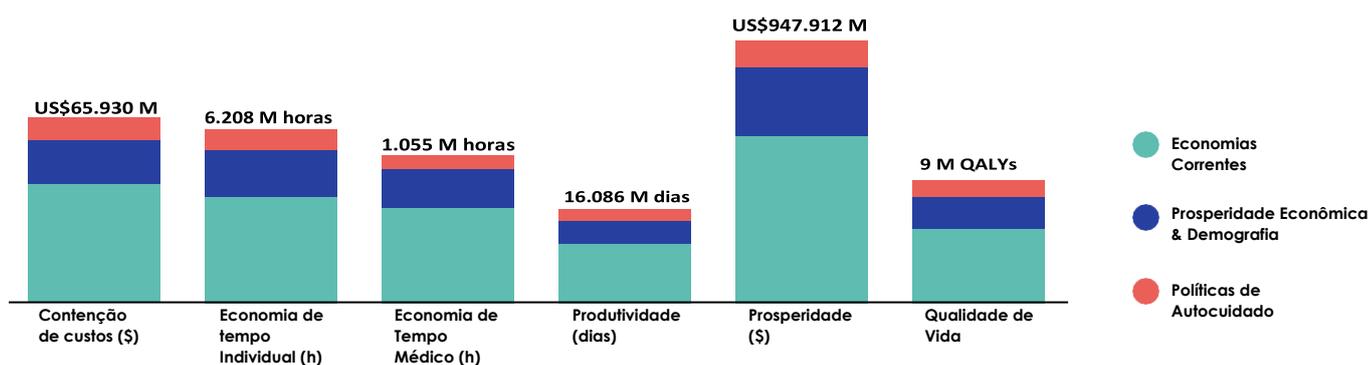
Tabela 18: Valor futuro do autocuidado na Europa e Ásia Central por grupo de países

		Grupo A • 463 M pessoas • 1.701 M embalagens AP • 2.552 M embalagens AU	Grupo B • 456 M pessoas • 2.720 M embalagens AP • 8.161 M embalagens AU	Grupo C • 12 M pessoas • 1 M embalagens AP • 11 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$44.185 M	US\$21.740 M	US\$4 M
	Economia de tempo individual	2.127 M horas	4.081 M horas	1 M horas
	Economia de tempo médico	510 M horas	544 M horas	58.458 M horas
AU	Produtividade	3.828 M dias	12.242 M dias	17 M dias
	Prosperidade	US\$540.786 M	US\$407.060 M	US\$66 M
	Qualidade de vida	2.067.005 QALYs	6.610.523 QALYs	8.997 QALYs

Os três promotores de MIP geram o valor do autocuidado como o visto na Tabela 18. Além do valor atual do autocuidado, economias em todas as métricas de autocuidado foram maiores nos Grupos A e B, onde o AP é amplamente praticado, incluindo contenção de custos, economia de tempo individual e economia de tempo médico. Os resultados também indicaram que, apesar de níveis populacionais similares nos Grupos A e B, gastos em termos de embalagens MIP foram maiores no Grupo B uma vez que a

média de número de embalagens MIP per capita por ano é maior entre vários países deste grupo. Por exemplo, a média de número de embalagens MIP per capita por ano na Polônia é de aproximadamente 21 e de 23 na Rússia, enquanto este número é gira em torno de 8 na Áustria e seis na Espanha. Sendo assim, o valor do Grupo B, por exemplo em economia de tempo individual, produtividade e QALYs, é o mais acentuado na região

Figura 12: Valor futuro do autocuidado na Europa e Ásia Central



Os resultados previstos destacam a grandeza do valor do autocuidado esperado futuramente para a Europa e Ásia Central. As projeções de contenções de custo apresentam um aumento de 68% no potencial cenário futuro, alcançando uma economia monetária global nesta região de aproximadamente US\$ 66 bilhões, enquanto um total de quase US\$950 bilhões em prosperidade e 16

bilhões de dias evitados em perda produtiva podem ser esperados (Figura 12). Além disso, por volta de seis bilhões de horas de tempo individual podem ser economizadas eliminando o tempo gasto em consultas médicas desnecessárias nos casos de STCs. Acrescendo às economias de tempo e monetárias, um ganho em qualidade de vida é calculado, passando de cindo para nove milhões de QALYs. Por

fim, políticas apropriadas de autocuidado são fatores importantes de contribuição

(15%-20%) em todas as métricas de autocuidado (Tabela 19).

Tabela 19: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na Europa e Ásia Central

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$46.3 Bi	US\$65.9 Bi	US\$6.9 Bi	+15%
	Economia de tempo individual	4.0 Bi horas	6.2 Bi horas	0.7 Bi horas	+18%
	Economia de tempo médico	0.7 Bi horas	1.1 Bi horas	0.1 Bi horas	+17%
AU	Produtividade	9.9 Bi dias	16.1 Bi dias	1.9 Bi dias	+20%
	Prosperidade	US\$646.4 Bi	US\$947.9 Bi	US\$102.3 Bi	+16%
	Qualidade de vida	5.4 M QALYs	8.7 M QALYs	1.1 M QALYs	+20%

AMÉRICA LATINA E CARIBE

22 países foram considerados na região da América Latina e Caribe, com os países divididos pelos três grupos de países da seguinte forma: 4 países no Grupo A, 15 no Grupo B e 3 no Grupo C. Como a maioria dos países desta região está no Grupo B, ele é o grupo com o maior total populacional, de 543 milhões. O Grupo A tem o segundo maior total populacional, de aproximadamente 69 milhões, e o Grupo C o menor total populacional, com 28 milhões. Sendo assim, o maior número de embalagens MIP em AP e AU assim como seus ganhos correspondentes nesta região estão no Grupo B (Tabela 20).

Tabela 20: Valor corrente do autocuidado na América Latina e Caribe

		Grupo A • 69 M pessoas • 51 M embalagens AP • 76 M embalagens AU	Grupo B • 543 M pessoas • 536 M embalagens AP • 1.607 M embalagens AU	Grupo C • 28 M pessoas • 1 M embalagens AP • 18 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$662 M	US\$6.550 M	US\$30 M
	Economia de tempo individual	63 M horas	804 M horas	2 M horas
	Economia de tempo médico	15 M horas	107 M horas	95.798 M horas
AU	Produtividade	114 M dias	2.411 M dias	27 M dias
	Prosperidade	US\$4.751 M	US\$74.038 M	US\$187 M
	Qualidade de vida	61.467 QALYs	1.302.027 QALYs	14.743 QALYs

Nesta região, a contenção de custos se destaca com um total de US\$662 milhões, US\$6.6 bilhões e US\$30 milhões nos Grupos A, B e C, respectivamente. Além da contenção de gastos, a economia de tempo individual, produtividade e QALYs também são significativos na América Latina e Caribe. Mais notavelmente, por conta de a maioria dos países desta região se encontrarem no Grupo B, mais de 800 milhões de horas individuais são atualmente economizadas, e bem mais de dois bilhões de dias produtivos e mais de um bilhão de QALYs são ganhos nos países deste grupo.

O valor do autocuidado em um potencial cenário futuro para a América Latina e Caribe foi resumido na tabela 21, dividida por grupo de países, e o total do valor do autocuidado foi dividido por promotores, como o destacado na Figura 13. Estas projeções futuras podem ser comparadas aos efeitos do valor corrente para analisarmos a extensão dos ganhos criados pelas mudanças demográficas e de prosperidade econômica, assim como por melhores políticas de autocuidado.

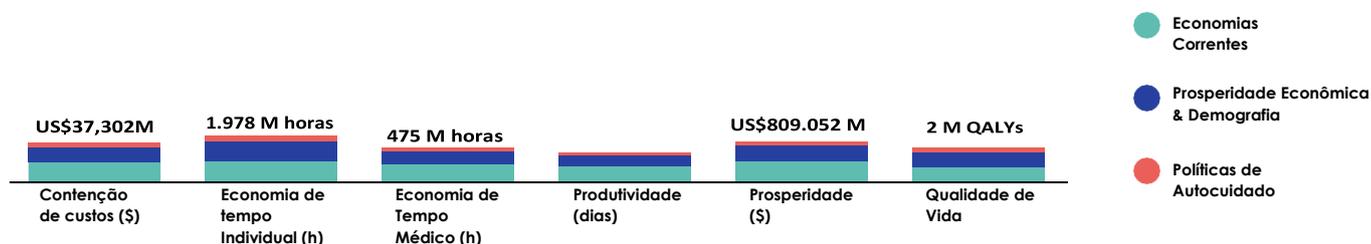
Tabela 21: Valor futuro do autocuidado na América latina e Caribe por grupo de países

		Grupo A • 73 M pessoas • 69 M embalagens AP • 104 M embalagens AU	Grupo B • 593 M pessoas • 982 M embalagens AP • 2.946 M embalagens AU	Grupo C • 32 M pessoas • 2 M embalagens AP • 34 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$894 M	US\$12.012 M	US\$57 M
	Economia de tempo individual	87 M horas	1.473 M horas	3 M horas
	Economia de tempo médico	21 M horas	196 M horas	177.374 M horas
AU	Produtividade	3.828 M dias	4.419 M dias	51 M dias
	Prosperidade	US\$6.466 M	US\$135.618 M	US\$348 M
	Qualidade de vida	84.089 QALYs	2.386.436 QALYs	27.298 QALYs

Os resultados se referem a economia de custos e de tempo por ano. A definição de autocuidado inclui a adoção de práticas saudáveis tais como exercícios, boa alimentação etc., mas no contexto de condições agudas passíveis de auto tratamento, há uma falta de dados sobre como este comportamento holístico ajuda em comparação com outros comportamentos de estilo de vida.

Num potencial cenário futuro, os três promotores MIP geram um volume considerável de valor de autocuidado, como o visto na Tabela 21. Como mencionado anteriormente, o Grupo B tem o maior total populacional da região, assim como o maior gasto em termos de embalagens de MIP. Esta tendência continua nos dois conceitos no potencial cenário futuro.

Figura 13: Valor futuro do autocuidado na América Latina e Caribe



Todas as seis métricas do autocuidado na região da América Latina e Caribe têm projeção de crescimento de aproximadamente 80%, do cenário presente para o potencial cenário futuro. Isso significa que no futuro quase US\$13 bilhões serão gerados em contenção de custos. Bem mais de quatro bilhões de dias produtivos devem ser economizados, gerando um ganho de prosperidade de mais de US\$142 bilhões quando multiplicados pela média da renda diária dos países incluídos. Além disso, mais de um bilhão e meio de horas individuais serão economizadas no futuro. Esta economia de tempo individual pode contribuir para ganhos em qualidade de vida, uma vez que indivíduos podem evitar tempo de viagem e de espera associados a consultas médicas. Outras

melhorias em qualidade de vida podem ser atribuídas a uma menor duração do tempo de doenças e tratamentos mais rápidos. Destaca-se que estas melhorias em qualidade de vida resultam em ganhos calculados em mais de dois milhões de QALYs. Economias de tempo médico têm a previsão de aumento para 217 milhões de horas, o que significa que o número de médicos liberados através de práticas de autocuidado para tratar condições médicas mais sérias aumentará de atuais aproximados 57.000 para 101.000 no potencial cenário futuro. Por fim, políticas apropriadas de autocuidado são promotores de aumentos em contribuições futuras de 22%-23% entre todas as métricas de autocuidado (Tabela 22)

Tabela 22: Valor de autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na América Latina e Caribe

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$7.2 Bi	US\$13 Bi	US\$1.7 Bi	+23%
	Economia de tempo individual	0.9 Bi horas	1.6 Bi horas	0.2 Bi horas	+23%
	Economia de tempo médico	122 Bi horas	217 Bi horas	28 Bi horas	+22%
AU	Produtividade	2.6 Bi dias	4.6 Bi dias	0.6 Bi dias	+23%
	Prosperidade	US\$79 Bi	US\$142.4 Bi	US\$18.3 Bi	+23%
	Qualidade de vida	1.4 M QALYs	2.5 M QALYs	0.3 M QALYs	+23%

ORIENTE MÉDIO E ÁFRICA SETENTRIONAL

16 países foram considerados na região do Oriente Médio e África Setentrional, com os países divididos pelos três grupos de países da seguinte forma: 5 países no Grupo A, 11 no Grupo B e 2 no Grupo C. Os gastos reportados com unidades de embalagens MIP no AP é maior no Grupo B, enquanto gastos em AU são maiores no Grupo C (Tabela 23). Isso significa que o maior efeito AP e o maior efeito AU são vistos nos Grupos B e C, respectivamente. Correspondendo ao maior número de países, o Grupo B é também o que tem o maior índice populacional, de aproximadamente 261 milhões. Já o Grupo A consiste em 5 países e tem uma população de por volta de 60 milhões, o que é menos da metade da população dos dois países do Grupo C (130 milhões). Assim, é importante notar que os efeitos do Grupo C são produzidos por apenas dois países: Egito e Iêmen. Dados do Egito revelam mais de um bilhão de embalagens MIP vendidas, o que é quase o dobro do número no Irã.

Tabela 23: Valor corrente do autocuidado no Oriente Médio e África Setentrional

		Grupo A • 60 M pessoas • 96 M embalagens AP • 144 M embalagens AU	Grupo B • 261 M pessoas • 191 M embalagens AP • 574 M embalagens AU	Grupo C • 130 M pessoas • 46 M embalagens AP • 868 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$1.970 M	US\$1.713 M	US\$208 M
	Economia de tempo individual	120 M horas	287 M horas	88 M horas
	Economia de tempo médico	29 M horas	38 M horas	5 M horas
AU	Produtividade	216 M dias	861 M dias	1.302 M dias
	Prosperidade	US\$24.146 M	US\$12.980 M	US\$13.626 M
	Qualidade de vida	116.437 QALYs	464.935 QALYs	703.174 QALYs

Uma contenção de custos parecida é atingida nos Grupos A e B, de US\$2 bilhões e US\$1.7 bilhões respectivamente, apesar de o uso de embalagens MIP no Grupo A ser atualmente menos da metade daquele do Grupo B. Isso pode ser atribuído ao maior custo de embalagens MIP nos países do Grupo A, incluindo Kuwait (US\$9,44) e Emirados Árabes (US\$8,06), comparado com os países do Grupo B, com por exemplo Tunísia (US\$1,72) e Jordânia (US\$ 4,33)². Custos médios mais altos por embalagem OTC podem resultar em uma diferença pequena entre os custos associados ao autocuidado e formas alternativas de cuidado. No Oriente Médio e África Setentrional, economias de horas médicas de 29 milhões, 38 milhões e 5 milhões são

alcançadas, respectivamente, nos Grupos A, B e C.

Adicionalmente, por volta de US\$24.1 Bi (Grupo A), US\$13 Bi (Grupo B) e US\$13.6 Bi (Grupo C) em efeitos de prosperidade são gerados na região com dias produtivos ganhos através do autocuidado. A extensão dos ganhos de prosperidade depende da renda média per capita em cada país observado. Assim sendo, a prosperidade no Grupo A é maior uma vez que os países deste grupo tendem a ter uma renda média maior.

O valor do autocuidado em um potencial futuro no Oriente Médio e África Setentrional foi resumido na Tabela 24, dividida por grupo de países, e o total do valor do

² A média do custo per capita de uma embalagem MIP foi calculado dividindo os gastos MIP (divulgados em US\$) em 2019 pelo respectivo gasto MIP de cada país (divulgado em número de embalagens vendidas em 2019).

autocuidado foi dividido por promotores, como o destacado na Figura 14. Estas projeções futuras podem ser comparadas aos efeitos do valor corrente para

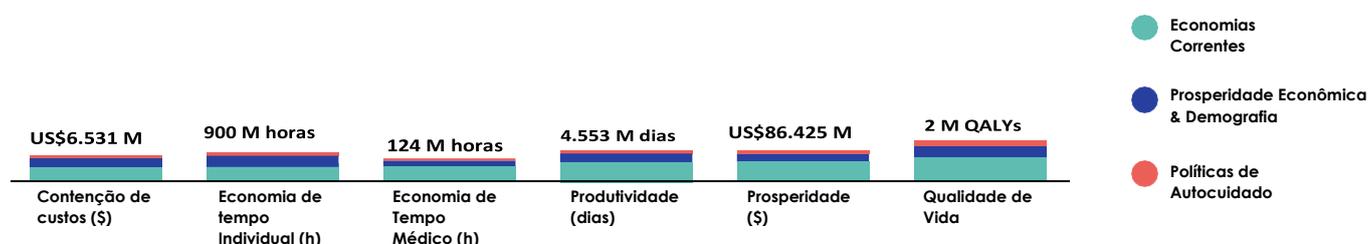
analisarmos a extensão dos ganhos criados pelas mudanças demográficas e de prosperidade econômica, assim como por melhores políticas de autocuidado.

Tabela 24: Valor futuro do autocuidado no Oriente Médio e África Setentrional por Grupo de Países

		Grupo A • 68 M pessoas • 139 M embalagens AP • 208 M embalagens AU	Grupo B • 306 M pessoas • 369 M embalagens AP • 1.107 M embalagens AU	Grupo C • 157 M pessoas • 91 M embalagens AP • 1.721 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$2.852 M	US\$3.265 M	US\$414 M
	Economia de tempo individual	173 M horas	553 M horas	174 M horas
	Economia de tempo médico	42 M horas	74 M horas	9 M horas
AU	Produtividade	312 M dias	1660 M dias	2.582 M dias
	Prosperidade	US\$34.709 M	US\$24.729 M	US\$26.897 M
	Qualidade de vida	168.295 QALYs	896.267 QALYs	1.394.134 QALYs

Valores futuros do autocuidado são gerados com base na influência dos três promotores MIP. Estes ganhos foram resumidos na Tabela 24, que demonstra que os maiores ganhos foram obtidos nos países do Grupo B. A razão para isso é o fato de quase 60% do total populacional da região estar no grupo B. Contudo, os ganhos em prosperidade e qualidade de vida são maiores no Grupo C, que tem o maior volume de embalagens MIP em AU.

Figura 14: Valor futuro do autocuidado no Oriente Médio e África Setentrional



Ganhos substanciais de autocuidado são esperados na região do Oriente Médio e África Setentrional. O que merece maior destaque é o aumento de mais de 90% de ganhos em qualidade de vida e produtividade quando comparados com os números correntes. Conforme o ilustrado na Figura 14, quase dois milhões de QALYs são ganhos no cenário futuro, ao mesmo tempo que mais de quatro milhões e meio de dias produtivos são gerados, levando a efeitos de mais de US\$86 bilhões em prosperidade. Além disso, os efeitos da contenção de custos irão gerar economias monetárias de mais de US\$6.5 bilhões. Economia de 900 milhões de horas individuais são projetadas, enquanto são previstas economias de 124 milhões de horas médicas, representando a liberação de aproximadamente 58.000 médicos do peso de visitas desnecessárias. Por fim, políticas apropriadas de autocuidado são grandes promotores de contribuições futuras (19%-28%) em todas as métricas (Tabela 25).

Tabela 25: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado no Oriente Médio e África Sefentrional

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$3.9 Bi	US\$6.5 Bi	US\$0.8 Bi	+19%
	Economia de tempo individual	494 Bi horas	900 Bi horas	117 Bi horas	+24%
	Economia de tempo médico	72 Bi horas	124 Bi horas	15 Bi horas	+21%
AU	Produtividade	2.4 Bi dias	4.6 Bi dias	0.7 Bi dias	+28%
	Prosperidade	US\$50.8 Bi	US\$86.4 Bi	US\$10.9 Bi	+21%
	Qualidade de vida	1.3 M QALYs	2.5 M QALYs	0.4 M QALYs	+28%

Os resultados se referem a economia de custos e de tempo por ano. A definição de autocuidado inclui a adoção de práticas saudáveis tais como exercícios, boa alimentação etc., mas no contexto de condições agudas passíveis de auto tratamento, há uma falta de dados sobre como este comportamento holístico ajuda em comparação com outros comportamentos de estilo de vida.

AMÉRICA DO NORTE

2 países foram considerados na região da América do norte, e ambos são categorizados como países do Grupo A. Do total de gastos em embalagens MIP, 40% são usados em AP e 60% em AU (Tabela 26). Atualmente, o total populacional da região é de 366 milhões.

Tabela 26: Valor atual do autocuidado na América do Norte

		Grupo A • 366 M pessoas • 1.151 M embalagens AP • 1.726 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$27.132 M
	Economia de tempo individual	1.439 M horas
	Economia de tempo médico	345 M horas
AU	Produtividade	2.590 M dias
	Prosperidade	US\$588.717 M
	Qualidade de vida	1.398.384 QALYs

Atualmente os EUA e o Canadá obtêm economias significativas para todos os ganhos diretos e indiretos do autocuidado. Com base nos aproximadamente 1.2 bilhões de embalagens MIP utilizadas no AP, a contenção de custos é extremamente significativa na região, com mais de US\$27.1 bilhões em economias geradas pelas práticas atuais de autocuidado. Adicionalmente, mais de 1.4 bilhões de horas são economizadas devido a deslocamentos e tempo, tanto de espera quanto de consulta, poupados. Ao mesmo tempo 345 milhões de horas

médicas são liberadas para que médicos possam atender pessoas com necessidades médicas mais complexas.

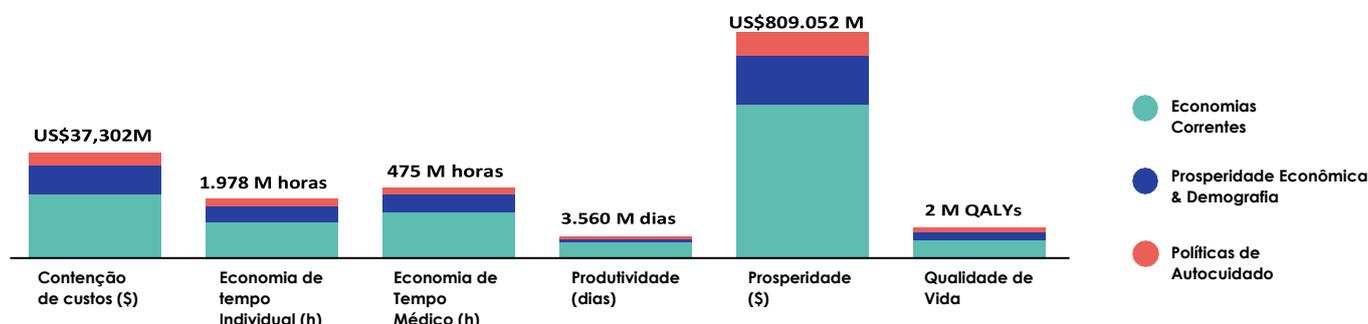
Os resultados mostram que quase 2.6 bilhões de dias de trabalho são ganhos através das práticas de autocuidado com produtos MIP. Além disso, graças à alta renda média per capita da região, ganhos em prosperidade também são significativos e podem ser representados com valores monetários de aproximadamente US\$600 bilhões de lucros produtivos.

Tabela 27: Valor futuro do autocuidado na América do Norte por Grupo de Países

		Grupo A • 390 M pessoas • 1.582 M embalagens AP • 2.373 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$37.302 M
	Economia de tempo individual	1.978 M horas
	Economia de tempo médico	475 M horas
AU	Produtividade	3.560 M dias
	Prosperidade	US\$809.052 M
	Qualidade de vida	1.922.238 QALYs

Nesta região não é possível fazer a comparação entre Grupos, uma vez que ela tem apenas países no Grupo A. Mesmo assim, os resultados da tabela 27 ilustram o crescimento potencial desta região, que é impulsionada principalmente pelo alto consumo de embalagens MIP em AP.

Figura 15: Valor futuro do autocuidado na América do Norte



As práticas de autocuidado continuam a mostrar a potencial economia de tempo, lucro monetário, e ganhos em qualidade de vida na América do Norte. Com base na contenção de custos de US\$27 bilhões gerada por práticas de autocuidado, mudanças demográficas e prosperidade econômica, em conjunto com a implementação e maior desenvolvimento de políticas de autocuidado, é esperado que haja um acréscimo de mais de US\$37 bilhões aos valores iniciais. Além disso, a projeção de ganhos de mais de US\$809 bilhões é esperada graças ao crescimento do número de dias produtivos.

Quase dois milhões de QALYs serão obtidos no potencial cenário futuro. Com foco na economia de tempo, por volta de dois bilhões de horas individuais podem ser economizadas graças a consultas desnecessárias evitadas pela prática do autocuidado. Ao mesmo tempo 475 milhões de horas médicas serão economizadas permitindo que mais de 219.000 médicos possam ser liberados para atender pessoas mais necessitadas. Por fim, políticas apropriadas de autocuidado são grandes promotores de contribuições futuras (19%-28%) em todas as métricas (Tabela 28).

Tabela 28: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na América do Norte

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$7.2 Bi	US\$13 Bi	US\$1.7 Bi	+12%
	Economia de tempo individual	0.9 Bi horas	1.6 Bi horas	0.2 Bi horas	+12%
	Economia de tempo médico	122 Bi horas	217 Bi horas	28 Bi horas	+12%
AU	Produtividade	2.6 Bi dias	4.6 Bi dias	0.6 Bi dias	+12%
	Prosperidade	US\$79 Bi	US\$142.4 Bi	US\$18.3 Bi	+12%
	Qualidade de vida	1.4 M QALYs	2.5 M QALYs	0.3 M QALYs	+12%

ÁSIA MERIDIONAL

Foram considerados 6 países para a região da Ásia Meridional, sendo os países divididos em dois dos três grupos de países de acordo com o seguinte: um no Grupo B e cinco no Grupo C. Não existem países do Grupo A identificados nesta região. Os ganhos de autocuidado gerados no Grupo B são apenas secundários quando se analisa o valor global do autocuidado nesta região, já que a população total do Grupo B é de 22 milhões enquanto a do Grupo C excede 1.8 bilhões de indivíduos. Portanto, conforme o indicado na Tabela 29, quase todas as métricas de autocuidado são observadas nos países do Grupo C. Também fica evidente que o AU é um conceito dominante nesta região, como o indicado por 1.8 Bi de embalagens MIP usadas em AU no Grupo C.

Tabela 29: Valor corrente do autocuidado na Ásia Meridional

		Grupo B • 22 M pessoas • 6 M embalagens AP • 17 M embalagens AU	Grupo C • 1.813 M pessoas • 427 M embalagens AP • 8.121 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$40 M	US\$1.089 M
	Economia de tempo individual	9 M horas	819 M horas
	Economia de tempo médico	1 M horas	43 M horas
AU	Produtividade	26 M dias	12.182 M dias
	Prosperidade	US\$379 M	US\$88.398 M
	Qualidade de vida	14.154 QALYs	6.578.279 QALYs

O número de dias produtivos, assim como o número de QALYs, são os ganhos mais significativos gerados pela prática de autocuidado na região. Mais de 12 bilhões de dias produtivos são economizados e mais de 6.5 milhões QALYs são obtidos. Além disso, são gerados US\$90 bilhões em prosperidade, através dos dias produtivos ganhos graças a práticas de autocuidado. Enquanto estes resultados são obtidos pela decisão individual a prática do autocuidado ao invés da inação (AU), economias também são obtidas pela prática do autocuidado como primeira opção de tratamento (AP). Como resultado, mais de US\$1 Bi é gerado através da contenção de custos, assim como também são obtidas economias de

800 milhões de horas individuais e 40 milhões de horas médicas nesta região.

O valor futuro do autocuidado na Ásia Meridional foi resumido na Tabela 30, dividida por grupo de países, e, destacados na Figura 16, os ganhos totais de autocuidado foram divididos por promotores. Estas projeções futuras podem ser comparadas com o valor corrente para analisarmos a extensão dos ganhos gerados pelas mudanças demográficas, prosperidade econômica e melhores políticas de autocuidado.

A Figura 16 resume o valor do autocuidado influenciado pelos três promotores MIP.

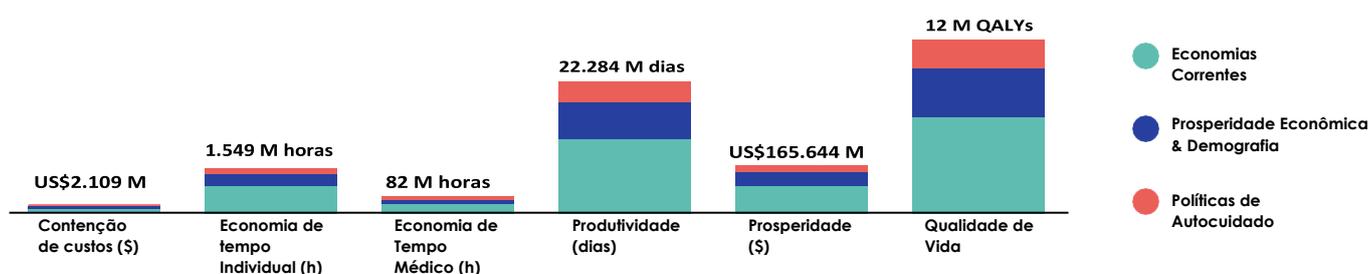
Tabela 30: Valor futuro do autocuidado na Ásia Meridional por Grupo de Países

		Grupo B • 593 M pessoas • 982 M embalagens AP • 2.946 M embalagens AU	Grupo C • 32 M pessoas • 2 M embalagens AP • 34 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$12.012 M	US\$57 M
	Economia de tempo individual	1.473 M horas	3 M horas
	Economia de tempo médico	196 M horas	177.374 M horas
AU	Produtividade	4.419 M dias	51 M dias
	Prosperidade	US\$135.618 M	US\$348 M
	Qualidade de vida	2.386.436 QALYs	27.298 QALYs

Economias no potencial cenário futuro são vistas em todas as métricas nesta região, com a maioria dos ganhos com autocuidado sendo observados no Grupo C. Há uma forte tendência para ganhos de prosperidade associados à decisão individual de prática de autocuidado ao invés da inação (AU). Isto está associado ao fato de a maioria dos gastos MIP na região ser refletido no número de embalagens usadas em AU no Grupo C. Além disso, o tratamento ativo de STCs

está relacionado com a redução no número de dias sintomáticos e da severidade dos sintomas. Isso pode levar a redução na duração do tempo de doenças fazendo com que indivíduos voltem ao seu estado normal de saúde com mais rapidez. Devido à grande relevância dos benefícios do autocuidado nesta região, é observado um amplo crescimento potencial em qualidade de vida no Grupo C.

Figura 16: Valor futuro do autocuidado na Ásia Meridional



O valor do autocuidado na Ásia Meridional tem um crescimento previsto de 90% entre todas as seis métricas de autocuidado, quando comparadas com o valor corrente (Tabela 31). Por exemplo, as economias com contenção de custos são hoje de aproximadamente US\$1 Bi enquanto no cenário futuro são de US\$2 Bi. Também são esperados crescimentos significativos em produtividade, com aproximadamente 23 bilhões de dias, e prosperidade, com US\$166 Bi. Além disso, é esperada uma economia de mais de

um bilhão e meio de horas individuais graças a dispensa da necessidade de longos deslocamentos e espera por consultas médicas. Aproximadamente 82 milhões de horas médicas podem ser economizadas. Esse montante pode ser ainda maior, caso o número de provedores de cuidados primários seja ampliado e seja introduzida a padronização de tempo mínimo de consulta.

Os ganhos em qualidade de vida na região da Ásia Meridional, de mais de

doze milhões de QALYs, não só é impressionante como também é muito significativo quando comparado com o

valor do autocuidado na qualidade de vida de outras regiões.

Tabela 31: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na Ásia Meridional

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$1.1 Bi	US\$2.1 Bi	US\$1.7 Bi	+31%
	Economia de tempo individual	828 Bi horas	1.545 Bi horas	0.2 Bi horas	+31%
	Economia de tempo médico	44 Bi horas	82 Bi horas	28 Bi horas	+31%
AU	Produtividade	12.2 Bi dias	4.6 Bi dias	22.8 Bi dias	+31%
	Prosperidade	US\$88.8 Bi	US\$142.4 Bi	US\$165.6 Bi	+31%
	Qualidade de vida	6.6 M QALYs	2.5 M QALYs	2.1 M QALYs	+31%

ÁFRICA SUBSAARINANA

Foram considerados 44 países na região da África Subsaariana, com os países divididos entre dois dos três grupos de países conforme o seguinte: 7 no Grupo B e 37 no Grupo C. Não existem países identificados como Grupo A nesta região. Como o esperado, o total populacional do Grupo C (1 Bi) é consideravelmente maior do que o do Grupo B (84 M). O número de embalagens MIP usadas na África Subsaariana está distribuído igualmente entre os países dos Grupos B e C (para AP). Portanto, ganhos semelhantes em contenção de custos, economia de tempo individual e economia de tempo médico podem ser vistos na Tabela 33. Entretanto, devido à falta de acesso a cuidados primários e a necessidade de percorrer grandes distâncias para consultar um profissional de saúde, é evidente que a maioria dos ganhos pelo autocuidado em AU pode ser observado nos países do Grupo C.

Tabela 32: Valor corrente do autocuidado na África Subsaariana

		Grupo B • 84 M pessoas • 73 M embalagens AP • 220 M embalagens AU	Grupo C • 1.021 M pessoas • 74 M embalagens AP • 1.402 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$1.046 M	US\$919 M
	Economia de tempo individual	110 M horas	141 M horas
	Economia de tempo médico	15 M horas	7 M horas
AU	Produtividade	330 M dias	2.102 M dias
	Prosperidade	US\$7.702 M	US\$7.844 M
	Qualidade de vida	178.258 QALYs	1.135.274 QALYs

O cálculo da economia com contenção de custos para os Grupos B e C é de aproximadamente US\$1 Bi para cada um. Uma pequena diferença é vista entre economia de tempo individual (110 milhões de horas para o Grupo B e 141 milhões para o Grupo C) e economia de horas médicas (15 milhões de horas para o Grupo B e 7 milhões para o Grupo C). Isso é devido tanto a necessidade de percorrer grandes distâncias e esperas mais longas nos países com acesso mais limitado à saúde, mais concentrados no Grupo C, quanto à maior capacidade dos sistemas de saúde do Grupo B, que permite tempos de consultas ligeiramente mais longos. Os ganhos mais significativos da África Subsaariana incluem o número de dias produtivos (2.1 bilhões de dias) e número de QALYs (mais de um milhão) obtidos através da prática do

autocuidado. Os altos valores obtidos em produtividade, prosperidade e QALYs enfatiza a importância do AU na região e o potencial do incremento dos benefícios do autocuidado alcançado pelo aumento do número de indivíduos que optam pelo autocuidado ao invés da inação.

O valor futuro do autocuidado na África Subsaariana foi resumido na Tabela 33, dividida por grupo de países, e, destacados na Figura 17, os ganhos totais de autocuidado foram divididos por promotores. Estas projeções futuras podem ser comparadas com o valor corrente para analisarmos a extensão dos ganhos gerados pelas mudanças demográficas, prosperidade econômica e melhores políticas de autocuidado.

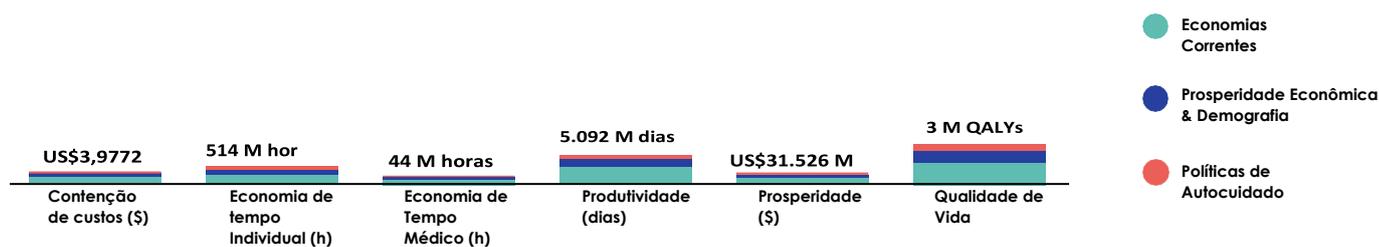
Tabela 33: Valor futuro do autocuidado na África Subsaariana por grupo de países

		Grupo B • 99 M pessoas • 143 M embalagens AP • 429 M embalagens AU	Grupo C • 1.351 M pessoas • 156 M embalagens AP • 2.965 M embalagens AU
AP	Contenção de custos	US\$2.004 M	US\$1.968 M
	Economia de tempo individual	215 M horas	299 M horas
	Economia de tempo médico	29 M horas	16 M horas
AU	Produtividade	644 M dias	4.448 M dias
	Prosperidade	US\$14.823 M	US\$16.703 M
	Qualidade de vida	347.655 QALYs	2.402.020 QALYs

No potencial cenário futuro os três promotores MIP geram valores consideráveis através do autocuidado para os países dos Grupos B e C, conforme o visto na Tabela 33. Produtividade e qualidade de vida são as métricas mais proeminentes desta região, reforçando o potencial futuro do autocuidado como forma de diminuir a carga das STCs e melhorar os padrões de saúde da África Subsaariana. Além disso, melhorias na qualidade de vida podem contribuir com ganhos em produtividade, através da diminuição da perda de

eficiência e do absenteísmo. Outro ganho importante nesta região é de economia de tempo individual, que também tem a tendência de crescimento no potencial cenário futuro, especialmente devido a mudanças demográficas e possível implementação de novas medidas de políticas de autocuidado. Além dos benefícios gerados pelo ganho de tempo individual delineados anteriormente, também há o ganho de tempo para tarefas diárias ou para a continuidade de dias de trabalho, evitando a perda de renda diária.

Figura 17: Valor futuro do autocuidado na África Subsaariana



Os resultados indicam que a África Subsaariana tem um grande potencial para o autocuidado e que, no futuro, ganhos através desta prática podem ser dobrados em relação aos números atuais. Além dos quase US\$4 bilhões em economias graças a contenção de custos, os cinco bilhões de dias produtivos economizados podem gerar ganhos em prosperidade de mais de US\$31.5 bilhões (Tabela 34). Também é estimada a economias de 514 milhões de horas individuais como resultado de consultas médicas evitadas. Este ganho de tempo pode ser associado à eliminação da necessidade de deslocamentos e tempo de espera, levando também ao aumento na qualidade de vida. O impacto total na qualidade de vida deve crescer do número atual de um milhão QALYs para três milhões QALYs.

Tabela 34: Valor do autocuidado obtido através de políticas de autocuidado na África Subsaariana

		Impacto total do autocuidado		Valor futuro das políticas de autocuidado	Contribuição futura das políticas de autocuidado como promotoras
		Corrente	Futuro		
AP	Contenção de custos	US\$7.2 Bi	US\$13 Bi	US\$1.7 Bi	+23%
	Economia de tempo individual	0.9 Bi horas	1.6 Bi horas	0.2 Bi horas	+23%
	Economia de tempo médico	122 Bi horas	217 Bi horas	28 Bi horas	+22%
AU	Produtividade	2.6 Bi dias	4.6 Bi dias	0.6 Bi dias	+23%
	Prosperidade	US\$79 Bi	US\$142.4 Bi	US\$18.3 Bi	+23%
	Qualidade de vida	1.4 M QALYs	2.5 M QALYs	0.3 M QALYs	+23%

Os resultados se referem a economia de custos e de tempo por ano. A definição de autocuidado inclui a adoção de práticas saudáveis tais como exercícios, boa alimentação etc., mas no contexto de condições agudas passíveis de auto tratamento, há uma falta de dados sobre como este comportamento holístico ajuda em comparação com outros comportamentos de estilo de vida.

FATORES QUE IMPACTAM O AUTOUIDADO

A importância da prática do autocuidado e o seu valor global podem ser facilmente calculados pelo volume de gastos MIP em cada país.

Os produtos MIP normalmente estão disponíveis sem a necessidade de prescrição médica e, portanto, sem a exigência de uma consulta médica. Eles podem ser obtidos em lojas físicas de

varejo como farmácias, supermercados, lojas de conveniência e também através do comércio online [48]. Produtos MIP facilitam o tratamento de condições mais graves que requerem a intervenção de um médico, viabilizando o uso mais eficiente de recursos limitados dos sistemas de saúde e proporcionando aos indivíduos opções de tratamento de fácil acesso para o gerenciamento de STCs, o que é uma de suas principais vantagens.

OS PRODUTOS MIP NORMALMENTE ESTÃO DISPONÍVEIS SEM A NECESSIDADE DE PRESCRIÇÃO MÉDICA E, PORTANTO, SEM A EXIGÊNCIA DE UMA CONSULTA MÉDICA.

PONTOS DE VENDA MIP

Os pontos de venda MIP variam ao redor do mundo devido aos diferentes regulamentos, necessidades individuais e infraestruturas de sistemas de saúde. Vários pontos de venda MIP contribuem para o mercado de MIPs nos EUA incluindo lojas físicas tais como supermercados, comércio online como a Amazon, e farmácias hospitalares [49, 50]. Os principais pontos de venda MIP na China são farmácias físicas e hospitais, onde as vendas de MIP são feitas em uma proporção de três para dois [51]. Devido à preferência por tratamento hospitalar graças ao alto grau de confiança nas instituições e à falta de infraestrutura de

tratamento de saúde primário, os hospitais na China são um ponto de acesso comum a produtos MIP [51]. No final de 2005, o mercado MIP começou a ser liberado em Portugal, fazendo com que produtos MIP passassem a ser vendidos fora das farmácias, em pontos como supermercados [52]. No entanto, um estudo de 2021 mostrou que a venda de medicamentos é restrita a farmácias em 13 dos 29 países europeus incluídos na pesquisa [48]. Essa distinção nos pontos de vendas MIP entre os países mostra como a demanda de conveniência e necessidades individuais são atendidas. Conseqüentemente, isso afeta o nível de acesso da população a tratamentos mais rápidos e eficientes, assim como a prevalência do autocuidado.

DISPONIBILIDADE

Outra questão que influencia os gastos com MIP e a dimensão com a qual o autocuidado é praticado é o número de ³, a Argentina tem 69 ingredientes ativos MIP no mercado e o Chile 45. Um número maior de ingredientes ativos é visto na Austrália (160), Canadá (108), China (105) e Nova Zelândia (172) [53]. Como o indicado por estes dados, há uma grande variação no número de substâncias ativas disponíveis na forma de produtos MIP ao redor do mundo. A disponibilidade de ingredientes ativos MIP define os tipos de STCs que podem ser tratados pelo

substâncias ativas de MIP disponíveis em um determinado país. De acordo com o banco de dados de ingredientes MIP da AESGP

autocuidado sem a necessidade de prescrição nem de consulta médica. Sendo assim, aumentando o acesso a produtos MIP, por exemplo pela reclassificação de RX em MIP, pode-se oferecer outras opções de tratamento com novas indicações e alternativas mais efetivas para o autocuidado, ao mesmo tempo que se empodera os indivíduos para que tomem as rédeas do cuidado a própria saúde.

A ARQUITETURA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Sistemas de saúde exigem uma força de trabalho com profissionais de saúde treinados, instalações de saúde suficientes, e um fornecimento confiável de produtos farmacêuticos e equipamentos. Estes itens respaldam as práticas de autocuidado, predominantemente em países ocidentais onde há acesso suficiente à saúde. Entretanto, em países com acesso limitado a sistemas de saúde oficiais, como os da região da África Subsaariana e Ásia Meridional, infraestruturas de saúde podem desempenhar um papel ainda

mais importante no autocuidado. Por exemplo, no Paquistão e Irã, existe uma falta de provedores de cuidados primários, farmácias são escarças e hospitais estão concentrados em áreas urbanas, o que significa que o cuidado à saúde é de difícil acesso para indivíduos que vivem no campo, em áreas remotas ou regiões pouco assistidas [54, 56]. Muitos dos desafios causados pelas STCs podem ser abordados quando estas regiões têm acesso ao cuidado primário. Independentemente de como os sistemas de saúde podem contribuir para a prática do autocuidado, eles são um determinante para o autocuidado em todas as regiões do mundo.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O autocuidado também é determinado pelo nível de consciência sobre ele e pela capacidade das pessoas de acessarem, processarem e compreenderem informações sobre saúde. Esforços para melhorar a compreensão sobre saúde capacitam os indivíduos para melhor reconhecerem quando é apropriado tratar uma STC e quais são os produtos MIP mais adequados.

O autocuidado é uma forma importante de cuidado primário em todas as regiões do mundo, e indivíduos de todos os níveis

socioeconômicos têm a capacidade de praticá-lo. Ainda assim, o desenvolvimento econômico é outro determinante do autocuidado, englobando questões como disponibilidade e capacidade aquisitiva, e o efeito causal entre crescimento econômico e o consumo de commodities relevantes à saúde [56, 57]. Na teoria, o crescimento da renda familiar pode fornecer aos indivíduos, em especial aqueles em países em desenvolvimento, a capacidade econômica de gastar mais com saúde, como em produtos MIP para controlar STCs. Mas isso também depende

³ O número de ingredientes ativos MIP descritos neste estudo tem como base uma seleção de dez grupos de classificação Anatômico Terapêutico Químico (Anatomical Therapeutic Chemical – ATC) (1º nível)

da disposição individual em pagar por produtos MIP.

Com base em determinantes de autocuidado ligados a infraestruturas dos sistemas de saúde e acessibilidade de preços, vários determinantes socioeconômicos podem ser selecionados

como substitutos para dados do mercado MIP de forma a avaliar a adoção do autocuidado. Estes determinantes socioeconômicos incluem renda, gastos per capita com saúde, PIB per capita, cobertura nacional do sistema de saúde, e médicos /1000 indivíduos.

IMPLICAÇÕES NORMATIVAS

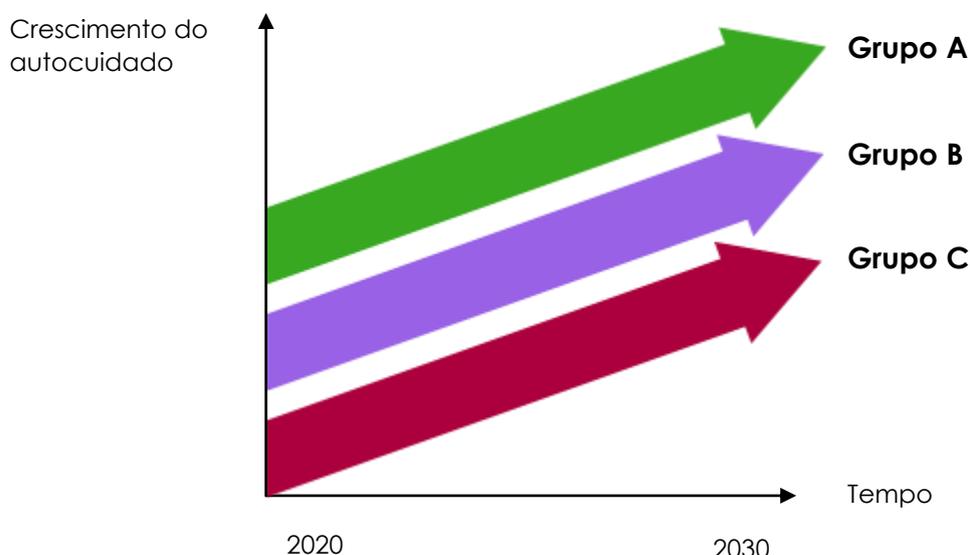
Características de determinados parâmetros socioeconômicos estão intimamente ligados às condições políticas, econômicas e sociais de um país ou região. A análise anterior demonstra que as condições estruturais locais ou nacionais têm uma influência significativa no autocuidado.

Isto significa que a renda per capita de um país e o poder de compra de uma grande parcela da população têm uma influência significativa sobre o status do autocuidado. Em menor grau, isto também se aplica quanto ao nível médio de educação da população. O nível de consumo MIP visto em vários países de alta renda não é factível em regiões de baixa renda devido à falta de condições de aquisição. Isto também se aplica caso sejam levadas em conta outras paridades de poder de compra.

Tendo em vista este cenário, é claro que a importância do autocuidado em países como os EUA, Japão e Alemanha está em um patamar diferente quando comparada com países do Grupo C, como Índia, Nicarágua e Nigéria. O mesmo pode se aplicar aos países do Grupo B, como Brasil, China e Irã, onde a importância do autocuidado está em um nível moderado quando em comparação global. Esta relação pode ser vista na próxima figura. Assim, cada país se encontra esquematicamente em diferentes espaços no que diz respeito ao alcance atual do autocuidado. O desenvolvimento futuro esperado dos respectivos mercados de autocuidado em cada país está dentro desses espaços, que são determinados por fatores exógenos (Figura 18).

Apesar desta constatação, cada país tem uma margem de manobra política considerável, independentemente de suas condições estruturais e da situação inicial de autocuidado. Em termos concretos isto significa que cada país tem que desenvolver o potencial do autocuidado dentro de cada um destes espaços com a ajuda de medidas sustentáveis. Políticas de autocuidado podem atingir crescimento significativo (entre 15% e 25%) em várias de suas métricas, de contenção de custos, prosperidade e qualidade de vida.

Figura 18: Crescimento da adoção do autocuidado ao longo dos próximos anos



Políticas do autocuidado podem ser aplicadas em três níveis (Figura 19). O prerequisite básico para capacitar indivíduos a optarem pelo auto tratamento responsável é a disponibilidade de produtos MIP. O acesso é alcançado quando produtos MIP podem ser comprados e estão disponíveis sem a prescrição médica. O segundo prerequisite para o autocuidado é que os indivíduos tenham condições de comprar estes produtos. Em qualquer caso, a tomada de decisão requer uma avaliação pessoal de custo-benefício.

Políticas para melhorar o acesso a produtos MIP devem visar os requisitos regulatórios, acesso real ao mercado por parte do fabricante e produtos disponíveis sem prescrição médica.

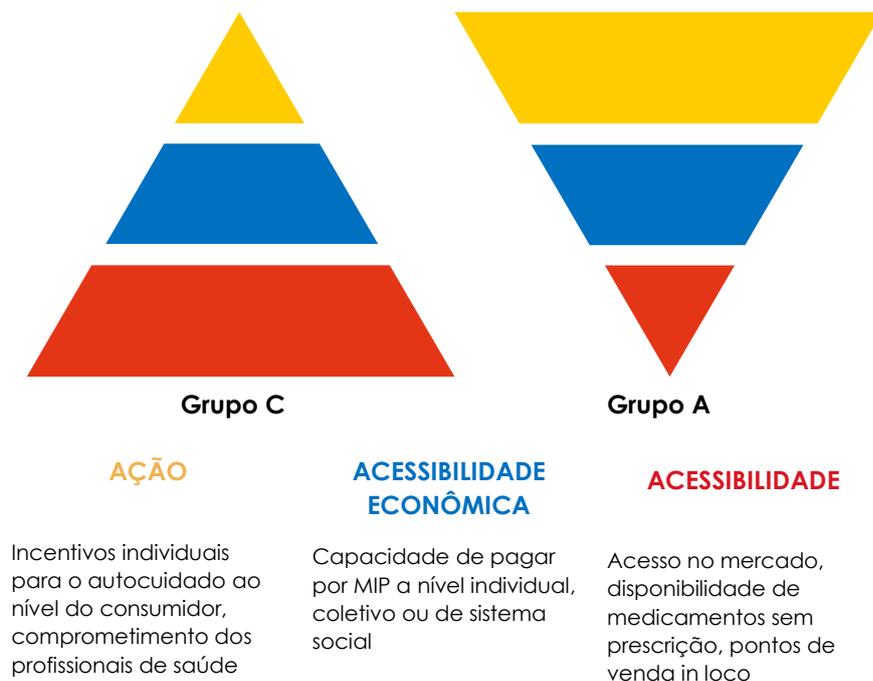
Políticas para motivar e convencer indivíduos a agirem e praticarem o autocuidado devem destacar os benefícios esperados e/ou oferecer um incentivo para encorajar as pessoas a se tratarem. Do ponto de vista dos benefícios, o ponto de partida é o baixo acesso a informações de fácil compreensão. Benefícios financeiros

podem ser criados na forma de reembolso parcial de despesas MIP ou benefícios fiscais. Inicialmente também é possível encorajar a decisão da prática de AP com a partilha de custos de consultas médicas e de medicamentos prescritos.

A ponderação adequada dos três níveis-alvo de Acesso, Acessibilidade Econômica e Ação no âmbito de uma estratégia política depende das condições regionais atuais. No entanto, existe uma tendência em dar maior importância à melhoria ao acesso de produtos MIP, especialmente no Grupo C.

Em contrapartida, as prioridades políticas nos países do Grupo A são inversas, assim como o indicado na figura. A decisão pelo autocuidado nestes países depende em grande parte da ação individual. Um estudo recente sobre o valor do autocuidado em 30 países europeus revelou que existe toda uma gama de condições conjunturais na Europa. A extensão com as quais estas conjunturas são capazes de criar uma situação favorável para o autocuidado varia muito de país para país.

Figura 19: Diferentes pesos de capacitadores de acordo com Grupo de Países



CONCLUSÕES

Até o presente, estudos científicos sobre o valor do autocuidado têm se concentrado principalmente em países de alta renda com sistemas de saúde de ponta. Isso se aplica em especial à Austrália, e países na América do Norte e Europa. Nestes países, a conveniência e prestação do acesso individual ao tratamento são vistas como maiores vantagens do autocuidado. Além disso, ao nível social, os benefícios do autocuidado resultam em um alívio ao peso gerado nos sistemas de saúde. A princípio, o autocuidado é visto como alternativa ao uso do sistema de saúde existente no tratamento de STCs. Portanto, os benefícios consequentes resultam do uso responsável de produtos MIP ao invés do consumo de recursos escassos como o tempo médico nos sistemas de saúde.

Ao longo do presente estudo global, ficou claro que as abordagens de economia de saúde e de farmacoeconomia, geralmente aplicadas para avaliar o valor do autocuidado, não podem ser transferidas para países de baixa renda. Isso se deve a uma diversidade nas circunstâncias, tais como diferentes infraestruturas de apoio a saúde e os fatores socioeconômicos prevalentes nestas regiões. Por exemplo, na região da África Subsaariana e Ásia Meridional, para a maioria dos indivíduos, o autocuidado não é uma opção, mas sim a única alternativa de tratamento na eventualidade de um problema de saúde. Isso se contrasta ao cenário de países mais prósperos, com uma maior variedade de opções no acesso ao cuidado à saúde.

MESMO COM TODOS OS BENEFÍCIOS COMPROVADOS E GANHOS DE EFICIÊNCIA ALCANÇADOS, HOJE E FUTURAMENTE, ATRAVÉS DO AUTOCUIDADO, ELE AINDA É IGNORADO COM MUITA FREQUÊNCIA POR POLÍTICAS PÚBLICAS.

Uma consequência desta descoberta foi o desenvolvimento de uma nova abordagem conceitual para este estudo, refletindo estas formas alternativas de autocuidado. Estas abordagens científicas se baseiam em padrões específicos de comportamento e nos benefícios associados a cada conceito de autocuidado. Neste contexto, especialmente em países de baixa renda e acesso limitado ao cuidado à saúde, o impacto positivo na produtividade, na prosperidade e na qualidade de vida prova que estes são ótimos parâmetros para medir os benefícios do autocuidado. Isto em contraste à medida da economia custo e de tempo, pontos centrais dos benefícios quantificáveis de autocuidado em países de alta renda.

Do ponto de vista do autor, a contribuição mais significativa para o presente projeto de pesquisa consiste nesta nova abordagem e na quantificação dos vários benefícios correspondentes do autocuidado. Esta abordagem contribui para que vejamos os benefícios do autocuidado obtidos em regiões do mundo que antes eram um ponto cego no mapa deste contexto.

A relevância destas descobertas é particularmente significativa porque foi criada uma razão para promover melhores políticas de autocuidado em todo o mundo. Mesmo com todos os benefícios comprovados e ganhos de eficiência alcançados, hoje e futuramente, através do autocuidado, ele ainda é ignorado com muita frequência

por políticas públicas. Isso tudo aplicado tanto às nações ricas e industrializadas quanto aos países e regiões do mundo com menores rendas.

Neste contexto, mesmo nos países de maior renda, o autocuidado ainda não é considerado um pilar essencial do sistema de saúde como um todo. Assim sendo, vemos que há uma falta de políticas que foquem em incentivos tanto em nível individual quanto coletivo para promover o autocuidado, com farmacêuticos assumindo um papel de relevância.

O potencial futuro do autocuidado é influenciado por mudanças de prosperidade econômica, em particular pelo aumento da renda e mudanças demográficas (com o envelhecimento e declínio populacional). Também devemos acrescentar que a formulação de políticas de autocuidado tem um papel importante no estímulo do potencial futuro dos mercados de autocuidado. Ao mesmo tempo, é essencial que medidas de políticas de autocuidado sejam adaptadas e customizadas para cada país e região, identificando a situação atual e as áreas que precisam ser promovidas para maximizar os benefícios do autocuidado.

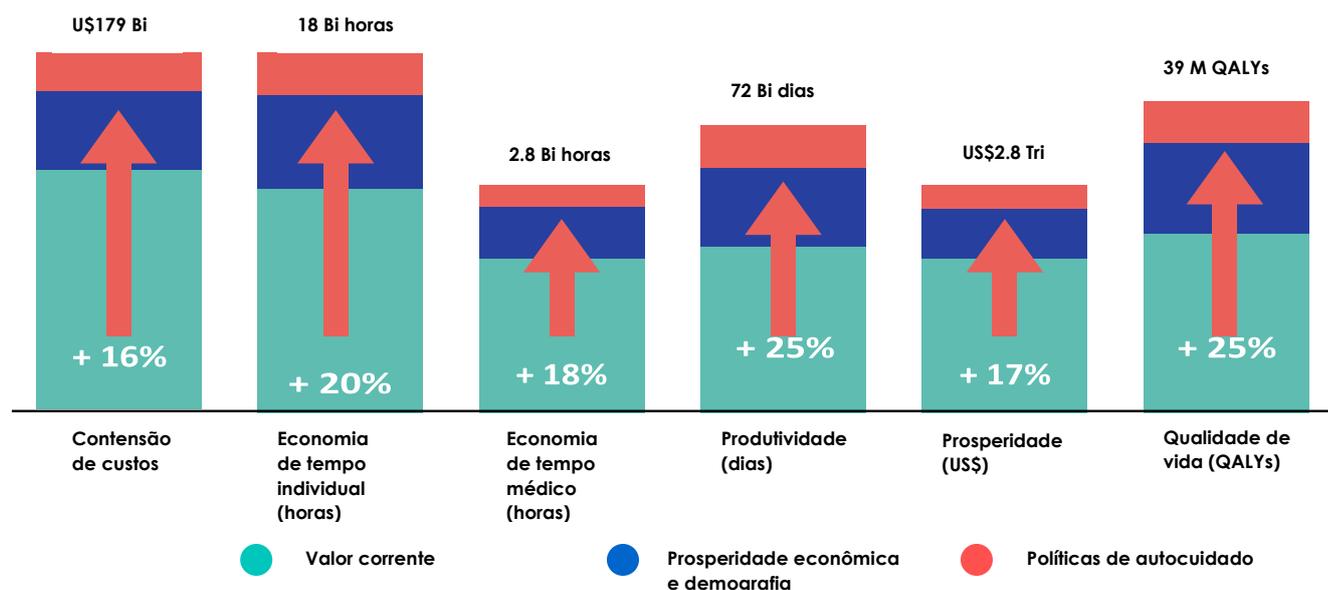
Quanto mais o acesso aos MIPs crescer globalmente no futuro, maiores serão os benefícios individuais e sociais que podem ser obtidos através do autocuidado. No presente estudo, o volume do mercado dos MIPs em 2030 foi calculado com base em previsões do desenvolvimento populacional e prosperidade econômica. As contribuições da prosperidade econômica e demográfica são baseadas em previsões fixadas pela Rede de Colaboradores Financiadores da Saúde/GBD (*Global Burden of Disease – Carga Global de Doenças*) e pelas Nações Unidas. Além disso, foi postulado que nos vários grupos de países, estímulos adicionais serão iniciados até certo ponto

através de uma política de autocuidado direcionada. Para fins de cálculo, foram usadas mudanças percentuais esperadas, calculadas com base no conhecimento de especialistas e em pesquisas prévias. Com base no acesso a MIPs em 2030 calculado desta forma, todos os benefícios do autocuidado foram extrapolados para a previsão deste período de tempo.

Os cálculos acima mencionados produzem valores que evidenciam o grande potencial do autocuidado entre 2019 e 2030, impulsionado pelo crescimento econômico, mudanças demográficas e medidas de política de autocuidado. A contenção de custos é estimada em aproximadamente US\$178.8 Bi. Também podem ser alcançadas economias de tempo individual de 17.9 Bi de horas e 2.8 Bi de economia de horas médicas. Adicionalmente, também são esperados ganhos de 71.9 Bi de dias produtivos e por volta de US\$2.830 Bi em prosperidade. O autocuidado também tem o potencial de melhorar significativamente a qualidade de vida, alcançando 39 milhões de QALYs no potencial cenário futuro. O valor global do autocuidado no cenário futuro pode ser visto na Figura 20.

O POTENCIAL FUTURO DO AUTOCUIDADO É INFLUENCIADO POR MUDANÇAS DE PROSPERIDADE ECONÔMICA, EM PARTICULAR PELO AUMENTO DA RENDA E MUDANÇAS DEMOGRÁFICAS (COM O ENVELHECIMENTO E DECLÍNIO POPULACIONAL).

Figura 20: Valor futuro do autocuidado e a influência de medidas de políticas de autocuidado



O VALOR ATUAL DOS EFEITOS DE AUTOCUIDADO PODE SER AUMENTADO EM APROXIMADAMENTE 16% A 25% ATRAVÉS DE MEDIDAS DE POLÍTICA DE AUTOCUIDADO. ESTIMA-SE QUE AS MEDIDAS DE POLÍTICA DE AUTOCUIDADO AUMENTEM A ECONOMIA FINANCEIRA DOS SISTEMAS DE SAÚDE E DAS ECONOMIAS DE CADA PAÍS EM 16% AO ANO.

Além disso, as evidências deste estudo indicam que o valor do autocuidado no futuro é significativamente influenciado por medidas políticas de autocuidado (ver Figura 20). O valor atual dos efeitos de autocuidado pode ser aumentado em aproximadamente 16% a 25% através de medidas de política de autocuidado. Estima-se que as medidas de política de autocuidado aumentem a economia financeira dos sistemas de saúde e das economias de cada país em 16% ao ano. Ademais, os resultados sugerem que eles têm a maior influência na produtividade e qualidade de vida (25%), seguidos pela economia individual de tempo (20%), economia de tempo médico (18%) e prosperidade (17%).

Nos países do grupo A, medidas de políticas de autocuidado devem focar na criação de incentivos à escolha de AP. Isso inclui, em particular, a extensão de indicações de produtos ao longo da desobrigação de prescrição ("reclassificação de RX para MIP"). Nos países do Grupo C, o principal desafio de políticas de autocuidado é assegurar que a população tenha o mais amplo acesso à produtos de autocuidado e informação.

Os resultados da pesquisa indicam que, especialmente em países de baixa renda e pouco acesso ao sistema de saúde, o autocuidado deve ser considerado como uma prioridade muito maior no contexto de estratégias de política de saúde global no futuro.

A real relevância das conclusões para a política de saúde resulta do fato de que políticas adequadas de autocuidado podem expandir significativamente os benefícios associados ao autocuidado para os indivíduos e a sociedade. Isso se aplica a formuladores de políticas de saúde tanto a níveis nacionais e regionais quanto ao nível global. Embora o desenvolvimento demográfico e econômico como fatores externos contribuam para esta

expansão, há também um considerável espaço para melhorias através de políticas de autocuidado direcionadas. Caso políticas de saúde percam a oportunidade de obter ganhos positivos através do autocuidado, o potencial progresso da eficiência e qualidade do cuidado à saúde será limitado. Negligenciar os efeitos positivos do autocuidado de uma perspectiva política resultaria em renunciar a avanços potenciais na eficiência e qualidade da saúde. Em última análise, os ganhos em prosperidade e qualidade de vida dos indivíduos, especialmente em países de baixa renda, podem ser alcançados através de políticas adequadas de autocuidado.

APÊNDICE

REFERÊNCIAS

1. Erickson, Dawson, & Altringer. (2008). *Engaging With Care: A Vision for Health and Care Work Force of England*. Cambridge Business School and Nuffield Trust.
2. UK Department for Education. "Relationships Education, Relationships and Sex Education (RSE) and Health Education Statutory guidance for governing bodies, proprietors, head teachers, principals, senior leadership teams, teachers." Available at: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908013/Relationships_Education__Relationships_and_Sex_Education__RSE_and_Health_Education.pdf
3. "The CLUBMEDS study aims to improve hypertension control in Nigeria." 15 July 2019. World Heart Federation. Available at: <https://www.world-heart-federation.org/emerging-leaders/news/the-clubmeds-study-aims-to-improve-hypertension-control-in-nigeria/>
4. WHO fact sheet on physical activity, 26 November 2020. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
5. "Moving data to the heart of health systems – Future Health Index report 2018." Philips. Available at: <https://www.philips.com/a-w/about/news/future-health-index/reports/2018/moving-data-to-the-heart-of-health-systems.html>
6. "eHealth Strategy, Poland." World Health Organization Global Observatory for eHealth. Available at: <https://www.who.int/goe/policies/countries/pol/en/>
7. "Health Literacy," World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/health-literacy/en/>. See also "The WHO Health Promotion Glossary." Available at: <https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/>
8. "Health Literacy." US Health Resources and Administration. 2019. Available at: <https://www.hrsa.gov/about/organization/bureaus/oh/health-literacy/index.html#:~:text=Health%20literacy%20is%20the%20degree,who%20have%20low%20socioeconomic%20status>
9. "Guidance: Relationships and sex education (RSE) and health education." UK Government. 9 July 2020. Available at: <https://www.gov.uk/government/publications/relationships-education-relationships-hips-and-sex-education-rse-and-health-education>
10. "Lessons from Thailand's National Community-Based Long-Term Care Program for Older Persons." Asian Development Bank. Available at: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/651546/thailand-long-term-care-older-persons.pdf>
11. "National Development Plan 2030: Our future-make it work." National Planning Commission of South Africa. 2012. Available at: https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/ndp-2030-our-future-make-it-workr.pdf at: <https://rhap.org.za/wp-content/uploads/2018/04/Policy-WBPHCOT-4-April-2018-1.pdf>
12. "Department of Health of the Republic of South Africa. "Policy Framework and Strategy for Ward Based Primary Health Care Outreach Teams 2018. Available at: <https://rhap.org.za/wp-content/uploads/2018/04/Policy-WBPHCOT-4-April-2018-1.pdf>
13. Schneider, H., Besada, D., Daviaud, E., et al. (2018). Ward-based primary health care outreach teams in South Africa: developments, challenges and future directions. Available at: <https://www.hst.org.za/publications/Pages/SAHR2018.aspx>
14. Geng, E.H., Odeny, T.A., Lyamuya, R., et al. "Retention in care and patient-reported reasons for undocumented transfer or stopping care among HIV-infected patients on antiretroviral therapy in Eastern Africa: application of a sampling-based approach." *Clinical Infectious Diseases*, 62, 935–44. 2016. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26679625/>
15. Rotheram-Borus, M.J., Tomlinson, M., Le Roux, I.M., et al. "A Cluster Randomised Controlled Effectiveness Trial Evaluating Perinatal Home Visiting among South African Mothers/Infants." 2014. Available at: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0105934>
16. Ndou, T., van Zyl, G., Hlahane, S., Goudge, J. "A rapid assessment of a community health worker pilot programme to improve the management of hypertension and diabetes in Emfuleni sub-district of Gauteng Province, South Africa." *Glob Health Action*, 6, 213–8. 2013. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23364086/>
17. Assegaai, T., Reagon, G., Schneider, H. "Evaluating the effect of ward-based outreach teams on primary healthcare performance in North West Province, South Africa: A plausibility design using routine data." *South African Medical Journal*, 108(4), 329–35. 2018. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29629685/>
18. V. F. Defo and J. F. Domgue. "Why Consider Self-Sampling for Cervical Cancer Screening in Low- and Middle-Income Countries?" *AMA Journal of Ethics*. February 2020. Available at:

<https://journalofethics.ama-assn.org/article/why-consider-self-sampling-cervical-cancer-screening-low-and-middle-income-countries/2020-02>

19. A. Gottschlich et al. "Barriers to cervical cancer screening and acceptability of HPV self-testing: across-sectional comparison between ethnic groups in Southern Thailand." *BMJ Open*. 3 November 2019. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6858097/>

20. J. Waller, L A V Marlow and J. Wardle. "The association between knowledge of HPV and feelings of stigma, shame and anxiety." *BMJ Open*. April 2007. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2598611/>

21. Pfaffenbach G, Tourinho F, Bucarechi F. Self-Medication Among Children and Adolescents. *Curr Drug Saf*. 2010 Oct 1;5(4):324–8.

22. World Health Organization. Traditional, Complementary and Integrative Medicine [Internet]. [cited 2021 Sep 28]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>

23. World Bank. World Bank Country and Lending Groups – World Bank Data Help Desk [Internet]. [cited 2021 Sep 15]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

24. Stephani V, Opoku D, Beran D. Self-management of diabetes in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018 Dec;18(1):1148.

25. Irish Pharmacy Union. SELF CARE Taking charge of your health [Internet]. n.d. [cited 2021 Sep 4]. Available from: <https://www.ipha.ie/IPHA/media/Documents/Self-Care-taking-charge-of-your-health.pdf>

26. Association of the European Self-Care Industry. The Economic and Public Health Value of Self-Medication [Internet]. Brussels: AESGP; 2004. Available from: <https://aesgp.eu/content/uploads/2019/10/THE-ECONOMIC-AND-PUBLIC-HEALTH-VALUE-OF-SELF-MEDICATION.pdf>

27. Association of the European Self-Care Industry. Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. Brussels; 2021. Report No.: Summary Report.

28. Lebedeva-Nesevria N, Barg A. Self-medication in Russia today: Social Practices and Health Risks. In France; 2016. Available from: https://www.researchgate.net/publication/311103425_Self-medication_in_Russia_today_Social_Practices_and_Health_Risks

29. Chung V, Wong C, Zhong C, Tjioe YY, Leung TH, Griffiths S. Traditional and complementary medicine for promoting healthy ageing in WHO Western Pacific Region: Policy implications from

utilization patterns and current evidence. *Integr Med Res*. 2021 Mar;10(1):100469.

30. Harvie A, Steel A, Wardle J. Traditional Chinese Medicine Self-Care and Lifestyle Medicine Outside of Asia: A Systematic Literature Review. *J Altern Complement Med*. 2019 Aug;25(8):789–808.

31. Center for Outcomes Research and Economic Evaluation for Health. Guideline for Preparing Cost-Effectiveness Evaluation to the Central Social

32. Pharmaceutical Benefits Advisory Committee. Guidelines for Preparing a Submission to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee [Internet]. Australia: Australian Government Department of Health; 2016. Report No.: Version 5.0. Available from: <https://pbac.pbs.gov.au/>

33. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies: Canada [Internet]. Ottawa, Canada: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017. Report No.: 4th Edition. Available from: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/guidelines_for_the_economic_evaluation_of_health_technologies_canada_4th_ed.pdf

34. Health Information and Quality Authority. Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies in Ireland [Internet]. Dublin, Ireland: Health Information and Quality Authority; 2020. Available from: <https://www.hiqa.ie/sites/default/files/2020-09/HTA-Economic-Guidelines-2020.pdf>

35. Rezaee M, Lotfi F, Gholami A, Azizpoor J, Aflaki E, Vazin A, et al. Economic Burden of Rheumatoid Arthritis in Iran: A Societal Perspective Economic Burden of R.A. [Internet]. In Review; 2022 Jan [cited 2022 Mar 10]. Available from: <https://www.researchsquare.com/article/rs-1257689/v1>

36. Weisbrod BA. The Valuation of Human Capital. *J Polit Econ*. 1961 Oct;69(5):425–36.

37. Mac Mullen M, Carballo C, Pein C. PIN59 BURDEN OF DISEASE OF HEALTHCARE-ASSOCIATED INFECTIONS IN ARGENTINA. *Value Health*. 2019 May;22:S204.

38. Shrestha SS, Honeycutt AA, Yang W, Zhang P, Khavjou OA, Poehler DC, et al. Economic Costs Attributable to Diabetes in Each U.S. State. *Diabetes Care*. 2018 Dec 1;41(12):2526–34.

39. Li Q, Cai L, Cui W, Wang G, He J, Golden AR. Economic burden of obesity and four obesity-related chronic diseases in rural Yunnan Province, China. *Public Health*. 2018 Nov;164:91–8.

40. Food and Drug Administration. Regulatory Mechanisms for Marketing OTC Drug Products [Internet]. FDA. FDA; 2018 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://www.fda.gov/about-fda/center-drug-evaluation-and-research-cder/regulatory-mechanisms-marketing-otc-drug-products>

41. van Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. mice: Multivariate Imputation by Chained Equations in R. *J Stat Softw.* 2011;45(3).
42. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Expected Health Spending 2016-2040 [Internet]. 2018 [cited 2022 Mar 15]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-expected-health-spending-2016-2040>
43. The world bank. Population, total | Data [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 9]. Available from: https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?most_recent_year_desc=false
44. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, et al. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open.* 2017 Oct;7(10):e017902.
45. Michas F. Proportion of primary care physicians by weekly hours worked in select countries 2019 [Internet]. Statista. 2020 [cited 2022 Feb 4]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/1097227/proportion-primary-physicians-by-weekly-hours-worked-select-countries-worldwide/>
46. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Expected Health Spending 2016-2040 [Internet]. Global Health Data Exchange. 2021. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/global-expected-health-spending-2016-2040>
47. Oleszkiewicz P, Krysinski J, Religioni U, Merks P. Access to Medicines via Non-Pharmacy Outlets in European Countries—A Review of Regulations and the Influence on the Self-Medication Phenomenon. *Healthcare.* 2021 Jan 26;9(2):123.
48. Borsch J. Amazon bringt stillschweigend OTC-Eigenmarke auf den Markt. *Deutsche Apothekerzeitung* [Internet]. 2018 Feb 22; Available from: <https://www.deutsche-apothekerzeitung.de/news/artikel/2018/02/23/amazon-bringt-stillschweigend-otc-eigenmarke-auf-den-markt>
49. LaVito A. Amazon has quietly launched an exclusive line of over-the-counter health products. *CNBC* [Internet]. 2018 Feb 20; Available from: <https://www.cnbc.com/2018/02/20/amazon-has-quietly-launched-an-exclusive-line-of-over-the-counter-health-products.html>
50. Mossialos E, Ge Y, Hu J, Liejun W. Pharmaceutical policy in China: challenges and opportunities for reform. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. 212 p.
51. Moura A, Barros PP. Entry and price competition in the over-the-counter drug market after deregulation: Evidence from Portugal. *Health Econ.* 2020 Aug;29(8):865–77.
52. Association of the European Self-Care Industry. OTC ingredients [Internet]. Association of the European Self-Care Industry. Available from: <https://otc.aesgp.eu/>
53. Fashami FM, Nili M, Farahni AV, Shaikh N, Dwibedi N, Madhavan SS. Determining the Entrepreneurial and Intrapreneurial Intentions of Student Pharmacists in Iran. *Am J Pharm Educ.* 2021;85(2).
54. Okpokoro E. Primary health care: a necessity in developing countries? *J Public Health Afr.* 2013 Dec 11;4(2):17.
55. Sadat M, Georgina L. Lack of Primary Health Care Services in Developing Countries during Pandemic: An Urgent Reminder! *J Fam Med Dis Prev* [Internet]. 2021 Feb 28 [cited 2022 Mar 3];7(1). Available from: <https://www.clinmedjournals.org/articles/jfmdp/journal-of-family-medicine-and-disease-prevention-jfmdp-7-138.php?jid=jfmdp>
56. Fan Y, Fang M, Zhang X, Yu Y. Will the economic growth benefit public health? Health vulnerability, urbanization and COVID-19 in the USA. *Ann Reg Sci* [Internet]. 2022 Jan 22 [cited 2022 Mar 3]; Available from: <https://link.springer.com/10.1007/s00168-021-01103-9>
57. Niu X-T, Yang Y-C, Wang Y-C. Does the Economic Growth Improve Public Health? A Cross-Regional Heterogeneous Study in China. *Front Public Health.* 2021 Jun 18;9:704155.
58. Food, Health and Consumer Products of Canada. Canadians Support National Self-Care Strategy to Bolster Healthcare System & Empower Canadians. [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 3]. Available from: <https://www.fhpc.ca/Industry-Resources/News/View/ArticleId/529>.
59. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. *BMC Public Health.* 2004 Dec;4(1):11..

GRUPO DE PAÍSES

Tabela 35: Grupo A ● Grupo B ● Grupo C ●

Ásia Oriental e Pacífico					
Austrália	Rep. da Coreia	Hong Kong	Nova Zelândia	Japão	Singapura
China	Mongólia	Indonésia	Filipinas	Malásia	Tailândia
Camboja	Papua Nova-Guiné	Laos	Timor Leste	Mianmar	Vietnam
Europa e Ásia Central					
Áustria	Itália	Bélgica	Letônia	Croácia	Lituânia
República Tcheca	Países Baixos	Dinamarca	Noruega	Estônia	Portugal
Finlândia	República Eslovaca	França	Eslovênia	Alemanha	Espanha
Grécia	Suécia	Hungria	Suíça	Irlanda	Reino Unido
Albânia	Moldávia	Armênia	Macedônia do Norte	Azerbaijão	Polônia
Bielorrússia	Romênia	Bósnia e Herzegovina	Federação da Rússia	Bulgária	Sérvia
Chipre	Turquia	Geórgia	Turcomenistão	Cazaquistão	Ucrânia
Quirguistão	Uzbequistão				
Tajiquistão					
América Latina e Caribe					
Argentina	Chile	Trinidade e Tobago	Uruguai		
Bolívia	Guatemala	Brasil	Jamaica	Colômbia	México
Costa Rica	Panamá	Cuba	Paraguay	República Dominicana	Peru
Haiti	Honduras	Nicarágua			
Oriente Médio e África Setentrional					
Israel	Kuwait	Catar	Arábia Saudita	Emirados Árabes Unidos	
Argélia	Líbia	Bahrain	Marrocos	Irã	Omã
Iraque	República Árabe da Síria	Jordânia	Tunísia	Libano	
Egito	Iêmen				
América do Norte					
Canadá	Estados Unidos				
Ásia Meridional					
Sri Lanka					
Afganistão	Nepal	Bangladesh	Paquistão	Índia	
África Subsaariana					
Botswana	Guiné Equatorial	Gabão	Ilhas Maurício	Namíbia	Senegal
África do Sul					
Angola	Libéria	Benin	Madagascar	Burkina Faso	Malawi
Burundi	Mali	Camarões	Mauritânia	República Centro-Africana	Moçambique
Chad	Níger	República Democrática do Congo	Nigéria	República do Congo	Ruanda
Costa do Marfim	Serra Leoa	Eritreia	Somália	Essuatíni (Suazilândia)	Sudão do Sul
Etiópia	Sudão	Gâmbia	Tanzânia	Gana	Togo
Guiné	Uganda	Guiné Bissau	Zâmbia	Quênia	Zimbábue
Lesoto					

AGRADECIMENTOS

A *Global Self-Care Federation* (GSCF - Federação Global de Autocuidado) é grata às muitas pessoas que contribuíram para o desenvolvimento deste relatório. A pesquisa foi conduzida por *May & Nauer – Konzepte im Gesundheitsmarkt Consulting* (Consultoria), que também compilou o relatório. A GSCF agradece ao dedicado Grupo de Trabalho de Valor Socioeconômico do Autocuidado (*Economic & Social Value of Self-Care Working Group*) pela sua contribuição construtiva ao longo de todo o processo.

RECOMENDAÇÕES

1 Políticas e regulações de saúde coesas são necessárias para o suporte do autocuidado

Para expandir significativamente os benefícios associados ao autocuidado, tanto para os indivíduos quanto para a sociedade, há a necessidade de um maior comprometimento político e políticas coesas em torno do autocuidado, com estratégias e programas claros. Os ministérios da saúde e finanças precisam desenvolver e implementar conjuntamente políticas coesas de autocuidado com o objetivo de capacitar os indivíduos a se encarregarem de sua própria saúde. Isto também contribuirá para sistemas de saúde sustentáveis e melhores benefícios para a sociedade.

2 A prestação de contas e a ação coletiva são necessárias por parte de todos os interessados para assegurar que o autocuidado seja um elemento-chave para acelerar o fornecimento da Cobertura Sanitária Universal

As políticas de autocuidado precisam ser desenvolvidas mediante consulta a outros formuladores de políticas nacionais, organizações internacionais e partes interessadas não governamentais, incluindo profissionais de saúde, consumidores e indústria, para garantir que a base científica seja sólida, e que haja consenso e transparência na implementação. O autocuidado deve ser reconhecido como uma solução indispensável na realização da Cobertura Universal de Saúde até 2030, e o autocuidado deve ser integrado à futura política econômica e de saúde, com foco na viabilidade econômica e no acesso.

3 A educação sanitária deve ser reconhecida como um catalisador fundamental para a mudança, assegurando que os indivíduos compreendam e ajam de acordo com informações de saúde confiáveis para se tornarem auto gerentes ativos de sua saúde

A educação está inerentemente ligada ao incentivo para assegurar que todos os atores estejam conscientes do valor do autocuidado e que os indivíduos estejam equipados com habilidades de educação sanitária necessárias para administrar efetivamente sua própria saúde. A saúde e a educação digital são fundamentais para a conscientização do valor da saúde e do valor socioeconômico do autocuidado. Os governos nacionais e organizações internacionais devem mobilizar recursos para aumentar os padrões de educação em saúde no mundo inteiro através de campanhas de conscientização e programas educacionais, particularmente nos PBMR.

4 O autocuidado deve ser entendido como conceito multifacetado e multidimensional que inclui uma variedade de práticas relacionadas à saúde. Deve haver um maior reconhecimento desses elementos e dos benefícios do autocuidado por parte de todos os principais interessados

Abordar o autocuidado de uma forma holística requer coordenação e colaboração com múltiplos interessados para além apenas da saúde. Os recursos devem ser disponibilizados aos indivíduos para que eles possam fazer escolhas de estilo de vida saudável (por exemplo, dieta, exercícios), levando a melhores resultados com relação à saúde.

A *Global Self-Care Federation* é dedicada a um mundo em que o autocuidado contribui cada vez mais para uma saúde melhor e sistemas de saúde mais sustentáveis. A GSCF representa associações e fabricantes de produtos de autocuidado, incluindo medicamentos sem receita médica, para promover resultados de saúde global sustentáveis e melhores para todos. A GSCF é a melhor fonte de informações para as indústrias de autocuidado. Trabalhamos em estreita comunicação com nossos membros e grupos de interessados relevantes como forma de entregar melhores escolhas, melhor cuidado e melhor valor. Ao colocarmos o autocuidado no centro do que fazemos, apoiando o uso adequado de dados de saúde e promovendo a transparência na indústria, garantimos que o autocuidado continue a ter um papel vital cada vez maior no cuidado à saúde sustentável em todo o mundo.

Como uma ONG vinculada à Organização Mundial da Saúde (OMS), a GSCF contribui para as metas de saúde pública da OMS através de seu conhecimento especializado em autocuidado e uso responsável de medicamentos sem prescrição médica. A GSCF tem trabalhado em conjunto com a OMS em diversas áreas para abordar as prioridades estratégicas abrangentes de acesso à Cobertura Universal de Saúde e estimular populações mais saudáveis. Esta pesquisa é parte do plano de colaboração entre a GSCF e a OMS.

**www.selfcarefederation.org | +41 (22) 362 5384 | Twitter @Selfcarefed_org |
Linked In @selfcarefederation**