

GRUPO I – CLASSE V – Plenário

TC 024.852/2024-4 [Apenso: TC 003.944/2025-5]

Natureza: Relatório de Levantamento.

Órgãos/Entidades: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.

Responsável: Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro da Saúde (131.926.798-08).

Interessado: não há.

Representação legal: não há.

SUMÁRIO: LEVANTAMENTO. JOGOS DE APOSTAS ON-LINE (BETS). SAÚDE MENTAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AÇÕES DE PREVENÇÃO E CUIDADO NO SUS. EXPANSÃO DO SETOR (LEIS 13.756/2018 E 14.790/2023). RISCO DE COMPROMETIMENTO ORÇAMENTÁRIO FAMILIAR. FALHAS NA ARTICULAÇÃO GOVERNAMENTAL. LACUNAS EM CAMPANHAS EDUCATIVAS, INDICADORES E EM BLOQUEIO À PARTICIPAÇÃO DE MENORES. GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL (PORTARIA 37/2024), SEM CONCLUSÃO DE PLANO DE AÇÃO. POSSÍVEL DEMANDA LATENTE DE JOGADORES COMPULSIVOS. REMESSA DE CÓPIAS A ÓRGÃOS COMPETENTES. LEVANTAMENTO DE SIGILO.

RELATÓRIO

Inicialmente, reproduzo o relatório de levantamento formulado no âmbito da Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde), inserto à peça 53:

“Trata-se de Levantamento sobre o impacto das *bets* na saúde mental das pessoas envolvidas com jogos de apostas on-line, sendo autorizado nos termos da Comunicação da Presidência, na Sala Plenária, no dia 2 de outubro de 2024 (TC 000.804/2023-1).

1. A Comunicação da Presidência trouxe como fundamentos sobre a temática: a) estimativa de gastos em jogos de aposta on-line, no ano de 2024, de R\$ 90 a R\$ 130 bilhões, sendo que, desde 2018, a participação destas apostas no orçamento familiar triplicou, e o impacto foi cinco vezes maior nas classes D e E, de acordo com pesquisa da empresa XP Investimento; b) em pesquisa realizada pela Sociedade Brasileira de Varejo e Consumo, constatou-se que 63% da população teve sua renda comprometida com jogos de aposta; c) estudo do banco Itaú, realizado em agosto/2024, estimou que os brasileiros gastaram R\$ 60,2 bilhões nos doze últimos meses e que, no balanço entre vitórias e derrotas, houve perdas de R\$ 23,9 bilhões; d) relatório do Banco Central demonstrou que 5 milhões de beneficiários do programa Bolsa Família utilizaram R\$ 3 bilhões em jogos de apostas; e e) estimativa que o mercado de apostas pode repercutir no número de atendimento na atenção primária e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

2. Diante da relevância e do impacto que pode provocar na saúde pública, a matéria foi submetida ao colegiado, que determinou que a Segecex promovesse ação de controle para conhecer e acompanhar (i) os custos envolvidos na saúde pública, (ii) o impacto no poder de compras das famílias, e (iii) as ações propostas pelo Governo Federal para prevenir a lavagem de dinheiro, o roubo de dados de apostadores e o envolvimento de menores de idade.

1.2. Identificação simplificada do objeto fiscalizado

3. O **objeto** do Levantamento é a saúde mental de pacientes envolvidos em jogos de apostas on-line, tendo por **objetivo** conhecer e acompanhar os custos envolvidos na saúde pública e as ações adotadas pelo Ministério da Saúde acerca das *bets*, uma vez que o mercado de apostas também pode repercutir no orçamento da saúde, haja vista a possibilidade de aumento significativo nos atendimentos em saúde mental realizados na Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

4. A equipe de auditoria utilizou o **escopo restrito** para o Levantamento, abordando as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir da edição da Lei 14.790/2023, para mitigar o impacto das *bets* na saúde mental das pessoas envolvidas com jogos de apostas on-line.

5. Não integrou o escopo desta auditoria (**não escopo**): (i) ações realizadas pelos entes subnacionais de saúde, com recursos próprios estaduais ou municipais, e (ii) ações realizadas pelos demais ministérios com atuação transversal sobre a temática, considerando que o Tribunal determinou ações de controle específicas, conduzidas pelas unidades especializadas em auditorias setoriais:

a) AudBenefícios - **TC 024.146/2024-2** - Levantamento no comprometimento de renda dos beneficiários do Bolsa Família com apostas online;

b) AudBancos - **TC 024.430/2024-2** - Acompanhamento para conhecer e acompanhar as ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) e da Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) para prevenir a lavagem de dinheiro, no que se relaciona a apostas de cota fixa de eventos esportivos (*bets*), de acordo com a Comunicação da Presidência de 2/10/2024;

c) AudTI - **TC 025.609/2024-6** - Acompanhamento das ações propostas pelo Governo Federal para prevenir o roubo de dados dos apostadores e outros aspectos relativos à tecnologia da informação nas empresas autorizadas a explorar jogos com apostas de quota fixa (*bets*); e

d) AudFiscal – **TC 026.536/2024-2** – Acompanhamento com o propósito de compreender o processo de autorização para o funcionamento de empresas de apostas on-line, além de avaliar sua conformidade e a tributação aplicável ao setor.

O **critério de auditoria** utilizado para realização dos trabalhos compreende a legislação de regulação das *bets* e a legislação do SUS, especialmente a Lei 14.790, de 29 de dezembro de 2023, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Decreto 11.907, de 30 de janeiro de 2024, o Decreto 11.798, de 28 de novembro de 2023, a Portaria de Consolidação GM/MS 3, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação GM/MS 5, de 28 de setembro de 2017, a Portaria de Consolidação GM/MS 6, de outubro de 2017, e a Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

1.3. Metodologia

6. As técnicas para coleta e análise de dados a fim de tratar do problema deste Levantamento foram executadas por meio de:

- i) requisições de informações do Ministério da Saúde;
- ii) elaboração de Análise *Stakeholders*, Matriz *Swot*, e Inventário de Riscos (DVR);
- iii) entrevistas com gestores e servidores do Ministério da Saúde e especialistas;
- iv) pesquisa de estudos e matérias jornalísticas sobre a temática;
- v) extração de informações do Sistema Integrado de Orçamento e Planejamento - Siop;
- vi) visitas técnicas à uma Unidade Básica de Saúde - UBS (vinculada à Atenção Primária) e a um Centro de Apoio Psicossocial – CAPS (vinculado à Atenção Especializada), sendo ambas as unidades de saúde do Governo do Distrito Federal; e
- vii) exames documentais.

7. A partir da identificação e da classificação dos riscos, foi elaborada a **Matriz de Planejamento**, envolvendo procedimentos para elaboração da visão geral do objeto, e para o detalhamento das áreas prioritárias, dos riscos e controles existentes, dos problemas recorrentes e, por fim, da viabilidade de auditoria.

8. As análises e conclusões finais do presente trabalho foram efetuadas em conformidade com as normas e técnicas de auditoria aceitas pelo Tribunal, em especial (i) as Normas de Auditoria do Tribunal (NAT), aprovadas pela Portaria TCU 280/2010, alterada pelas Portarias TCU 168/2011, 185/2020 e 196/2022, e (ii) o Roteiro de Levantamento, aprovado pela Portaria-Segecex 24, de 14 de setembro de 2018, e revisado pela Portaria-Segecex 5, de 12 de abril de 2021. Todas as evidências coletadas durante a execução do trabalho foram submetidas à aplicação de testes de suficiência, relevância e confiabilidade.

9. O relatório está organizado em oito capítulos: (i) Introdução, (ii) Visão Geral do Objeto, (iii) Áreas Prioritárias, (iv) Riscos e Controles Internos, (v) Problemas Recorrentes, (vi) Viabilidade de Auditoria, (vii) Conclusão e (viii) Proposta de Encaminhamento, além de três apêndices.

2 - Visão GERAL DO objeto

10. A prevenção e o cuidado com a saúde mental abrangem a atenção primária e a atenção especializada em saúde, envolvendo ações de saúde de natureza integral na prevenção, acolhimento, tratamento e reinserção social, conforme preconiza o art. 2º, § 1º, da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

11. As políticas de atenção mental são elaboradas pelo Ministério da Saúde e executadas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, em observância ao que dispõe os artigos 1º e 2º da Lei 10.216, de 6 de abril de 2001:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

12. Este Levantamento, de escopo restrito, trata do impacto das *bets* na saúde mental de pacientes envolvidos com jogos de aposta on-line, em atendimento à Comunicação da Presidência, na Sala Plenária, no dia 2 de outubro de 2024 (TC 000.804/2023-1), a fim de subsidiar proposta de realização de ação de controle específica sobre a temática.

2.1. Marco regulatório

13. Os jogos de aposta on-line, na modalidade de apostas esportivas de quota fixa, foram regulamentados pela Lei 14.790, de 29 de dezembro de 2023, que estabeleceu as diretrizes e regras para a sua exploração, de que trata a Lei 13.756, de 12 de dezembro de 2018.

14. A referida lei, em seus artigos 2º e 3º definem os jogos de apostas de quota fixa, de acordo com os excertos abaixo:

Art. 2º Para fins do disposto nesta Lei, considera-se:

15. I - aposta: ato por meio do qual se coloca determinado valor em risco na expectativa de obtenção de um prêmio;

II - quota fixa: fator de multiplicação do valor apostado que define o montante a ser recebido pelo apostador, em caso de premiação, para cada unidade de moeda nacional apostada;

(...)

Art. 3º As apostas de quota fixa de que trata esta Lei poderão ter por objeto:

I - eventos reais de temática esportiva; ou

II - eventos virtuais de jogos *on-line*.

16. A regulamentação do mercado de *bets* ficou a cargo do Ministério da Fazenda (MF), nos termos do artigo 6º da Lei 14.790/2023. O órgão fazendário baixou mais de vinte portarias para regulamentar os jogos de apostas *on-line* entre outubro de 2023 e janeiro de 2025 (peça 36). A Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, estabeleceu as regras e diretrizes para o jogo responsável.

17. O Ministério da Educação baixou a recente Portaria GM/MEC 1.240, de 30 de dezembro de 2024, para disciplinar o recolhimento, destinação e decomposição do produto da arrecadação decorrente dos jogos de apostas de cota fixa, enquanto o Ministério dos Esportes publicou a Portaria GM/Mesp 125, também de 30 de dezembro de 2024, regulamentando os esportes e as entidades de prática esportiva que poderão ser objeto de aposta na loteria de aposta de quota fixa.

18. Em relação à saúde mental, o Ministério da Saúde ainda disciplina a matéria nos termos da Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

19. Abaixo, elencou-se, de forma não exaustiva, a legislação sobre a temática:

a) Lei 14.790, de 29 de dezembro de 2023: dispõe sobre a modalidade lotérica denominada apostas de quota fixa;

b) Lei 13.756, de 12 de dezembro de 2018: dispõe sobre o Fundo Nacional de Segurança Pública (FNSP), sobre a destinação do produto da arrecadação das loterias e sobre a promoção comercial e a modalidade lotérica denominadas apostas de quota fixa;

c) Lei 10.708, 31 de julho de 2003: institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações;

d) Lei 10.216, de 6 de abril de 2001: dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental;

e) Decreto 11.907, de 30 de janeiro de 2024: aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Fazenda e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança;

f) Portarias Interministeriais:

f1) Portaria Interministerial MF/MS/MESP/SECOM 37, de 6 de dezembro de 2024: institui o Grupo de Trabalho Interministerial de Saúde Mental e de Prevenção e Redução de Danos do Jogo Problemático com a finalidade de formular e planejar ações de prevenção, redução de danos e assistência a pessoas e grupos sociais em situação de comportamento de jogo problemático persistente e recorrente ou vulneráveis ao problema, no contexto da exploração comercial das apostas de quota fixa de que tratam as Leis 13.756, de 12 de dezembro de 2018 e 14.790, de 29 de dezembro de 2023;

f2) Portaria Interministerial MF/MESP/AGU 28, de 22 de maio de 2024: dispõe sobre atribuições e procedimentos do Ministério da Fazenda, do Ministério do Esporte e da Advocacia-Geral da União sobre a exploração de apostas de quota fixa no território nacional;

g) Portarias do Ministério da Saúde:

g1) Portaria GM/MS 1.604, de 18 de outubro de 2023: institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde;

g2) Portaria de Consolidação GM/MS 5, de 28 de setembro de 2017, que trata da 'Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde';

g3) Portaria de Consolidação GM/MS 6, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde;

g4) Portaria de Consolidação GM/MS 3, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde;

g5) Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011: institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

g6) Portaria GM/MS 992, de 13 de maio de 2009: institui a Política Nacional de Saúde Integral da pessoa negra;

h) Portarias, instrução normativa e notas técnicas do Ministério da Fazenda:

h1) Portaria SPA/MF 41, 10 de janeiro de 2025: estabelece regras para distribuição das destinações sociais que incidem sobre a receita bruta da exploração das apostas de quota fixa e têm, como beneficiários, entidades e atletas esportivos, além do Ministério do Esporte e afins;

h2) Instrução Normativa SPA/MF 3, 10 de janeiro de 2025: estabelece regras que devem seguir os agentes operadores de apostas de quota fixa autorizados em caráter provisório nos termos da Portaria SPA/MF 2.104 e outras para todos os agentes operadores autorizados;

h3) Nota Técnica SEI MF 3.987, 23 de dezembro de 2024: trata de apostas e publicidade na competição Copa São Paulo de Futebol Júnior, edição de 2025;

h4) Nota Técnica SEI MF 3.826, 11 de dezembro de 2024: orienta a impossibilidade de certificação de jogos on-line da modalidade lotérica apostas de quota fixa que adotem regras ou denominação relacionada ao 'Jogo do bicho';

h5) Portaria SPA/MF 1.857, 25 de novembro de 2024: regulamenta a transferência de dados e recursos dos apostadores de aposta de quota fixa entre pessoas jurídicas do mesmo grupo econômico, com vistas ao início do mercado regulado;

h6) Instrução Normativa SPA/MF 11, 4 de novembro de 2024: regulamenta o registro de domínio '.bet.br' para uso em canais eletrônicos oferecidos por agentes operadores autorizados da modalidade lotérica de apostas de quota fixa;

h7) Portaria SPA/MF 1.475, 16 de setembro de 2024: estabelece as condições para que uma empresa possa participar do período de transição da regulamentação da exploração de apostas de quota fixa e estabelece as regras para o cessamento das operações das empresas que não atenderem a essas condições;

h8) Portaria SPA/MF 1.233, 31 de julho de 2024: regulamenta o regime sancionador no âmbito da exploração comercial da modalidade lotérica de apostas de quota fixa;

h9) Portaria SPA/MF 1.231, 31 de julho de 2024: estabelece regras e diretrizes para o jogo responsável e para as ações de comunicação e marketing, e regulamenta os direitos e deveres de apostadores e de agentes operadores;

h10) Portaria SPA/MF 1.225, 31 de julho de 2024: regulamenta o monitoramento e a fiscalização das atividades de exploração da modalidade lotérica de apostas de quota fixa e dos agentes operadores de apostas;

h11) Portaria SPA/MF 1.212, 30 de julho de 2024: estabelece procedimentos para pagamento das destinações sociais previstas no § 1º-A do artigo 30 da Lei 13.756/2018, que foi alterado pela Lei 14.790/2023;

h12) Portaria SPA/MF 1.207, 29 de julho de 2024: estabelece requisitos técnicos para funcionamento e homologação dos jogos on-line e estúdios de jogos ao vivo, um dos objetos de apostas da modalidade lotérica de aposta de quota fixa;

h13) Portaria SPA/MF 1.143, 11 de julho de 2024: dispõe sobre políticas, procedimentos e controles internos de prevenção à lavagem de dinheiro, do financiamento do terrorismo e da proliferação de armas de destruição em massa;

h14) Portaria SPA/MF 827, 21 de maio de 2024: estabelece as regras para que as empresas operadoras de apostas que quiserem operar de forma legal no mercado nacional possam solicitar autorização;

h15) Portaria SPA/MF 722, 2 de maio de 2024: estabelece regras gerais para o funcionamento dos sistemas de apostas e de fornecimento de dados para o Sistema de Gestão de Apostas (Sigap) na operação de modalidade lotérica de apostas de quota fixa.

h16) Portaria SPA/MF 615, 16 de abril de 2024: estabelece regras gerais para transações de pagamento na operação de modalidade lotérica de apostas de quota fixa;

h17) Portaria SPA/MF 561, 8 de abril de 2024: define a política regulatória e a agenda regulatória da exploração de apostas de quota fixa;

h18) Portaria SPA/MF 300, 23 de fevereiro de 2024: estabelece os requisitos para homologação das entidades certificadoras de plataformas de apostas e jogos on-line; e

h19) Portaria normativa MF 1.330, de 26 de outubro de 2023: dispõe sobre as condições gerais para exploração comercial da modalidade lotérica de aposta de quota fixa no território nacional, nos termos na Lei 13.756, de 12 de dezembro de 2018, com as alterações promovidas pela Medida Provisória 1.182, de 24 de julho de 2023; e regulamenta normas gerais sobre os direitos e as obrigações do apostador, a prevenção à lavagem de dinheiro e outros delitos, o jogo responsável e a manifestação prévia de interesse.

2.2. Saúde Mental e jogo patológico

20. A ação de jogar está associada ao comportamento humano. Iniciando-se como brincadeiras na infância, os jogos vão crescendo em complexidade, com novos desafios e regras que auxiliam no preparo para o enfrentamento das dificuldades da vida. A competição, o desejo de ganhar e de ser bem-sucedido são elementos inerentes à ação de jogar (peça 37).

21. Existem jogos de habilidade nos quais é possível treinar para alcançar o objetivo almejado (quebra-cabeça, *ping-pong*, sinuca, labirinto, palito ao quadrado, apostas esportivas etc.), mas há outros jogos em que o acaso tem papel central, como nos jogos de azar (pôquer, jogo de loteria, rifa, roleta, cara ou coroa etc.) – peça 37.

22. Todos estes jogos podem ser disputados para se auferir um ganho monetário, neste caso passam a se chamar jogos de apostas, que tem a finalidade de ganhar ou de recuperar perdas de apostas anteriores (peça 37).

23. As apostas esportivas foram legalizadas pela Lei 13.756/2018, na modalidade de apostas de quota fixa, nas quais o apostador sabe antecipadamente o valor potencial de ganho, em razão do valor monetário apostado em determinado evento.

24. O Decreto-Lei 9.215/1946 restabeleceu a proibição dos jogos de azar no Brasil, passando a sua prática ser considerada contravenção penal, com exceção de loterias e modalidades legalmente autorizadas, a exemplo de corridas de cavalo e bingo.

25. O Decreto-Lei 3.688, de 3 de outubro de 1941, chamado de Lei das Contravenções Penais, define em seu artigo 50, § 3º, os jogos de azar:

Art. 50 (...)

§ 3º Consideram-se, jogos de azar:

- a) o jogo em que o ganho e a perda dependem exclusiva ou principalmente da sorte;
- b) as apostas sobre corrida de cavalos fora de hipódromo ou de local onde sejam autorizadas;
- c) as apostas sobre qualquer outra competição esportiva.

26. A prática de jogos de apostas, autorizados ou não pela legislação, é um fenômeno na sociedade e o comportamento da pessoa que joga é dividido, na literatura, em fases, para os fins de desenvolvimento de estudos, conforme abaixo (peça 37):

a) Fase da vitória: é a fase em que o jogador experimenta os primeiros ganhos e o indivíduo experimenta a euforia da vitória. O êxito inicial de vitória decorrente da sorte é rapidamente substituído pelo

desenvolvimento de mecanismos de habilidade no jogo e o indivíduo passa a jogar com maior frequência, para exercitar este aprendizado e experimentar novas vitórias (compartilhando o sucesso com amigos e familiares);

b) Fase da perda: é a fase em que o jogador não obtém êxito na aposta, ocorrendo a frustração da perda. A ocorrência de perdas é amenizada pela preponderância de atitude de otimismo não realista, na intenção de ganhar para compensar as perdas. No caso de jogador patológico, o valor da aposta aumenta consideravelmente, utilizando-se de economias e contraindo dívidas. As perdas são difíceis de serem toleradas e o indivíduo adota comportamento de jogar sozinho (motivado por culpa e vergonha); e

c) Fase do desespero: é a fase em que as perdas aumentam e o indivíduo passa a consumir maior tempo e dinheiro na busca de vitórias. É a fase em que a frustração aumenta e ocorre o afastamento da família (aumento da vergonha perante os entes mais próximos).

27. De acordo com o Ministério da Saúde, existe uma relação direta entre o sofrimento mental e o comportamento de jogo problemático, uma vez que a busca pelo jogo pode ocasionar resultados negativos à saúde mental, ou pode ser decorrente de um sofrimento pré-existente, servindo como um mecanismo de enfrentamento aos problemas de saúde e do cotidiano, sendo citado alguns fatores de risco que podem provocar este comportamento (peça 16, p. 18; e peça 34):

- a) déficit de conexão e interação social;
- b) satisfazer necessidades emocionais;
- c) necessidade financeira;
- d) insônia;
- e) redução de estresse, ansiedade, depressão e solidão;
- f) luto;
- g) aposentadoria (falta da rotina de trabalho e maior tempo livre); e
- h) dor e restrição física.

28. Em razão do envolvimento nos fatores de risco associados aos problemas de jogo, as pessoas com sofrimento mental emitem alguns sinais em seu comportamento indicativo do problema, a exemplo de (peça 16, p. 20; e peça 34):

- a) menos tempo e dinheiro para utilizar em outras atividades ou com a família;
- b) aumento do consumo de álcool e drogas;
- d) declínio na prestação de cuidado consigo e com a família;
- e) busca por obtenção de crédito;
- f) sentimento de culpa, arrependimento, insegurança e vergonha; e
- g) mentir sobre o tempo e o dinheiro que gasta em jogo.

29. De maneira geral, os problemas com o jogo envolvem questões de saúde mental, desestruturação familiar e endividamento (peça 16, p. 20):

- a) dificuldade de relacionamento e conflitos interpessoais e familiares;
- b) crianças e adolescentes mostrando sinais de angústia e enfrentando dificuldades na escola;
- c) desempenho reduzido nos estudos;
- d) dificuldades e dívidas financeiras com instituições bancárias e agiotas;
- e) falta de itens básicos para sobrevivência, como alimentos, roupas, medicamentos;
- f) mudanças de padrões de sono, alimentação e relacionamento sexual;
- g) isolamento social; e
- h) idealização suicida.

30. Diante do crescimento do comprometimento da saúde mental decorrente dos jogos de apostas no mundo, em 1980, o Jogo Patológico (JP) foi reconhecido como patologia e incluído no Manual Diagnóstico e Tratamento de Transtornos Mentais DSM-III, como Transtorno do Controle do Impulso Não Classificados em Outro Lugar, caracterizado por comportamento mal adaptativo, persistente e recorrente de apostar, com prejuízos nos âmbitos pessoal, familiar e profissional. Em 2013, na edição do DSM-5, o Transtorno de Jogo (TJ)

passou a figurar dentre os Transtornos Relacionados a Substâncias e Adicção (do inglês *addiction*, também traduzido como dependência ou compulsão), uma vez que os comportamentos de jogo ativam sistema de recompensa semelhantes aos ativados por drogas de abuso e produzem alguns sintomas comportamentais que podem ser comparados ao produzidos pelos transtornos por uso de substância (peça 41, p. 525).

31. Insta esclarecer, a terminologia utilizada neste levantamento acerca da temática:

a) Jogo Patológico (JP): Transtorno que consiste em episódios repetidos e frequentes de jogo que dominam a vida do sujeito, em detrimento dos valores e dos compromissos sociais, profissionais, materiais e familiares, CID 10 F-63.0, categoria transtornos dos hábitos e dos impulsos, de acordo com a inclusão feita no DMS-5 (peças 16, p. 10; e 51);

b) Jogo de risco: envolve limites para se desenvolver problemas ou obter um diagnóstico de transtorno do jogo, ocorrendo pelo menos um comportamento de risco, ou uma consequência adversa pessoal, social ou relacionada à saúde decorrente do jogo, tais como insônia e mais tempo jogando do que o previsto (peça 16, p. 15); e

c) Jogo problemático: situação em que ocorre mais de um problema psicossocial com impacto pessoal, familiar, financeiro, empregatício e outros, a exemplo de falta no trabalho, escola, compromissos, conflitos, uso de álcool e outras drogas associado ao jogo (peça 16, p. 15);

32. Cabe destacar, que a saúde mental é um dos objetivos da ODS (Objetivos de Desenvolvimento Sustentável), incluído na Meta 3.4, cabendo ao Brasil prevenir, até 2030, o suicídio para reduzir a tendência de aumento (peça 49):

Meta 3.4

Nações Unidas

Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.

Brasil

Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, promover a saúde mental e o bem-estar, a saúde do trabalhador e da trabalhadora, e prevenir o suicídio, alterando significativamente a tendência de aumento.

Indicadores

3.4.1 - Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias

3.4.2 - Taxa de mortalidade por suicídio.

2.3. Entrevista com ESPECIALISTA

33. No dia 9/12/2024, a equipe de auditoria realizou entrevista, por meio virtual, com o Dr. Hermano Tavares, Coordenador do Ambulatório do Jogo Patológico, do Programa Ambulatorial dos Transtornos do Impulso, do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo (IPq/USP). Nessa oportunidade, foi questionado ao especialista quanto à possibilidade de uma estratégia de política de saúde, a ser adotada pelo Ministério da Saúde, vir, efetivamente, a mitigar a problemática de dependência do jogo. Em resposta, o Dr. Hermano Tavares, do IPq/USP, trouxe informações e dados que configuram o seguinte arcabouço de conhecimento.

34. Conforme o entrevistado, o Transtorno do jogo é considerado um transtorno aditivo, uma dependência comportamental; seria a primeira dependência comportamental a ser reconhecida dessa maneira.

35. O jogo de azar e, mais especificamente, o ingrediente ativo que é a aposta, pode causar dependência, se a pessoa faz uso regular. Em estudo realizado em 2012 pelo IPq/USP, foi demonstrado que a dependência de aposta é a terceira dependência mais comum do país (3%), perdendo apenas para tabaco (18%) e álcool (9%). Esses dados são anteriores à legalização das apostas online no Brasil, ou seja, já são dados defasados em mais de uma década.

36. Os jogos de azar, ainda que com algumas restrições, sempre foram legalizados no Brasil, haja vista as corridas de cavalo, as loterias, o jogo de pôquer, estando esse último, inclusive, em uma permanente 'sombra jurídica', a qual por vezes o classifica como um 'jogo de habilidade'; o que é falacioso, já que se trata de um

'jogo de azar', sem dúvidas (vide: <https://www.conjur.com.br/2020-fev-14/poquer-classificado-jogo-azar-decide-tj-sp/>). De acordo com o especialista, o jogo pode ser de habilidade e, ainda assim, ter elementos de azar convivendo perfeitamente, considerando ser o pôquer um jogo praticado, principalmente, em cassinos; há vários casos de pessoas no Brasil que se tornam dependentes das apostas de pôquer, inclusive on-line.

37. O Brasil convive com o jogo de azar desde a época colonial, mudando-se, com o tempo, apenas o caráter restritivo da legislação (há épocas de mais restrição, e outras de menos restrição). Em épocas de menos restrição, (i) a demanda por tratamento é quadruplicada (segundo dados do especialista); em outra via, (ii) a frequência de pessoas afetadas, geralmente, não é aumentada, pois essa é uma condição intermitente, porém perene, ou seja, ou a pessoa a tem ou não tem. Se o jogo não estiver amplamente disponível na sociedade, ainda segundo o especialista, muitos dos pacientes, inclusive, se inibem diante da possibilidade de praticar alguma forma ilegal de jogo (pois há riscos envolvidos). Por outro lado, se o acesso ao jogo fica amplamente facilitado, se as opções de apostas são legalizadas, as pessoas que não tinham esse hábito vão começar a jogar, tendo, como consequência, o cenário que está acontecendo no momento, em que são observadas campanhas comerciais massivas, invasivas e desrespeitosas, chegando, em alguns momentos, a serem francamente fraudulentas.

38. Pessoas com uma condição de se viciar em jogos irão perder o controle na maior parte das vezes em que ele entrar em contato com a aposta, de acordo com a experiência do especialista; poderão até não perder o controle de imediato, mas, em algum momento, o autocontrole irá sumir, ou seja: (i) vai empenhar mais valor financeiro do que inicialmente tinha comprometido a fazer; e (ii) vai empenhar mais tempo e ter a mente muito mais ocupada pela questão das apostas.

39. Há doze anos, pelo menos, o vício em jogos de aposta já era o terceiro maior problema em se tratando de 'adição' e, segundo o especialista, nada foi feito durante esse tempo. A partir da legalização dos jogos online, e passados quatro anos sem nenhuma regulamentação e fiscalização, instaurou-se a grave situação que se encontra agora.

40. A questão principal, agora, é a definição objetiva e efetiva do que venha a ser 'jogo responsável'. Partindo-se do pressuposto de que 'apostar' (pôr em risco) é sempre uma irresponsabilidade com o dinheiro que cada um ganha com o suor do seu trabalho, por outro lado, há também a faceta subjetiva de se considerar os jogos de azar como uma forma de entretenimento, mas não necessariamente um entretenimento responsável.

41. O termo *responsible gambling* já foi cristalizado para uma campanha comercial dura da indústria do jogo, que é internacional, haja vista os grandes grupos que lidam com jogo no mundo, estarem, principalmente (não exclusivamente) sediados em lugares como: (i) Las Vegas, nos EUA; (ii) Macau, na China, a qual tem uma movimentação sete vezes maior que Las Vegas; (iii) além do Grupo dos cassinos europeus. A indústria do jogo, sozinha, é maior do que as indústrias cinematográfica e fonográfica somadas. A questão é que o termo 'jogo responsável' parte de iniciativa de quem promove comercialmente o jogo, e não de quem está lidando com as dificuldades criadas pelo jogo; mais realista e objetivo seria referir-se a 'jogo menos irresponsável' ou 'jogo com menor risco possível', uma vez que o risco é inerente ao jogo, e, naturalmente, sempre haverá uma parcela de risco envolvido, já que, em uma aposta, sempre há um valor em aberto sendo arriscado.

42. Diante de um termo já tendencioso ('jogo responsável'), entram em cena campanhas da indústria do jogo também muito tendenciosas, baseadas na chamada 'falácia da decisão informada'. Tal conceito é considerado falacioso porque, mesmo supostamente possuindo todas as informações dos fatos como eles são (o que se ganha, o que se perde), a pessoa que é dependente do jogo não será capaz de tomar a melhor decisão para si próprio. Em outras palavras, o fato de se ter gastado o dinheiro com o objetivo de 'entretenimento', tendo em vista que um jogo de aposta funciona como uma verdadeira 'perda', que requer recuperação, caso sua aposta não tenha dado certo, tal situação marca uma quebra na relação do indivíduo com esse dito 'entretenimento' (diversão). Diferente situação ocorre, por exemplo, quando se gasta dinheiro no entretenimento cinema, e constata-se que o filme é ruim, mas, ainda assim, não há a exigência de que a bilheteria devolva o dinheiro. O prejuízo é pontual e se encerra naquele episódio.

43. No momento que o indivíduo 'perde' o dinheiro no jogo de aposta, ele quase sempre 'quer recuperar' esse dinheiro, quase que como um instinto, fato que faz com que se atravesse o 'ponto de não retorno', ou seja, a partir desse ponto, a relação da pessoa com o jogo não é mais de 'entretenimento', e sim de 'ganhos e perdas', como se fosse uma relação de um 'investimento financeiro', o mais inapropriado possível,

uma vez que as chances são contra, e não a favor, do investidor. De acordo com o especialista, em sua experiência cotidiana com o ser humano, especialmente com seus pacientes, uma pessoa dependente (adicto), mesmo quando bem-informada, não necessariamente tomará a melhor decisão.

44. Utilizando o termo ‘jogo responsável’, entende-se que essa responsabilidade é tripartite: (i) da pessoa que fez a aposta, desde que ela tenha sido adequadamente informada dos riscos, e, por óbvio, tenha sido proposto um jogo que não tenha características fraudulentas ou predatórias; (ii) do fornecedor do jogo, que não deve se valer de elementos antiéticos, predatórios ou obscuros – notadamente possíveis por meio do uso das plataformas digitais -, que sugeriram uma falsa possibilidade de controle na geração do resultado (afinal, trata-se de um jogo de azar), elementos esses que alimentam o descontrole e a compulsividade das pessoas que apostam; e, por fim, (iii) do Estado (autarquias fiscalizadoras, TCU etc.), quanto à regulação, acompanhamento, fiscalização e monitoramento das ações relacionadas à questão.

45. Enfatiza o especialista que, em se tratando de prevenção na área de saúde, em especial na área de saúde mental, fala-se em três níveis de prevenção: (i) universal – para todos de uma dada comunidade, sociedade, nação; (ii) selecionada – para alguns indivíduos, ou segmentos de indivíduos específicos, que trazem maior risco que a média da população; (iii) indicada – para indivíduos que já estão sofrendo as consequências negativas de alguma condição que se queira prevenir/evitar.

46. Sendo assim, o Dr. Hermano Tavares apresentou dez medidas, as quais podem ser entendidas como ‘10 medidas para se alcançar o jogo responsável’, ou ‘10 medidas de prevenção do impacto negativo do jogo na sociedade’; ou ainda ‘10 medidas que precisam ser consideradas para melhorar a proteção de indivíduos vulneráveis’ (peça 50):

10 medidas que precisam ser consideradas para melhorar a proteção de indivíduos vulneráveis:

- 1) Toda e qualquer forma de aposta no Brasil deveria ser feita mediante cadastro do CPF do apostador, e a soma das apostas realizadas no total de um ano fiscal seriam comparadas à declaração do imposto de renda; valores incompatíveis com a renda precisam ser verificados, os casos em que forem excluídas fraudes (lavagem de dinheiro, estelionato, etc.) devem ser contatados para que se faça orientação e/ou um encaminhamento para tratamento;
- 2) Bloqueio por IP/DNS de transações financeiras (novas apostas, pagamentos, etc) da meia-noite às 8 horas;
- 3) Teto de gasto estabelecido pelo apostador antes de iniciar as apostas no dia, até um máximo compatível com a declaração de renda (isto é, não mais do que 1% da renda mensal estimada por dia, e não mais do que 4% da renda mensal estimada no intervalo de um mês);
- 4) A publicidade sobre apostas dever ser vetada em veículos de grande mídia, a exemplo do álcool e do cigarro e devem ser retirados de ambientes digitais juvenis (videogames e influencers) conteúdos que sugeriram a finalidade de apostar como qualquer outra coisa que não por entretenimento (exemplo: investimento, complemento de renda, etc.);
- 5) Rigoroso controle para impedir que indivíduos abaixo de 18 anos apostem; empresas que não o façam de forma efetiva perderão a licença para operar;
- 6) Programa de autoexclusão de apostas gerido de forma independente das empresas que ofertam as apostas;
- 7) Ampla disponibilização de programas de psicoeducação e autoavaliação para apostadores identificados com padrão problemático de gastos em apostas;
- 8) Treinamento da rede de atenção psicossocial (RAPS) e, particularmente, dos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial para acolhimento e tratamento de indivíduos diagnosticados com Transtorno do Jogo;
- 9) Disponibilização de suporte online remoto com especialista, quando contato local e/ou imediato não estiver disponível; e suporte online automatizado com cobertura de 24 horas, sete dias por semana;
- 10) Estabelecimento de um conselho independente multidisciplinar, composto de especialistas para avaliação dos jogos ofertados e banimento de elementos estruturais lesivos e predatórios, que estimulem a ilusão de controle sobre os resultados.

47. As três primeiras são universais destinadas de forma geral para proteção dos apostadores, a quarta e quinta são as selecionadas, indicadas para o provedor/empresas de apostas on-line, as de seis a nove chamadas de indicadas, direcionadas para o governo com medidas de prevenção e cuidado, e a última seria a sugestão do entrevistado.

48. Como forma de auxiliar no estabelecimento de teto de gasto para o apostador (4% da renda), o especialista informou que foi instituído, pelo grupo de estudo da USP, um sistema de acompanhamento de casos, por meio do qual, antes de o CPF do cidadão ser travado, há a possibilidade de o apostador se justificar e/ou se autoavaliar (de forma anônima), respondendo a quatro perguntas (por meio de *QRCode*) básicas, mas que oferecem 99% de acurácia, segundo os estudos da USP: (1) ‘Se você ficar muito tempo sem apostar, você passa mal ou sente muita falta?’; (2) ‘Se você jogar e perder, há grande chance que você volte lá para tentar recuperar o dinheiro?’; (3) ‘Você já se viu indo jogar como uma forma de lidar com a sua angústia, depressão ou tédio?’, e (4) ‘Se você for jogar, há uma chance grande de que você perca o controle, ou seja, se veja numa situação em que você vai querer apostar mais e mais vezes?’.

49. Afirma o especialista que se houver resposta positiva para alguma dessas quatro perguntas, há uma possibilidade de 90% de preenchimento de critérios para o transtorno do jogo, ou, no mínimo, sinaliza a necessidade de uma séria reflexão sobre a relação do indivíduo com as apostas. Além dessas quatro perguntas, teriam, ainda, mais cinco perguntas adicionais, para se fechar, com certeza, o diagnóstico de transtorno do jogo.

50. Quanto aos menores de 18 anos, enfatiza o especialista que o maior risco está no indivíduo do sexo masculino, participante dos estratos socioeconômicos C- e D+, ou seja, aquele que não completou a sua inserção social, ou cuja inserção social nunca se completou plenamente. Tais indivíduos têm um pequeno poder de compra, bem como pouca educação, pouca renda, e está, muitas vezes, desempregado e muito insatisfeito com esse poder de compra, tornando-se, assim, muito suscetível ao apelo das apostas. Destaca que esse ponto deve ser rigorosamente observado, com punições severas às empresas que o descumprirem.

51. No que se refere ao programa de autoexclusão, enfatiza o Dr. Hermano que essa questão deve ser tratada mediante uma lista nacional, controlada por terceira parte não envolvida, como o Estado, Serasa, SPC etc.

52. No enfoque do SUS, ressalta a necessidade primordial de se preparar e qualificar a rede de atenção psicossocial (RAPS), notadamente os Caps-AD (álcool e drogas), que, na verdade, no entendimento do especialista, deveriam ser chamados Caps-ADJ (álcool, drogas e jogos). Apresenta a sugestão de disponibilização de suporte online remoto, inclusive com linhas de atendimento 24 horas para situação de emergência. Informa que estudos apontam que a ‘suicidalidade’ dos apostadores é de sete a quinze vezes maior do que a dos não apostadores.

53. Por fim, salienta o especialista a importância de que o Ministério da Saúde esteja efetivamente inserido nos grupos de trabalho sobre o tema, trazendo a sugestão da criação de um conselho independente e multidisciplinar, financiado com próprio dinheiro do jogo, e composto por especialistas para avaliação dos jogos ofertados, tais como, das seguintes áreas: (i) saúde; (ii) economia; (iii) tecnologia da informação; (iv) juristas; (v) representantes da indústria do jogo; (vi) representantes dos consumidores; e (vii) pesquisadores.

54. Ressalta o Dr. Hermano Tavares que grande parte dessas medidas já estariam sendo adotadas em países como Holanda, França e Bélgica.

2.4. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

55. No Brasil, a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica), dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e direciona o modelo assistencial em saúde mental. Para implementar as diretrizes da citada norma, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

56. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é constituída por um conjunto integrado e articulado de diferentes pontos de atenção para atender pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com estabelecimento de ações

intersetoriais para assegurar a integralidade do cuidado, envolvendo atuação do Ministério da Saúde e de secretarias estaduais e municipais de saúde.

57. Os atendimentos em saúde mental são realizados (i) na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, capacitados para identificar transtornos mentais mais comuns, como depressão e ansiedade, e promover ações de educação em saúde) e das Unidades Básicas de Saúde – UBS (por meio de Projetos Terapêuticos Singulares – PTS, que são planos de cuidado personalizados), e (ii) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde o usuário recebe assistência multiprofissional e cuidado terapêutico, havendo possibilidade de acolhimento noturno e/ou cuidado contínuo em situações de maior complexidade.

58. No orçamento de 2024, foram programados gastos de mais de R\$ 401 milhões para implantação da RAPS e estruturação nas unidades da federação (vide tabela 1 no tópico contexto orçamentário) (peça 16, p. 9). O PAC Saúde prevê a construção de 150 novos CAPS (selecionados a partir da submissão de 1.429 propostas, de 1.148 municípios), havendo investimento programado de R\$ 339 milhões, em cidades de todas as regiões do Brasil, estimando-se uma inclusão de 13,4 milhões de pessoas na RAPS (fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/marco/novo-pac-saude-inclui-mais-13-4-milhoes-de-pessoas-na-rede-de-saude-mental-do-sus>).

59. A RAPS tem como diretrizes, dentre outras (art. 2º da Portaria GM/MS 3.088/2011):

- a) O respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- b) A promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- c) O combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- d) A atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; e
- e) O desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos, dentre outros.

60. A RAPS é formada pelos seguintes pontos de atenção (art. 5º da Portaria GM/MS 3.088/2011): (i) Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família (UBS/ESF), (ii) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), (iii) Unidades de Acolhimento (UA), (iv) Serviços de Residências Terapêuticas (SRT), (v) Programa de Volta para Casa (PVC), (vi) Unidades de Pronto Atendimento (UPA), (vii) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), (viii) Hospitais Gerais, (ix) Centros de Convivência e Cultura e (x) Consultórios de Rua.

61. Na figura abaixo, apresenta-se os pontos de acolhimento da RAPS.

Figura 1: Pontos de acolhimento da RAPS



Fonte: Ministério da Saúde disponível em [Rede de Atenção Psicossocial \(RAPS\) - Ministério da Saúde](#)

62. De forma geral, os pontos de acolhimento têm as seguintes funções, conforme sítio do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>) – peça 30:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

63. Os **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** são pontos de acolhimento que oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade para atender as necessidades de saúde mental.

64. O serviço conta com equipe multiprofissional, que atua em conjunto para atender pacientes com sofrimento psicossocial, incluindo aquelas que enfrentam problemas relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em 10/10/2024, Dia da Saúde Mental, o Ministério da Saúde anunciou um aumento de R\$ 383 milhões do orçamento para custeio anual dos CAPS e das Residências Terapêuticas, além da habilitação de 137 novos serviços da RAPS (fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/dia-mundial-da-saude-mental-governo-federal-aumenta-custeio-anual-da-rede-de-atencao-psicossocial-em-r-383-milhoes>).

65. Os CAPS estão estruturados em seis modalidades, de acordo com o tipo de serviço a ser oferecido aos pacientes em situações difíceis ou no processo de reabilitação psicossocial (peça 42).

66. CAPS I: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados as necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esta modalidade é indicada para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.

67. CAPS II: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esta modalidade é indicada para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

68. CAPS i: Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esta modalidade é indicada para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

69. CAPS ad Álcool e Drogas: Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Esta modalidade é indicada para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.

70. CAPS III: Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de problemas mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso decorrente de álcool e outras drogas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS ad, possuindo até cinco leitos para acolhimento noturno. Esta modalidade é indicada para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.

71. CAPS ad III Álcool e Drogas: Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com sofrimento psíquico intenso e necessidades de cuidados clínicos contínuos. Este serviço conta com no máximo 12 leitos de hospitalidade para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. É modalidade indicada para municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes.

Unidades de Acolhimento (UA)

72. As Unidades de Acolhimento (UAs) são residências temporárias para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, acompanhadas nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e que demandem acolhimento terapêutico e protetivo.

73. As Unidades de Acolhimento funcionam 24 horas e oferecem cuidados contínuos de saúde, em um ambiente de moradia, inserido na comunidade de acordo com o projeto terapêutico elaborado e pactuado com a pessoa usuária e o CAPS de referência.

74. Existem Unidades de Acolhimento para adultos maiores de 18 anos (UAA) e para crianças e adolescentes de 10 a 18 anos incompletos – unidade para o público infantil (UAI). Estas unidades são constituídas por equipe multidisciplinar, compostas por profissionais como psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, e funcionam como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado enquanto seu tratamento e projeto de vida acontecem nos diversos outros pontos da RAPS.

Leito de Saúde Mental em Hospital Geral

75. Para casos graves relacionados à problemas de saúde mental, e às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, o paciente é internado em leito de saúde mental em hospital geral.

76. Este serviço do componente de atenção hospitalar da RAPS tem como finalidade assegurar a retaguarda clínica e psiquiátrica em situações de crises, abstinência e intoxicação severa em pacientes com transtornos mentais.

77. As internações são de curta duração até a estabilização clínica do paciente. Estabilizado clinicamente, o paciente é encaminhado para cuidados contínuos em outros serviços extra-hospitalares da RAPS seguindo um plano terapêutico personalizado elaborado por profissionais de saúde que fazem o seu acompanhamento.

Atenção Básica à Saúde

78. A atenção básica é a ordenadora da rede de saúde e principal porta de entrada do SUS e tem por objetivo garantir o primeiro acesso à saúde, incluindo, também, cuidados em saúde mental, sendo fundamental a atuação de suas equipes, como Saúde da Família (eSF), Multiprofissionais (eMulti), Consultório na Rua, dentre outras, para prevenção de doenças e agravos, e de cuidado aos pacientes.

79. Os serviços são oferecidos em base territorial inserida na comunidade, nas proximidades do local de moradia das pessoas, e visam assegurar um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que inclui (i) o acolhimento da pessoa em sofrimento, (ii) a oferta de ações de promoção e proteção da saúde, (iii) a prevenção de agravos, (iv) o diagnóstico, (v) o tratamento, (vi) a reabilitação, (vii) a redução de danos e (viii) a

manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver a atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade.

Urgência e Emergência

80. Os Pontos de Atenção de Urgência e Emergência (pronto socorro e unidades de pronto atendimento - UPA) são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com problemas de saúde mental, atendendo situações de média e alta complexidade, por meio da prestação de socorro imediato.

Serviços de Residências Terapêuticas

81. São moradias inseridas nas comunidades, destinadas a acolher e cuidar das pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente, egressas de internações psiquiátricas de longa permanência em hospitais psiquiátricos e ‘hospitais de custódia’ (que são instituições que abrigam pessoas com transtorno mental grave e em conflito com a lei), que não possuam suporte social e laços familiares.

Programa de Volta para Casa

82. O Programa de Volta para Casa (PVC) é uma estratégia de desinstitucionalização e de política de inclusão social, criado pela Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos e de custódia.

83. O programa tem como objetivos promover a autonomia, auxiliar na construção de projetos de vida e ampliar a participação social e de cidadania dos beneficiários, com recursos de R\$ 40 milhões em 2024 (vide Tabela 1 no tópico contexto orçamentário).

84. Todas estas ações realizadas pela RAPS são fundamentais para o cuidado dos pacientes com sofrimento mental. Em relação ao jogo, associa-se o fato do estigma associado ao jogo patológico, que leva algumas pessoas a esconderem a sua condição e a não acessar os cuidados de saúde, sendo fundamental considerar este aspecto para estruturação de estratégias de saúde para identificação dos casos.

2.5. Ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde

85. O Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Atenção Especializada (SAES) e de Atenção Primária à Saúde (SAPS), desenvolveu ações para atender pacientes da atenção psicossocial, em atuação coordenada com as Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

86. Basicamente, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde, por meio da Departamento de Políticas e Estratégias de Saúde Comunitária (Descos) informou a realização de ações na prevenção e cuidados de pacientes no tocante à saúde mental, por intermédio das equipes de Atenção Primária em Saúde (eAP) e das equipes de Estratégia Saúde da Família (eSF) (peça 16).

87. As equipes de Atenção Primária em Saúde (eAP) e as equipes de Estratégia de Saúde da Família (eSF) atuam para a diminuição de agravos por condições que podem ser prevenidas, especialmente ao focar na prevenção e na promoção da saúde mental, o que inclui o atendimento de casos de envolvimento prejudicial com jogos de aposta on-line, além de atuarem no manejo das condições psicossociais.

88. O acompanhamento contínuo e o cuidado integral oferecido pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) ajudam a evitar complicações que levariam ao agravamento das condições de saúde e o comprometimento da saúde mental dos usuários acompanhados pelas equipes.

89. O Ministério da Saúde tem buscado expandir as coberturas destas equipes eSF, que impactam diretamente no cuidado às pessoas, sendo sabido que o acesso à Atenção Primária à Saúde contribui diretamente para a melhoria de diversos indicadores e condições de saúde (conforme verificado em sede de Auditoria Operacional no Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde – TC 037.379/2023-2, Ministro-Relator Augusto Nardes). Além disso, a atuação na promoção de hábitos saudáveis, e na prevenção de agravos, fortalece a saúde da população de maneira abrangente (peça 16).

90. O vínculo de confiança estabelecido entre as equipes de saúde e as comunidades, por meio da proximidade territorial e das visitas domiciliares, proporciona escuta qualificada e um atendimento mais humanizado, ajustado às necessidades individuais e coletivas, incluindo o cuidado longitudinal de usuários com sofrimento psíquico e comprometimento psicossocial relacionados a jogos de apostas.

91. As atribuições destas equipes estão fundamentadas na Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida nos termos da Portaria GM/MS 2.436/2017, e na Portaria GM/GS 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

92. Em linhas gerais, as ações preventivas realizadas por estas equipes incluem:

a) identificação precoce de comportamentos de risco como, por exemplo, o envolvimento excessivo com jogos de aposta, por meio da escuta qualificada dos profissionais de saúde, especialmente durante o acompanhamento contínuo e o cuidado integral;

b) ações de promoção da saúde mental e fortalecimento do vínculo entre as equipes de saúde e a comunidade, com foco na redução de agravos psicossociais e no manejo de possíveis transtornos, como nos casos associados ao vício em apostas; e

c) promoção de hábitos saudáveis, educação em saúde e disseminação de informações, tais como os riscos do envolvimento com jogos de aposta, com o apoio de campanhas educativas.

93. Estas ações fazem parte da Carteira de Serviços da Atenção Primária, e as atribuições das equipes realizadas pelas eSF podem incluir, conforme a organização territorial e as necessidades de saúde locais (peça 16, p. 7):

a) acolhimento via demanda espontânea dos usuários que estejam com algum sofrimento psíquico;

b) visitas domiciliares e o acompanhamento das famílias, que são formas de identificar precocemente esses problemas;

c) grupos de promoção e recuperação da saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS);

d) ações e campanhas educativas na unidade, escolas e demais equipamentos do território, incluindo ações intersetoriais conjuntas, como escolas, assistência social e comunidade;

e) oferta de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) dos casos graves e complexos, compartilhados em rede;

f) consultas individuais e/ou coletivas por equipe multiprofissional, com orientação psicossocial; e

g) compartilhamento do cuidado com demais pontos da rede de atenção de maior densidade tecnológica e especialistas.

94. A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde, por meio do Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Desmad), está elaborando um plano de ação que contempla estratégias distribuídas em quatro eixos prioritários, sendo eles: Eixo 1 - Qualificação dos profissionais da RAPS; Eixo 2 - Prevenção e Redução dos Danos; Eixo 3 – Cuidado; e Eixo 4 – Pesquisa (peça 16, p. 9).

95. O plano de ação contempla estratégias de prevenção e redução de danos. Essas estratégias incluem (i) campanhas nacionais para a conscientização da população sobre os riscos do jogo e o impacto na saúde mental, considerando seguimentos populacionais específicos (adolescentes, jovens, grupos vulneráveis); (ii) elaboração de cartilha com informações sobre o jogo para profissionais de saúde e população, abordando os sinais de alerta e as orientações para o acesso aos cuidados na RAPS; e (iii) implantação de linha de apoio e teleatendimento para prevenção e redução dos danos (peça 16, p. 10, e 22-25):

EIXO 1 - Qualificação dos profissionais de saúde

Ações:

Expansão da RAPS

Fortalecimento das estratégias existentes (busca ativa, acolhimento, matriciamento, grupos, etc)

Ciclo de Webnários

Curso de qualificação EAD 60h

Seminário internacional sobre jogos e saúde mental (2026)

EIXO 2 - Prevenção e Redução dos Danos
Ações:

Campanhas nacionais (TV aberta, rádio, serviços de saúde, Meu SUS Digital, plataformas de jogos)

Linha telefônica/teletendimento para acesso a orientação, prevenção e redução dos danos decorrentes do jogo

Guia de orientação/conscientização sobre jogos para públicos diversos (adolescentes, universitários, população geral, profissionais de saúde)

EIXO 3 - Cuidado
Ações:

Oficinas regionais com a RAPS para identificar demandas, fluxos de atendimento e orientar a qualificação do cuidado em saúde mental

Incluir questões sobre jogos no Prontuário Eletrônico da APS (E-SUS-APS)

Telessaúde

EIXO 4 - Pesquisa
Ações:

Fomento de um edital de pesquisa

Incluir dados sobre jogos no censo psicossocial

Estruturar monitoramento dos dados sobre jogo e saúde mental no Brasil

96. O plano de ação foi apresentado em novembro/2024 para a equipe de auditoria, todavia, ainda não foi submetido à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para sua validação (peça 48), não havendo previsão de datas para a sua conclusão.

Contexto orçamentário

97. Não há dotação específica para prevenção e cuidado de pacientes com sofrimento mental decorrente de jogos de aposta on-line (Atenção Primária), conforme se concluiu a partir de pesquisa empreendida pela equipe.

98. Os recursos custeiam tão somente a atenção especializada em saúde, por meio de programas específicos para saúde mental, a exemplo do custeio dos serviços (i) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), (ii) nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), (iii) nas Unidades de Acolhimento (UA), (iv) nos leitos de saúde mental em hospital geral, (v) no Programa de Volta para Casa (PVC), e (vi) na implantação de RAPS, os quais integram o orçamento administrado pelo Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad/SAES/MS).

99. A evolução destes gastos orçamentários, nos últimos cinco anos, com a Política de Saúde Mental, está demonstrada na tabela abaixo, constatando-se, em valores globais, que os recursos aplicados neste serviço (custeio e capital) pelo Ministério da Saúde, passaram de R\$ 1,55 bilhão, em 2020, para R\$ 2,61 bilhões, em 2024:

Tabela 1: Evolução orçamentária em saúde mental

Orçamento Desmad - 2020 a 2024 RAPS/Política de Saúde Mental (Acumulado ano a ano)					
Descrição Orçamentária	Ano				
	2020	2021	2022	2023	2024
8585 - Custeio do Serviço - Teto MAC	1.528.841.147,5 2	1.567.287.496,0 8	1.614.828.971,0 4	2.042.960.767,0 8	2.177.119.581,1 2

20AI - Programa de Volta para Casa – PVC	22.100.000,00	22.400.000,00	24.800.000,00	28.000.000,00	40.000.000,00
21CD - Implantação de serviços da RAPS		2.286.770,00	32.191.720,00	14.356.578,00	42.020.435,00
8535 – Estruturação		15.417.603,00	7.615.148,00	57.961.699,00	17.367.057,00
8535 - Estruturação PAC				102.755.000,00	342.300.000,00
Total	1.550.941.147,5 2	1.607.391.869,0 8	1.679.435.839,0 4	2.246.034.044,0 8	2.618.807.073,1 2

Fonte: Ministério da Saúde/SISMAC - Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade. (Dados de 21/11/2024) – adaptado - peça 16, p. 9.

100. Cabe destacar, como já dito antes, que a RAPS é composta também por serviços da Atenção Primária à Saúde e da Rede de Urgência e Emergência, os quais não são diretamente vinculados ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (Desmad/SAES) e, portanto, os gastos relativos a estas ações ano não estão contempladas na tabela acima.

101. Na Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS), não há dotação específica para atendimento de pacientes com sofrimento mental. As ações realizadas pelas equipes de atenção primária à saúde e Estratégia da Saúde da Família são custeadas pelo governo federal e entes federativos e envolvem a prevenção e cuidado (peça 16, p. 7).

102. Acerca do financiamento da atenção primária à saúde (APS), a Portaria GM/MS 3.493, de 10 de abril de 2024, alterou o Art. 2º, relativo ao Título II da Portaria de Consolidação GM/MS 6, de 2017. Essa alteração traz um marco importante no cofinanciamento da atenção primária no Brasil, ao implementar mudanças no modelo de repasse de recursos federais para os municípios, uma vez que reestrutura a forma como os recursos financeiros são distribuídos, com o objetivo de fortalecer a APS e garantir uma atenção mais eficiente e qualificada para a população (tal alteração é objeto de análise no âmbito da Auditoria Operacional no Modelo de Financiamento da Atenção Primária à Saúde – TC 037.379/2023-2, Ministro-Relator Augusto Nardes).

103. O novo financiamento da APS tem como objetivos otimizar o uso de recursos, promover qualidade no cuidado e incentivar os municípios a ampliar e qualificar a cobertura da atenção primária, além de buscar a melhorara dos indicadores de saúde, com a intenção de se obter uma distribuição mais equitativa dos recursos, de acordo com as necessidades de saúde da população e as condições locais.

104. Este modelo misto de cofinanciamento (União e entes federativos), é constituído pelos seguintes componentes: I. Componente Fixo; II. Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial; III. Componente de Qualidade; IV. Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e outras Composições de Equipes da APS; V. Componente para Atenção à Saúde Bucal; e, VI. Componente *per capita* de base populacional para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (conforme avaliado na auditoria objeto do TC 037.379/2023-2).

105. Passa-se a esclarecer cada um dos componentes, de acordo com a Portaria de Consolidação GM/MS 6, de 2017:

I - Componente Fixo: é um incentivo financeiro repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal, para apoiar o custeio e a implantação das equipes da Atenção Primária, composto por: I - incentivo fixo, a ser repassado mensalmente para eSF e eAP; e II - incentivo de implantação, a ser repassado em parcela única para eSF, eAP, eSB 40h e eMulti (art. 9º-A);

II - Componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial: tem o objetivo de estimular a qualificação do cadastro e acompanhamento territorial, possibilitando a reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento às pessoas. O valor do componente será transferido mensalmente, e dependerá do quantitativo de pessoas vinculadas à eSF e eAP, e acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti (art. 10, art. 10-A e art. 12);

III - Componente de Qualidade: tem a finalidade de incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS, com vistas a induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde. O incentivo financeiro para as eSF, eAP, eSB e eMulti é calculado conforme os resultados alcançados pelas equipes nos indicadores de saúde (a serem selecionados por ocasião da regulamentação), sendo transferido mensalmente (art. 12-B e art. 12-D);

IV - Componente para Implantação e Manutenção de Programas, Serviços, Profissionais e outras Composições de Equipes da APS: destina-se a apoiar o custeio de diversas estratégias de cuidado na APS, como equipes multiprofissionais, equipes de Consultório na Rua, Unidades Básicas de Saúde Fluvial, entre outros. As transferências financeiras seguem as regras previstas nas normas vigentes de cada programa, serviço, profissional ou equipe contemplada (art. 12-G);

V - Componente para Atenção à Saúde Bucal: tem a finalidade de apoiar as ações de saúde bucal nos territórios e contempla o custeio do valor fixo das equipes de Saúde Bucal (eSB), das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) (art. 12-J); e

VI - Componente *per capita* de base populacional para ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde: tem a finalidade de apoiar o custeio de ações realizadas pelos entes federativos considerando a estimativa populacional dos municípios e Distrito Federal divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para determinar o incentivo financeiro *per capita* a ser repassado anualmente em ato normativo do Ministério da Saúde (art. 12-P e 12-Q).

106. Conforme argumenta o Ministério da Saúde, houve aumento de valores repassados mensalmente para os entes federativos, a exemplo do custeio da eSF, por meio do qual os repasses mensais para as eSF passaram de R\$ 1,1 bilhão, valores de abril/2024, para R\$ 1,3 bilhão, em maio/2024, somando um incremento de R\$ 226 milhões mensais (peça 16).

107. Tais recursos destinados à Atenção Primária à Saúde são gerenciados pelos municípios, que têm autonomia para aplicar estes fundos de acordo com as necessidades locais, e dentro dos critérios estabelecidos pelas políticas nacionais de saúde.

108. O Ministério da Saúde entende que, com este financiamento, é possível que os municípios implementem incentivos para a qualidade do atendimento, incluindo o aumento do foco em saúde mental, como no caso de agravos psicossociais causados por uso compulsivo de jogos on-line.

Indicadores

109. O Ministério da Saúde não construiu ainda quaisquer indicadores específicos para mensurar o impacto dos jogos de apostas on-line nas perspectivas de financiamento à saúde mental, e que permitiria ter metas de resultados das medidas preventivas e de tratamento na atenção primária, assim como não possui sequer dados sobre o número de atendimentos feitos pela eSF destes pacientes em sofrimento por causa de jogo compulsivo (peça 16, p. 7 e 8).

110. O Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Descó) informou, genericamente, que o novo financiamento da APS, por meio da Portaria GM/MS 3.493/2024, prevê incentivo a diversas estratégias de cuidado, como vínculo e acompanhamento territorial e incentivos de qualidade, componentes que visam o incentivo à melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS, buscando induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde para o cuidado da população.

111. Em relação à atenção especializada, a SAES informou que os indicadores para mensurar o impacto do jogo na saúde estão em desenvolvimento e que, a partir da implantação das estratégias do plano de ação, será possível estabelecer com mais precisão os indicadores, visto que esta definição depende de um conjunto de dados e medidas, ainda em fase de elaboração (peça 16, p. 10).

112. A construção de indicadores e seu acompanhamento fornecem informações estratégicas para a tomada de decisão na alocação de recursos e na promoção de ações de saúde diante de cenários avaliados.

Número de pacientes da atenção psicossocial envolvidos com jogo patológico

113. O número de pessoas que praticam jogos de aposta é feito por estimativa. O Ministério da Saúde, citando dados da OMS e de pesquisas da academia, considerando a população mundial, estimou que, em 2023, (i) 46,2% dos adultos e (ii) 17,9% dos adolescentes envolveram-se em jogos de aposta, com as maiores taxas identificadas entre os homens (49,1%) quando comparado às mulheres (37,4%) (peça 16, p. 10).

114. Na América Latina, a prevalência é de 31,7% de jogadores adultos no ano e, das pessoas adultas que jogam, cerca de 8,7% são classificadas como envolvidas em qualquer jogo de risco e 1,41% em jogo problemático (peça 16, p. 10).

115. Quanto ao transtorno do jogo, a OMS estima uma prevalência que varia entre 1,3% e 9,9% na população geral, a depender do país (peça 16, p. 10).

116. O Ministério da Saúde informou que, no Brasil, os dados ainda não são suficientes para estimar uma prevalência atual, porém, um estudo nacional de 2014 identificou que cerca de 1,3% dos brasileiros apresentavam o diagnóstico do transtorno do jogo (segundo DSM-5) (peças 16, p. 10; e 33).

117. Além dos dados acima citados, a fim de dar uma dimensão, na tabela abaixo apresenta-se estimativa de pessoas envolvidas com jogos de aposta e jogo problemático no mundo e no Brasil.

Tabela 2: Pessoas envolvidas com jogos de aposta e jogo problemático

Trabalho	Mundo		Brasil		peça
	Participa em jogos de aposta %	Jogo patológico %	Participa em jogos de aposta %	Jogo patológico %	
<i>The global gambling industry. The Lancet Public Health Commission on gambling. 2024</i>	46,2 e 17,9 ⁴	15,8 e 26,4 ⁵			40
<i>The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. 2024</i>	46	8			35
<i>Epidemia das Bets. Instituto Locomotiva. QuestionPro. 2024</i>			24 ¹		39
<i>Risk Factors for Gambling Disorder: A Systematic Review. Journal of Gambling Studies. 2023</i>				0,12 a 5,8	34
<i>Apostas Esportivas On-line. Data Folha. 2023</i>			14 ¹		38
<i>Transtorno de Jogo: contribuição da abordagem psicodinâmica no tratamento. USP. 2022.</i>	0,2 a 4 ³			1,3	37
<i>The epidemiology and impact of gambling disorder</i>		0,1 a 6			32

<i>and other gambling-related harm.</i> OMS. 2017					
<i>Gambling in Brazil: a call for an open debate.</i> Society for the Study Addition. 2014		1	12 ²	1,0 a 1,3	33

Fonte: elaboração própria com dados catalogados nos estudos indicados.

Notas:

1 - Apostas on-line;

2 – Jogam pelo menos uma vez ao mês (dados da pesquisa de 2010);

3 – Dados de 2017;

4 - 46,2% dos adultos e 17,9% dos adolescentes se envolveram em jogos de azar de algum tipo, em 2023;

5 - Transtorno do jogo pode afetar 15,8% dos adultos e 26,4% dos adolescentes que jogam usando produtos de cassino ou caça-níqueis on-line, e 8,9% dos adultos e 16,3% dos adolescentes que jogar usando produtos de apostas esportivas.

118. Os dados estimativos demonstram que a prática de jogos de apostas envolve uma quantidade significativa de pessoas, das quais outras acabam tendo problemas que envolvem a saúde mental. Segundo estudo publicado na Revista *Lancet*, em um cenário global, 8,9% dos adultos e 16,3% dos adolescentes desenvolveram transtorno do jogo com produtos de apostas esportivas (peça 40, p. 2).

Número de atendimento de pacientes envolvidos com jogo patológico

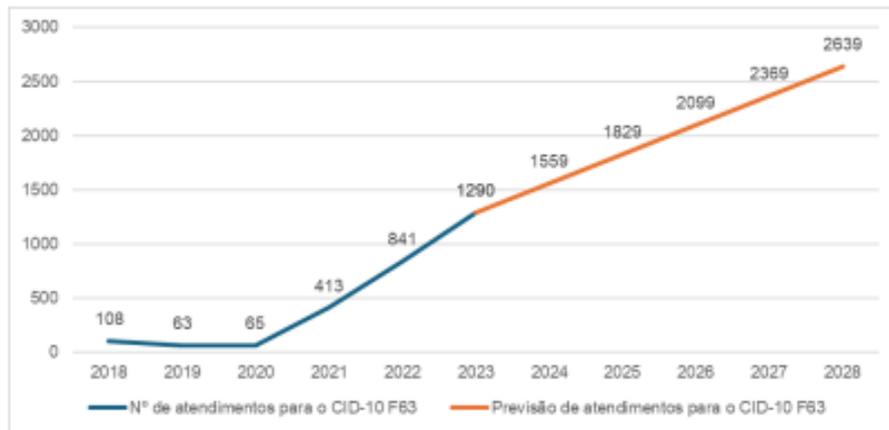
119. De acordo com a SAES, o Ministério da Saúde monitora os problemas do jogo patológico com base no número de atendimentos ambulatoriais realizados na CID-10 (ou seja, a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, sistema de codificação criado pela OMS), código F-63 (Jogo Patológico, também chamado de Ludomania, caracterizando o vício em jogos de azar), que inclui os atendimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (peça 16, p.10).

120. Os dados da CID-10, F-63, são obtidos no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), e permitem acompanhar o número de atendimentos que estão sendo realizados por esses serviços ambulatoriais, bem como apresentam um panorama da demanda na RAPS, apoiando a elaboração de ações.

121. Na figura abaixo, apresenta-se a evolução do número de atendimentos de pacientes na CID-10 F-63 Jogo Patológico. Verifica-se que o número vem crescendo acentuadamente desde 2020 (coincidindo com a pandemia Covid-19). Naquele ano, de 2020, ocorreram apenas 65 atendimentos e, no ano de 2024, foram realizados 1.559 atendimentos até 31 de outubro, com estimativa de alcançar 2.639 atendimentos em 2028 (peça 16, 10).

122. Vale destacar, que o número de atendimentos não representa o número de pacientes, uma vez que cada paciente pode ter um ou mais atendimentos nos estabelecimentos de saúde, na mesma codificação CID.

Figura 2: Evolução do número de atendimentos para a CID-10 F-63 Jogo Patológico



Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais (sai/MS). Dados extraídos em 31/10/2024 – adaptado (peça 16, p. 10)

Campanhas de orientação sobre jogos de apostas on-line

123. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) informou que não lançou uma campanha nacional de esclarecimento que seja específica sobre o risco do vício em jogos on-line, de forma similar às bem-sucedidas campanhas antitabagismo, mas acrescentou que a educação sobre comportamentos aditivos e seus impactos faz parte das estratégias de promoção da saúde mental dentro da APS e da RAPS (peça 16, p. 8).

124. O comportamento aditivo, conforme já visto, é um comportamento de natureza repetitiva e compulsiva envolvendo a busca compulsiva por uma substância ou atividade, a exemplo de drogas, comida, sexo, jogo, internet, exercício físico, que resulta em dependência e impacta negativamente a vida das pessoas. E não há dúvidas de que esse comportamento nocivo à saúde acaba sendo impactado pela enorme quantidade de propagandas comerciais que são observadas hoje, em várias mídias (TV, internet, jogos de futebol etc.). Ao mesmo tempo, não se observa uma reação governamental, minimamente proporcional, por meio de campanhas na mídia que busquem a conscientização acerca da gravidade dos transtornos relacionados aos jogos de aposta on-line.

125. A SAES, como dito antes, informou que campanhas de orientação para profissionais e população integram um dos eixos do plano de ação elaborado pelo Ministério da Saúde acerca dos riscos à saúde mental do jogo problemático.

126. Estes dados preliminares, (i) da tabela 2 (pág. 28), envolvendo estimativa de pessoas com transtornos decorrentes do jogo patológico e (ii) da figura 2 (acima), sobre o número de atendimentos destes pacientes, informados pelo Ministério da Saúde, e considerando (iii) a população brasileira de 213 milhões de habitantes, sugerem que um número significativo de pessoas com sofrimento psicossocial em decorrência do jogo patológico ($213.000.000 \times 1,3\% = 2,76$ milhões) pode estar desassistida do SUS, uma vez que as iniciativas para orientação e conscientização dos riscos de vício em jogos de apostas on-line são praticamente inexistentes e não há quaisquer indicadores para fundamentar a prevenção, o acolhimento e o efetivo cuidado destas pessoas, salvo uma mera estatística acerca do número de atendimento na RAPS.

2.6. Partes interessadas

127. Em razão da transversalidade da temática envolvendo saúde mental e jogos de apostas, a equipe de auditoria levantou e consolidou as partes interessadas, a exemplo do Tribunal de Contas da União (TCU), do Supremo Tribunal Federal (STF), do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Fazenda (MF). Na Matriz de Análise *Stakeholders* constam todos os atores catalogados com seus interesses na temática (peça 43).

128. No âmbito de cada parte interessada, estão sendo realizadas ações para tratar da problemática no campo de suas competências, destacando-se, a título exemplificativo:

1) Tribunal de Contas da União: realização de ações de controle por meio de suas unidades especializadas de auditoria:

a) AudBenefícios - **TC 024.146/2024-2** - Levantamento no comprometimento de renda dos beneficiários do Bolsa Família com apostas online;

b) AudBancos - **TC 024.430/2024-2** - Acompanhamento para conhecer e acompanhar as ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) e da Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) para prevenir a lavagem de dinheiro, no que se relaciona às apostas de cota fixa de eventos esportivos (*bets*), de acordo com a Comunicação da Presidência de 2/10/2024;

c) AudTI - **TC 025.609/2024-6** - Acompanhamento das ações propostas pelo Governo Federal para prevenir o roubo de dados dos apostadores, e outros aspectos relativos à tecnologia da informação nas empresas autorizadas a explorar jogos com apostas de quota fixa (*bets*); e

d) AudFiscal – **TC 026.536/2024-2** – Acompanhamento com o propósito de compreender o processo de autorização para o funcionamento de empresas de apostas on-line, além de avaliar sua conformidade e a tributação aplicável ao setor.

2 – Supremo Tribunal Federal (STF): tramitam as Ações Diretas de Inconstitucionalidade: (i) (ADIN) 7.721 Distrito Federal, proposta pela Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo (CNC); e (ii) (ADIN) 7.723, de autoria do Partido Solidariedade (Partido SD); ambas de relatoria do Ministro Luiz Fux, objetivando a declaração de inconstitucionalidade da Lei 14.790/2023, que regulamenta a modalidade de apostas de quota fixa. O relator determinou, em medida cautelar, em 12/11/2024, que o governo federal adotasse medidas imediatas para que a regulamentação elaborada pelo Poder Executivo Federal especificamente prevista na Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, tivesse aplicação imediata, no tocante à publicidade quanto vedação de publicidade e propaganda que tenham crianças e adolescentes como público-alvo, bem como (ii) para que sejam implementadas medidas imediatas de proteção especial que impeçam a participação nas apostas de quota fixa com recursos provenientes de programas sociais e assistenciais como o Bolsa Família, o Benefício de Prestação Continuada e congêneres, até a conclusão do julgamento de mérito das referidas ações diretas de inconstitucionalidades (peça 44). A medida cautelar foi referendada pelo Plenário do STF, em Sessão Virtual Extraordinária de 14/11/2024 (peça 52).

3 – Senado Federal – está sendo realizada, por Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), a partir de sua instauração, em 12/11/2024, a CPI das *Bets*, de relatoria da Senadora Soraya Thronicke, e Presidência do Senador Dr. Hiran (médico), tendo por objetivo investigar a crescente influência dos jogos virtuais de apostas online no orçamento das famílias brasileiras, além da possível associação com organizações criminosas envolvidas em práticas de lavagem de dinheiro, bem como o uso de influenciadores digitais na promoção e divulgação dessas atividades. O plano de trabalho aprovado (para um prazo de 130 dias) conta com oito eixos temáticos: a) Lavagem de dinheiro e evasão de divisas; b) Direito do consumidor; c) Transações financeiras; d) Impactos socioeconômicos; e) Publicidade e responsabilidade social; e) Algoritmos e transparências nas plataformas de apostas; f) Educação e conscientização; g) **Impactos sobre a saúde**. O relatório final tem previsão para ser elaborado no primeiro semestre de 2025 (peça 45). A mais recente ação da CPI foi a 6ª reunião, ocorrida em 17/12/2024. Ainda não houve reunião no ano de 2025.

4 – Controladoria-Geral da União (CGU) – está sendo realizada auditoria nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com previsão de conclusão dos trabalhos e emissão de relatório para o primeiro semestre de 2025 (peça 46).

2.7. Ambiente interno e externo

129. Em análise preliminar do ambiente em que se insere o objeto do Levantamento, verificou-se a existência de fatores que contribuem positivamente para a prestação de serviços de saúde mental, voltados para a prevenção e o tratamento de jogo patológico, e que possibilitam oportunidades de melhorias externamente, assim como fatores que podem comprometer ou dificultar a oferta e prestação de tais serviços.

130. A equipe de auditoria elaborou matriz SWOT com as principais características identificadas, inicialmente, no ambiente (peça 47).

131. As principais forças/fortalezas/pontos fortes identificados foram: a) Construção de plano de ação pelo Ministério da Saúde com ações preventivas e de cuidado para mitigar o impacto das *bets* na saúde mental da população; b) Existência da Rede de atenção psicossocial (RAPS), única, integrada e em todo país (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>); c) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

nos estados/municípios, com atendimento especializado; e d) Atuação da atenção primária à saúde (APS) por meio das equipes ESF, eMULTI e eAP.

132. As principais fraquezas/pontos fracos identificados foram: a) Limitação de recursos para custeio e investimento na RAPS; b) Falta de informações e estudos do impacto das *bets* na saúde mental das pessoas, com dados mais precisos sobre quantidades de pessoas com sofrimento mental decorrente de vício em jogos de apostas; e c) Falta de campanhas oficiais de orientação e conscientização do elevado risco de vício em jogos de aposta on-line.

133. Os principais pontos de oportunidade de melhoria são: a) Melhoria qualitativa e aumento do quantitativo de atendimentos da atenção psicossocial na RAPS; b) Maior integração e interação da atenção especializada com a atenção primária; c) Realização de campanhas e informes específicos para a conscientização do risco de vício em jogos de apostas on-line; e d) Realização de capacitação e treinamento de servidores da APS e RAPS para identificação de pacientes com vício em jogos on-line.

134. Por fim, existe uma série de ameaças que necessitam ser mitigadas para a melhoria dos serviços envolvendo a atenção psicossocial, a saber: a) Expectativa de aumento de casos e de atendimento de pessoas com vício em jogos de apostas on-line; b) Deficiências na estrutura das RAPS; c) Demora na adoção de medidas para mitigar o risco de vício em jogos de apostas on-line; d) Aumento de problemas de saúde mental com outras pessoas da mesma família de pessoas que sofrem com vício em jogos de aposta on-line (transferência da carga emocional e das perdas financeiras); e e) Envolvimento de crianças e adolescentes (que sequer possuem renda própria) em jogos de apostas on-line.

3 – áreas prioritárias

135. A atenção à saúde mental no âmbito do Ministério da Saúde integra especificamente as ações de saúde realizadas pela Secretaria de Atenção Especializada (SAES) e pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), passando-se a detalhar a atuação de cada uma delas.

3.1. Órgãos responsáveis e competências

136. O Ministério da Saúde tem como áreas de competência, nos termos do artigo 1º do Anexo I do Decreto 11.798, de 28 de novembro de 2023, alterado pelo Decreto 12.036, de 28 de maio de 2024, os seguintes assuntos: (decreto 12.036/2024

- I - política nacional de saúde;
- II - coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde - SUS;
- III - saúde ambiental e ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e a dos indígenas;
- IV - informações de saúde;
- V - insumos críticos para a saúde;
- VI - ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras, de portos marítimos, fluviais e lacustres e de aeroportos;
- VII - vigilância de saúde, especialmente quanto a drogas, a medicamentos e a alimentos;
- VIII - pesquisa científica e tecnológica na área de saúde; e
- IX - produtos, serviços e inovações tecnológicas em fármacos e em medicamentos para fortalecimento do complexo industrial e econômico da saúde.

137. No tocante à saúde mental, e pela forma de atendimento de ‘porta aberta’ (modelo que não exige encaminhamento prévio ou agendamento para que o paciente tenha o acolhimento imediato, sem triagens ou burocracias), conta basicamente com duas secretarias em sua estrutura organizacional: (i) Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), e (ii) Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) (artigo 2º do Anexo I do Decreto 11.798/2023).

138. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) foi estruturada com quatro departamentos: (i) Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária (Descos); (ii) Departamento de Gestão do

Cuidado Integral (DGCI); (iii) Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (Depros); e (iv) Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária (DGAPS).

139. A Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) possui cinco departamentos: (i) Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência; (ii) Departamento de Atenção Especializada e Temática; (iii) Departamento de Certificação de Entidades Benéficas de Assistência Social em Saúde; (iv) Departamento de Regulação Assistencial e Controle; e (v) Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Desmad).

140. Nos artigos 21 a 31 do Anexo I do Decreto 11.798/2023, apresentam-se as competências das secretarias e dos departamentos. A atenção primária, por meio de **todos** os seus quatro departamentos, e a atenção especializada, via Desmad, relacionam-se diretamente com a prevenção e o cuidado de pacientes com sofrimento psicossocial. Relacionam-se, a seguir, as competências das secretarias e destes departamentos:

Art. 21. À Secretaria de Atenção Primária à Saúde compete:

I - planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção Primária à Saúde;

II - fomentar estratégias que fortaleçam a atenção primária à saúde, a fim de alcançar os objetivos de alto grau de resolutividade e integralidade da atenção;

III - fomentar a implementação de políticas e ações de promoção de equidade em saúde;

IV - planejar a necessidade da força de trabalho, apoiar a elaboração de plano de formação profissional e desenvolver estratégias de formação e provimento de profissionais para a atenção primária à saúde;

V - desenvolver mecanismos de gestão, controle, monitoramento e avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento da atenção primária à saúde;

VI - propor a incorporação de tecnologias do cuidado em atenção primária à saúde;

VII - coordenar a formulação e a definição de diretrizes para o financiamento federal das políticas, dos programas e das estratégias da atenção primária à saúde;

VIII - coordenar os processos de formulação, implementação, fortalecimento e avaliação das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde;

IX - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no que se refere às políticas, aos programas e às ações da Secretaria;

X - coordenar, monitorar e avaliar as políticas, os programas e as estratégias destinados a apoiar os Estados, o Distrito Federal e os Municípios na garantia de ambiência, estrutura física, equipamentos, insumos e tecnologias adequados às Unidades Básicas de Saúde e aos demais pontos de atenção fundamentais ao seu fortalecimento; e

XI - articular e executar, em conjunto com as demais Secretarias do Ministério, medidas e ações de integração da atenção primária à saúde aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada e às ações de vigilância em saúde.

Art. 22. Ao Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária compete:

I - normatizar, promover e coordenar a organização e o desenvolvimento das ações e dos atributos da atenção primária à saúde que fortaleçam a Estratégia Saúde da Família e que sejam orientadas de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS;

II - fomentar estratégias que ampliem o acesso e assegurem o primeiro contato dos cidadãos com a atenção primária à saúde e que reduzam a quantidade de pessoas expostas a situações de iniquidade em saúde;

III - promover e induzir estratégias de organização das ações de atenção primária à saúde com vistas à longitudinalidade e à continuidade do cuidado, respeitadas as especificidades territoriais dos Municípios e das regiões do País, com atenção ao fluxo das pessoas na rede assistencial;

IV - desenvolver estratégias que ampliem a resolutividade da atenção primária à saúde e a integralidade do cuidado;

V - apoiar o desenvolvimento de estratégias de coordenação de cuidado no fluxo dos pacientes entre serviços assistenciais do SUS;

VI - participar da formulação, coordenar, implementar, avaliar e monitorar a Política Nacional de Saúde Bucal;

VII - participar da formulação, coordenar, implementar, avaliar e monitorar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional e as políticas de promoção da equidade em saúde;

VIII - desenvolver e gerir ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento e a qualificação da atenção primária à saúde;

IX - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade da atenção primária à saúde, com foco nos seus atributos essenciais e nos princípios e nas diretrizes do SUS, e induzir a implementação de mecanismos de incentivo por desempenho; e

X - formular, implementar e avaliar modelo de financiamento federal da atenção primária à saúde.

Art. 23. Ao Departamento de Gestão do Cuidado Integral compete:

I - coordenar o processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde nos seguintes segmentos:

- a) criança;
- b) mulher;
- c) pessoa idosa;
- d) homem; e
- e) adolescentes e jovens;

II - formular, planejar, avaliar e monitorar ações estratégias de atenção à saúde no âmbito das políticas de saúde para populações estratégicas ou vulneráveis; e

III - prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na organização de ações de atenção à saúde para populações estratégicas ou vulneráveis.

Art. 24. Ao Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde compete:

I - orientar e coordenar a organização das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde;

II - incentivar o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas na rede de atenção à saúde;

III - promover ações intersetoriais a fim de incidir sobre os determinantes sociais e os fatores que influenciem diretamente a saúde da população;

IV - difundir tecnologias efetivas, nacionais ou internacionais, de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas;

V - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a organização e a valorização das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas;

VI - desenvolver, em conjunto com o Departamento de Estratégias e Políticas de Saúde Comunitária, e disponibilizar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios estratégias de formação, monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde na atenção primária à saúde destinados à promoção da saúde e à prevenção das doenças crônicas; e

VII - estimular e apoiar as iniciativas internacionais de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas.

Art. 25. Ao Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária compete:

I - coordenar a incorporação de instrumentos para a organização gerencial e operacional da atenção primária, de acordo com a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde;

II - planejar, coordenar, monitorar e avaliar o provimento de profissionais da área de saúde no âmbito da atenção primária do SUS;

III - planejar, coordenar, monitorar e avaliar a celebração de contratos, termos de cooperação e instrumentos congêneres com as instituições envolvidas na execução das ações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde;

IV - realizar a gestão de informações estratégicas para o desenvolvimento da atenção primária à saúde nas localidades com dificuldade de provimento médico e alta vulnerabilidade, a partir da coleta, do processamento, do tratamento, do monitoramento e da avaliação de dados primários e secundários disponibilizados por instrumentos de registro, sistemas de informação em saúde e outras bases de dados estratégicos às finalidades da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS; (Redação dada pelo Decreto 12.036, de 2024) Vigência

V - propor estratégias de formação e supervisão para os profissionais de saúde participantes dos programas de provimento;

VI - prestar cooperação técnica aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios na organização de ações de atenção básica em saúde;

VII - desenvolver e implementar programas e estratégias que promovam melhorias na ambiência e na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e dos demais serviços que integrem a atenção primária à saúde nos diversos territórios do País; e

VIII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, quanto às políticas de atenção primária à saúde.

Art. 26. À Secretaria de Atenção Especializada à Saúde compete:

I - participar da formulação e da implementação da política de atenção especializada à saúde, observados os princípios e as diretrizes do SUS;

II - estabelecer normas técnicas com critérios, parâmetros e métodos para ações e serviços da atenção especializada à saúde;

III - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção especializada à saúde;

IV - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência especializada à saúde;

V - desenvolver mecanismos de gestão, controle, monitoramento e de avaliação das ações destinadas à organização e à implementação das políticas estruturantes para o fortalecimento e a qualificação da atenção especializada à saúde;

VI - prestar cooperação técnica na implantação e na implementação de normas pelas equipes das Secretarias de Saúde, de instrumentos e de métodos da atenção especializada à saúde que fortaleçam a gestão e a regulação assistencial do SUS;

VII - coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da rede de atenção psicossocial no âmbito do SUS;

VIII - coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer;

IX - proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestem ou realizem ações sociais na área de saúde, conforme disposto em lei;

X - articular, em conjunto com as demais Secretarias, a integração das ações e dos serviços de saúde na atenção primária, na urgência e na emergência, na atenção especializada e na vigilância em saúde;

XI - apoiar as ações administrativas e operacionais da Força Nacional do SUS;

XII - coordenar a gestão dos hospitais federais do Ministério localizados no Estado do Rio de Janeiro e a sua articulação com os demais serviços em saúde locais e regionais de saúde em âmbito nacional; e

XIII - apoiar a gestão e prestar assessoria técnico-executiva ao Instituto Nacional de Cardiologia, ao Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia e ao Instituto Nacional de Câncer.

(...)

Art. 31. Ao Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas compete:

I - coordenar os processos de implementação, fortalecimento e avaliação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e da rede de atenção psicossocial para pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

II - elaborar instrumentos técnicos e participar da elaboração de atos normativos para subsidiar o desenvolvimento, a implantação e a gestão das ações estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento;

III - incentivar a articulação com movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins, para fomento à participação popular e social na formulação, no acompanhamento e na avaliação das ações programáticas estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento;

IV - fomentar pesquisas relacionadas às ações programáticas estratégicas; e

V - promover cooperação técnica com instituições de pesquisa e ensino para o desenvolvimento de tecnologias inovadoras de gestão e atenção à saúde das ações programáticas estratégicas para a rede de atenção psicossocial. **(destaques não constam do original)**

141. A execução das políticas de saúde mental, após sua formulação/coordenação pelo MS, é realizada por Estados e Municípios, por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), envolvendo estrutura de atenção primária à saúde (eSF aAP e UBS) e da atenção especializada (CAPS), conforme descrito anteriormente no item 2.4.

4 – Riscos e controles internos

142. Por ocasião da elaboração da Matriz de Panejamento (peça 18), a equipe de auditoria considerou a possibilidade de ocorrência de riscos envolvendo o objeto do Levantamento, os quais foram consolidados na Matriz de Risco (peça 19).

143. O risco é a possibilidade de ocorrência de um fato, que, se ocorrer, desencadeará uma ou mais consequências, gerando impacto no ambiente. Todo risco possui uma ou mais causas, as quais devem ser tratadas para eliminar ou mitigar as consequências e o impacto.

144. Os principais riscos identificados foram:

a) Ausência de dados/registros e estudos sistemáticos/diagnósticos relacionados ao impacto da liberação, em 2018, e posterior regulamentação, em 2024, dos jogos de apostas on-line na saúde mental da população;

b) Deficiência da estrutura do Ministério da Saúde na coordenação das ações de saúde junto aos entes subnacionais, e, internamente, com os demais órgãos técnicos, para cuidar da saúde mental decorrente de jogos de apostas on-line;

c) Falta de recursos necessários na RAPS para prevenção e cuidado com saúde mental;

d) Ausência de campanhas educativas/divulgação para a prevenção quanto aos riscos e danos do uso indiscriminado de jogos de apostas on-line;

e) Atuação deficitária da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), diante do aumento do atendimento de pessoas com sofrimento mental em decorrência da utilização indiscriminada de jogos on-line;

f) Deficiência de interlocução entre Ministério da Saúde e demais partes interessadas públicas, para mitigar esses riscos, tais como: Ministério da Fazenda, Ministério dos Esportes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

g) Ausência de normatização específica, pelo Ministério da Saúde, sobre vício em jogos de apostas on-line.

145. Em relação aos controles internos, o Ministério da Saúde conta com a Assessoria Especial de Controle Interno (AECI) e a Corregedoria, como órgãos de assistência direta e imediata ao Ministro de Estado da Saúde, conforme estrutura regimental aprovada pelo Decreto 11.798, de 28 de novembro de 2023.

146. Dentre outras, compete à Corregedoria (art. 5º):

I - planejar, supervisionar, orientar, executar, controlar e avaliar as atividades de correção desenvolvidas no âmbito do Ministério da Saúde;

II - promover ações destinadas à valorização e ao cumprimento de preceitos relativos à ética funcional e à conduta disciplinar dos servidores;

III - verificar os aspectos disciplinares dos procedimentos administrativos, de ofício ou sempre que demandada pelos dirigentes de área, pela ouvidoria, pelos órgãos de controle, e a partir de denúncias e resultados de procedimentos internos;

147. A Assessoria Especial de Controle Interno tem por competências (art. 10):

I - assessorar diretamente o Ministro de Estado e a alta administração nas áreas de controle interno, gestão de riscos, transparência e integridade da gestão;

(...)

III - prestar orientação técnica ao Secretário-Executivo, aos gestores do Ministério e aos representantes indicados pelo Ministro de Estado em conselhos e em comitês, nas áreas de controle, gestão de riscos, transparência e integridade da gestão;

IV - acompanhar processos de interesse do Ministério da Saúde junto aos órgãos de controle interno e externo;

V - supervisionar o Programa de Integridade do Ministério da Saúde;

VI - assessorar o Comitê Interno de Governança do Ministério da Saúde;

VII - prestar orientação técnica na elaboração e na revisão de normas internas e de manuais;

XII - apoiar as ações de capacitação nas áreas de controle, gestão de riscos, transparência e integridade da gestão.

148. Os documentos técnicos elaborados pelas áreas técnicas (coordenações e departamentos) possuem supervisão de órgão superior (secretarias), que expressam concordância com os atos anteriores, normalmente com motivação aliunde.

5 - Problemas recorrentes

149. No levantamento dos riscos envolvidos em ações de controle já realizadas pelo Tribunal, verificou-se, acerca do objeto deste trabalho, alguns problemas recorrentes, que merecem atenção no seu tratamento, a fim de mitigar impactos negativos na implementação das políticas públicas voltadas para atenção psicossocial.

150. De forma não exaustiva, os problemas recorrentes estão ligados à (i) limitação orçamentária, (ii) capacitação de profissionais que atuam na atenção primária e nos CAPS, (iii) integração e interação do órgãos de saúde com as demais partes interessadas (Ministério da Fazenda, Ministério dos Esportes, Conass, Conasems), (iv) falta de campanhas oficiais de orientação e conscientização da população sobre o risco de vício em jogos de apostas on-line, e (v) demora na regulamentação para prevenção e orientação sobre os jogos de apostas on-line.

151. No **aspecto orçamentário**, como verificado na Tabela 1 do item 2.5, em termos globais, houve uma evolução de despesas (capital e custeio) de 1,55 bilhão para R\$ 2,61 bilhão (cerca de 68,9%), entre os exercícios de 2020 e 2024, graças ao incremento do teto MAC (média e alta complexidade), que evoluiu no mesmo período de R\$ 1,52 bilhão para R\$ 2,17 bilhão (cerca de 42,4%).

152. O teto MAC participa do custeio dos serviços de saúde de média e alta complexidade (pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas). Estes serviços são organizados de forma hierarquizada e regionalizada, e realizados pelas unidades de saúde local, a exemplo de hospitais, ambulatórios, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs), incluindo-se o atendimento de atenção psicossocial que se adequa a este tipo de serviço especializado.

153. Quanto à estruturação da RAPS, a partir de 2021 houve destinação de recursos de investimento (R\$ 15,4 milhões), sendo incluído no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) no exercício de 2024 a programação para gastos na ordem de R\$ 342,3 milhões.

154. Apesar de melhorias no sentido de aumento de despesas, para atender a demanda, a ausência de parâmetros e indicadores, sobre atenção psicossocial decorrente de vício de jogos de apostas on-line, pode

ensajar ainda maiores investimentos, uma vez que nem todos os municípios possuem CAPS em sua estrutura organizacional.

155. No aspecto de **capacitação e treinamento** de profissionais de saúde para atuar na atenção psicossocial, especialmente para identificação de pessoas envolvidas com vícios de jogos de apostas on-line, as equipes locais das secretarias estaduais e municipais de saúde ainda não tiveram treinamento específico acerca desta temática.

156. No plano de trabalho elaborado pelo Ministério da Saúde consta o Eixo denominado ‘capacitação dos profissionais da RAPS’ (peça 16, p. 22-25), o qual, quando implementado, deve melhorar e ampliar a identificação de eventuais pacientes de vício em jogos de apostas on-line, e mitigar esta problemática

157. Em relação à **integração com as demais partes interessadas**, o Ministério da Saúde integra o Grupo de Trabalho Interministerial de Saúde Mental e de Prevenção e Redução de Danos do Jogo Problemático, instituído pela recente Portaria Interministerial MF/MS/Mesp/Secom 37, de 6 de dezembro de 2024, que tem o objetivo de planejar ações de prevenção, redução de danos e assistência a pessoas e grupos sociais em situação de comportamento de jogo problemático, com prazo de sessenta dias corridos para entrega de relatório sobre atividades e resultados e proposta de plano de ação, podendo tal prazo ser prorrogado por período inferior a sessenta dias por ato dos coordenadores (peça 29).

158. Ainda, o Ministério da Saúde fez interações com a Secretaria de Prêmios e Apostas do Ministério da Fazenda (SPA/MF), as quais resultaram na publicação da Portaria SPA/MF 1.231, 31 de julho de 2024, que disciplina o jogo responsável (peça 16, p. 11).

159. Todavia, em reunião realizada com representantes da Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS), no dia 10/2/2025, a equipe de auditoria tomou conhecimento que o plano de ação em elaboração pelo Ministério da Saúde ainda não havia sido submetido à aprovação da Comissão Intergestores Tripartite - CIT.

160. O Conselho Nacional de Secretários Estaduais (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) são entidades legitimadas que representam os gestores de saúde locais, os quais efetivamente implementam/executam as políticas de saúde.

161. Estas entidades deveriam participar e opinar sobre as diretrizes do plano de ação, uma vez que as ações devem ser integradas entre Ministério da Saúde, secretarias estaduais, municipais e distrital de saúde, no âmbito de suas respectivas competências, estabelecidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei do SUS).

162. No tocante à **falta de campanhas oficiais de orientação e conscientização da população sobre o risco de vício em jogos de apostas on-line** (peça 16, p. 8), a situação alberga preocupação maior, uma vez que a avalanche de propaganda das chamadas *bets* na mídia, com a participação de celebridades, nos uniformes das equipes profissionais esportivas (futebol etc.), nos estádios de esportes, e nos aplicativos de aparelhos celulares, atinge as pessoas de forma constante, incisiva e massificada, sugerindo que venham participar dos jogos de apostas on-line (inclusive com a oferta de bônus para as primeiras partidas).

163. A Portaria SPA/MF 1.231, 31 de julho de 2024, que estabelece regras e diretrizes para o jogo responsável e para as ações de comunicação e marketing, e regulamenta os direitos e deveres de apostadores e de agentes operadores, trata, de forma muito superficial, a questão da possibilidade de vício em jogos de apostas on-line, quando (i) declara vedação à participação de pessoas com ludopatia e (ii) traz regras sobre a prevenção do jogo patológico, como observado nos seguintes artigos, dentre outros:

Art. 2º Para fins desta Portaria, considera-se:

I - **jogo responsável**: o conjunto de regras, práticas e atividades voltadas, no contexto da modalidade lotérica aposta de quota fixa, à garantia da:

(...)

b) **prevenção e mitigação** de malefícios individuais ou coletivos decorrentes da atividade, incluindo:

1. **consequências negativas à saúde mental do apostador** em virtude de dependência, compulsão, mania ou qualquer transtorno associado ao jogo ou apostas, tais como o jogo patológico ou abusivo;
2. consequências negativas à saúde física do apostador;
3. violações de direitos do consumidor, especialmente associados a **problemas financeiros, de endividamento e de superendividamento**; e
4. problemas sociais.

(...)

Art. 3º Para fins de implementação do jogo responsável, o agente operador de apostas deverá:

I - atuar com diligência na estruturação de seu sistema de apostas, de toda ação de publicidade, propaganda e de marketing, bem como de seus canais físicos ou eletrônicos, a fim de:

- a) **respeitar os preceitos do jogo responsável**;
- b) **prevenir a dependência e transtornos do jogo patológico**; e
- c) garantir a observância da proibição de apostas por crianças e adolescentes;

II - **promover a conscientização sobre os riscos de dependência, de transtornos do jogo patológico** e sobre a proibição de jogo por crianças e adolescentes mediante a:

- a) colaboração com campanhas educativas do setor destinadas à sociedade em geral e aos grupos em risco de dependência e de transtornos do jogo patológico; e
- b) realização de ações e de **campanhas educativas** próprias com seu público consumidor em potencial;

III - manter comunicação sistemática com os apostadores cadastrados, segundo sua política de jogo responsável, **alertando sobre jogo responsável, riscos de dependência e de transtornos do jogo patológico**, formas de prevenção e alternativas de tratamento; e

IV - elaborar a política de jogo responsável e garantir que ela reflita de maneira fidedigna o funcionamento real de seu sistema de apostas.

Art. 4º No sistema de apostas, para fins de implementação do jogo responsável, o agente operador de apostas deverá:

I - **informar ao apostador**, no momento do cadastro, assim como no momento do acesso ao sistema de apostas, quanto aos **riscos de dependência, de transtornos do jogo patológico e de perda dos valores das apostas**;

(...)

III - **orientar sobre sinais de alerta** para autovigilância quanto ao risco de dependência e de transtornos do jogo patológico;

(...)

VI - **acompanhar o comportamento** de apostadores quanto ao risco de dependência e de transtornos do jogo patológico;

(...)

VIII - **suspender o uso do sistema de apostas** pelos apostadores em risco alto de dependência e de transtornos do jogo patológico, conforme sua política de jogo responsável;

IX - disponibilizar, de forma clara e acessível, seção específica de 'jogo responsável' no sistema de apostas, com o seguinte conteúdo mínimo:

- a) orientações sobre como **apostar de forma responsável e sobre riscos associados às apostas, inclusive de dependência, de transtornos do jogo patológico** e de outros problemas associados aos jogos;
- b) oferecimento de **questionário de autoavaliação** sobre riscos associados às apostas, inclusive de dependência, de transtornos do jogo patológico e de outros problemas associados aos jogos;

c) **indicação de ‘sinais de alerta’** para autovigilância quanto ao risco de dependência e de transtornos do jogo patológico;

d) instruções claras para acesso do apostador a **mecanismos preventivos de dependência** e de transtornos do jogo patológico, a seu histórico e a sua situação atual no sítio eletrônico quanto a tempo e valores gastos em apostas;

(...)

Art. 5º O agente operador de apostas deverá **manter política de jogo responsável**, que preveja:

I - ações e campanhas educativas;

II - **política de comunicação com o apostador sobre jogo responsável**, incluindo informação sobre a periodicidade da comunicação;

III - **ferramentas analíticas e metodologia** de classificação e análise de dados para acompanhar e avaliar os perfis de risco de dependência de apostadores, de transtornos do jogo patológico e de outros problemas associados ao jogo;

IV - **regras e canais de uso dos mecanismos de prevenção de dependência** de apostadores e de transtornos do jogo patológico; e

V - **formas de atendimento a apostadores** que necessitem de ajuda relacionada à dependência e aos transtornos do jogo patológico.

(...)

Art. 8º É dever do agente operador de apostas **impedir cadastro ou uso de seu sistema** de apostas por:

I - **menor** de dezoito anos de idade;

(...)

VI - pessoa diagnosticada com ludopatia por laudo de profissional de saúde mental habilitado;

Art. 9º A Secretaria de Prêmios e Apostas do Ministério da Fazenda, em conjunto com órgãos ou entidades públicas ou privadas, **poderá estabelecer diretrizes para campanhas educativas e de conscientização** quanto aos riscos de dependência e de transtornos do jogo patológico, sendo obrigatória a colaboração por parte dos agentes operadores de apostas.

(...)

Art. 13. **Toda ação de comunicação, de publicidade e propaganda e de marketing** por parte dos agentes operadores de apostas, incluindo qualquer tipo de peça, de material ou de inserção, inclusive em ambiente digital, deve exibir as seguintes cláusulas de advertência:

I - de restrição etária, com símbolo ‘18+’ ou aviso ‘proibido para menores de 18 anos’; e

II - **sobre os riscos associados de dependência e de transtornos do jogo patológico. (grifou-se).**

164. Todavia, é facilmente observável que nas campanhas publicitárias não se faz qualquer menção expressa à possibilidade de ocorrência de vício em jogos de apostas on-line, e o tema ludopatia sequer é referenciado. Muito pelo contrário, as propagandas das *bets* são revestidas de cenários demonstrando pessoas felizes, alegres e vitoriosas, e ainda enfatizam que aquela *bet* é legal (autorizada pelo governo), a fim de sugerir que não há problemas de nenhuma ordem na prática do jogo de apostas, em situação que se assemelha muito às antigas propagandas de cigarro (hoje proibidas), que faziam alusão a pessoas saudáveis, praticantes de esportes.

165. Instado o Ministério da Saúde, o órgão informou que ações de orientação e conscientização sobre os problemas decorrentes do jogo serão contempladas no plano de ação e que no *Instagram* da pasta constam as primeiras orientações para população (peça 16, p. 11).

166. A falta de campanhas oficiais de orientação e conscientização do risco de vício em jogos de apostas on-line e as megas publicidades das empresas de *bets* propiciam o aumento da quantidade de pessoas jogando e, conseqüentemente, o incremento de pessoas com sofrimento psicossocial, decorrente de perdas financeiras e desestruturação familiar. Há ainda o agravante dessas pessoas não estarem sendo cuidadas, seja porque (i) não procuraram a RAPS (talvez entendam que nem estejam doentes) ou seja porque (ii) não foram identificadas nas ações da atenção primária (vide item 2.5 – Ações realizadas pelo Ministério da Saúde, nos tópicos ‘Número de

pacientes da atenção psicossocial envolvidos com jogo patológico’ e ‘Número de atendimento de pacientes envolvidos com jogo patológico’).

167. As regras estabelecidas pela Portaria SPA/MF 1.231, 31 de julho de 2024, precisam ser efetivamente observadas e cumpridas, sem prejuízo de outras ações governamentais, especialmente de orientação e conscientização da população, para mitigar o risco do jogo patológico.

168. Por fim, a **demora na regulamentação para prevenção e orientação sobre os jogos de apostas on-line**, acerca da possibilidade de que a ocorrência de sua prática constante e desmedida pode propiciar o surgimento do jogo patológico, e aumentar o número de atendimento na RAPS, agrava o problema.

169. Desde 2018, oficialmente, a população brasileira utiliza os jogos de apostas on-line, e a regulamentação somente foi realizada cinco anos depois, pela Lei 14.790/2023, a qual atribuiu competência para o Ministério da Fazenda disciplinar a questão.

170. A Portaria SPA/MF 1.231, 31 de julho de 2024, (i) estabeleceu regras e diretrizes para o jogo responsável e para as ações de comunicação e marketing, e (ii) regulamentou os direitos e deveres de apostadores e de agentes operadores, contudo trata de forma superficial a questão da possibilidade de vício em jogos de apostas on-line, reproduzindo os preceitos de regulamentação estabelecidos na Lei 14.790/2023. Todavia, em seu artigo 50, dispõe que as regras de fiscalização, de monitoramento e de sanção pelo descumprimento das disposições previstas ainda serão implementadas pela Secretaria de Prêmios e Apostas (SAP/MF), a partir de 1º de janeiro de 2025.

171. O relator da ADIN 7.721 Distrito Federal, Ministro Luiz Fux, do STF, determinou, em medida cautelar, em 12/11/2024, referendada pelo Plenário em 14/11/2024, que o governo federal adotasse medidas imediatas e de proteção especial para (i) evitar que beneficiários do programa Bolsa Família utilizassem os recursos para aplicar em apostas on-line, e (ii) a entrada em vigor imediata da Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, da parte que trata da proibição da propaganda e publicidade das *bets* para crianças e adolescentes (peça 44), mas a mitigação acerca dos riscos à saúde mental da prática de jogos on-line, que pode ocasionar o jogo patológico, ainda necessita de acompanhamento para verificar o cumprimento das regras estabelecidas pelos normativos disciplinadores, e de outras ações preventivas oficiais de orientação e conscientização da população.

6 - Exame da Viabilidade de Auditoria

172. O levantamento de informações realizado nestes autos proporcionou o conhecimento preliminar sobre o impacto dos jogos de apostas on-line na saúde mental da população, e as ações realizadas pelo Ministério da Saúde, até o presente momento, para a prevenção do risco de jogo patológico e o cuidado de pacientes acometidos por tal comorbidade.

173. As apostas esportivas foram legalizadas pela Lei 13.756/2018, na modalidade de apostas de quota fixa, e a Lei 14.790/2023 tratou de disciplinar o seu funcionamento, delegando competência para o Ministério da Fazenda realizar a regulamentação operacional.

174. A Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) do Ministério da Fazenda baixou um elenco de portarias disciplinando a atividade (peça 36). Entre estas normas, foi publicada a Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, que estabelece regras e diretrizes para o jogo responsável e para as ações de comunicação e marketing, e regulamenta os direitos e deveres de apostadores e de agentes operadores.

175. O normativo apresenta diversas regras que possibilitam a prevenção e mitigação do jogo patológico, conforme já citado no tópico 5 (Problemas Recorrentes).

176. Verificou-se, ainda, que o Ministério da Saúde está elaborando um plano de ação que deve ser submetido à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), uma vez que envolve questões orçamentárias e de ações conjuntas dos governo federal, estaduais, municipais e distrital, com ações voltadas para capacitação de profissionais de saúde, prevenção do jogo patológico e cuidado de pacientes acometidos por esta comorbidade, além de linhas de pesquisa para produção de conhecimento para nortear as políticas públicas de saúde psicossocial.

177. Adicionalmente, existem riscos levantados preliminarmente (capítulo 4), a exemplo de ausência de dados/registros e estudos relacionados ao impacto das *bets* na saúde mental, deficiência de interlocução ministerial com demais órgãos para tratar da problemática, limitação orçamentária na RAPS, ausência de campanhas de orientação e conscientização da população, que necessitam ser mitigados.

178. A temática assume relevância pela repercussão social envolvida, associada à transversalidade de outros problemas, conforme já destacado na Comunicação da Presidência, na Sala Plenária, no dia 2 de outubro de 2024 (TC 000.804/2023-1), quando determinou que a Segecex promovesse ação de controle para conhecer e acompanhar os custos envolvidos na saúde pública, o impacto no poder de compras das famílias, e as ações propostas pelo Governo Federal para prevenir a lavagem de dinheiro, o roubo de dados de apostadores e o envolvimento de menores de idade.

179. Ainda, os recursos federais envolvidos em ações da atenção especializada, na estruturação da RAPS e em apoio às pessoas acometidas com comorbidades de saúde mental são elevados, observando que, no exercício de 2024, foram programados mais de R\$ 2.6 bilhões nestas ações pelo Ministério da Saúde (vide Tabela 1: Evolução orçamentária em saúde mental).

180. Diante da problemática levantada no capítulo 5 (Problemas Recorrentes), dos riscos envolvidos (capítulo 4), da materialidade, da relevância do tema e do plano de ação em elaboração pelo Ministério da Saúde, a equipe de auditoria entende que o assunto merece maior aprofundamento em ação de fiscalização futura, na forma de acompanhamento das ações a serem realizadas pelo Ministérios da Saúde, acerca do impacto das *bets* na saúde mental da população, nos termos da proposta de fiscalização e cronograma dos Apêndices B e C.

7- Conclusão

181. O Levantamento de escopo restrito buscou informações acerca do impacto das *bets* na saúde mental da população, e as ações realizadas pelo Ministério da Saúde para mitigar o risco do jogo de aposta patológico.

182. No decorrer dos trabalhos, observou-se que o número de atendimento na RAPS com problemas de saúde mental decorrente do jogo patológico vem aumentando desde 2020, mas diante de estudos de 2014, que indicam que de 1% a 1,3% da população estariam envolvidas com o jogo problemático, pode-se concluir que o número de pessoas acometidas por esta comorbidade possa ser muito maior, pois muitas dessas pessoas não buscaram apoio na rede de saúde do SUS, e tampouco foram identificadas nas ações de atenção primária.

183. A falta de regulamentação dos jogos de apostas on-line, liberados em 2018 e normatizados somente de 2023, possibilitou que a cultura de jogo de aposta on-line se proliferasse e os problemas do jogo patológico aumentassem, considerando que não houve um processo de orientação e conscientização da população acerca dos riscos envolvidos com a saúde mental e/ou processo de endividamento do apostador.

184. O poder público vem adotando medidas para mitigar os riscos envolvidos com a possibilidade do vício nos jogos de apostas on-line, citando-se (i) a Lei 14.790/2023, (ii) a Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, (iii) a ADIN 7.721 Distrito Federal, no STF, (iv) a Portaria Interministerial MF/MS/Mesp/Secom 37/2024, e (v) o plano de ação em elaboração pelo Ministério da Saúde.

185. Apesar destas ações, foram verificados problemas no âmbito da política de saúde mental, que necessitam ser mitigados, a exemplo (i) da falta de campanhas oficiais de orientação e conscientização sobre o risco de vício em jogos de apostas on-line, (ii) da limitação orçamentária para prevenção e cuidado da atenção psicossocial, (iii) da ausência de dados oficiais sobre o número de pessoas envolvidas com jogo patológico, (iv) da falta de indicadores de saúde para esta comorbidade, e (v) da demora na regulamentação, fiscalização e monitoramento das diretrizes estabelecidas para o jogo responsável.

186. Em razão dos riscos envolvidos, da relevância da temática, da materialidade e da oportunidade para o tratamento da temática (inclusive diante da fase final da CPI das *bets*, no Senado Federal, e dos trabalhos da CGU na auditoria dos CAPS, ambas com previsão de conclusão no primeiro semestre de 2025), a equipe de auditoria entende que seja viável e oportuna a atuação do Tribunal, e propõe a realização de ação de controle para acompanhamento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde sobre o impacto das *bets* na saúde mental da população, nos termos da proposta de fiscalização do Apêndice B.

8- PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO.

187. Ante o exposto, submete-se os autos à consideração superior com a seguinte proposta:

I – encaminhar ao gabinete do Ministro Relator Jhonatan de Jesus a proposta de fiscalização do tipo Acompanhamento (Apêndice B), nos termos do art. 241 e 242, do Regimento Interno/TCU, sobre o impacto das *bets* na saúde mental da população.

II – Encaminhar cópia da deliberação que vier a ser proferida para conhecimento das demais áreas do TCU que estão com ações de controle envolvendo a mesma temática:

II.1) AudBenefícios - **TC 024.146/2024-2** - Levantamento no comprometimento de renda dos beneficiários do Bolsa Família com apostas online;

II.2) AudBancos - **TC 024.430/2024-2** - Acompanhamento para conhecer e acompanhar as ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) e da Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) para prevenir a lavagem de dinheiro, no que se relaciona a apostas de cota fixa de eventos esportivos (*bets*), de acordo com a Comunicação da Presidência de 2/10/2024;

II.3) AudTI - **TC 025.609/2024-6** - Acompanhamento das ações propostas pelo Governo Federal para prevenir o roubo de dados dos apostadores e outros aspectos relativos à tecnologia da informação nas empresas autorizadas a explorar jogos com apostas de quota fixa (*bets*); e

II.4) AudFiscal – **TC 026.536/2024-2** – Acompanhamento com o propósito de compreender o processo de autorização para o funcionamento de empresas de apostas on-line, além de avaliar sua conformidade e a tributação aplicável ao setor.

III - arquivar o processo nos termos do art. 169, V do Regimento Interno/TCU diante do cumprimento de seu objetivo.’

O supervisor do trabalho, à peça 54, manifestou concordância com o relatório de levantamento, efetuando complementação à proposta de encaminhamento, nos seguintes termos:

1. ‘Os presentes autos tratam de fiscalização do tipo Levantamento (art. 238 do RI-TCU), em cumprimento à Comunicação da Presidência do TCU, na sessão Plenária de 2/10/2024, com o objetivo de avaliar os impactos causados sobre a saúde mental dos brasileiros por conta de jogos de apostas online (*bets*), com repercussão no orçamento da saúde, em virtude do ‘aumento significativo nos atendimentos de saúde mental realizados na Atenção Primária à Saúde e nos Centros de Atenção Psicossocial [Atenção Especializada à Saúde]’ (peça 3, pág. 2).

2. Primeiramente, cabe ressaltar que a Assessoria desta AudSaúde identificou um **pedido de vistas realizado pelo Ministério da Saúde**, autuado em 18/12/2024, conforme **peça 23**. A Assessoria Especial de Controle Interno - AECI/MS (i) informa da impossibilidade de acesso pelo sistema Conecta-TCU, (ii) fundamenta sua competência na Portaria GM/MS nº 5.527, de 12/11/2024, e, ao final, (ii) solicita acesso aos autos, peças e demais informações processuais deste TC 024.852/2024-4. O processo foi classificado como sigiloso, por se tratar de um Levantamento, com objetivos de conhecimento acerca do tratamento do tema dentro do MS, identificação de objetos e avaliação da viabilidade e de instrumentos de futura fiscalização (art. 238, incisos I, II e III, do RI-TCU), cujas propostas ainda não foram apreciadas pelo Plenário. Contudo, neste caso concreto, **não se enxergam óbices ao atendimento do pedido da AECI/MS**, unidade de assessoria que intermediou os contatos da equipe com as unidades especializadas do MS, devendo tal proposta ser submetida à apreciação do Exmo. Ministro-Relator.

3. Ao tempo em que congratulo a equipe de fiscalização pela qualidade das análises presentes no relatório de Levantamento, manifesto, desde logo, concordância com as propostas da equipe. Não obstante, destaco algumas questões que parecem relevantes, tecendo pontuais considerações adicionais, que poderão ser aprofundadas no futuro Acompanhamento, ora proposto, caso a iniciativa seja aprovada pelo Plenário do

TCU.

I – Quanto ao cálculo estimativo do total de brasileiros acometidos por transtornos relacionados aos jogos, que pode ser aperfeiçoado no futuro Acompanhamento

4. Conforme consta do Resumo do relatório (pág. 4), bem como da pág. 30 (parágrafo 127), é apresentado um cálculo estimativo e expedito acerca da quantidade de brasileiros envolvidos com jogos de aposta e jogo problemático, considerando (i) a população total brasileira, de aproximadamente 213 milhões de habitantes, e (ii) o indicador de 1,3%, advindo da Tabela 2 – penúltima coluna, última linha (pág. 29). O resultado desse cálculo simplificado sugere um número significativo de brasileiros com sofrimento psicossocial em decorrência do jogo patológico (213.000.000 x 1,3%), resultando em 2,76 milhões de pessoas. Quanto ao percentual de 1,3%, ele se baseou na mesma referência bibliográfica usada pelo MS na sua resposta (estudo da USP, 2014).

5. Contudo, observo que, a partir da Tabela 2, da pág. 28, seria possível fazer um cálculo alternativo, um pouco mais elaborado, mas que chega a um resultado total parecido. Ao invés de se adotar 1,3% (referenciando o estudo de 2014, de uma década atrás, anterior à pandemia Covid-19), aplicado sobre toda a população brasileira (212,6 milhões de pessoas), poderia ser adotado (i) o percentual de 24% de pessoas que participam de jogos de apostas (referência do recente estudo de 2024, ‘Epidemia das Bets’, do Instituto Locomotiva, pág. 28, e peça 39), multiplicado por (ii) 8% de pessoas, no mundo (globalizado), acometidas pelo jogo patológico (também vindo de um estudo de 2024, sendo estimativa muito conservadora, pois é o menor % da tabela 2, pág. 28, e peça 35), multiplicado pela (iii) população brasileira ativa (140.782.394 pessoas, com idades entre 15 a 64 anos, um subconjunto da população total de 212,6 milhões; fonte: <https://www.poder360.com.br/brasil/saiba-se-a-sua-cidade-tem-mais-jovens-adultos-ou-idosos/>).

6. Fazendo a conta alternativa: $0,24 \times 0,08 \times 140.782.394 = 2.703.022$ pessoas. O resultado, arredondado (2,7 milhões), é parecido com o anterior, calculado pela equipe, porém lastreado em estudos mais atualizados (data-base 2024), e considerando apenas a população ativa no Brasil (excluindo, portanto, as crianças e as pessoas idosas). Ainda assim, entende-se que esse quantitativo estimado é ainda bastante conservador (pois a Tabela 2 traz outros % ainda superiores).

7. No item 2.3 – Entrevista com Especialista (pág. 15 do relatório) é mencionado que ‘em estudo realizado em 2012 pelo IPq/USP (contemporâneo ao outro estudo, de 2014), foi demonstrado que ‘a **dependência de aposta** é a terceira dependência mais comum do país (**3%**)’. Esses dados são anteriores à legalização das bets (apostas esportivas online) no Brasil, ou seja, são dados defasados em mais de uma década. Isso ressalta que o percentual de 1,3% (tabela 2) ainda é muito conservador. Se fosse feito o cálculo de 140.782.394 de população brasileira ativa (mais conservador) x **3%**, o resultado seria da ordem de **4,22 milhões** de brasileiros com dependência de aposta. Ou seja, um quantitativo 53% a maior do que a estimativa de 2,76 milhões.

8. Este montante estimado, de mais de 4 milhões de brasileiros que sofrem com jogo patológico (dependência de apostas), se aproxima mais dos dados trazidos na Comunicação da Presidência de out/2024 (peça 3), que aponta uma estimativa de **5 milhões** de beneficiários do Bolsa Família com transtornos relacionados a jogos online (fonte: Banco Central).

9. Dados recentes do ‘Boletim Radar Mais SUS n. 2 – A oferta e distribuição de serviços de saúde mental no Brasil entre 2013 e 2023’, elaborado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), em parceria com a Umane, trazem informações relevantes para que se tenha a dimensão do problema de saúde mental no Brasil. Por exemplo, é informado que o número de atendimentos psicossociais no SUS dobrou, passando de 13,1 milhões para 26,4 milhões, em uma década, e que, considerando vários serviços na área de saúde mental (como atendimentos, medicalização, procedimentos e diagnósticos), foram 75,7 milhões de registros no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS - SIA/SUS (fontes: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-02-2025/> ; <https://ieps.org.br/uso-de-antipsicoticos-e-de-atendimento-psicossocial-no-sus-cresceu-entre-2013-e-2023-aponta-o-boletim-radar-mais-sus-n-2/> ; https://ieps.org.br/sdc_download/18136/?key=w256rzzzbzafvzz0vn7twnr4ctsu6x).

10. No que tange a valores monetários envolvidos, segundo a Comunicação da Presidência (peça 3), alguns dados são relevantes para se compreender a dimensão do problema relacionado à piora do da saúde mental, especialmente no tocante aos jogos online: (i) o mercado de ‘bets’ (apenas as apostas de cota fixa de eventos esportivos) deve movimentar, anualmente, entre R\$ 90 bilhões e R\$ 130 bilhões, e (ii) a participação dos gastos das famílias com jogos de azar online triplicou no último ano, e o impacto foi cinco vezes maior nas classes mais empobrecidas (fonte: XP Investimentos). Também é citada uma estimativa do Banco Itaú, segundo a qual, (iii) os brasileiros perderam 35% do valor total gasto em apostas (gastaram R\$ 68,2 bilhões em apostas, durante um ano, com perdas de R\$ 23,9 bilhões). Esses valores são muitas ordens de grandeza superiores àqueles investidos nas ações de prevenção e tratamento da saúde mental, a exemplo do programa ‘Volta para a Casa’, que só atende a uma parcela da demanda potencial.

11. O programa ‘Volta para a Casa’ é mencionado no item 2.1 – Marco Regulatório (pág. 10) e no item 2.4 – estrutura da RAPS (pág. 23, parágrafo 84), do relatório da equipe, nos quais é mencionada a Lei 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial (Programa Volta para Casa – PVC). Esse programa se destina a pacientes acometidos de transtornos mentais e que sejam egressos de internações de longa permanência, em hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia. Esse auxílio é regulamentado pela Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 2017.

12. Em junho/2024, o auxílio do PVC foi reajustado para R\$ 755 mensais/paciente, objetivando favorecer a ampliação da rede de relações fora do hospital, estimulando o bem-estar global, o exercício pleno dos direitos civis, políticos e de cidadania dessas pessoas (fontes: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt4139_18_06_2024.html e <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/de-volta-para-casa-valor-retroativo-do-auxilio-reabilitacao-psicossocial-sera-pago-ate-o-fim-de-agosto>)

13. Com efeito, segundo o relatório da equipe, o ‘programa [Volta para Casa] tem como objetivos promover a autonomia, auxiliar na construção de projetos de vida e ampliar a participação social e de cidadania dos beneficiários, com recursos de R\$ 40 milhões em 2024 (vide Tabela 1 no tópico contexto orçamentário)’, conforme dados informados pelo MS.

14. Sendo apenas R\$ 40 milhões o montante total de recursos previstos, e considerando o auxílio individual de R\$ 755/mês, há uma estimativa da ordem de 53 mil pessoas atendidas pelo referido auxílio financeiro, em todo o Brasil (R\$ 40 milhões/R\$ 755), ressaltando-se, assim, a importância das medidas de prevenção, a fim de se evitar as internações e o pagamento de auxílios para que as pessoas retomem sua autonomia na sociedade.

15. Conforme visto, a própria conclusão do relatório (parágrafo 186) informa a ausência de dados oficiais sobre o quantitativo de brasileiros acometidos pelo jogo patológico, o que reforça a necessidade de aprofundamento da questão no acompanhamento ora proposto.

II – Falta de uma estimativa de prazo para a urgente aprovação do Plano de Ação de prevenção e combate aos efeitos nocivos dos jogos de apostas online

16. Também consta do Resumo (pág. 4) que, durante o levantamento, foi elaborada a Portaria Interministerial MF/MS/Mesp/Secom 37, de 6 de dezembro de 2024, que instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial de ‘Saúde Mental e de Prevenção e Redução de Danos do Jogo Problemático’, com prazo de sessenta dias para a entrega de relatório sobre atividades e resultados, bem como a proposta de um plano de ação (peça 29).

17. Ocorre que o prazo de 60 dias corridos já expirou há um mês, em 7/2/2025, e não há qualquer notícia, ou mesmo um cronograma, sobre uma previsão de prazo para a apresentação desse plano de ação. Conforme OFÍCIO Nº 109/2025/CGDOC/AECI/MS, de 7/2/2025 (peça 48):

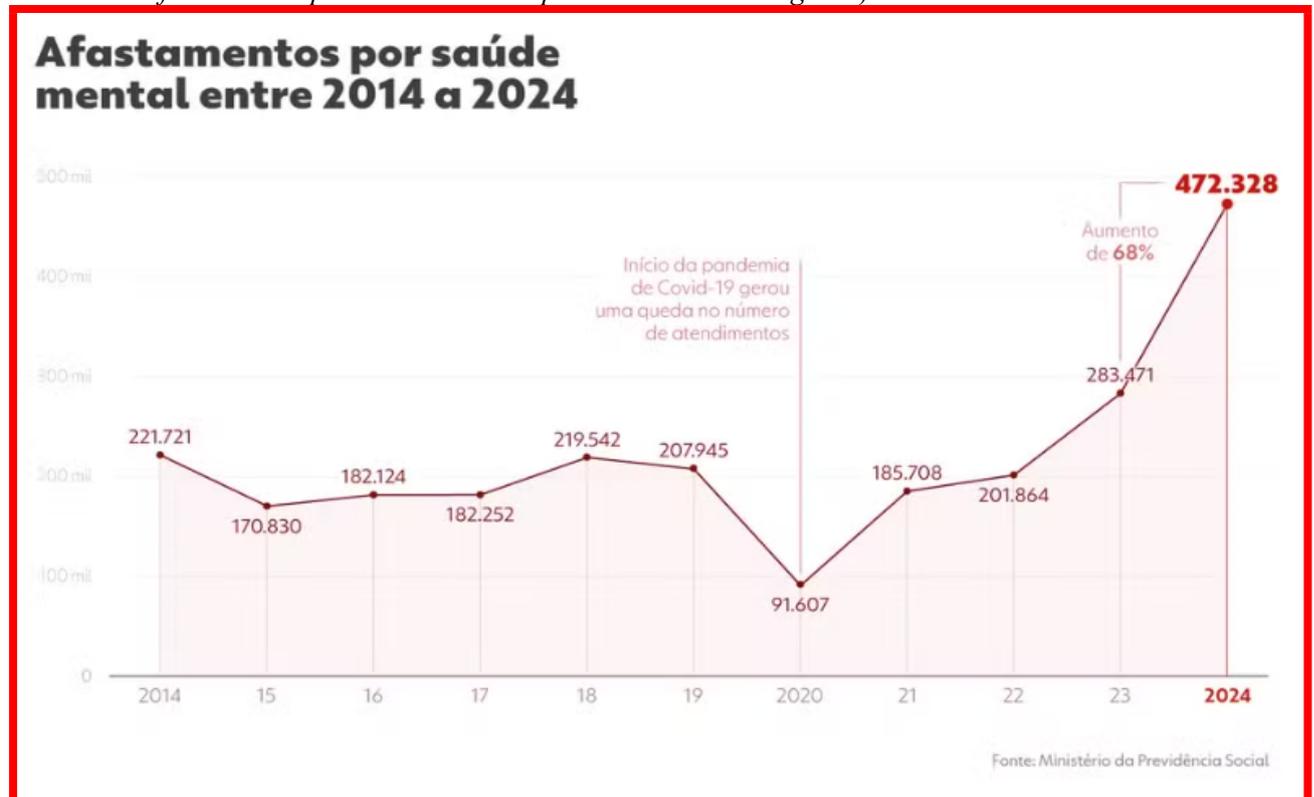
‘3. No que tange ao item ‘c) informar se o plano de ação elaborado pelo Ministério da Saúde foi concluindo. Em caso positivo, encaminhar uma cópia’, insta esclarecer que o referido **Plano de Ação** se encontra atualmente **em processo de validação** e será disponibilizado **assim que for concluído.**’ (destaques acrescidos)

18. Conforme visto no relatório, em uma audiência pública no STF, em novembro/2024,

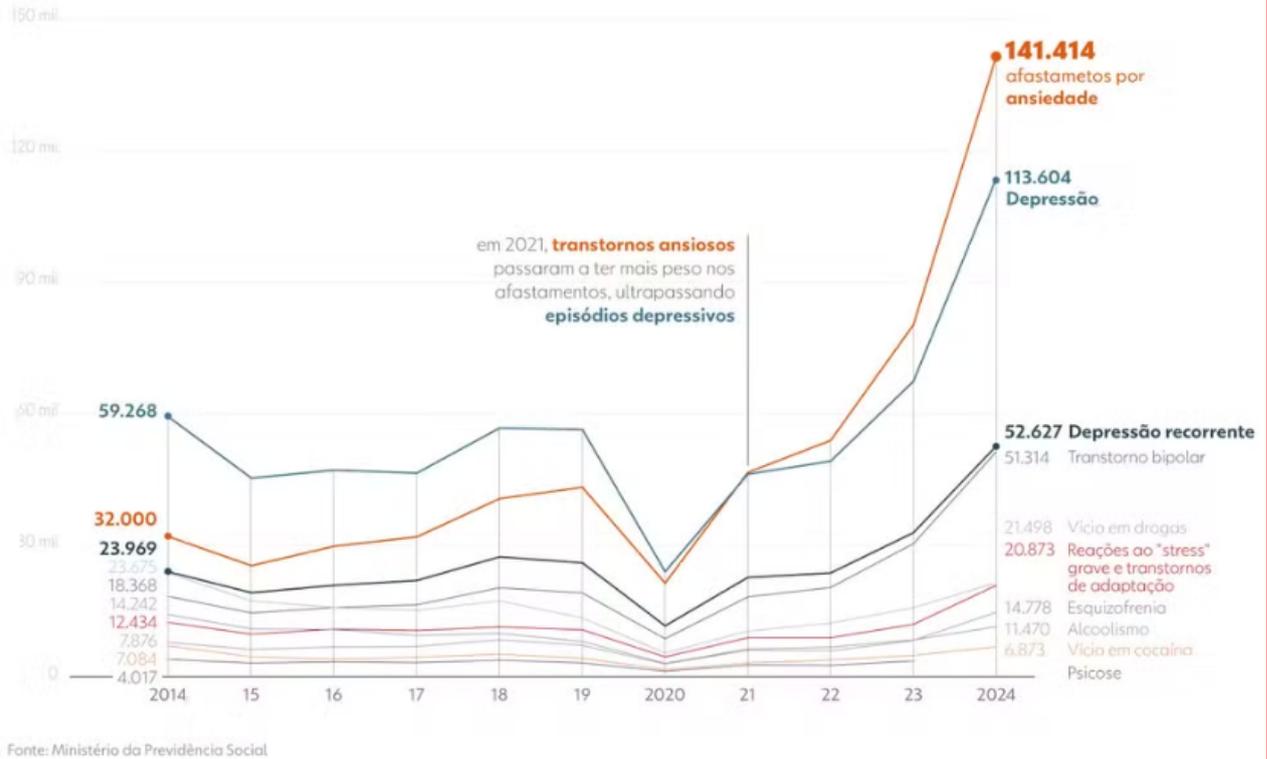
representante do MS já havia noticiado a construção desse Plano de Ação. Em duas reuniões em que a equipe esteve com o MS (virtual e presencial), foi dito que o plano estava sendo concluído. Foi questionado, na reunião presencial, qual seria a estimativa para o início efetivo das ações, e a representante do MS respondeu que não tinha como afirmar. Ou seja, até o presente momento, entende-se o plano permanece em elaboração.

19. No item 2.5 – Ações do MS (pág. 25, parágrafo 97) consta que o ‘plano de ação foi apresentado em novembro/2024 para a equipe de auditoria, todavia, ainda não foi submetido à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para sua validação (peça 48), não havendo previsão de datas para a sua conclusão’.

20. Com o intuito de reforçar a **urgência** da situação, para além das informações já trazidas pela Comunicação da Presidência do TCU, bem como pela equipe de auditoria, complementa-se a gravidade do quadro geral a partir de notícia recente, datada de 10/3/2025, com ampla repercussão nacional, segundo a qual o Brasil enfrenta uma verdadeira ‘Crise de Saúde Mental’. O Ministério da Previdência Social registrou o maior número de afastamentos por ansiedade e depressão (situação incapacitante) na última década, com mais de 472 mil afastamentos do trabalho, conforme demonstram os gráficos reproduzidos a seguir (fonte: <https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml>).



Afastamentos por transtornos mentais em 2024



21. Conforme pode ser visto nos gráficos acima, os afastamentos ao trabalho aumentaram significativamente após a pandemia Covid-19, com uma explosão de casos de ansiedade (30% do total de afastamentos) e de depressão (35% do total). Também se observa um aumento de afastamentos devidos a outros vícios, como drogas e álcool (8,4% do total). Assim, é provável que a dependência dos jogos de aposta online venha reforçando a chamada crise de saúde mental no Brasil, uma vez que o jogo patológico tende a gerar quadros de ansiedade e de depressão, conforme bem pontuado no relatório da equipe (pág. 14, parágrafo 28, item 'e', e pág. 18, parágrafo 49 – entrevista com o especialista).

III – Deficiências preliminarmente identificadas na regulamentação e oportunidade de aprofundamento das análises no Acompanhamento proposto

22. Na pág. 40, parágrafo 164, do relatório é transcrito trecho do art. 2º, da Portaria SPA/MF nº 1.231, de 31 de julho de 2024, o qual estabelece (i) regras e diretrizes para o jogo responsável, (ii) as ações de comunicação e marketing do mercado das bets, bem como regulamenta (iii) os direitos e deveres de apostadores e de agentes operadores.

23. Entende-se que tal normativo ainda trata a possibilidade de vício em jogos de apostas on-line de forma muito superficial, quando, tão somente, (i) declara vedação à participação de pessoas com ludopatia (sem maiores detalhes sobre como tal vedação deve ser operacionalizada) e (ii) traz algumas poucas regras sobre a efetiva prevenção do jogo patológico, dando maior enfoque à mitigação dos malefícios. Confira-se:

Art. 2º Para fins desta Portaria, considera-se:

I - jogo responsável: o conjunto de regras, práticas e atividades voltadas, no contexto da modalidade lotérica aposta de quota fixa, à garantia da:

(...)

b) prevenção e mitigação de malefícios individuais ou coletivos decorrentes da atividade, incluindo:

1. consequências negativas à saúde mental do apostador em virtude de dependência, compulsão, mania ou qualquer transtorno associado ao jogo ou apostas, tais como o jogo patológico ou abusivo;

2. consequências negativas à saúde física do apostador;
3. violações de direitos do consumidor, especialmente associados a problemas financeiros, de endividamento e de superendividamento; e

24. Observa-se que muitos desses conceitos expostos não são aprofundados na referida Portaria do Ministério da Fazenda, de modo que, por exemplo, não se sabe a partir de qual momento uma pessoa (apostadora) pode ser considerada ‘endividada’, ou, pior, ‘superendividada’. Ou seja, não se sabe ainda qual seria o parâmetro minimamente objetivo de ‘endividamento’ (% de comprometimento da renda com os gastos em jogos) que um profissional de saúde deveria adotar em seu diagnóstico de jogo ‘não responsável’, ou patológico (assim entendido como aquele com consequências à saúde mental do paciente).

25. Segundo o professor entrevistado pela equipe, em reunião que contou com a participação deste supervisor, a pessoa deveria comprometer, no máximo, até 4% de sua renda com jogo, o que poderia ser, na falta de outros, um parâmetro possível de caracterização de endividamento a ser adotado, ao menos para fins de saúde (após passar pela avaliação de outros especialistas). É sabido ainda que, para se tomar dinheiro emprestado em um banco, a pessoa só pode comprometer até 30% da sua renda (fonte: https://www.em.com.br/app/noticia/economia/2013/02/17/internas_economia,350920/teto-de-comprometimento-de-renda-regido-por-lei-e-30-mas-nao-deveria-passar-de-5.shtml), o que poderia ser outro parâmetro a ser usado do ponto de vista do diagnóstico para fins de caracterização do jogo irresponsável (talvez para caracterizar o superendividamento).

26. Na pág. 41 do relatório, ainda tratando da Portaria SPA/MF 1.231/2024, é visto que o art. 4º, incisos I, III, VIII e IX, estabelece que ‘no sistema de apostas, para fins de implementação do jogo responsável, o agente operador de apostas deverá’:

- (i) ‘informar ao apostador, no momento do cadastro, assim como no momento do acesso ao sistema de apostas, quanto aos riscos de dependência, de transtornos do jogo patológico e de perda dos valores das apostas’;
- (ii) ‘orientar sobre sinais de alerta para autovigilância quanto ao risco de dependência e de transtornos do jogo patológico’;
- (iii) ‘suspender o uso do sistema de apostas pelos apostadores em risco alto de dependência e de transtornos do jogo patológico, conforme sua política de jogo responsável’;
- (iv) ‘disponibilizar, de forma clara e acessível, seção específica de jogo responsável no sistema de apostas, com o seguinte conteúdo mínimo: (a) orientações sobre como apostar de forma responsável e sobre riscos associados às apostas, inclusive de dependência, de transtornos do jogo patológico e de outros problemas associados aos jogos; (b) oferecimento de questionário de autoavaliação sobre riscos associados às apostas, inclusive de dependência, de transtornos do jogo patológico e de outros problemas associados aos jogos; (...)’

27. Ocorre que pairam dúvidas sobre a capacidade de uma pessoa que sofre com compulsão/dependência de se autoavaliar e de se autovigiar. Nesse sentido, para fins de se buscar uma maior efetividade dessas regras, entende-se que o futuro acompanhamento, caso aprovado pelo Plenário do TCU, poderia aprofundar a análise sobre novos comandos dirigidos aos agentes operadores de aposta, que sejam mais efetivos. Por exemplo, especialistas poderiam ser consultados para que opinem a respeito da eficácia/efetividade e eventual exigência, durante o cadastro na plataforma de jogos, para que o apostador indique um ‘telefone de contato de emergência’, que seja válido, preferencialmente de familiares próximos, dependentes da renda do apostador e, portanto, diretamente afetados pelas consequências do jogo patológico (esposa/mãe/pai/filhos/irmãos...), para que seja eventualmente acionado em casos de ‘risco alto de dependência’ (conforme mencionado na Portaria). Essa ideia guarda analogia com o sistema das Companhias Aéreas (ao se fazer o check-in em um voo), o qual requer um telefone de contato para o caso de eventuais emergências, que indiquem a necessidade de aviso aos parentes de passageiros (embora não seja obrigatório o preenchimento).

28. Conforme art. 31 da Portaria SPA/MF 1.231/2024, o cadastro do usuário/apostador na plataforma já deverá conter várias informações (algumas consideradas até mesmo sensíveis, conforme as regras de proteção de dados), tais como CPF, data de nascimento, endereço completo (que não pode ser caixa postal), número de telefone, e-mail, dados das contas de depósito (ou de pagamento pré-pagas cadastradas), endereço de IP registrado no momento do cadastramento, e ‘cópia digitalizada de documento válido de identificação com foto’.

29. Tais informações detalhadas dos apostadores são relevantes porque, conforme visto à pág. 42 do

relatório, e segundo o art. 8º da Portaria SPA/MF 1.231/2024, ‘é dever do agente operador de apostas impedir cadastro ou uso de seu sistema de apostas’ por ‘menor de dezoito anos de idade’ ou ‘pessoa diagnosticada com ludopatia por laudo de profissional de saúde mental habilitado’.

30. Ocorre que, na prática, o agente operador pode não ter acesso aos laudos de diagnóstico de ludopatia, a não ser que (i) o próprio apostador os forneça (ciente de que, ao entregar o documento, terá a sua conta suspensa), ou que (ii) alguma outra pessoa de ‘contato de emergência’ (parente próximo, que venha a ser afetado pelo jogo abusivo/patológico) alerte o operador de aposta sobre a existência do diagnóstico (por profissional habilitado, frise-se), a fim de que esse operador exija, do apostador, o acesso a tal documento, nos termos da norma. De todo modo, essa questão pode ser melhor avaliada/aprofundada por ocasião do acompanhamento ora proposto, caso o Plenário o autorize

31. Importa registrar que a equipe, em entrevistas, chegou a consultar representante do MS sobre como o agente operador (da bet) vai saber do diagnóstico de ludopatia (com laudo), e não recebeu uma resposta. No cadastro, a pessoa deve informar se tem ou não ludopatia, ou seja, é algo autodeclaratório. Caso o jogador responda que não tem ludopatia, a consequência, em tese, pode resultar em acusação de falsidade ideológica (mentir no formulário), sem maiores consequências práticas.

32. É possível que estes pontos, preliminarmente levantados, acerca da dificuldade de implementação prática das regras recém-criadas, possam evoluir tecnicamente, caso constem do escopo do futuro Acompanhamento, ora proposto neste trabalho.

IV – Déficit de Coordenação interministerial para a aprovação do Plano de Ação

33. Em relação aos mecanismos de coordenação das políticas públicas, considerando a transversalidade da matéria, como visto, o caso concreto envolve a atuação de várias pastas além (i) do Ministério da Saúde (MS), a exemplo (ii) do Ministério da Fazenda (MF), (iii) do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), (iv) do Ministério dos Esportes (Mesp), (v) do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP) e (vi) da Secretaria de Comunicação/PR (Secom).

34. Nesse sentido, a equipe ponderou que o ‘modelo horizontal’ de organização dos ministérios (em que cada ministério está em mesmo nível hierárquico que os outros) não favorece a implementação de iniciativas que demandem liderança e a atuação conjunta destes órgãos (ações interministeriais), necessitando-se, portanto, de um órgão expressamente coordenador (a exemplo da Casa Civil). A coordenação é necessária para se evitar a duplicidade de esforços, atuando, assim, com foco para mitigar os problemas já elencados na Comunicação da Presidência deste Tribunal, em outubro/2024 (como os impactos dos jogos online sobre as temáticas saúde, economia familiar, lavagem de dinheiro, roubo de dados de apostadores etc.).

35. Esta coordenação interministerial pode ser objeto de melhor avaliação quando do acompanhamento, caso seja autorizado pelo Tribunal.

V – Controle automatizado para mitigar danos aos jogadores compulsivos: esclarecimentos de alguns termos técnicos de Tecnologia da Informação (TI) e de Atenção Primária à Saúde (APS)

36. No item 2.3 – Entrevista com Especialista (pág. 17) é mencionado, dentre as dez medidas que precisam ser consideradas para melhorar a proteção de indivíduos vulneráveis, o item nº 2 - ‘Bloqueio por IP/DNS de transações financeiras (novas apostas, pagamentos, etc.) da meia-noite às 8 horas’ (horário de maior propensão ao jogo compulsivo).

37. Com o intuito de ‘traduzir’ os termos técnicos da área de T.I. em uma linguagem mais simples para o leitor, cabe registrar que o termo IP significa *Internet Protocol*, que se trata de um código responsável pela identificação e endereçamento dos dispositivos conectados em uma rede, permitindo que eles se comuniquem entre si e compartilhem informações. É uma espécie de ‘endereço de uma casa para o uso do carteiro’, que identifica cada dispositivo conectado e garante que os dados enviados cheguem ao destinatário correto. Em outras palavras, cada dispositivo em uma rede (computador, ou telefone celular) tem um

endereço IP único, que é formado por uma série de números separados por pontos.

38. Por outro lado, o termo DNS significa *Domain Name System*, sendo um processo que permite aos usuários navegar na Internet usando nomes de *host* (anfitrião, aquele que hospeda) em vez de endereços IP numéricos. O DNS é como se fosse uma ‘agenda telefônica da Internet’, que traduz nomes de domínio (como *www.exemplo.com*) em endereços IP, simplificando o processo de busca por sites específicos, por meio de navegadores da web (rede). Conforme já comentado, o art. 31 da Portaria SPA/MF 1.231/2024 exige que o cadastro do usuário/apostador na plataforma deverá conter o ‘endereço de IP registrado no momento do cadastramento’ (autodeclaração).

39. A intenção de se trazer esses esclarecimentos da área de TI é a de demonstrar, em linguagem mais simples, qual seria a efetividade do chamado ‘bloqueio por IP/DNS’ (pág. 17 do relatório). Na prática, embora uma pessoa que se cadastre em um site de apostas online seja obrigada a fornecer o seu endereço IP (e/ou DNS) para o agente operador de apostas, caso esse IP/DNS seja bloqueado, o apostador pode se utilizar de um outro dispositivo eletrônico, computador ou celular, com um novo endereço IP ou DNS para acessar a sua conta e fazer apostas, driblando o bloqueio, pois, com um novo endereço IP ou DNS, o site de apostas não reconhecerá o bloqueio e permitirá o acesso.

40. No item 2.5 – Ações desenvolvidas pelo MS, págs. 24-25, há a transcrição de eixos do plano em elaboração pelo MS (versão preliminar), usando-se alguns termos técnicos da área da atenção primária à saúde (APS), cabendo o uso de linguagem simples, para a melhor compreensão do leitor. Por exemplo, nas ações do Eixo 1, consta o ‘Fortalecimento das estratégias existentes’, usando-se os seguintes termos:

(i) ‘busca ativa’: trata-se de procedimentos de visita domiciliar, ou contatos telefônicos, normalmente utilizado na Atenção Primária à Saúde (APS), para alcançar certos indivíduos específicos que precisam de maior proteção; e

(ii) ‘matriciamento’: é o processo de integração entre equipes da atenção básica e da atenção especializada, para a construção compartilhada de eventual intervenção pedagógico-terapêutica.

41. Esses pontos de aprimoramento nos aspectos de prevenção ao jogo patológico, envolvendo controles automatizados nas plataformas online, e os conceitos de busca ativa e de matriciamento (usados na atenção primária à saúde), podem ser objeto de aprofundada avaliação quando do acompanhamento, caso seja autorizado pelo Tribunal.

VI – Forma como o transtorno de Jogo é considerado, hoje, na Atenção Especializada e na Atenção Primária à Saúde – APS (prevenção)

42. Na pág. 29 do relatório de levantamento, consta que: de acordo com a SAES, o Ministério da Saúde monitora os problemas do jogo problemático com base no número de atendimentos ambulatoriais realizados (i) na CID-10 (ou seja, a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças, sistema de codificação criado pela OMS), e (ii) no código F-63 (Jogo Patológico, também chamado de Ludomania, caracterizando o vício em jogos de azar), que inclui os atendimentos realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

43. Cabe complementar esse esclarecimento, adotando-se linguagem simples, informando-se que o médico utiliza os critérios estabelecidos na CID-10 para entrevistar e identificar se o comportamento do paciente se enquadra no diagnóstico de Jogo Patológico, buscando (i) entender a presença de um padrão de jogo persistente e recorrente, (ii) a dificuldade em controlar o comportamento de jogo, e (iii) as consequências negativas, que sejam significativas, nos contextos familiar e social do paciente (a exemplo de comorbidades, como depressão ou ansiedade, problemas financeiros, conflitos familiares, isolamento social, entre outros).

44. Por outro lado, no que tange à prevenção, na pág. 30 do relatório consta que ‘A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) informou que não lançou uma campanha nacional de esclarecimento que seja específica sobre o risco do vício em jogos on-line, de forma similar às bem-sucedidas campanhas antitabagismo, mas acrescentou que a educação sobre comportamentos aditivos e seus impactos faz parte das estratégias de promoção da saúde mental dentro da APS e da RAPS’.

45. Este titular da subunidade entende que a resposta da SAPS é muito genérica, pois informar que

‘faz parte das estratégias’ é algo muito vago. A questão objetiva é se os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão, de alguma forma, priorizando levantar os casos e os encaminhar para tratamento do vício em jogos on-line. A equipe de auditoria informou que, em conversa com profissionais de UBS/Caps, foi informado que não constam, na anamnese (entrevista com o paciente para coletar o histórico médico, sintomas, hábitos de vida etc.), estes questionamentos específicos que ajudariam a formar diagnóstico sobre transtorno de jogo, mas apenas um panorama mais geral sobre a saúde mental, com perguntas sobre insônia, depressão, ansiedade etc.

VII – Falta de Campanhas de orientação e prevenção sobre os transtornos dos jogos de aposta online na Atenção Primária à Saúde

46. Na pág. 30 do relatório há um item sobre ‘Campanhas de orientação sobre jogos de apostas on-line’, ao passo que, à pág. 37, é citado o art. 31, inciso III, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, segundo o qual compete à Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), por meio do seu Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas ‘incentivar a articulação com movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins, para fomento à participação popular e social na formulação, no acompanhamento e na avaliação das ações programáticas estratégicas e das redes de saúde vinculadas ao Departamento’.

47. Em adição, tem-se, no Eixo 2 da minuta de plano de ação (pág. 25), a menção ao ‘Meu SUS Digital’, como um meio para a realização de campanhas nacionais para a prevenção e a redução de danos à saúde mental causados pelos jogos de aposta online, cabendo esclarecer que se trata de um aplicativo de celular, desenvolvido pelo Ministério da Saúde, e que pode ter um grande potencial de alcance junto aos usuários do SUS (fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/meususdigital> e <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude>).

48. No que tange às campanhas de orientação sobre os malefícios dos jogos on-line, e considerando esta competência da SAES quanto à saúde mental, entende-se que um exemplo de possível atuação, e que, ao menos em tese, poderia contribuir para o acelerado mapeamento e a tempestiva prevenção do transtorno de jogos, é a recente iniciativa do Ministério da Saúde denominada ‘Programa de Formação de Educadores e Educadoras Populares de Saúde’ (AgPopSUS, conforme Portaria GM/MS n. 1.133, de 16/8/2023), instituída por meio de Chamada Pública conduzida pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

49. Segundo o MS, o objetivo do programa é o de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de ‘movimentos sociais que teriam a responsabilidade de capacitação de uma rede nacional de agentes educadores’ (fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/agpopsus>). Esses agentes, na visão do MS, devem atuar no desenvolvimento de territórios saudáveis e sustentáveis (o que, em tese, abrangeria a temática da saúde mental), promovendo a participação social na saúde, especialmente em comunidades vulneráveis, nas quais pode haver dificuldades para a plena atuação das equipes de Saúde da Família (eSF), especialmente para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

50. O programa AgPopSUS está sendo acompanhado pelo TCU, por meio do TC 016.407/2024-5 (Representação de Parlamentares), atualmente em fase de análise de respostas às diligências efetuadas, tendo em vista os desdobramentos da apreciação de uma proposta de medida cautelar sobre o Chamamento Público.

51. Tal ponto, consistente no eventual aproveitamento do programa AgPopSUS na prevenção aos transtornos dos jogos de aposta online, pode ser debatido e aprofundado oportunamente, caso o Acompanhamento ora sugerido venha a ser autorizado pelo Plenário.

VIII – Distribuição da temática de prevenção à saúde mental dentro da estrutura da SAPS/MS

52. À pág. 34, parágrafo 142, do relatório da equipe observa-se distribuição do tema da saúde mental por todos os quatro departamentos da SAPS/MS. Pelos elementos disponíveis no relatório de levantamento, depreende-se que não haveria um único departamento ‘dono’ do tema (ponto focal). Assim, entende-se haver riscos de sobreposições (ou lacunas) de atuação entre os quatro departamentos da SAPS/MS, o que pode ser objeto de aprofundada avaliação quando do acompanhamento, caso seja

autorizado pelo Tribunal.

53. À pág. 35, a equipe transcreve o art. 24, incisos III e IV, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, que trata das competências do Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde (Depros/SAPS), a quem compete: (i) ‘promover ações intersetoriais a fim de incidir sobre os determinantes sociais e os fatores que influenciem diretamente a saúde da população’, e (ii) ‘difundir tecnologias efetivas, nacionais ou internacionais, de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas’.

54. Por conta dessas duas competências, relacionadas a (i) influenciar os ‘determinantes sociais’, a exigir eventuais ‘ações intersetoriais’, e a (ii) difusão de ‘tecnologias efetivas’ para a ‘prevenção de doenças crônicas’, é possível interpretar que o Depros seria o departamento da SAPS que poderia ser considerado o coordenador do tema da prevenção aos impactos das bets (jogos online) sobre a saúde mental da população (ou ‘ponto focal’).

55. Além disso, conforme o art. 21, inciso VI, do Anexo I do Decreto 11.798/2023, compete à SAPS ‘propor a incorporação de tecnologias do cuidado em atenção primária à saúde’.

56. Neste ponto, entende-se ser possível abordar, no Acompanhamento ora proposto, caso seja aprovado pelo Plenário, algumas potenciais e promissoras soluções baseadas em ‘tele saúde’, tanto em termos de (i) ‘tele consultas’ (quando, p.ex., o paciente com transtorno de jogo se consulta diretamente com um psicólogo ou um psiquiatra especialista, mesmo à distância), quanto em termos de (ii) ‘tele consultoria’ (quando algum outro profissional com menor especialização, p.ex., um médico clínico-geral, ou um enfermeiro, ou mesmo um Agente Comunitário de Saúde – ACS, pode obter uma ‘consultoria à distância’ de um outro profissional especialista – psicólogo/psiquiatra, para prontamente auxiliar uma pessoa em sofrimento psicossocial por causa de jogos de aposta online).

IX – CPI das Bets, em curso no Congresso Nacional

57. À pág. 32 do relatório constam informações sobre a ‘CPI das Bets’ (<https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/2703/>). Alguns dados interessantes constam do Plano de Trabalho da referida CPI, à peça 45 (destaques acrescidos):

(i) ‘Estimativa do Banco Central aponta que, somente em 2024, cerca de 24 milhões de pessoas físicas participaram de jogos de azar e apostas, realizando ao menos uma transferência via pix para plataformas de apostas on-line (bets)’ (estimando que, em regra, apenas a população brasileira ativa, da ordem de 140 milhões de pessoas podem fazer pix, o percentual de jogadores seria da ordem de 17% dessa população ativa, ou 24 milhões/140 milhões);

(ii) Segundo os trabalhos iniciais da CPI, haveria uma ‘verdadeira epidemia de apostas entre pessoas com capacidade econômica reduzida para realizar esses jogos’, de modo que ‘é urgente a proteção das famílias brasileiras, em especial das mais carentes, contra o vício no jogo’;

(iii) Haveria ainda ‘estelionato, por meio de propagandas enganosas e manipulação de algoritmos das plataformas de apostas’;

(iv) Cabe à CPI, portanto, ‘INVESTIGAR o impacto social e psicológico das apostas, levando-se em consideração seus efeitos sobre o superendividamento, a saúde mental e os relacionamentos familiares dos apostadores’;

(v) É objetivo ainda ‘PROPOR medidas legislativas para fortalecer a responsabilidade social e a reparação de danos causados por abusos na propaganda relacionada às plataformas de apostas;’ e ‘campanhas educativas para alertar a população sobre os riscos do vício em jogos e o impacto financeiro e social das apostas;’ e

(vi) Consta expressamente, no Plano de Trabalho da referida CPI, o ‘8º EIXO: IMPACTOS SOBRE A SAÚDE:

a) INVESTIGAR o impacto das apostas sobre a saúde mental e a qualidade de vida dos apostadores e seus familiares;

b) AVALIAR informações sobre atendimentos de saúde relacionados a problemas com jogo patológico (ludopatia);

c) SUGERIR políticas públicas voltadas ao enfrentamento da ludopatia, visando a promoção da atenção integral à saúde dos apostadores, com acolhimento, diagnóstico oportuno, tratamento adequado, bem como medidas de prevenção da doença; e

d) PROPOR medidas legislativas para fortalecer políticas públicas de saúde voltadas ao enfrentamento do transtorno do jogo’.

58. A título informativo, cabe esclarecer que a referida CPI teve a sua 7ª reunião realizada na data 11/3/2025, com o depoimento do Secretário Especial da Receita Federal (fonte: <https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/2703/reuniao/13339>).

X – Proposta de Encaminhamento

59. Ante o exposto no relatório, a equipe submeteu os autos à consideração superior com as propostas de: (i) encaminhar ao gabinete do Exmo. Ministro-Relator a proposta de nova fiscalização do tipo Acompanhamento, para que sejam aprofundadas análises sobre o impacto das bets (jogos de aposta online) na saúde mental da população; e (ii) encaminhar cópias da deliberação que vier a ser proferida para conhecimento das demais áreas do TCU que estão com ações de controle envolvendo a mesma temática, a saber: (ii.1) AudBenefícios (TC 024.146/2024-2), Levantamento no comprometimento de renda dos beneficiários do Bolsa Família com apostas online; (ii.2) AudBancos (TC 024.430/2024-2), Acompanhamento das ações do COAF e da SPA/MF para prevenir a lavagem de dinheiro; (ii.3) AudTI (TC 025.609/2024-6), Acompanhamento das ações do Governo Federal para prevenir o roubo de dados dos apostadores nas empresas autorizadas a explorar jogos com apostas de quota fixa (bets); e (ii.4) AudFiscal (TC 026.536/2024-2), Acompanhamento do processo de autorização para o funcionamento de empresas de apostas on-line, além de avaliar sua conformidade e a tributação aplicável ao setor.

60. Este supervisou propõe o encaminhamento de cópias do relatório de Levantamento também (i) à CGU (com auditoria em curso, conf. peça 46), (ii) à ‘CPI das bets’ do Congresso Nacional (cujo plano de trabalho se encontra à peça 45), e (iii) ao próprio Ministério da Saúde (a fim de subsidiar o Plano de Ação ora em construção, ainda não validado perante o Grupo de Trabalho interministerial).’

O auditor-chefe adjunto da AudSaúde, em seu pronunciamento de peça 55, propôs o levantamento do sigilo dos autos e asseverou que a proposta de fiscalização formulada pela equipe de fiscalização deverá ser efetuada oportunamente, nos termos da Portaria-Segecex 5/2021, *in verbis*:

‘Manifesto-me, no geral, de acordo com a proposta formulada pela equipe de fiscalização, a qual contou com a anuência do titular da AudSaúde/D3. Todavia, cabe propor singelos ajustes a ela.

Nesse sentido, além da inclusão do envio de cópias do acórdão que vier a ser adotado a alguns destinatários, consoante sugerido pelo titular da AudSaúde/D3, considero que, diante da baixa sensibilidade das informações registradas nas peças deste processo, caiba levantar o sigilo dos presentes autos.

Ademais, manifesto concordância com a proposta de fiscalização constante do Apêndice B. Todavia, nos termos da Portaria-Segecex 5/2021, item 112, observo que caberá formulá-la oportunamente mediante procedimento específico e encaminhá-la ao relator, por intermédio da Segecex, para manifestação quanto à conveniência de sua realização, bem como quanto ao enquadramento em uma das linhas de ação do Plano de Controle Externo.

Declaro, ainda, que foi verificado, no que se mostrou aplicável, o atendimento ao disposto na Resolução-TCU 315/2020.

Consoante a delegação de competência concedida pelo Senhor Auditor-Chefe da AudSaúde, por meio da Portaria-AudSaúde 3/2025, art. 1º, submeto os autos à consideração do Relator, o Excelentíssimo Senhor Ministro Jhonatan de Jesus, com a seguinte proposta:

I – Encaminhar cópia da deliberação que vier a ser proferida para conhecimento das demais áreas do TCU que estão com ações de controle envolvendo a mesma temática:

I.1) AudBenefícios - **TC 024.146/2024-2** - Levantamento no comprometimento de renda dos beneficiários do Bolsa Família com apostas online;

I.2) AudBancos - **TC 024.430/2024-2** - Acompanhamento para conhecer e acompanhar as ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras (COAF) e da Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA) para prevenir a lavagem de dinheiro, no que se relaciona a apostas de cota fixa de eventos esportivos (*bets*), de acordo com a Comunicação da Presidência de 2/10/2024;

I.3) AudTI - **TC 025.609/2024-6** - Acompanhamento das ações propostas pelo Governo Federal para prevenir o roubo de dados dos apostadores e outros aspectos relativos à tecnologia da informação nas empresas autorizadas a explorar jogos com apostas de quota fixa (*bets*); e

I.4) AudFiscal – **TC 026.536/2024-2** – Acompanhamento com o propósito de compreender o processo de autorização para o funcionamento de empresas de apostas on-line, além de avaliar sua conformidade e a tributação aplicável ao setor.

II – Encaminhar cópia da deliberação que vier a ser proferida à Controladoria-Geral da União; à Comissão Parlamentar de Inquérito das BET, do Senado Federal; e ao Ministério da Saúde;

III – Com fundamento no art. 3º, I, da Resolução – TCU 249/2012, levantar o sigilo dos presentes autos;

IV – Arquivar o processo nos termos do art. 169, V do RITCU, diante do cumprimento de seu objetivo.”

É o relatório.

VOTO

Trata-se de levantamento realizado pela Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde) sobre o impacto dos jogos de apostas on-line na saúde mental, tendo como escopo as ações do Ministério da Saúde voltadas à prevenção e ao acolhimento terapêutico de pessoas que apresentam comportamento de jogo problemático¹ e de pacientes já diagnosticados com transtorno do jogo² (ludopatia ou jogo patológico).

2. O presente trabalho originou-se de comunicação da Presidência do TCU emitida na sessão do Plenário de 3/10/2024, que determinou à Segecex a promoção de ações de controle para conhecer e acompanhar, entre outros pontos, o custo envolvido na saúde pública em razão do crescimento do mercado de apostas no país. Assim, o presente levantamento foi autuado para subsidiá-las, dadas a relevância e a complexidade do tema, e examina, em especial, a estrutura do Ministério da Saúde para enfrentar o problema e as principais ações já adotadas, ou em formulação, com foco na organização dos serviços de saúde mental e na implementação de medidas profiláticas

3. Desde a edição da Lei 13.756/2018, atualizada pela Lei 14.790/2023, o setor de apostas de quota fixa (conhecido como *bets*) espalhou-se como uma epidemia, com estimativa de movimentação entre R\$ 90 e R\$ 130 bilhões em 2024. Conquanto inexistam estimativas oficiais consolidadas sobre quantos brasileiros participam de apostas, estudos do Banco Central, do Itaú, de empresas de consultoria, entre outros, sugerem um quadro sintomático de comprometimento orçamentário das famílias com apostas, inclusive de beneficiários do Programa Bolsa Família, fator que pode gerar ou agravar situações de endividamento e desestruturação familiar.

4. Essa popularização das apostas on-line no Brasil nos últimos anos levou ao aumento expressivo de casos de transtorno do jogo, colocando o tema como desafio de saúde pública reconhecido pelo Ministério da Saúde que requer ações coordenadas de prevenção e cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5. A regulamentação do mercado de *bets* ficou a cargo do Ministério da Fazenda, nos termos do artigo 6º daquela lei. O órgão fazendário baixou mais de 23 portarias para regulamentar os jogos de apostas on-line entre outubro de 2023 e janeiro de 2025; a Portaria SPA/MF 1.231, de 31 de julho de 2024, estabeleceu, pois, as regras e as diretrizes para o jogo responsável, incluindo disposições para prevenção do jogo patológico.

6. Não obstante, constata-se lacunas na atuação governamental com vistas a enfrentar, de modo efetivo, a compulsão ou a adicção ao jogo.

7. Conforme exposto pela AudSaúde neste levantamento, estudos recentes apontam que grande parcela dos apostadores pode desenvolver transtornos, contribuindo para o aumento significativo na busca de cuidados em saúde mental e reforçando a necessidade de estratégias específicas no âmbito do SUS. Nesse sentido, estudo da Revista *Lancet* publicado em 2024 estima, em cenário global, que 8,9% dos adultos e 16,3% dos adolescentes que realizam jogos de apostas esportivas podem ter desenvolvido problemas com o jogo patológico.

¹ O Transtorno do Jogo (ludopatia ou jogo patológico) é reconhecido internacionalmente como doença mental e figura na Classificação Internacional de Doenças – CID-11 (código 6C50) da OMS, bem como no DSM-5 da Associação Americana de Psiquiatria. Refere-se a transtorno aditivo comportamental que compartilha mecanismos neurobiológicos e clínicos com as dependências por uso de substâncias, e suas consequências típicas incluem perda de controle sobre as apostas, endividamento grave e importantes prejuízos sociais e familiares.

² Por sua vez, o termo jogo problemático, distinto do transtorno clínico, designa padrão de apostas que já acarreta danos relevantes, mas ainda não preenche todos os critérios diagnósticos formais. Ambos os fenômenos (transtorno do jogo e jogo problemático) vêm se tornando preocupação de saúde pública emergente no Brasil, impulsionados pela rápida expansão de plataformas de apostas on-line nos últimos anos.

8. Na esfera do Ministério da Saúde, a Secretaria de Atenção Primária (SAPS) e a Secretaria de Atenção Especializada (SAES) coordenam políticas e financiam ações em saúde mental por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que abrange unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Unidades de Acolhimento (UA), entre outros.

9. O atendimento aos pacientes com transtorno do jogo está inserido na RAPS, de forma análoga ao de outros transtornos mentais e dependências. Contudo, as unidades de assistência, de modo geral, não têm estrutura suficiente para atender e tratar o crescente número de dependentes em jogos de azar: faltam profissionais especializados e até mesmo espaço físico. Pesquisa realizada pela associação civil sem fins lucrativos ImpulsoGov, com 2.000 profissionais de saúde do SUS, divulgada em outubro de 2024 pelo jornal Folha de São Paulo, mostrou que 55,2% não se sentiam preparados para atender pacientes com vício em apostas e que 36,4% se percebiam apenas “em parte” aptos.

10. Por meio de ambas as secretarias, a pasta ministerial está em processo de elaboração de plano de ação em quatro eixos (qualificação profissional, prevenção/redução de danos, cuidado e pesquisa). Todavia, ainda não o submeteu à aprovação da Comissão Intergestores Tripartite – espaço de articulação e pactuação entre gestores das três esferas de governo no âmbito do SUS, responsável por decidir sobre estratégias e diretrizes nacionais de saúde; somente após validação por aquele colegiado, as ações planejadas poderão ter abrangência efetiva em todo o território nacional.

11. Ainda quanto à atuação do Ministério da Saúde, o presente levantamento expõe indícios de lacunas na articulação interna das áreas responsáveis, na definição de indicadores específicos e na execução de campanhas de conscientização acerca dos riscos de vício em apostas on-line. Ademais, aponta-se que o número de atendimentos registrados sob a classificação de jogo patológico pode estar subestimado e que as iniciativas de detecção precoce de casos de dependência são escassas.

12. Outro ponto crítico refere-se às medidas de orientação e aos mecanismos de bloqueio destinados a crianças, adolescentes e indivíduos diagnosticados com ludopatia. Embora essas iniciativas sejam exigidas por lei, as campanhas educativas e profiláticas promovidas pelo poder público permanecem modestas, em contraste com o intenso marketing adotado pelas empresas de apostas on-line.

13. No curso do presente levantamento, foi editada a Portaria Interministerial MF/MS/Mesp/Secom 37/2024, que instituiu o “Grupo de Trabalho [GT] Interministerial de Saúde Mental e de Prevenção e Redução de Danos do Jogo Problemático”, que reúne representantes dos quatro ministérios envolvidos (Fazenda, Saúde, Esporte e Secom/PR), sob coordenação compartilhada, com a Secretaria de Prêmios e Apostas (SPA/MF) exercendo a secretaria-executiva. O GT tem como finalidade formular e planejar ações de prevenção, redução de danos e assistência a pessoas e grupos sociais que apresentem comportamento de jogo problemático persistente ou estejam em situação de vulnerabilidade a tal patologia.

14. O Grupo de Trabalho recebeu o prazo inicial de 60 dias para elaborar Plano de Ação em Saúde Mental e Prevenção do Jogo Problemático, incluindo campanhas educativas, diretrizes para conscientização dos apostadores, parâmetros de identificação de riscos e colaboração com entidades públicas e privadas; entretanto, vencido o prazo originalmente estipulado, alguns dos resultados previstos, como a elaboração da proposta de plano de ação, ainda não foram apresentados.

15. Lado outro, a ausência de articulação efetiva entre Ministério da Saúde, Secretaria de Prêmios e Apostas do Ministério da Fazenda, Ministério dos Esportes, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social e outros órgãos compromete a adoção de providências conjuntas e a formação de arranjo de governança que atenda ao que se espera do chamado “jogo responsável”, ações que deveriam envolver também fiscalização, monitoramento das plataformas, bloqueio de participação de menores e proteção de apostadores suscetíveis a perdas severas ou endividamento descontrolado.

16. Nesse cenário, emergem riscos e fragilidades. Além de não haver estruturação consistente para informar a população quanto ao risco de vício em jogos de aposta on-line, o que pode ampliar o número de pessoas afetadas, a RAPS dispõe de recursos muito limitados e não possui protocolos padronizados para realizar o manejo clínico desses pacientes, embora projeções epidemiológicas de jogo problemático indiquem demanda latente, que pode crescer rapidamente.

17. Destacam-se, ainda, a ausência de indicadores claros sobre o número de pessoas atendidas no SUS e a carência de campanhas educativas e de mecanismos de bloqueio ou restrição ao público infantojuvenil; a massiva publicidade das apostas, aliada à falta de alertas proporcionais quanto aos riscos de dependência, contribui para que cresça o contingente de pessoas expostas ao jogo problemático.

18. Em resumo, o presente levantamento indica que as medidas até agora adotadas pelo governo federal, tanto na regulação quanto nas ações de saúde, necessitam de acompanhamento mais detido por parte deste Tribunal, a fim de se verificar a execução do plano de ação anunciado pelo Ministério da Saúde, se ocorrerão campanhas de conscientização, se as equipes multiprofissionais da RAPS receberão capacitação para atender jogadores compulsivos e se haverá mecanismos de prevenção, identificação e cuidado dos casos mais graves de transtorno de jogo.

19. Nesse sentido, acolho a proposição da AudSaúde de expedir cópia deste levantamento às unidades da Secretaria-Geral de Controle Externo que atuam nesse macroprocesso de controle, bem como ao Ministério da Saúde, à Controladoria-Geral da União e à CPI das Bets, do Senado Federal, porquanto o conhecimento dessas informações poderá subsidiar análises e formulações de política pública.

20. Por fim, como as informações aqui contidas não revelam aspectos sensíveis ou que venham a pôr em risco as atividades de auditoria e fiscalização deste Tribunal, entendo cabível o levantamento do sigilo deste processo.

Ante o exposto, manifesto-me por que o Tribunal aprove a minuta de acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões, em 28 de maio de 2025.

MINISTRO JHONATAN DE JESUS
Relator

ACÓRDÃO Nº 1173/2025 – TCU – Plenário

1. Processo TC 024.852/2024-4
- 1.1. Apenso: 003.944/2025-5
2. Grupo I – Classe de Assunto: V – Relatório de Levantamento.
3. Interessados/Responsáveis: não há.
- 3.1. Responsável: Alexandre Rocha Santos Padilha, Ministro da Saúde (131.926.798-08).
4. Órgãos/Entidades: Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Especializada à Saúde.
5. Relator: Ministro Jhonatan de Jesus.
6. Representante do Ministério Público: não atuou.
7. Unidade Técnica: Unidade de Auditoria Especializada em Saúde (AudSaúde).
8. Representação legal: não há.

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de relatório de levantamento sobre o impacto dos jogos de apostas on-line na saúde mental da população, tendo como escopo as ações do Ministério da Saúde voltadas à prevenção e ao cuidado com pacientes envolvidos em jogo problemático,

ACORDAM os ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo relator, em:

9.1. levantar o sigilo dos presentes autos, com fundamento no art. 3º, inciso I, da Resolução-TCU 249/2012;

9.2. encaminhar cópia desta deliberação à Controladoria-Geral da União, à Comissão Parlamentar de Inquérito das *Bets*, do Senado Federal, ao Ministério da Saúde e, por intermédio da Secretaria-Geral de Controle Externo, às unidades especializadas deste Tribunal responsáveis por ações de controle envolvendo o tema;

9.3. arquivar o processo, nos termos do art. 169, inciso V, do Regimento Interno.

10. Ata nº 18/2025 – Plenário.

11. Data da Sessão: 28/5/2025 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1173-18/25-P.

13. Especificação do quórum:

13.1. Ministros presentes: Vital do Rêgo (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Augusto Nardes, Bruno Dantas, Jorge Oliveira, Antonio Anastasia e Jhonatan de Jesus (Relator).

13.2. Ministro-Substituto convocado: Augusto Sherman Cavalcanti.

(Assinado Eletronicamente)

VITAL DO RÊGO

Presidente

(Assinado Eletronicamente)

JHONATAN DE JESUS

Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)

CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA

Procuradora-Geral