



Confederação Nacional da Indústria
PELO FUTURO DA INDÚSTRIA

PROPOSTAS DA INDÚSTRIA
PARA AS ELEIÇÕES

2022

21

SAÚDE:
AGENDA PÓS-PANDEMIA

21

SAÚDE:
AGENDA PÓS-PANDEMIA

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA – CNI

PRESIDENTE

Robson Braga de Andrade

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Paulo Antonio Skaf (Licenciado)

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Antônio Carlos da Silva

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Francisco de Assis Benevides Gadelha

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Paulo Afonso Ferreira

VICE-PRESIDENTE EXECUTIVO

Glauco José Côrte

VICE-PRESIDENTES

Sergio Marcolino Longen

Eduardo Eugenio Gouvêa Vieira

Antonio Ricardo Alvarez Alban

Gilberto Porcello Petry

Olavo Machado Júnior

Jandir José Milan

Eduardo Prado de Oliveira

José Conrado Azevedo Santos

Jorge Alberto Vieira Studart Gomes

Edson Luiz Campagnolo (Licenciado)

Leonardo Souza Rogério de Castro

Edilson Baldez das Neves

1º DIRETOR FINANCEIRO

Jorge Wicks Côrte Real

2º DIRETOR FINANCEIRO

José Carlos Lyra de Andrade

3º DIRETOR FINANCEIRO

Alexandre Herculano Coelho de Souza Furlan

1º DIRETOR SECRETÁRIO

Amaro Sales de Araújo

2º DIRETOR SECRETÁRIO

Antonio José de Moraes Souza Filho

3º DIRETOR SECRETÁRIO

Marcelo Thomé da Silva de Almeida

DIRETORES

Roberto Magno Martins Pires

Ricardo Essinger

Marcos Guerra (Licenciado)

Carlos Mariani Bittencourt

Pedro Alves de Oliveira

José Adriano Ribeiro da Silva (Licenciado)

Jamal Jorge Bittar

Roberto Cavalcanti Ribeiro

Gustavo Pinto Coelho de Oliveira

Julio Augusto Miranda Filho

José Henrique Nunes Barreto

Nelson Azevedo dos Santos

Flávio José Cavalcanti de Azevedo

Fernando Cirino Gurgel

CONSELHO FISCAL

TITULARES

João Oliveira de Albuquerque

José da Silva Nogueira Filho

Irineu Milanese

SUPLENTE

Clerlânio Fernandes de Holanda

Francisco de Sales Alencar

Célio Batista Alves



Confederação Nacional da Indústria
PELO FUTURO DA INDÚSTRIA

PROPOSTAS DA INDÚSTRIA
PARA AS ELEIÇÕES

2022

21

SAÚDE:
AGENDA PÓS-PANDEMIA

© 2022. CNI – Confederação Nacional da Indústria.

É autorizada a reprodução total ou parcial desta publicação, desde que citada a fonte.

CNI

Diretoria de Educação e Tecnologia - DIRET

FICHA CATALOGRÁFICA

C748s

Confederação Nacional da Indústria.

Saúde : agenda pós-pandemia / Confederação Nacional da Indústria. – Brasília : CNI, 2022.
77 p. : il. – (Propostas da indústria eleições 2022 ; v. 21)

ISBN 978-65-86075-68-7

1. Saúde. 2. Desenvolvimento Sustentável. 3. Pandemia. I. Título.

CDU: 324+338.48-6

CNI | DDIE

SBN - Quadra 1 – Bloco C – 12º andar
Edifício Roberto Simonsen
CEP 70040-903 – Brasília / DF
Tel.: (61) 3317-9000
E-mail: ddie@cni.com.br

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

SBN - Quadra 1 – Bloco C – 14º andar
Edifício Roberto Simonsen
CEP 70040-903 – Brasília / DF
Tel.: (61) 3317-9989 e 3317-9992
E-mail: sac@cni.com.br
Site: www.portaldaindustria.com.br



PROPOSTAS DA INDÚSTRIA
PARA AS ELEIÇÕES

2022

Sumário

RESUMO EXECUTIVO	11
INTRODUÇÃO	13
1 O IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19	15
1.1 A mortalidade	15
1.2 A vacinação	17
1.3 A transição demográfica	18
2 A SAÚDE DO BRASILEIRO POR FAIXAS ETÁRIAS	23
2.1 Infância e Adolescência: mortalidade	23
2.2 A saúde dos adultos	26
2.3 A saúde dos acima de 60 anos	29
3 CRESCIMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	33
4 IMPACTOS DA DEFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO À SAÚDE SOBRE A ECONOMIA	37
5 CUSTOS DO SISTEMA DE SAÚDE	41
6 SAÚDE SUPLEMENTAR	45
7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	51
8 TELESSAÚDE INTEGRADA	55
9 DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS AOS USUÁRIOS E CONTRATANTES PARA A GESTÃO DA SAÚDE POPULACIONAL	61
9.1 Extrato mensal	62
9.2 Vinculação de contas médicas	62
9.3 Aferição e divulgação de indicadores de efetividade	62
9.4 Disponibilização de dados coletivos	63
10 MODELO DE REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR	65
11 PROPOSTAS	67
REFERÊNCIAS	71
LISTA DOS DOCUMENTOS DA SÉRIE <i>PROPOSTAS DA INDÚSTRIA PARA AS ELEIÇÕES 2022</i>	77



APRESENTAÇÃO

Neste ano, comemoramos o Bicentenário da Independência do Brasil. Além de celebrarmos nossas conquistas, esse importante marco histórico é uma oportunidade para refletirmos sobre o que devemos fazer para que o país figure entre as nações com elevado padrão de desenvolvimento econômico e social.

Para alcançarmos esse objetivo, precisamos fortalecer a indústria, setor que é estratégico para assegurar o crescimento sustentado da economia. Com um enorme poder de alavancar os demais setores e fonte determinante da inovação e do desenvolvimento tecnológico, a indústria tem sido o centro dos planos de desenvolvimento implementados com sucesso em todo o mundo.

Os governantes e os parlamentares eleitos em 2022 terão a responsabilidade e o privilégio de formular as políticas necessárias para a retomada do crescimento econômico e para a melhoria do padrão de vida dos brasileiros nas próximas décadas.

Os 21 documentos da série *Propostas da Indústria para as Eleições 2022* têm o propósito de contribuir para a elaboração dessas políticas. Eles apresentam diagnósticos e soluções para superarmos os problemas que reduzem a competitividade da indústria e para construirmos as bases de um futuro melhor para o país.

A atuação do Estado é fundamental para prover bens e serviços públicos, para regular as atividades em que os mercados operam com ineficiências e para garantir condições mínimas de dignidade para a população.

A saúde é um dos setores que demandam atuação estatal. O governo provê serviços de saúde à população, especialmente às famílias de baixa renda, e regula o mercado de saúde suplementar.

Neste documento, a CNI propõe uma agenda para a atuação do Estado na área de saúde depois da pandemia da covid-19. O principal foco deve ser a assistência primária, com o combate às doenças e riscos não transmissíveis e a integração entre os sistemas público, suplementar e de saúde do trabalhador.

O estudo aborda, ainda, as novas tecnologias, como a telessaúde e o fortalecimento da estratégia nacional de prontuário eletrônico, além de sugestões para o aprimoramento regulatório da saúde suplementar.

Robson Braga de Andrade

Presidente da CNI

RESUMO EXECUTIVO

A saúde é elemento fundamental para o bem-estar da população, para a competitividade das empresas, para a sustentabilidade do sistema previdenciário e para o desenvolvimento socioeconômico do país.

No Brasil, a assistência à saúde envolve o Sistema Único de Saúde (SUS), público e universal, e a Saúde Suplementar – planos e seguros privados de assistência à saúde, que se complementam para atender à população brasileira.

Esses sistemas têm sido desafiados a aumentar sua eficiência e efetividade diante das diferenças regionais de acesso, do envelhecimento populacional, do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e do aumento dos custos.

A pandemia de covid-19 reforçou alguns desses desafios. Foram evidenciadas as diferenças nos resultados de saúde entre regiões, estados e cidades e houve aceleração da transição demográfica brasileira, com expressiva redução da natalidade diante das incertezas trazidas pela pandemia.

Outra preocupação é a saúde de brasileiros em idade produtiva (20 a 59 anos), que – apesar de não ser foco de atenção específica – preocupa pela alta mortalidade, relacionada a violência e acidentes e pelo crescimento das DCNTs. A combinação desses fatores implica o aumento da sobrevida com incapacidades motoras, sensoriais e cognitivas e coloca o país em quarto lugar no ranking da OCDE de Anos Potenciais de Vidas Perdidos (APVP).

Ao lado do financiamento à saúde, há uma escalada das despesas com saúde privada. As despesas privadas com saúde passaram de 4,4% para 5,8% do PIB entre 2008 e 2019, enquanto as despesas relacionadas ao SUS passaram de 3,6% para 3,8% do PIB no mesmo período.

Esse aumento no custo com a saúde privada é especialmente preocupante para a indústria, pois o setor industrial é responsável, parcial ou integralmente, pelo financiamento de 27% dos beneficiários de planos de saúde coletivos (10,8 milhões). Entre 2008 e 2021, o aumento de despesas com planos de saúde (513%) foi quatro vezes maior do que a inflação (124%) e tem elevado os custos de cuidados com trabalhadores das indústrias, sem a contrapartida da melhoria na qualidade e nos resultados.

A otimização do sistema de saúde requer uma abordagem multiprofissional, que envolva SUS e Saúde Suplementar na assistência integral de pacientes (integração entre níveis de atenção primária, secundária e terciária), promoção de saúde e prevenção de doenças; ações conjuntas com empresas, quando envolver trabalhadores; troca de informações baseada no indivíduo, para a integração entre níveis de atenção entre serviços públicos, de saúde do trabalhador e saúde suplementar; e inclusão das teletecnologias assistenciais como um dos pilares para a reorganização da cadeia de saúde.

Este documento apresenta propostas para o aprimoramento do sistema de saúde, de modo a torná-lo mais eficiente e adequado às necessidades da população. As recomendações estão estruturadas em quatro eixos.

O primeiro eixo é a atenção primária a saúde. Nele são apresentadas, entre outras, propostas para se criar uma matriz industrial de insumos para a saúde; para controle de patógenos nas fronteiras; para priorizar o cuidado primário com a saúde; e para promover o alinhamento entre o sistema público, a saúde suplementar e a saúde do trabalhador.

O segundo eixo apresenta propostas para regulamentar a telessaúde de modo a garantir, entre outros, maior acesso da população ao atendimento, melhoria na qualidade do cuidado, uso de teletecnologias assistenciais.

O terceiro eixo se destina às propostas de promoção da intercambialidade de dados para gestão de saúde populacional, com garantias à privacidade dos pacientes. A disponibilização dos dados com maior organização trará clareza aos contratantes da saúde suplementar sobre os custos do serviço contratado e permitirá uma melhor gestão da saúde.

O quarto eixo propõe a estruturação de um sistema de remuneração dos prestadores de serviços de saúde baseado em resultados (*"payment for performance"* ou *"P4P"*) – em substituição ao atual, baseado no número de procedimentos executados (*"fee for service"*).

INTRODUÇÃO

A saúde é elemento fundamental para o bem-estar da população e para a competitividade das empresas. De acordo com pesquisa recente da CNI (2021), a saúde é o segundo mais indicado pelos brasileiros entre os três principais problemas do Brasil – mencionada por 41% dos entrevistados, atrás apenas do desemprego, mencionado por 51%. Na mesma pesquisa, a população aponta a melhoria dos serviços de saúde como a principal prioridade para atuação do governo, empatando tecnicamente em primeiro lugar com a geração de empregos.

No Brasil, a assistência à saúde envolve o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e de caráter público e universal, e o Sistema de Saúde Suplementar, que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência à saúde.

Existem, ainda, iniciativas das empresas de cuidado com a saúde dos trabalhadores. Do ponto de vista das empresas, garantir a saúde dos trabalhadores é um aspecto importante de sua função social e, mais recentemente, tem sido considerado como um indicador de consciência social relevante para investidores que se pautam pela agenda ESG¹, voltada para a sustentabilidade ambiental, a consciência social e a governança.

Além disso, melhores indicadores de saúde estão diretamente relacionados aos níveis de satisfação e de produtividade dos trabalhadores. Por todas essas razões, o tema mantém uma correlação direta com o desenvolvimento econômico e social do país.

A fragmentação do cuidado e das informações, a dificuldade de acesso e o aumento exponencial dos custos em saúde são os principais desafios para essa agenda estratégica. O advento da pandemia da covid-19 reforçou a agenda e trouxe outros desafios.

A pandemia trouxe ainda à tona diferenças importantes dos indicadores epidemiológicos e de acesso à saúde entre países – e mesmo dentro dos países, entre estados e cidades. Essa desigualdade, que já existia previamente, se aprofundou. No caso brasileiro, há pontos relevantes a serem considerados: as diferenças regionais na consolidação da estratégia de saúde da família; a definição do papel da saúde suplementar no enfrentamento de crises sanitárias; e a cristalização da telessaúde para ampliar e melhorar a qualidade assistencial.

A pandemia também acentuou a transição demográfica no país, pois as famílias adiaram planos de ter filhos diante das incertezas de saúde e das incertezas econômicas, trazidas pela pandemia.

1 Da sigla em inglês, *Environment, Social and Governance*. Em tradução livre: Ambiental, Social e Governança.

1 O IMPACTO DA PANDEMIA PELA COVID-19

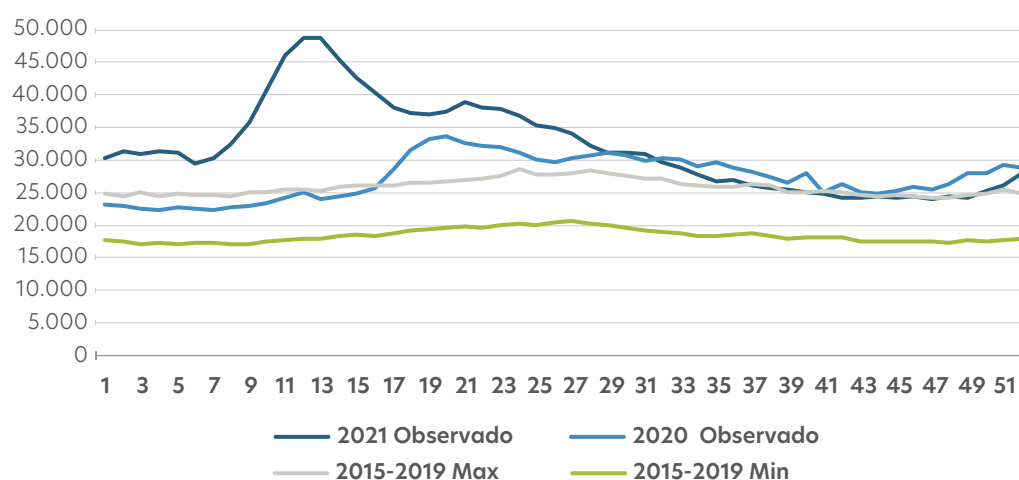
1.1 A mortalidade

A contabilização dos efeitos da pandemia tem sido aferida por vários indicadores como: o número de pessoas com diagnóstico clínico ou laboratorial de covid-19; o número de indivíduos com comprovação laboratorial da infecção pelo coronavírus; a quantidade de hospitalizações e de mortes por covid-19; e o excesso de mortes em geral, após o início da pandemia, se comparado a um período anterior.

O excesso de mortes tem sido priorizado porque avalia, não somente o efeito causado pela covid-19, como também as mortes por outras causas, decorrentes do esgotamento da capacidade instalada da rede hospitalar. Esse marcador tem sido amplamente utilizado para comparar países e, dentro dos países, estados ou cidades.

Em 2020, em todo o país, morreram 246.198 pessoas a mais do que a média entre 2015 e 2019. Em relação a 2021, o excesso do número de óbitos em relação a esse mesmo período foi de 415.821. O aumento de mortes, entre 2015 e 2019, entre um ano e o anterior variou entre 0,2% e 3,6%. No entanto, entre 2020 e 2019, o incremento foi de 15,3% e o de 2021, em relação a 2019, foi de 10,9%. O aumento de mortes comparativo – no período entre 2020 e 2021 em relação à média dos anos anteriores – foi de 25,3% (Gráfico 1).

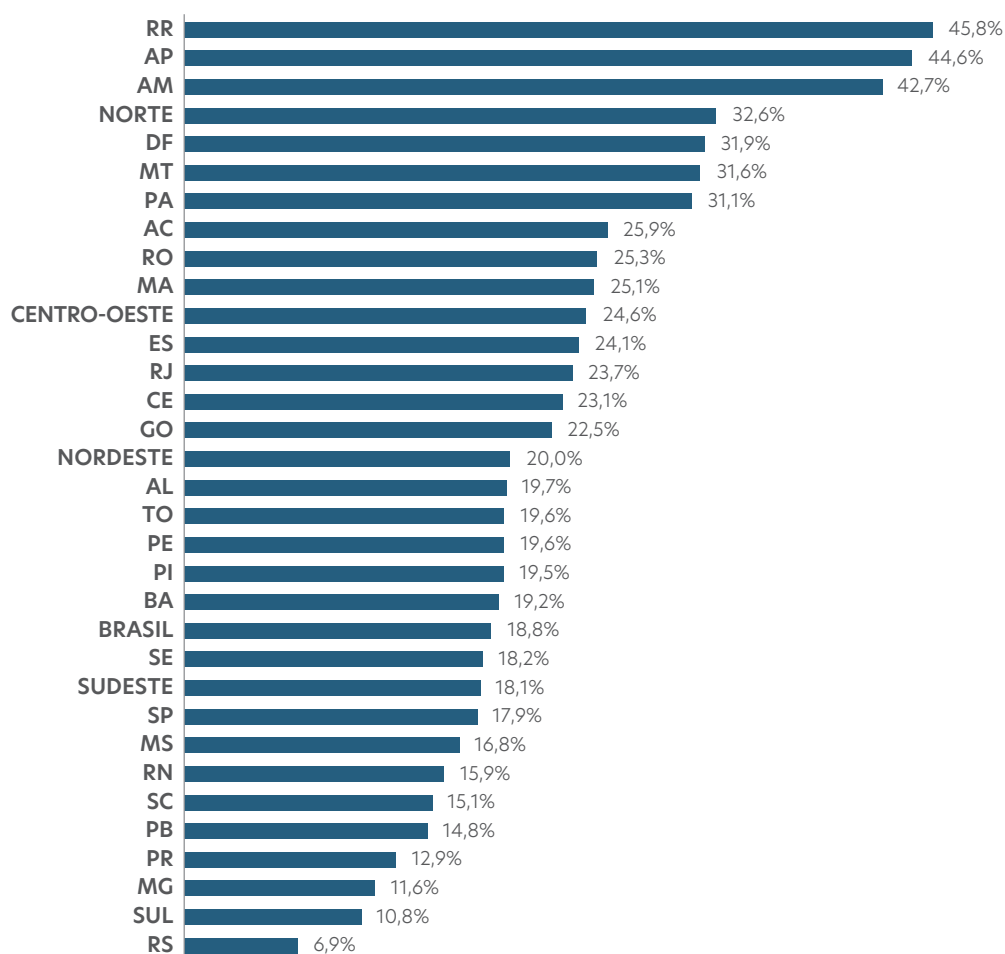
Gráfico 1 - Excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil 2020-21: curva de óbitos esperados e observados, por semana do ano.



Fonte: Conass (2022).

No país como um todo, o excesso de mortalidade no período foi muito diferenciado entre as macrorregiões e os estados. O Gráfico 2 mostra que, em 2020 – em relação à média de 2015-19 – ocorreram, em todo o país, 18,8% a mais de mortes, sendo que as macrorregiões tiveram valores muito distintos: Norte (32,6%), Centro-Oeste (24,6%), Nordeste (20%), Sudeste (18,1%) e Sul (10,8%). Entre os estados, houve variações expressivas, como, por exemplo, entre Roraima (45,8%) e o Rio Grande do Sul (6,9%).

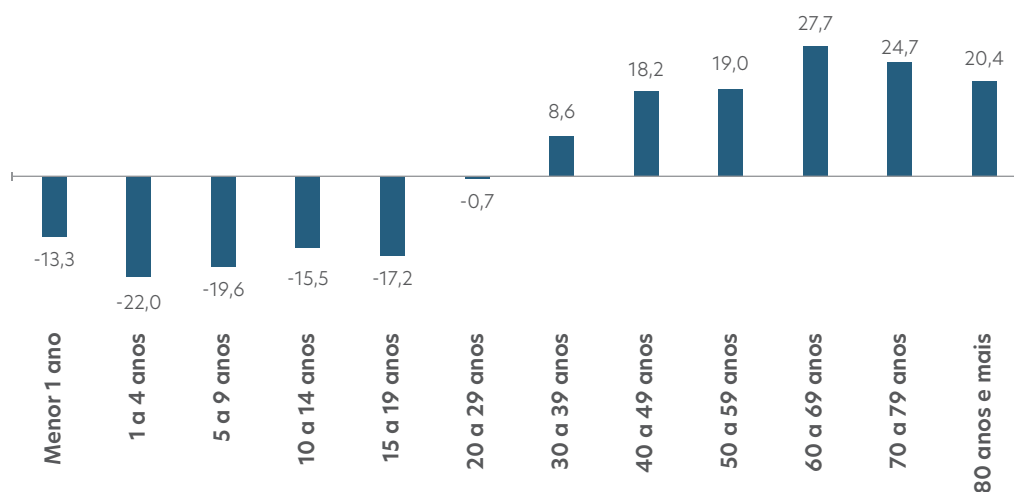
Gráfico 2 - Excesso de mortes (%) em 2020 em relação à média anual do período 2015 e 2019 nos estados e no Distrito Federal



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Fato surpreendente em 2020 foi que, na análise de excesso de mortes por faixas de idade (Gráfico 3), observou-se a redução dos óbitos nas faixas etárias de zero até 19 anos, explicada pelas medidas de isolamento social. Esse fenômeno, observado em outros países, pode ser explicado pela redução da poluição atmosférica, pela menor transmissão de infecções virais, devido ao recesso escolar, e pela redução de causas externas, como acidentes automobilísticos, agressões e quedas.

Gráfico 3 – Diferença de mortes (%) em 2020 em relação à média anual do período 2015 e 2019 em todo o Brasil por faixas etárias



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Eixo Y1: Variação (%) do número de óbitos em 2020 em relação a 2015-19.

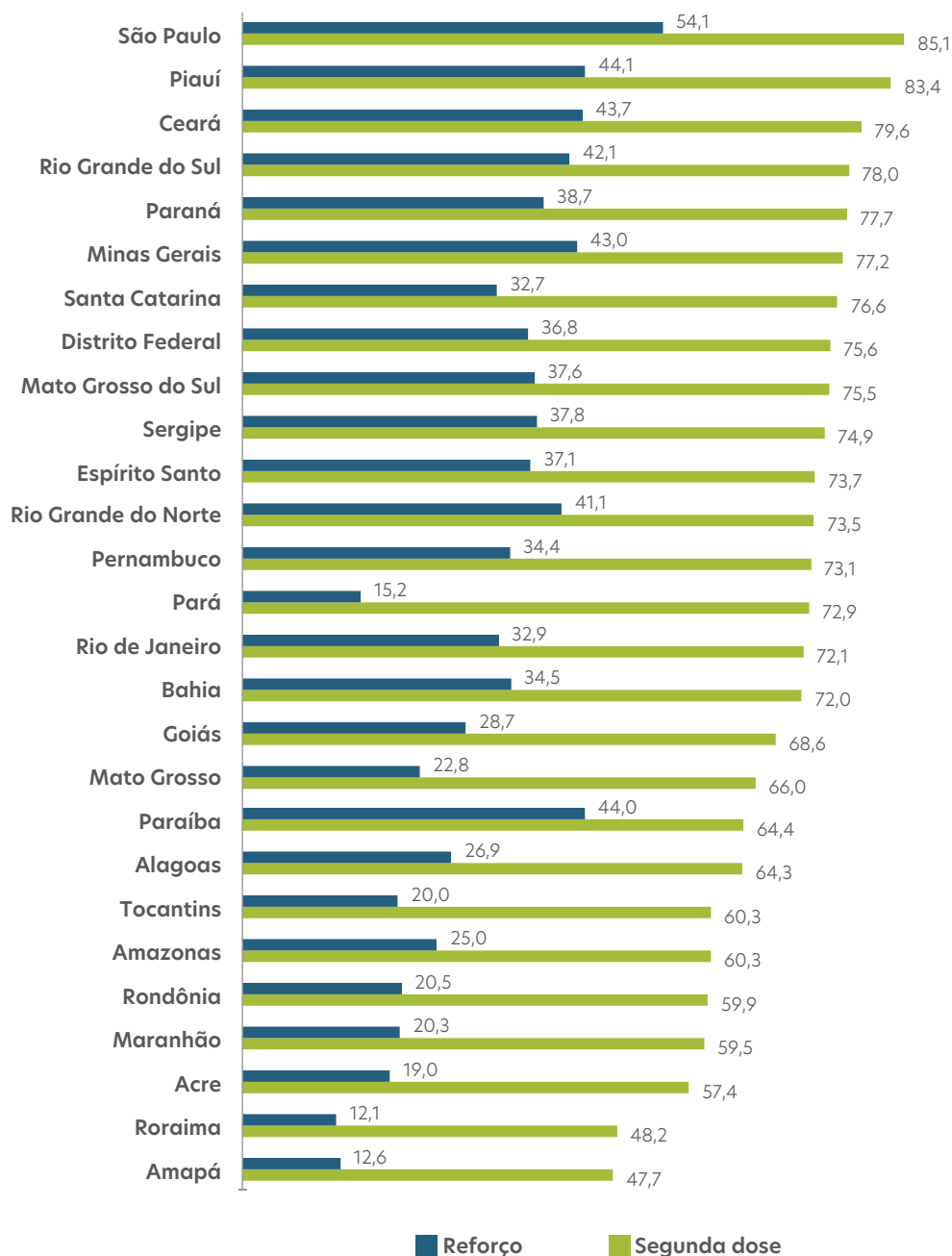
Eixo X: faixa etária.

1.2 A vacinação

A diferença entre os estados do país quanto ao excesso de mortalidade apresenta paralelismo com o esforço vacinal, tanto para as duas doses dos imunizantes como para a dose de reforço para a covid-19. A cobertura vacinal para a população acima dos cinco anos, para as duas doses, variou entre 85% em São Paulo e 47,7% no Amapá.

Todos os estados da região Norte, à exceção do Pará, apresentam as menores taxas de vacinação em suas populações. O destaque positivo para a vacinação é a cobertura vacinal, maior ou próxima, observada em estados com menor renda, como Piauí e Ceará, na comparação com Rio Grande do Sul e Paraná. (Gráfico 4)

Gráfico 4 - Cobertura vacinal (%) para a Covid-19, segunda dose e dose de reforço nos estados e Distrito Federal



Fonte: Consórcios dos veículos de informação, acesso em: 28 abr. 22.

1.3 A transição demográfica

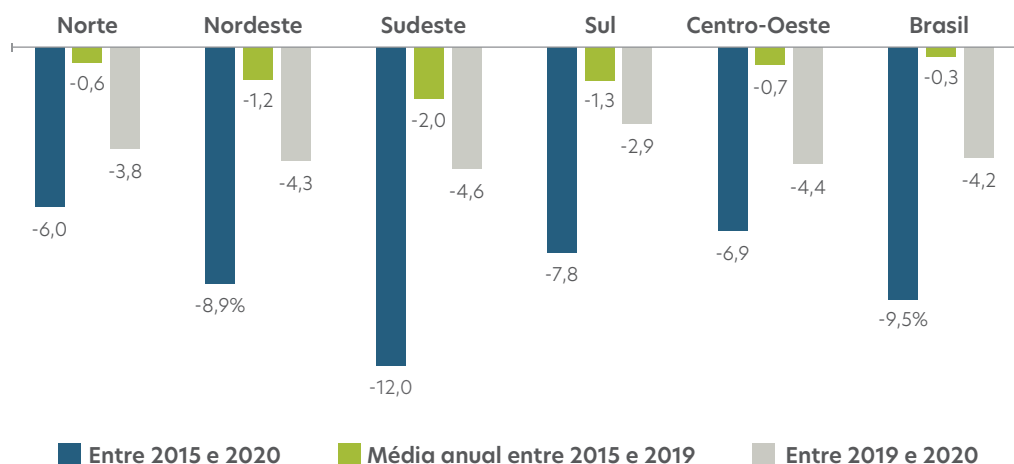
Outro aspecto ampliado pela pandemia foi a aceleração da transição demográfica, em função da aceleração na queda da taxa de natalidade, pois as famílias adiaram seus planos de ter filhos, diante das incertezas trazidas pela pandemia da covid-19.

O fenômeno da transição demográfica é caracterizado pela tendência de envelhecimento populacional, decorrente da redução das taxas de natalidade, da redução das taxas de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, associados, entre outros fatores, ao desenvolvimento tecnológico e aos avanços da medicina.

No Brasil e no mundo, esse fenômeno acarreta mudanças importantes nos padrões de gastos públicos e privados. A maior proporção de indivíduos idosos na população tende a elevar os dispêndios com saúde, criando a necessidade de revisão das estruturas e dos modelos de assistência em vigor.

A Gráfico 5 mostra a impressionante queda do número de nascidos vivos antes da pandemia, em torno de - 1,4% ao ano entre 2015 e 2019, com aumento para -4,2% entre 2019 e 2020 e redução semelhante entre 2020 e 2021: em torno de -4,3%. No período pré-pandemia, de 2015 até 2019, a redução de nascimentos acumulada foi de -5,6% em todo o país, com retração em todas as regiões: Sudeste (-7,8%), Sul (-5%), Nordeste (-4,9%), Centro-Oeste (-2,6%) e Norte (-2,3%).

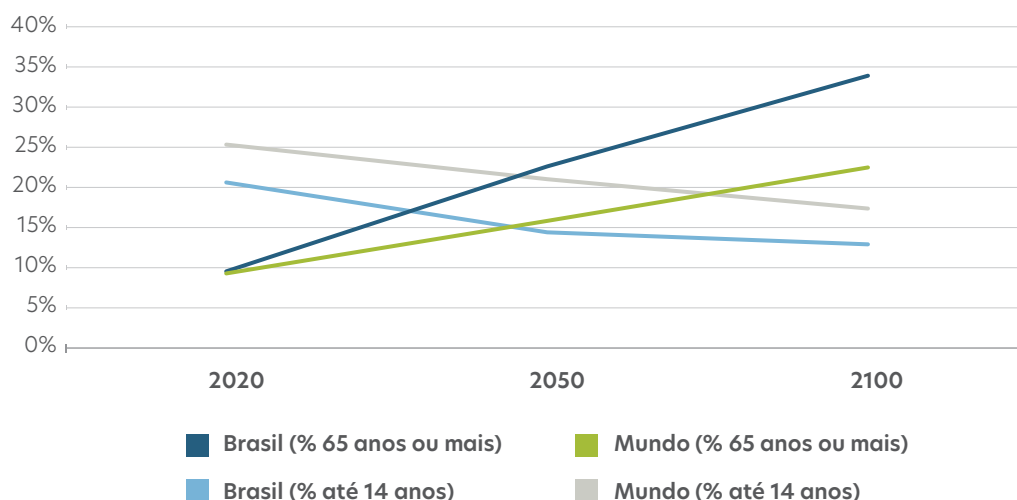
Gráfico 5 - Taxa de variação do número de nascidos vivos em todo o país (%)



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Embora haja a possibilidade de recuperação proporcional da natalidade nos anos pós-pandemia – como ocorreu na 2ª Guerra Mundial, no fenômeno conhecido como “baby boom” – até o momento, esse fenômeno somente foi descrito por países europeus nórdicos no caso da pandemia de covid-19.

Dados das Nações Unidas, sistematizados por Reis, Barbosa e Pimentel (2016), revelam que a parcela da população com idade acima de 60 anos tem crescido num ritmo acelerado no mundo, devendo ultrapassar, em 2050, o percentual de jovens até 14 anos. Considerando o Brasil, a estimativa é que essa transição ocorra já por volta de 2030, conforme ilustra a Gráfico 6, a seguir.

Gráfico 6 - Projeções da proporção da população com idade até 14 anos e acima de 60 anos. (Mundo e Brasil, 2015, 2050 e 2100)

Fonte: World Populations Prospects (2019).

Na Tabela 1, descreve-se a proporção de habitantes, calculada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, por faixa etária neste século. Nele, observa-se a previsão de diminuição progressiva das faixas etárias mais jovens. Os menores de 20 anos, que representavam metade da população em 2000, atualmente se aproximam de um terço de todos os brasileiros. Em contraposição, o aumento de indivíduos com mais de 60 anos dobrará em 2025 (16,2%) em relação ao ano 2000 (8,2%). Esse aumento relativo se reproduzirá na faixa dos mais de 70 anos (3,6% para 7,3%), dos mais de 80 anos (1,02% para 2,33%) e nos mais de 90 anos (0,16% para 0,44%).

Tabela 1 - Proporção da população brasileira no século XXI, incluindo as previsões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

	2000	2010	2020	2025	2030
0 a 4 anos	10,0%	8,1%	6,5%	6,0%	5,6%
5 a 19 anos	40,5%	34,3%	28,8%	26,3%	24,2%
20 a 59 anos	51,3%	55,6%	57,4%	57,5%	57,2%
> 60 anos	8,2%	10,0%	13,8%	16,2%	18,6%
> 70 anos	3,6%	4,4%	6,0%	7,3%	8,9%
> 80 anos	1,02%	1,37%	1,95%	2,33%	2,93%
> 90 anos	0,16%	0,20%	0,35%	0,44%	0,57%

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Em 2025, a proporção de população acima dos 60 anos será diferente por macrorregiões: Sul (19,3%), Sudeste (18,5%), Centro-Oeste (14,1%), Nordeste (13,8%) e Norte (10%). Em contrapartida, a proporção de crianças e adolescentes também será distinta por macrorregiões: Norte (32,7%), Nordeste (28,9%), Centro-Oeste (26,5%), Sudeste (23,9%) e Sul (23,9%).

Tabela 2 - Proporção da população nas macrorregiões no século XXI a partir das previsões do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2025

	N	NE	SE	CO	S
0 a 4 anos	7,5%	6,5%	5,5%	6,1%	5,5%
5 a 19 anos	32,7%	28,9%	23,9%	26,5%	23,9%
20 a 59 anos	57,3%	57,3%	57,6%	59,4%	56,9%
> 60 anos	10,0%	13,8%	18,5%	14,1%	19,3%
> 70 anos	4,0%	6,2%	8,5%	6,0%	8,9%
> 80	1,13%	1,99%	2,74%	1,79%	2,85%
> 90	0,17%	0,34%	0,56%	0,28%	0,55%

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Se, em 1980, o país era classificado como jovem, atualmente é caracterizado como adulto, caminhando para se tornar um país idoso. Essa transição demográfica, que ocorreu de forma mais lenta nos países desenvolvidos, não se fez acompanhar por uma evolução compatível do PIB *per capita* brasileiro, que se mantém em um patamar muito inferior ao PIB *per capita* daqueles países. Assim, as pressões de demanda sobre o sistema de saúde no Brasil tendem a ser ainda maiores, considerando as restrições de renda *per capita* e as dificuldades do orçamento público.

Especificamente com relação ao Sistema de Saúde Suplementar no Brasil, estima-se que, devido ao rápido envelhecimento da população, os gastos assistenciais de pessoas com 60 anos ou mais passem de R\$ 34,6 bilhões para R\$ 78,2 bilhões entre 2014 e 2030, o que representa crescimento de 126,0%. Enquanto isso, os gastos das pessoas de 20 a 59 anos devem aumentar em torno de 28,8% no mesmo período. Assim, a faixa etária de mais de 60 anos, que representará 20,5% dos beneficiários em 2030, deverá passar a responder por 47,2% dos gastos totais nesse ano (REIS, 2016).

Essa mudança demográfica que se acelera tem impacto direto nos indicadores de saúde e no perfil epidemiológico². Em resposta, é necessário fortalecer a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e aproveitar as possibilidades da tele-saúde como estratégia para ampliar o acesso, melhorar a qualidade da atenção e facilitar a operação de planos de cuidado continuados.

Se é fato que o envelhecimento aumenta a carga de doenças crônicas e das incapacidades, pouca atenção se dá ao fato que de, entre os jovens do sexo masculino, a mortalidade por causa externa é crescente e totalmente prevenível, com impacto nos indicadores de esperança de vida a partir da adolescência.

2 Perfil epidemiológico é um estudo feito para identificar o quadro geral de saúde de uma população específica, através de investigação do modo como as condições sociais influenciam e determinam o processo saúde-doença fonte (Saúde Amanhã/Fiocruz/MS).

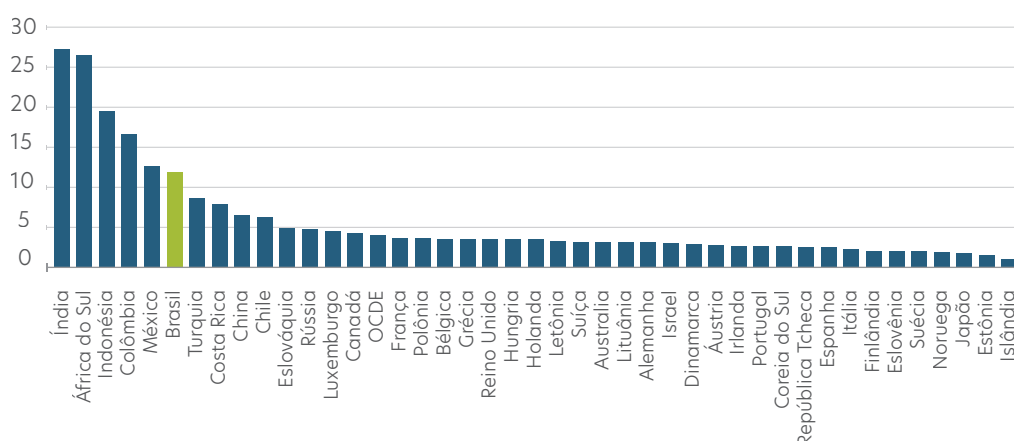
2 A SAÚDE DO BRASILEIRO POR FAIXAS ETÁRIAS

2.1 Infância e Adolescência: mortalidade

As implicações para o sistema de saúde das alterações na composição da população precisam ser vistas mediante a análise de quatro períodos da vida: do nascimento aos 5 anos, dos 5 aos 19 anos, dos 20 aos 59 anos e acima de 60 anos.

A redução do número de nascidos vivos reduz a pressão decorrente do excesso de demanda sobre os cuidados ao pré-natal e à primeira infância. No entanto, apesar da redução de demanda, que poderia aumentar a qualidade desses serviços, o Brasil ainda apresenta a sexta pior taxa de mortalidade infantil entre os países da OCDE. (Gráfico 7)

Gráfico 7 - Mortalidade infantil - comparação entre países

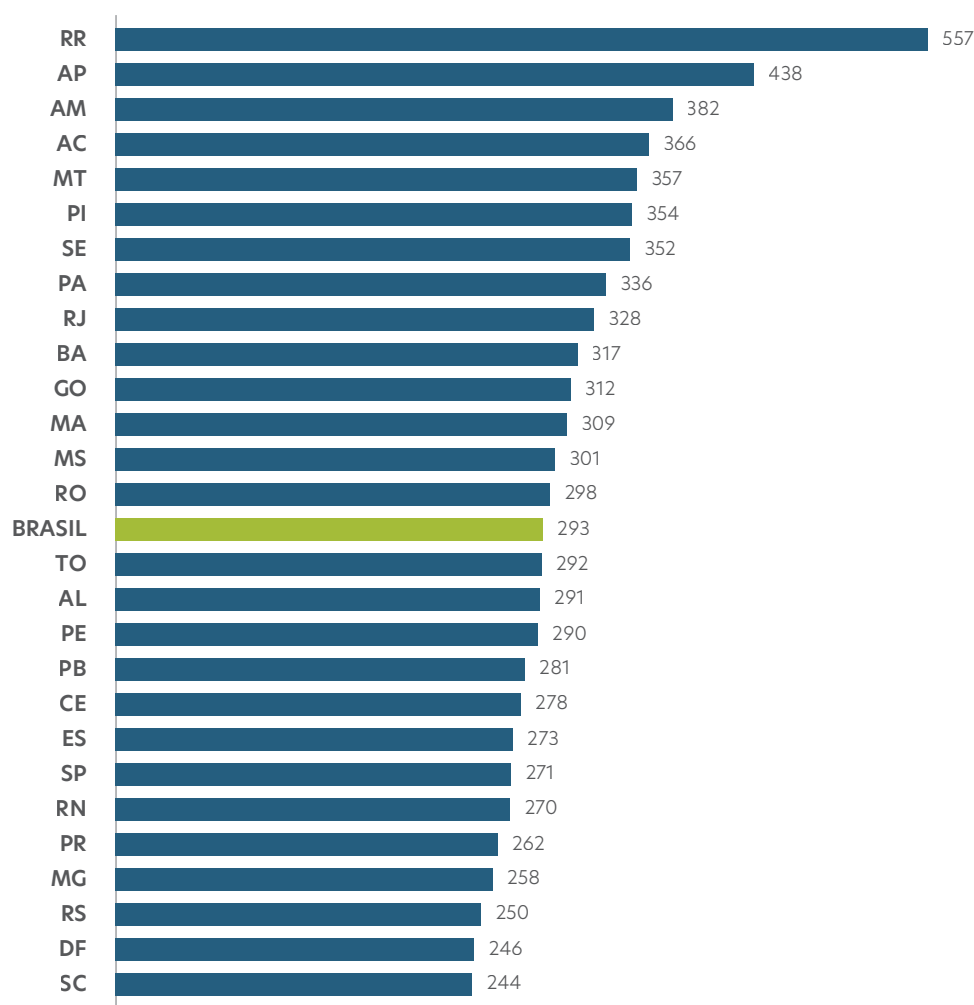


Fonte: OCDE (2021).

A mortalidade até os cinco anos de vida continua com diferenças regionais importantes. Analisando as causas consideradas evitáveis de morte nessa idade, a mortalidade, entre 2015 e 2019, foi 150% maior em Roraima, se comparada à ocorrida em Santa Catarina.

Treze estados apresentam mortalidade infantil evitável acima da média brasileira de 295 óbitos por 100 mil crianças. Desses, cinco estados encontram-se na região Norte: Roraima, Amapá, Amazonas, Acre e Pará; quatro na região Nordeste: Piauí, Sergipe, Bahia e Maranhão; um na região Sudeste: Rio de Janeiro e três na região Centro-Oeste: Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás (Gráfico 8).

Gráfico 8 - Taxas de mortalidade por causas evitáveis, na faixa etária de zero a cinco anos por 100 mil habitantes por unidades da Federação e Distrito Federal



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

No país como um todo, 48% das causas evitáveis são decorrentes de causa perinatais (atenção à mulher na gestação e no parto e cuidados aos recém-nascidos). Nos estados da região Norte e alguns da região Nordeste, há ainda componente importante de mortes decorrentes de causas infecciosas: em primeiro lugar as pneumonias, seguidas por doenças bacterianas intestinais, essas com maior frequência nos estados do Acre, Amazonas e Roraima.

Entre os jovens com 5 a 19 anos de idade, os meninos morrem três vezes mais do que as meninas. Para ambos os sexos, as causas externas são responsáveis pela maioria das fatalidades, com diferença importante entre os meninos (75%) e as meninas (34%).

O risco de morte violenta entre jovens do sexo masculino é 6,5 vezes maior do que entre as do sexo feminino. Os homicídios lideram a mortalidade entre os jovens do sexo masculino em todas as regiões, com destaque para as regiões Nordeste, Norte e Centro Oeste. A segunda causa de morte tem sido por acidentes de transporte sejam motocicletas ou veículos automotivos.

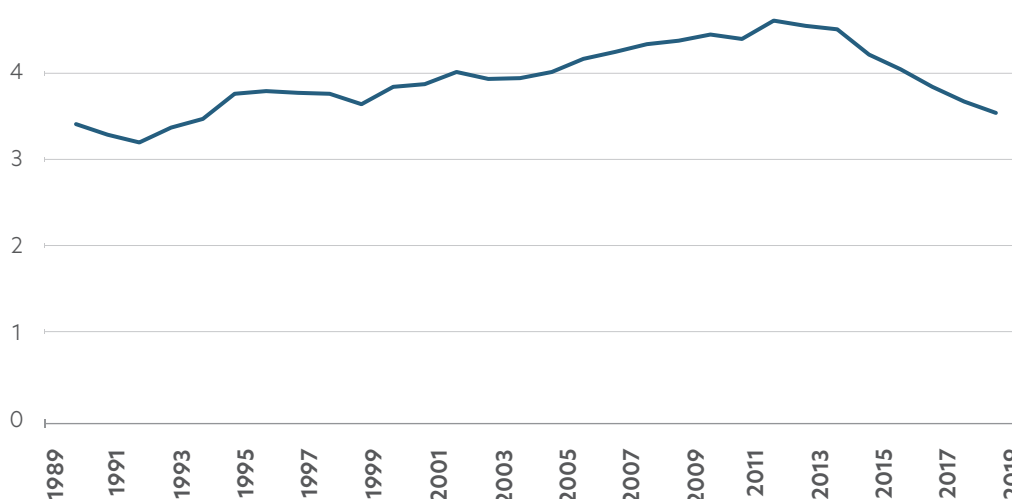
Tabela 3 - Mortalidade proporcional das causas externas em 2015-19 para o sexo masculino entre 5 e 19 anos, por macrorregiões do país

	BRASIL	NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE
homicídio	58,9%	61,0%	68,1%	49,4%	49,6%	58,0%
acidentes de transporte	17,6%	14,7%	14,5%	18,8%	25,9%	21,8%
suicídio	4,5%	6,2%	2,7%	4,6%	7,5%	6,8%
outras	19%	18,1%	14,7%	27,2%	17%	13,4%

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Devida à quantidade menor de crianças e jovens, a pressão sobre o sistema de saúde para essa faixa etária se reduz, o que vem se convertendo em maior qualidade da atenção à saúde, com maior destinação de recursos humanos e financeiros por criança ou jovem. Dessa forma, a mortalidade infanto juvenil vem-se reduzindo, à exceção daquelas mortes relacionadas à violência e ao autoextermínio, conforme Gráfico 9.

Gráfico 9 - Mortalidade infanto juvenil (5 a 14 anos) relacionada à violência e ao autoextermínio



Fonte: Institute for Health and Metrics Evaluation - IHME, Global Burden of Disease - GBD (2019).

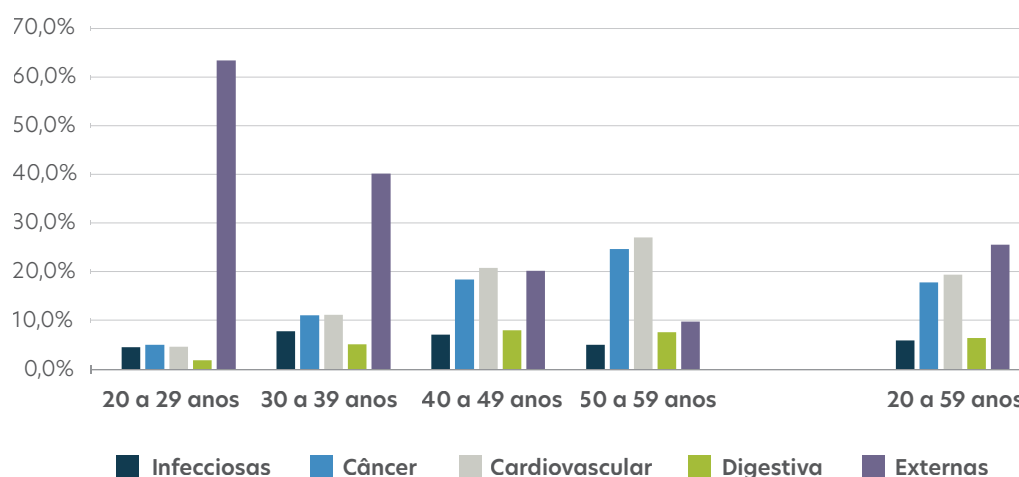
2.2 A saúde dos adultos

Mais da metade da população brasileira tem entre 20 e 59 anos. Ao contrário, das políticas de saúde para crianças, adolescentes e idosos, essa faixa etária não é foco de uma atenção específica, porém apresenta características que implicam atenção especial.

No Brasil, entre 2015 e 2019, a sobremortalidade masculina foi de 108%. Ou seja, para cada uma morte de uma mulher, ocorreram duas de homens. No Gráfico 10 mostra-se que nessa faixa, para ambos os sexos, a maior causa de mortes foram resultantes de causas externas (25,6%), seguida pelas cardiovasculares (19,5%), câncer (17,9%), doenças do aparelho digestivo (6,4%) e doenças infecciosas (6%).

A predominância das mortes por violência ocorre entre os 20 a 29 anos e depois decresce, sendo suplantada pelas doenças cardiovasculares depois dos 40 anos.

Gráfico 10 - Principais causas de mortalidade proporcional por faixas etárias entre 2015-19 na população brasileira entre 20 e 59 anos (%)

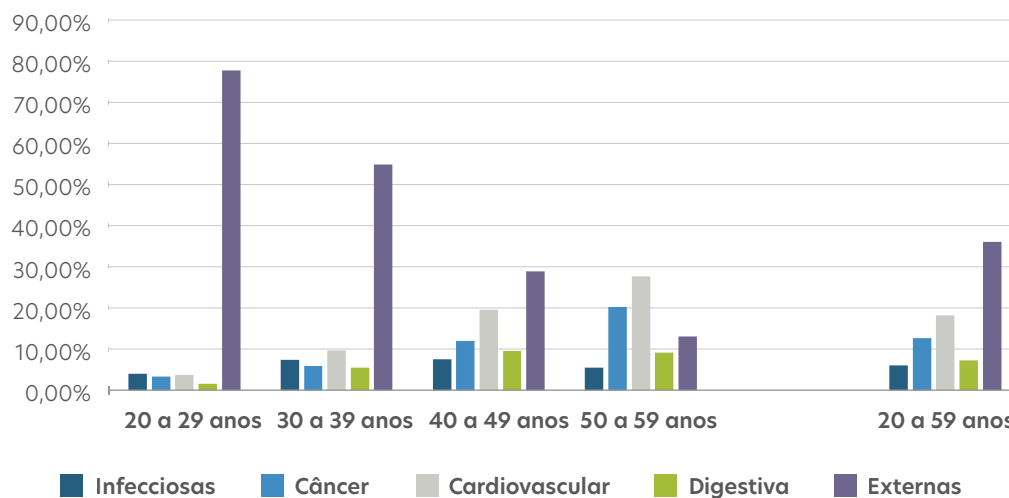


Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Esse padrão é muito determinado pela mortalidade masculina, em que fatores externos (homicídios e acidentes de trânsito) são as principais causas até os 49 anos, conforme Gráfico 11.

A importância dessa causalidade é decrescente, à medida que a população masculina envelhece, chegando a representar 77% de todas as causas entre 20 e 29 anos e 13% entre 50 e 59 anos. Em média, para todas as faixas etárias entre 20 e 59 anos, as causas externas representam 36% da mortalidade, seguidas pelas doenças cardiovasculares, que representam 18%.

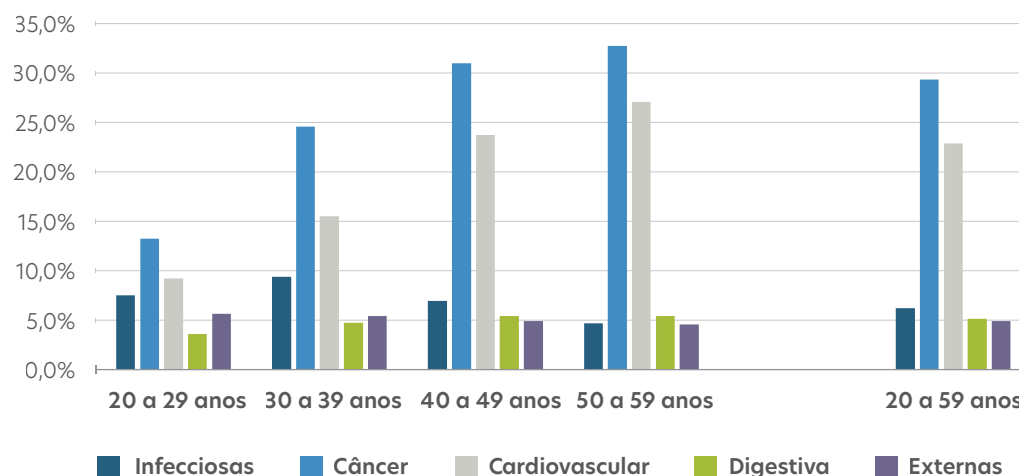
Gráfico 11 – Principais causas de mortalidade proporcional por faixas etárias entre 2015-19 na população brasileira masculina entre 20 e 59 anos (%)



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Entre as mulheres, a mortalidade por câncer predomina em todas as faixas etárias, representando 29% das causas de morte feminina entre 20 e 59 anos, seguida por doenças cardíacas, que representam 23%. As duas principais causas de mortalidade feminina têm aumento progressivo expressivo com o avançar da idade. A mortalidade por câncer, por exemplo, salta de 13%, na faixa entre 20 a 29 anos, para 33%, na faixa entre 50 e 59 anos. Em contraste com os homens, as causas externas são sempre menos frequentes em relação às demais causas. (Gráfico 12)

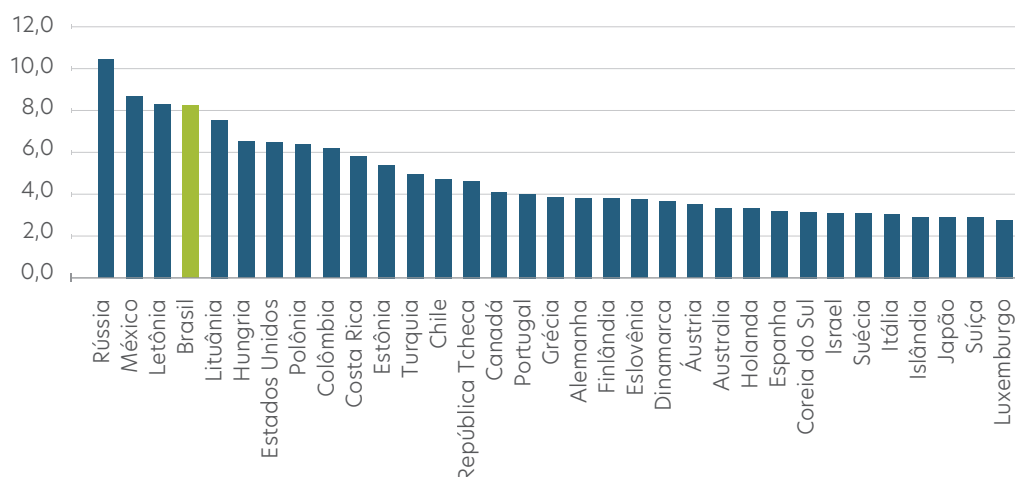
Gráfico 12 – Principais causas de mortalidade proporcional por faixas etária entre 2015-19 na população brasileira feminina entre 20 e 59 anos (%)



Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

Dados apontam que, entre os 33 países da OCDE, o Brasil é o quarto país que mais perde anos potenciais de vida (Gráfico 13), apresentando resultados melhores que Rússia, México e Letônia. O indicador é uma medida resumida de mortalidade prematura e que poderia ter sido evitada.

Gráfico 13 - Anos potenciais de vidas perdidos (2019) no Brasil em comparação com países da OCDE, entre pessoas com 0 e 69 anos (milhares por 100 mil habitantes)



Fonte: OCDE, acesso em: 29 abr. 2022.

As principais causas entre adultos variam, além do sexo, por macrorregiões do país. A Tabela 4 mostra que as causas externas são as principais responsáveis pela causa de morte entre os homens, com proporções maiores no Norte (48,2%) e menores no Sudeste (27,5%). Somente no Sudeste e no Sul, as mortes por violência têm proporção menor do que as causas pelas doenças cardiovasculares e o câncer. Em contraste, entre as mulheres, o câncer é a principal causa de óbitos em todas as macrorregiões secundado pelas doenças cardiovasculares.

Tabela 4 - Mortalidade proporcional por faixas etárias entre 20 e 59 anos nas macrorregiões, no período entre 2015-19

Causa	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Homens					
Infeciosas	7,0%	5,2%	6,2%	6,3%	5,3%
Câncer	8,7%	9,1%	14,0%	17,1%	11,6%
Cardiovasculares	12,8%	15,6%	21,1%	16,5%	17,3%
Externas	48,2%	43,1%	27,5%	34,1%	40,3%
Mulheres					
Infeciosas	7,9%	6,0%	5,9%	6,8%	5,6%
Câncer	27,7%	27,1%	29,1%	33,7%	28,9%
Cardiovasculares	18,3%	23,2%	24,3%	19,6%	21,8%
Externas	12,8%	10,5%	8,3%	11,0%	13,1%

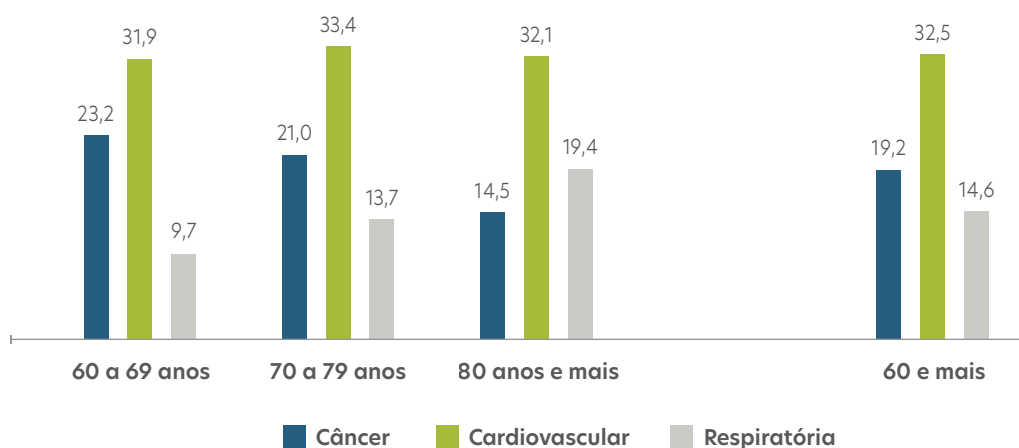
Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília (2022).

2.3 A saúde dos acima de 60 anos

As doenças de causas não violentas aumentam exponencialmente com a idade. No período 2015-19, três quartos dos óbitos ocorreram entre pessoas com mais de 60 anos. A proporção de óbitos, em relação a todas as idades, foi de 19,3%, na faixa entre os 60 e os 69 anos, 23,5%, entre 70 e 79 anos, e de 33,1%, acima dos oitenta anos.

O padrão da mortalidade acima dos 60 anos é relativamente semelhante para homens e mulheres. As causas principais são as doenças cardiovasculares, as coronarianas e as cerebrovasculares, os cânceres e as doenças respiratórias. A participação das neoplasias na mortalidade é decrescente de acordo com a idade e, em oposição, há aumento das mortes por doenças respiratórias. (Gráfico 14). Na comparação por macrorregiões do país, a distribuição das causas é relativamente uniforme, com uma participação maior das neoplasias na região Sul.

Gráfico 14 - Principais causas de mortalidade proporcional por faixas etárias entre 2015-19 na população brasileira acima dos 60 anos (%)



Eixo Y: mortalidade proporcional (%).

Eixo X: faixa etária.

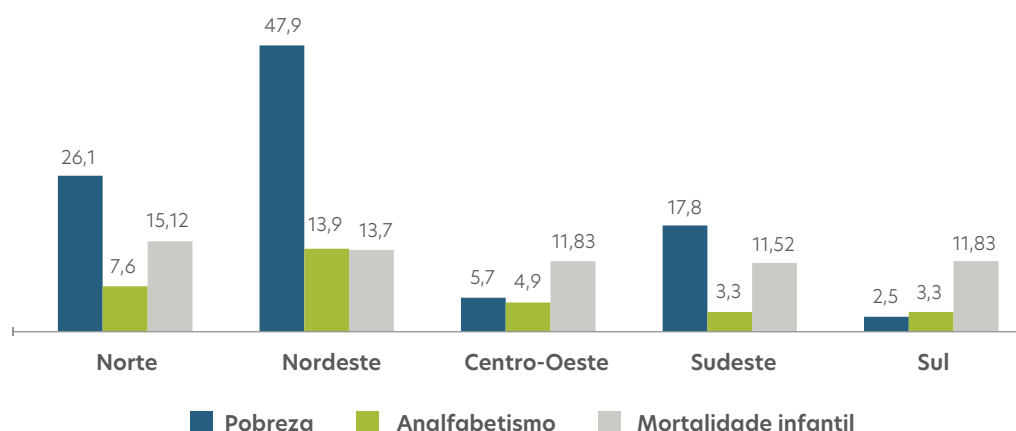
Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, Brasília, (2022).

a) O significado do perfil epidemiológico e demográfico

O padrão epidemiológico mostrado antes e durante a pandemia e a transição demográfica revelam os principais pontos a serem enfrentados para reduzir a carga de doenças e incapacidades na população brasileira.

A diferença regional dos indicadores epidemiológicos é evidente, sendo a região Norte a que sempre apresenta os piores marcadores. Apesar da mortalidade elevada em várias situações, durante a pandemia, alguns estados da região Nordeste tiveram bom desempenho, tanto no controle da transmissão e da letalidade hospitalar como no esforço vacinal.

Gráfico 15 – Comparativo entre taxa de pobreza, analfabetismo (faixa etária de 15 anos ou mais) e mortalidade infantil do Brasil por região



Fonte: IBGE, Brasília (2021).

1. Pobreza: percentual da população brasileira que vive com até R\$ 436 por mês.
2. Analfabetismo: percentual da população brasileira de 15 anos ou mais de idade analfabeta
3. Mortalidade infantil: número de óbitos de menores de 1 ano, por mil nascidos vivos

As diferenças regionais também se fazem sentir em outros determinantes sociais de saúde, como nível de pobreza e de escolaridade. Além dos piores marcadores de saúde, as regiões Norte e Nordeste também apresentaram, em 2019, piores condições de renda e educação: enquanto a região Sul apresentou o menor índice de pobreza (2,5%), no Nordeste, o índice chegou a 47,9%.

Ainda segundo dados IBGE (Gráfico 15), as regiões Norte (7,6%) e Nordeste (13,9%), têm maiores índices de analfabetismo entre as pessoas com 15 ou mais anos de idade, quando comparadas a outras regiões do país. Essas diferenças regionais em saúde, educação e renda, segundo Cesse (2007), traduzem-se em mudanças na estrutura etária, urbanização e desenvolvimento que, por sua vez, refletem-se nas condições para crescimento das DCNT, em um ciclo vicioso, que aprofunda as desigualdades existentes no país.

O segundo aspecto que merecerá ações efetivas para sua redução é proveniente das mortes por causas externas entre os homens, desde a adolescência até os 49 anos, principalmente no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Além do impacto da agressão interpessoal e dos acidentes automotivos, em vários estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os acidentes por motocicleta têm letalidade maior do que aquela decorrente de acidentes automobilísticos.

O terceiro aspecto que implica ação direta é a saúde materno-infantil onde, em todas as macrorregiões, as taxas de mortes evitáveis ainda são altas, todas elas relacionadas aos cuidados à gestante, à mulher no parto e ao recém-nascido. Nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste, a mortalidade gira em torno de 11%, proporção que cresce no Norte (15,12%) e Nordeste (13,7%).

A mortalidade infantil ocorre como consequência de fatores biológicos, culturais, sociais, falhas do sistema de saúde e intervenções dirigidas a sua redução, que dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como de ações diretas, definidas pelas políticas públicas de saúde.

Finalmente, o número absoluto de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis aumenta progressivamente, mas com letalidade menor, o que implica o aumento da sobrevida das doenças cardiovasculares e do câncer, com aumento da prevalência das incapacidades motoras, sensoriais e cognitivas.

Um dos pontos principais a serem postos na discussão é a de que o SUS tem sua base de atuação na territorialidade.

Isso significa que o atendimento definido pelo SUS está relacionado ao local de habitação da pessoa. Os trabalhadores, no entanto, passam o horário comercial próximos a seu local de trabalho, que não necessariamente coincide com o local onde moram.

Em 2014, 39% dos brasileiros que moravam em municípios com mais de 100 mil habitantes passavam mais de uma hora por dia em deslocamento para suas atividades rotineiras, inclusive trabalho (CNI, 2015).

Some-se a isso o fato de grande parte das unidades de atenção básica à saúde funcionar apenas em horário comercial. Das cerca de 50 mil unidades básicas de saúde, apenas 1.903 possuem atendimento estendido até as 22h – e, no sábado, até as 12h pelo Programa Saúde na Hora (SAPS/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Assim, esses trabalhadores têm o acesso à atenção primária à saúde dificultado.

Adicionalmente, há uma falta de integração entre as ações de saúde exercidas pelo setor produtivo dentro das empresas e as do sistema de saúde suplementar com aquelas dirigidas nas instâncias do SUS, principalmente nos municípios.

Para isso, torna-se necessário discutir a integração entre a Atenção Primária à Saúde do SUS e a Saúde Suplementar e as iniciativas de saúde do trabalhador desenvolvidas pelas empresas.

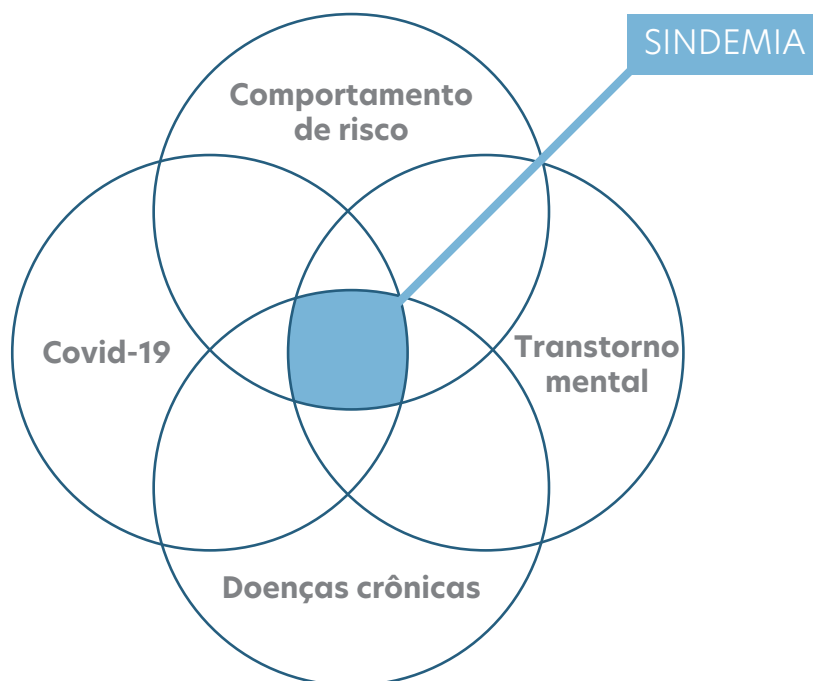
3 CRESCIMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Observa-se, no Brasil e no mundo, uma transição epidemiológica, por meio da qual doenças transmissíveis deixam de ocupar a liderança em termos de prevalência e maior taxa de mortalidade, enquanto doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) passam a assumir essa posição.

Em 2019, as DCNTs constituíam o problema de saúde de maior relevância, sendo responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. Essas doenças deverão representar mais de 80% das enfermidades dos países em desenvolvimento. (MS, 2021)

Embora esse cenário tenha sido alterado entre 2020 e 2021, em decorrência da pandemia da covid-19, passamos a viver um cenário de sindemia³, que potencializa pandemias já instaladas, como as DCNTs, e fazem emergir outras, como consequência da própria covid-19 ou da sinergia entre elas, como a pandemia de transtornos mentais e estresses psicossociais. (Figura 1)

Figura 1 - Ilustração hipotética da sindemia de COVID, doenças crônicas, comportamentos de risco e transtornos mentais



Fonte: SESI, Protocolo de Promoção da Saúde na Empresa (2022).

³ Entende-se sindemia como o processo de interação sinérgica entre duas ou mais doenças, cujos efeitos se potencializam mutuamente. Fonte: CSP/Fiocruz.

Como os doentes usualmente convivem muitos anos com as DCNTs, seus impactos sobre os gastos com saúde (medicamentos, exames, consultas médicas e internações, entre outros) tendem a ser muito significativos. Adicionalmente, os tratamentos, em muitas situações, requerem a utilização de serviços de maior complexidade e elevado nível tecnológico, cujos custos são proporcionalmente mais altos.

A transição epidemiológica associa-se ainda à multimorbidade, que se caracteriza pela presença de diferentes doenças crônicas simultâneas em um mesmo indivíduo. Como consequência desse fenômeno, surgem maiores desafios para a gestão da saúde, associados, por exemplo, à fragmentação dos cuidados e à dificuldade de seguir orientações para doenças específicas.

Perante esse panorama, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu a implementação de políticas públicas efetivas e integradas, baseadas em evidências para prevenção, controle e cuidado das DCNTs e seus fatores de risco. Entre essas medidas estão a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e a criação de um Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2021 – 2030) que precisam nortear a estratégia de saúde do país, pública e suplementar.

Esse plano tem como escopo promover, desenvolver e implementar políticas públicas resolutivas, integradas e sustentáveis, baseadas em evidências para prevenção e controle das DCNTs com seus fatores de risco. De 2011 a 2022, houve o primeiro monitoramento do plano de enfrentamento das DCNTs, com 12 metas nacionais estabelecidas, segundo recomendações do *Global Action Plan for prevention and control of noncommunicable diseases 2021-2030* da Organização Mundial da Saúde.

O sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), do Ministério da Saúde, e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), do IBGE (2019), estruturam a vigilância de DCNTs e dos fatores de risco a elas associados. A Pesquisa verificou que, no Brasil, 52% das pessoas maiores de 18 anos informaram ter recebido diagnóstico de, pelo menos, uma doença crônica investigada. Dessas, 23,9% relataram diagnóstico de hipertensão arterial, prevalência pouco mais elevada, se comparada à pesquisa de 2013 (21,4%).

As informações disponibilizadas revelam que os brasileiros, em geral, diminuíram o consumo de tabaco. Em 2019, 12,8% dos brasileiros fumavam, uma redução frente aos 14,9% registrados em 2013. Por outro lado, o consumo de álcool vem crescendo, sobretudo entre as mulheres, entre as quais 26,4% consomem quatro ou mais doses em uma única ocasião, o que representa aumento de 2,5 pontos percentuais em relação a 2013, quando o percentual era de 23,9% (Vigitel-Brasil-2006/2020).

O excesso de peso aumenta com a idade e ultrapassa os 50% na faixa entre 25 a 39 anos de idade (BRASIL/MS). Nessa faixa etária, a proporção de sobrepeso é um pouco mais elevada no sexo masculino (58,3%) do que no feminino (57,0%). Dados mostram que a população tem hábitos de vida pouco adequados à saúde e sofre cada vez mais com

o sobrepeso e o uso abusivo do álcool. A consequência desse perfil é o aumento da incidência de doenças como diabetes, hipertensão arterial e câncer.

Em relação a saúde mental, observou-se um crescimento do diagnóstico de depressão, que era de 7,6% em 2013 e de 10,2% em 2019, segundo a PNS. Observou-se que havia uma maior prevalência dessa doença em pessoas do sexo feminino: 14,7%, contra 5,1% dos homens. A faixa etária com maior proporção foi a de 60 a 64 anos de idade (13,2%), enquanto o menor percentual foi obtido na de 18 a 29 anos de idade (5,9%).

No entanto, a maior prevalência de notificação pelas mulheres pode ocorrer pela subnotificação dos homens e sua resistência a procurar ajuda psiquiátrica e psicológica (Gomes.R). Dados da Carga Global de Morbidade (GBD) demonstram que mortes causadas por suicídio atingem 12 em cada 100 mil homens e 3 em cada 100 mil mulheres na faixa etária de 15-49 anos.

A mudança de estilo de vida envolve esforços integrados de toda a sociedade, considerando os potenciais benefícios em termos da saúde da população e da economia de recursos destinados pelo sistema a pacientes acometidos por essas enfermidades.

Nesse contexto, ganham destaque a APS e as ações de promoção da saúde e prevenção das DCNTs. Há uma forte associação dessas doenças com fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, sedentarismo e má alimentação. Assim, o monitoramento desses fatores de risco e das doenças a eles relacionadas é crucial para a definição de políticas preventivas de saúde.

O Sistema Indústria, por meio do Serviço Social da Indústria (SESI), tem implementado diversos programas e atividades voltados para os trabalhadores e seus familiares, obtendo, como regra geral, grande êxito. Entretanto, identifica-se a necessidade de estruturação de uma ação coordenada de prevenção e combate a doenças crônicas por parte do conjunto da sociedade, de modo a assegurar que um número cada vez maior de pessoas envelheça em condições saudáveis e produtivas.

4 IMPACTOS DA DEFICIÊNCIA NO ATENDIMENTO À SAÚDE SOBRE A ECONOMIA

O absenteísmo consiste na falta ou ausência do trabalho. Autores como Quick e Laper-tosa (1982) classificam o absenteísmo em cinco classes: voluntário, compulsório, por doenças, legal, por acidentes de trabalho e doenças do trabalho.

O absenteísmo causado por problemas de saúde e agravos são um grande desafio para o governo, para as empresas e para os trabalhadores no Brasil. Considerando apenas o impacto nos custos previdenciários com auxílio-doença e aposentadoria precoce, que giram em torno de R\$ 103 bilhões ao ano, a questão já merece uma atenção especial.

Quadro 1 - Despesas do INSS com auxílio-doença e aposentadoria por tipo de incapacidade em 2021

Tipo de Despesa	Valor
Auxílio-doença por acidente do trabalho (B91)	1,8 BI
Aposentadoria por invalidez por acidente do trabalho (B92)	5,6 BI
Pensão por morte por acidente do trabalho (B93)	2,4 BI
Auxílio-acidente por acidente do trabalho (B94)	4,7 BI
Auxílio-doença (B31)	17,7 BI
Aposentadoria por invalidez (B32)	70,6 BI
Total despesas INSS por problemas de saúde	102,8 BI

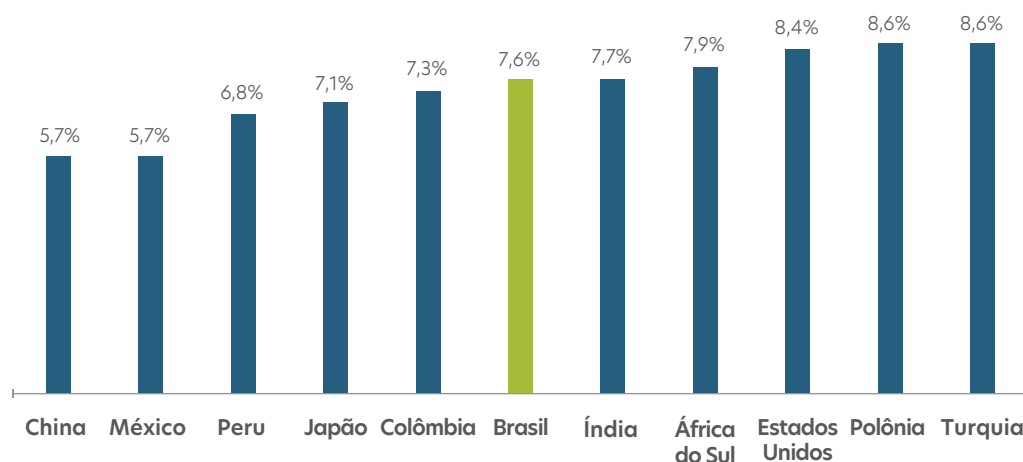
Fonte: Observatório de Saúde e Segurança no Trabalho (2022).

O país gasta, portanto, 76,2 bilhões em aposentadorias precoces de pessoas em idade produtiva e que o sistema não foi efetivo no sentido de prevenir sua incapacidade.

Os problemas de saúde não impactam apenas o absenteísmo, mas também no presenteísmo, quando o trabalhador está presente, mas não consegue ser tão produtivo quanto costumava ser.

A ação fragmentada dos diferentes entes na gestão de saúde do trabalhador eleva os custos das empresas, seja pelas multas, seja pelas taxas de absenteísmo, seja pela perda de produtividade, o que resulta em aumento das contas públicas e do Custo Brasil. O custo econômico do absenteísmo, do presenteísmo e da aposentadoria precoce, como proporção do PIB, no Brasil é de 7,6%, quase 2 p.p. maior do que na China e no México. (Gráfico 16)

Gráfico 16 – Custo Econômico do absenteísmo, presenteísmo e aposentadoria precoce – 2015 (em % do PIB)



Fonte: VICTORIA INSTITUTE OF STRATEGIC ECONOMIC STUDIES. **Economic costs of absenteeism, presenteeism and early retirement due to ill health:** a focus on Brazil. 2015.

Para os trabalhadores, o absenteísmo, principalmente o de longo prazo, leva à redução na renda familiar, uma vez que, na maioria dos casos, os valores dos benefícios, como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, são menores do que sua remuneração. Há ainda a possibilidade de evasão de familiares jovens do sistema escolar – como forma de complementar a renda familiar – além do grande risco gerado pelas implicações psicossociais associadas à inatividade.

O absenteísmo caracteriza-se por ser um fenômeno complexo e multifatorial. Segundo Bandini; Maciel e Lucca (2015) a dinâmica do absenteísmo, numa empresa, pode ser determinada por fatores organizacionais, pessoais, bem como por questões socioeconômicas e culturais relacionadas à saúde. A ausência do colaborador ao trabalho acarreta consequências de largas dimensões, provocando impactos financeiros, que, de modo geral, representam um custo anual de milhões de dólares para as empresas, conforme afirma Santana (2006).

Um estudo de referência⁴, realizado por Bandini (2016), que objetivou entender o cenário de absenteísmo no ambiente de trabalho, tanto no Brasil como em nível mundial, elencou as principais causas de absenteísmo, que podem ser separadas em quatro grupos: a) questões relacionadas a doenças e agravos não transmissíveis, como doenças crônicas, obesidade e doenças osteomusculares; b) questões relacionadas a fatores psicossociais, como estresse, transtornos mentais e comportamentais e fadiga; c) questões relacionadas à atividade desenvolvida ou ao ambiente de trabalho, como trabalho em turnos, trabalho noturno, *bullying* e assédio moral; e d) questões de cunho social, como o maior absenteísmo entre as mulheres, provavelmente relacionado à carga de trabalho não remunerado e à divisão social de gênero do trabalho de cuidados com crianças e idosos.

⁴ O estudo reuniu a análise de artigos publicados nos últimos 20 anos sobre a temática. Após triagem metodológica, 87 artigos foram analisados.

Para as empresas, a ocorrência de afastamentos por motivo de saúde, especialmente aqueles de longa duração, implica a perda, temporária ou permanente, de trabalhadores muitas vezes capacitados para o exercício de funções específicas. Além disso, há a responsabilidade do empregador por encargos e custos adicionais, como o pagamento do salário nos primeiros 15 dias após o afastamento e a contratação de substitutos.

Por fim, nos casos em que o afastamento está relacionado ao trabalho, há o ônus com o seguro contra acidentes de trabalho. Deve ser levado em consideração não apenas o ônus causado pela ausência do funcionário, mas também o reflexo sobre a produtividade em equipe, havendo, então, a preocupação com a substituição do funcionário na atividade. Tais situações podem influenciar negativamente o clima organizacional. (BANDINI; MACIEL; LUCCA, 2015).

Diante desse cenário, cresce a necessidade de uma atuação integral, coordenada e tempestiva junto ao trabalhador, com o objetivo de reduzir os afastamentos e promover o rápido retorno ao trabalho. Estudos internacionais revelam que o tempo de afastamento é a variável-chave nesse processo. A probabilidade de retorno reduz-se a 50% para os afastamentos maiores do que 90 dias.

No caso do sistema previdenciário brasileiro, o tripé de serviços de proteção contra acidentes de trabalho – benefícios, reabilitação clínica e profissional e prevenção de acidentes e doenças – é de alta complexidade operacional e com baixa articulação entre os diferentes atores. Isso resulta em aumento dos custos no pagamento de benefícios e na população de trabalhadores afastados.

As instituições públicas envolvidas neste sistema possuem competências legais específicas, princípios, prioridades e gestão próprias, que não necessariamente se harmonizam na operação, o que acaba por não assegurar a preservação e a manutenção da capacidade produtiva do trabalhador.

O sistema de proteção do trabalhador conta também com a assistência em saúde realizada pelo SUS. Apesar de englobar uma ampla gama de serviços – como atendimento médico, psicológico, fisioterápico, assistência social e fornecimento de próteses, órteses e instrumentos de trabalho –, há baixa efetividade nos resultados de reabilitação e elevada pressão sobre o sistema público de saúde. Isso se deve à falta de conhecimento e familiaridade com as questões relacionadas às doenças ocupacionais e suas relações com a incapacidade para o trabalho.

A situação é agravada pela prevenção de doenças e acidentes não ser tratada de forma prioritária no sistema de seguro de acidentes de trabalho, já que a indenização do seguro de acidente de trabalho é voltada à incapacidade – e não necessariamente à doença. Esse modelo, além de restringir o retorno do trabalhador, mesmo apto para outras atividades, impede a melhora de seu quadro de saúde, ao não considerar que o ambiente de trabalho adequado é fator que contribui para a saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

A incapacidade para o trabalho apresenta determinantes mais amplos, que não são prevenidos apenas com estratégias direcionadas a evitar o acidente, a doença ou ações de promoção da saúde. Nesse sentido, é fundamental considerar outras dimensões biológicas, psíquicas e sociais dos indivíduos.

Naturalmente, a redução dos afastamentos é fortemente afetada pela qualidade das ações de prevenção da incapacidade para o trabalho. Essas iniciativas são capazes, inclusive, de reduzir o reaparecimento de doenças ou sintomas e, portanto, a duração total dos afastamentos.

A complexidade relacionada aos afastamentos por acidentes e doenças e a multiplicidade e fragmentação da atuação dos entes envolvidos são determinantes para um cenário de baixa eficiência do sistema de proteção ao trabalhador. Uma harmonização dessas atividades pode ser alcançada a partir de: a) novas formas de gestão do afastamento, com uma participação ativa das empresas; b) ação articulada entre os entes envolvidos na promoção, prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação do trabalhador; c) utilização de processos inovadores de prevenção, que considerem uma visão ampliada sobre os fatores que influenciam a incapacidade do trabalho.

5 CUSTOS DO SISTEMA DE SAÚDE

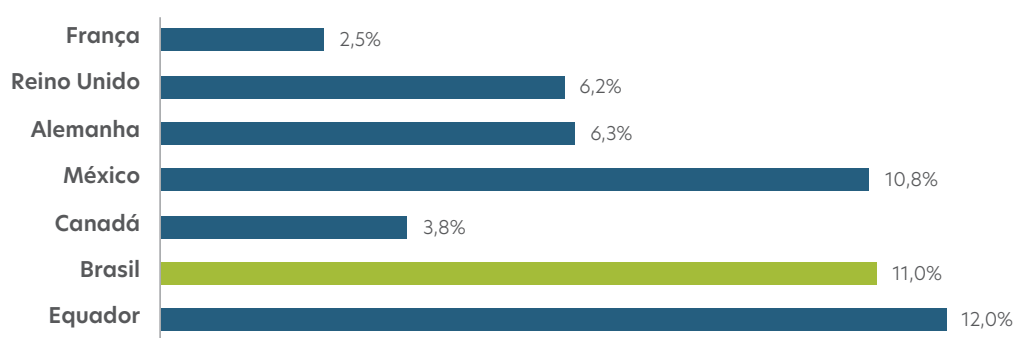
Tanto no caso do SUS como no caso da saúde suplementar, o crescimento dos custos tem motivado esforços para aumentar a eficiência e a efetividade.

A expansão dos custos de assistência à saúde não é um problema exclusivo do Brasil. Dados de diversas organizações indicam que esses custos têm aumentado, de forma persistente, a taxas superiores à inflação na maior parte dos países do mundo. De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2017, p. 133), a taxa média anual de crescimento real dos gastos *per capita* com saúde alcançou, para o conjunto de seus países membros, 1,4%, no período entre 2009 e 2016. Isso significa que o custo com saúde tem crescido anualmente 1,4% a mais, em média, que os demais preços da economia.

Dados tabulados por uma empresa de consultoria, que atua na área de seguros e de gestão de riscos, indicam que, em período recente, as taxas de crescimento dos custos de assistência médica têm sido sistematicamente superiores à inflação, em uma amostra de 60 países (WILLIS TOWER WATSON, 2021).

Com efeito, os dados relativos a 2019-2021 indicam que as taxas médias anuais de crescimento real dos custos de assistência médica são positivas para todos os países que compõem essa amostra. O Gráfico 17 apresenta as taxas médias anuais de crescimento real no triênio para alguns países selecionados.

Gráfico 17 - Taxas médias anuais de crescimento real dos custos médicos por país (2019 - 2021)



Fonte: Willis Towers Watson (2021).

No triênio 2016-2018, o Brasil figurava como o segundo país com maior taxa anual de crescimento real dos custos médicos: crescimento anual médio real de 10,9%. No triênio 2019-2021 o Brasil exibe a terceira maior média anual de crescimento real (11%), posicionando-se atrás apenas da Argentina e do Equador e superando países como Canadá, México, Alemanha, Reino Unido e França.

Projeções do *Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network* (2017) indicam que as despesas com saúde no Brasil, estimadas em 8,3% do PIB, em 2014, deverão alcançar 11,3%, em 2040. Como mostra a Quadro 2, trata-se de um valor mais do que três pontos percentuais superior à média mundial prevista para 2040 e já bastante próximo do valor médio projetado para os países de alta renda nesse mesmo ano.

Quadro 2 - Despesas com saúde em países de alta, média-alta, média-baixa e baixa renda e Brasil, 2014, projetos para 2030 e 2040, porcentagem do PIB

	2014	2030	2040
Média mundial	8,3%	8,2%	8,2%
Alta renda	11,7%	12,5%	13,1%
Média-alta renda	5,9%	6,4%	6,9%
Média-baixa renda	4,3%	4,7%	5,0%
Baixa renda	7,3%	6,6%	6,7%
Brasil	8,3%	10,0%	11,3%

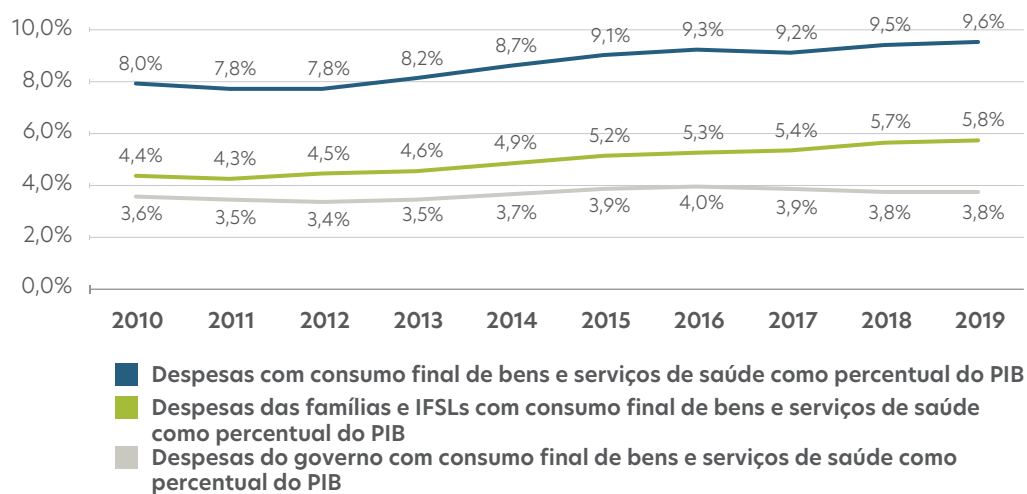
Fonte: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network (2017).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) mostram que as despesas com o consumo final de bens e serviços de saúde, que eram da ordem de 8,0% do PIB, em 2010, alcançaram 9,6%, em 2019.

O Gráfico 18 evidencia que a maior parte desse total correspondia às despesas destinadas, majoritariamente, à saúde suplementar. O Gráfico mostra, ainda, que as despesas com a saúde privada não somente se mantiveram acima das despesas do governo, entre 2010 e 2019, como também exibiram tendência ascendente ao longo desse período, passando de 4,4% do PIB, no início da série, para 5,8%, no final.

As despesas do governo, por sua vez, passaram de 3,6% do PIB, em 2010 para 3,8%, em 2019, e exibiram uma tendência discreta de redução nos últimos anos da série, uma vez que chegaram a 4% do PIB em 2016 e vem sendo reduzidas desde então.

Gráfico 18 - Despesas com saúde e PIB, segundo setores institucionais (2010 - 2019)



Fonte: Conta-satélite de saúde - 2019 (Agência IBGE).

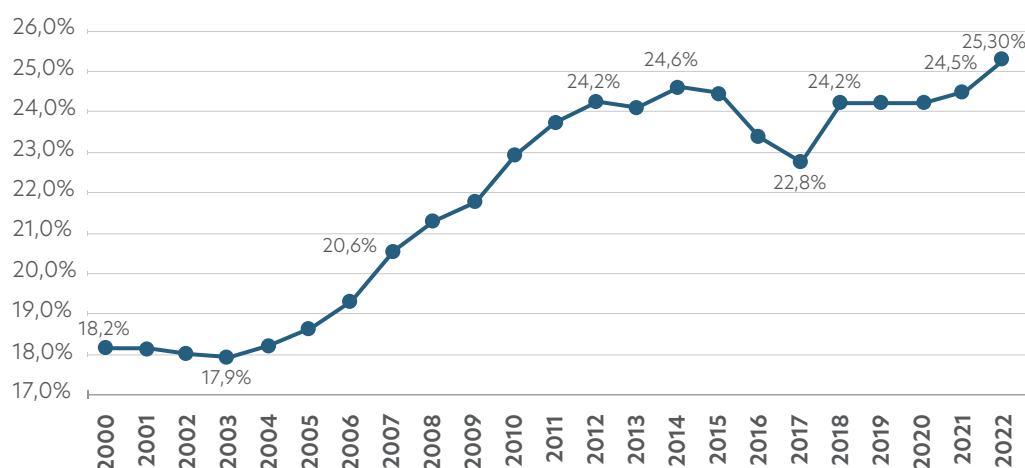
Os dados disponibilizados pelo IBGE (2019) também permitem concluir que as despesas com saúde privada representavam, em 2019, cerca de 60% das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil. Trata-se de um valor expressivo, sobretudo quando se considera que a saúde suplementar alcança 49 milhões de beneficiários (abril, 2019), que representam apenas cerca de 24,5% da população.

6 SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados de abril de 2022 mostram aumento nas aquisições de planos médico-hospitalares, atingindo 49 milhões de indivíduos: aumento de 1,4 milhão de vínculos (3,1%) em relação ao período anterior de 12 meses, medido em 2021 (Gráfico 20).

É interessante notar que, enquanto na recessão de 2014-2016 houve retração no número de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, em 2020, apesar da forte crise econômica causada pela pandemia, houve crescimento no número de beneficiários.

Gráfico 19 - Beneficiários de planos privados de assistência à saúde em relação à população total, Brasil, 2000-2021

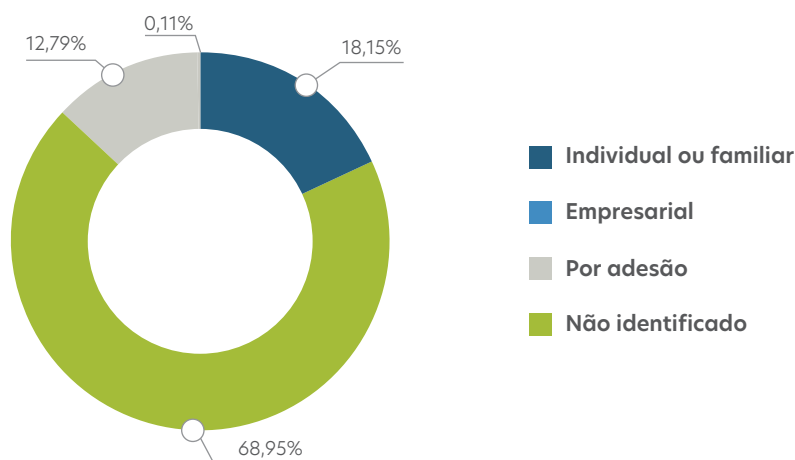


Fonte: ANS, 2022.

A proporção da população brasileira com a cobertura de algum dos planos regulados pela Agência Nacional de Saúde em abril de 2022 é de 25,3%. Os estados de São Paulo, Espírito Santo, Rio de Janeiro e o Distrito Federal são os com maior proporção de beneficiários (acima de 30%). Em contraste, Rondônia, Amapá, Tocantins, Maranhão, Roraima e Acre apresentam a menor cobertura pelos planos de saúde (inferior a 10%).

O aumento maior na cobertura dos planos privados deve-se à categoria “coletivo empresarial” que atingiu 33,8 milhões de beneficiários em 2022 (aumento de 4,8%) e que agora representa 68,95% da população com planos de saúde (Gráfico 20).

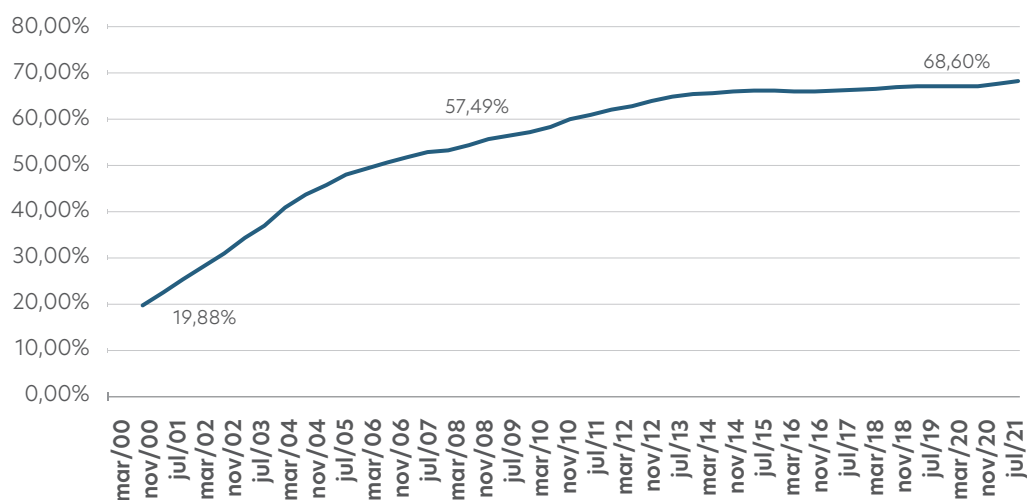
Gráfico 20 - Assistência médica segundo competência (tipo de contratação), Brasil (fev. 2022)



Fonte: ANS (2022).

A participação dos contratos coletivos empresariais no conjunto dos planos privados de assistência à saúde exibe vigorosa expansão ao longo dos anos, crescendo de menos de 20%, no início da década de 2000, para quase 69%, em 2021 (Gráfico 21).

Gráfico 21 - Participação dos beneficiários de planos coletivos empresariais no total de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, Brasil (mar. 2000 - set. 2021)



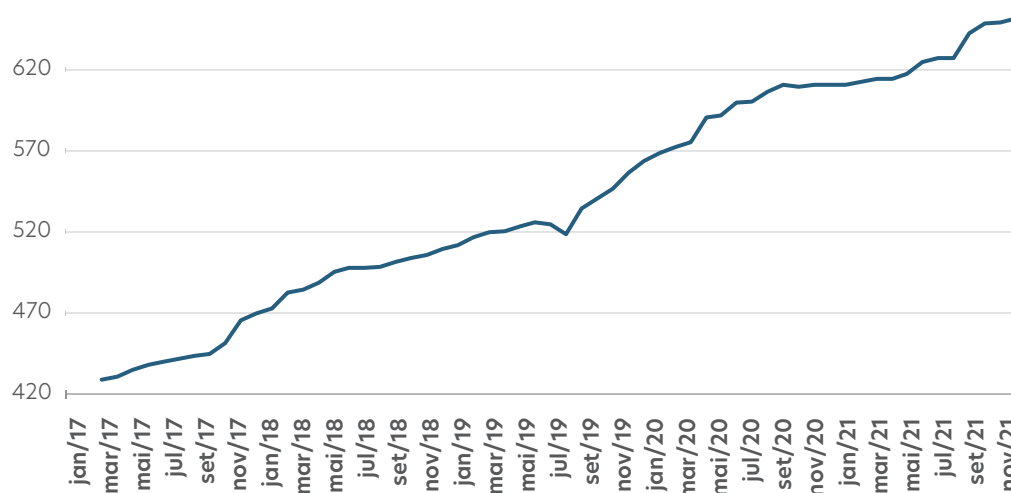
Fonte: ANS, (2022).

De acordo com dados da ANS, referentes a dezembro de 2012, o setor industrial era responsável por 26,9% dos beneficiários dos planos coletivos, empresariais e por adesão, de saúde no Brasil (ANS, 2013, p. 78). Isso permite estimar que: a) 10,8 milhões de beneficiários têm seus planos de saúde custeados, total ou parcialmente, por esse setor da economia; e b) o setor industrial representa cerca de um terço dos beneficiários de planos coletivos empresariais no país.

Segundo levantamento realizado pelo Serviço Social da Indústria (SESI) em 2019, o plano de saúde representa 13,1%, em média, da folha de pagamento da indústria brasileira. A pesquisa mostrou, ainda, que o reajuste médio anual com o benefício foi de 10,1% em 2018, enquanto o Índice de Preço ao Consumidor Amplo (IPCA) fechou em 3,75%. Trata-se, assim, de um custo relevante para as empresas em geral, que tende a ser particularmente significativo no caso da indústria, em virtude de sua elevada participação nos planos privados de assistência à saúde. O levantamento mostrou, também, que o custo é apontado por 61% das empresas como o principal motivo para não oferecer esse benefício aos seus trabalhadores.

Diferentemente do que ocorre no caso dos planos individuais ou familiares, os aumentos dos planos coletivos empresariais não são regulados pela ANS, e seus preços têm registrado variações anuais médias significativamente superiores às dos índices de inflação. De acordo com a ANS, o Valor Comercial Médio – VCL dos planos coletivos empresariais para pessoas de 44 a 48 anos, por exemplo, variou de R\$ 429 em 2017 para R\$ 652 em 2021, representando o aumento de 52%. (Gráfico 22)

Gráfico 22 - Evolução Mensal do Valor Comercial Médio na faixa de 44 a 48 anos, (coletivo empresarial)



Fonte: ANS, 2022.

O índice geral nacional de preços ao consumidor amplo (IPCA) tem-se mantido em níveis inferiores ao índice do grupo serviços de saúde e, em particular, ao índice de variação do custo médico hospitalar (VCMH), do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que expressa a variação do custo médico hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses (IESS, s.d., p. 5).

A Tabela 5 registra, para o período entre 2008 e 2021, os índices anuais, a variação acumulada entre 2008 e 2021 e a taxa média anual de crescimento no mesmo período.

Tabela 5 - Variação do custo médio hospitalar e da inflação no Brasil

Ano	IPCA	IPCA serviços de saúde	VCMH (nota 1)
2008	5,90%	6,04%	11,00%
2009	4,31%	6,43%	12,50%
2010	5,91%	7,38%	7,60%
2011	6,50%	8,15%	12,90%
2012	5,84%	8,13%	15,40%
2013	5,91%	8,94%	16,00%
2014	6,41%	8,94%	15,80%
2015	10,67%	11,00%	19,30%
2016	6,29%	11,36%	20,40%
2017	2,95%	10,68%	16,50%
2018	3,75%	8,94%	17,30%
2019	4,31%	7,07%	14,50%
2020	4,52%	2,64%	-1,90%
2021	10,06%	2,84%	18,20%
Variação acumulada 2008 - 2021	124,00%	183,30%	512,80%
Taxa média geométrica de crescimento 2008-2021	5,62%	7,18%	14,74%

Nota 1: Os índices de VCMH correspondem à variação acumulada em dezembro de cada ano.

Nota 2: As séries do IPCA/IBGE sofreram alteração de ponderadores entre 2011 e 2012.

Fontes: Sistema de Séries Temporais do Banco Central do Brasil, IESS, 2022.

Conforme se pode observar, a variação acumulada do IPCA, entre 2008 e 2021, registrou 124% de crescimento no período, enquanto a do índice relacionado ao grupo de serviços de saúde alcançou cerca de 183%. Esses percentuais são muito inferiores àquele relativo ao VCMH, que atingiu cerca de 512% no mesmo período.

Assim, a taxa média anual de crescimento do custo médico hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde alcançou 14,74%, o que representa quase três vezes mais que o IPCA e duas vezes mais o índice especificamente relacionado aos serviços de saúde, que registraram níveis de 5,62% e 7,18%, respectivamente.

A população atendida nos planos de saúde, em contraste àquela, atendida na Estratégia de Saúde da Família, é muito mais afluenta. O perfil de mortalidade pelos beneficiários da saúde suplementar mostra frequência baixa de afecções e doenças próprias da vulnerabilidade social, como homicídios e acidentes de trânsito. Porém, como mostrado nos inquéritos do Vigitel nos beneficiários da Saúde Suplementar, a prevalência de fatores de risco segue a mesma tendência da população em geral, com queda do tabagismo e aumento da obesidade e do diabetes. A pesquisa Saúde no Brasil, da ANAHP, aponta que apenas 15% dos usuários de planos de saúde se engajam em iniciativas preventivas oferecidas pelos planos (2022).

Um ponto crítico para se avaliar a Saúde Suplementar no Brasil é a ausência de modelos assistenciais, com atuação descoordenada entre os níveis de atenção e desconexão entre as empresas que contratam esses planos e o restante do SUS, o que é uma falha grave, visto que se trata, por definição, de um “sistema suplementar”.

Para tanto, é fundamental avançar na reestruturação do Sistema de Saúde Suplementar, visando garantir a gestão custo-efetiva da saúde dos beneficiários, gerando maior sustentabilidade financeira, acesso a tratamentos adequados a cada caso e melhores resultados na saúde da população coberta pelos planos.

Isso demanda mudanças que envolvem: a) aprimoramento da gestão da saúde populacional dos grupos atendidos pelos planos de saúde empresariais; b) fortalecimento da APS, como coordenadora da atenção e articulação com o SUS e as empresas contratantes; c) desenvolvimento de iniciativas voltadas para a mensuração, com base em dados empíricos, de desfechos centrados nos pacientes e nos custos incidentes para a prestação dos serviços; e d) mudança da lógica que remunera os prestadores de serviços de saúde, com base no número de procedimentos executados (*“fee for service”*), que passariam a ser remunerados por resultados alcançados (*“payment for performance”* ou *“P4P”*) por meio de incentivos que estimulem a eficiência.

Aspectos dessa natureza são especialmente relevantes para o setor industrial, que tem assumido um papel central na oferta de cuidados em saúde para seus trabalhadores e dependentes, procurando participar efetivamente da gestão do benefício de maneira a prevenir, na medida do possível, afastamentos ou acidentes de trabalho decorrentes de problemas de saúde, que poderiam ter sido evitados.

7 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem advertindo os países detentores de sistemas de saúde fragmentados e que, por isso, não estão conseguindo acompanhar as tendências epidemiológicas, como a ascensão de problemas crônicos. Esses sistemas, por apresentarem custos elevados com métodos diagnósticos, recursos tecnológicos e medicamentos, geram ações ineficientes e desconexas de intervenção para o paciente (CASAPS/MS, 2019).

O modelo de sistema de saúde centralizado na ação prescritiva produtora de procedimentos gera alto custo com recursos tecnológicos centrados em exames e medicamentos, além de causar atos desconexos sem intervenção articulada e cuidadora. Com isso reduz-se a eficiência da assistência prestada.

A fragmentação do modelo, segundo a OPAS, desencadeia baixa performance dos serviços de saúde, caracterizada por dificuldade de acesso, baixa qualidade técnica, uso ineficiente de recursos e baixa satisfação do usuário. Além de insuficiência de financiamento, há também déficit de recursos humanos qualificados e baixa capacidade de reação das autoridades de saúde (OPAS, 2013).

Esse quadro suscitou a necessidade de mudanças, como a reorganização do modelo de atenção à saúde, praticado no setor. A proposta é de incorporação de práticas inovadoras na assistência e na gestão dos serviços de saúde, com ênfase na prevenção de doenças e no gerenciamento de riscos e doenças crônicas (ANS, 2014).

A Atenção Primária à Saúde - APS representa o primeiro nível de contato individual e coletivo no sistema de saúde, funcionando como a porta de entrada na qual os cuidados e o conjunto de ações de saúde são levados, o mais próximo possível, aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Entre essas ações, estão a promoção, a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades (SAPS/MS).

No sistema público de saúde do Brasil, a atenção primária é a centralizadora de comunicação com toda a Rede de Atenção, capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (MENDES, 2011).

A Atenção Primária à Saúde tem por base a estratégia de saúde da família – com médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde e equipes de atenção básica, de caráter multidisciplinar, cujo objetivo é atender a cerca de 80% dos problemas dos pacientes, sem que seja necessário encaminhá-los para serviços e estruturas de maior complexidade, como emergências e hospitais.

Entre os atributos da APS, estão a orientação pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (SAPS/MS).

Até 2019, dois terços dos domicílios do país estavam cadastrados em alguma unidade básica do programa de saúde da família, sendo a cobertura por moradores feita na mesma proporção. A cobertura é maior na área rural (77%) do que na área urbana (57,3%), maior na região Nordeste (77%) e menor na região Sudeste (51,9%). Os estados com maior proporção de pessoas atendidas pelo Programa são Piauí, Tocantins, Paraíba e Santa Catarina (todos acima de 80%), enquanto os menores são Rio de Janeiro, São Paulo, Amapá e Distrito Federal (abaixo de 50%).

Entre 2013 e 2019, na realização das duas Pesquisas Nacionais de Saúde, houve aumento de 11% da cobertura dos domicílios em todo o país. A cobertura é maior entre a população mais vulnerável, considerada a escolaridade do responsável pelo domicílio ou a renda familiar, o que revela o caráter de política equitativa. No Piauí, por exemplo, a cobertura da saúde da família ficou próxima a 90% no ano anterior ao da pandemia, o que colocou o estado no tercil inferior do excesso de mortes na pandemia e o segundo em cobertura vacinal para a covid.

Vários estudos mostram que a presença do programa Estratégia de Saúde da Família por municípios, além de ser a fonte principal de vacinação em todo o país, tem relação direta não só com a redução da mortalidade por causas evitáveis na infância, como também com a diminuição da incidência de doenças crônicas não transmissíveis.

Da mesma forma, evidências mostram que sistemas de saúde baseados em uma APS forte, com implementação de programas e com assistência integrada, focados na prevenção e cuidado às doenças crônicas não transmissíveis, conseguem melhores resultados de saúde para a população, com mais equidade e melhor sustentabilidade.

O financiamento da Estratégia de Saúde da Família foi reestruturado em 2019, sendo calculado com base em quatro componentes: capitação ponderada; pagamento por desempenho; incentivo financeiro com base em critério populacional e incentivos para ações estratégicas⁵.

5 A capitação ponderada é uma forma de repasse financeiro da Atenção Primária às prefeituras e ao Distrito Federal, cujo modelo de remuneração é calculado com base no número de pessoas cadastradas. O cadastro deve ser feito pelas equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Primária - eAP, equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, equipes de Consultório na Rua - eCR ou equipes de Atenção Primária Prisional - eAPP. Considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com o IBGE.

O componente "Pagamento por desempenho" faz parte da transferência mensal aos municípios. Nesse componente, a definição do valor a ser transferido depende dos resultados alcançados no conjunto de indicadores monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária (eSF/eAP). (Nota Técnica 11/2022 - Sobre indicadores do pagamento por desempenho, no Previne Brasil.)

O financiamento global e os critérios de remuneração serão pontos fundamentais a serem priorizados pela nova gestão federal a partir de 2023. **Um dos pontos que deverão ser discutidos é a obrigatoriedade da territorialização e a participação dos trabalhadores em seus locais de atividade.**

Outro ponto crítico da Estratégia da Saúde da Família é que, por ser moldada para a redução das iniquidades, uma das prioridades, corretamente, foi o incremento das ações direcionadas à saúde materno-infantil. No entanto, a demanda maior nas unidades tem sido o atendimento a adultos com fatores de risco ou com doenças cardiovasculares e respiratórias, principalmente.

O cuidado na atenção primária às doenças crônicas não transmissíveis não tem ocorrido a contento, com gargalos no acesso, ausência de profissionais adequados ao manejo das doenças crônicas, segregação entre os níveis primários e secundários⁶ e ausência de programas de monitoramento de fatores de risco, como hipertensão e diabetes. Esses fatores levam a adesão baixa às medidas de controles de fatores de risco e, consequente à manutenção de incidência e mortalidade elevadas, principalmente nas áreas de vulnerabilidade social.

A estratégia de saúde da família e fortalecimento da APS no Brasil, apesar de ter seu início em 1991 – com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e, posteriormente, com o Programa de Saúde da Família PSF, em 1994 – ainda não é uma realidade na saúde suplementar.

APS na saúde suplementar

Fortalecer o modelo assistencial baseado em uma APS forte, tanto na atenção pública, como na saúde suplementar, é uma necessidade. A atenção primária à saúde emerge, nos contextos da transição epidemiológica e demográfica, como uma maneira eficaz de melhorar os indicadores de saúde, com menores custos e maiores índices de satisfação dos usuários, resultados que, segundo a OPAS, já foram identificados em locais onde ela já está implementada.

A Saúde Suplementar precisa encontrar seu lugar nas diretrizes e políticas públicas que estabelecem estratégias nacionais para enfrentamento dos principais desafios de saúde no Brasil.

6 No nível primário, estão as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que desempenham o papel de promover a saúde e prevenir doenças. É neste nível que os profissionais se articulam para atuar não apenas nas unidades de saúde, como também em espaços públicos da comunidade, na oferta de práticas integrativas e complementares – como fitoterapia, yoga e Reiki – e em visitas domiciliares às famílias.

No nível secundário, estão as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS), os hospitais e outras unidades de atendimento especializado ou de média e alta complexidade. A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia e oftalmologia, entre outras especialidades médicas (MS).

Além do ajuste de foco e da adequação de procedimentos por parte dos prestadores de serviços, a mudança desse paradigma certamente requer uma ação educativa voltada para a população – que tende a buscar especialistas – e a induzir a fragmentação do atendimento recebido, repercutindo na realização de um número excessivo de exames e procedimentos complementares.

Algumas operadoras de planos de saúde já vêm atuando nesse sentido. Fraga (2017) revela que algumas operadoras já vêm disponibilizando soluções baseadas na atenção primária à saúde (APS) como forma de melhorar seus resultados clínicos e seus níveis de sustentabilidade financeira. Apesar dos avanços, o modelo de assistência predominante nas operadoras ainda se caracteriza pela fragmentação dos cuidados, pela falta de vinculação entre médicos e pacientes e pelo excessivo foco na doença, o que traz resultados insatisfatórios para a saúde.

É consenso mundial que os Sistemas Nacionais de Saúde devem ser baseados numa APS forte, resolutiva e estruturante e que garanta o acesso universal, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações visando à atenção integral, com responsabilização por coordenar o cuidado dos pacientes em sua trajetória clínica, por meio de uma relação contínua e de confiança. Essa estratégia, portanto, precisa ser apropriada por todo o sistema de saúde do país, nas suas dimensões públicas e privadas.

8 TELESSAÚDE INTEGRADA

Devido a suas dimensões continentais, o Brasil, possui, atualmente, um panorama heterogêneo de problemas relacionados com a saúde, entre os quais podemos citar deficiência de cobertura, alto custo no tratamento das doenças e falta de recursos financeiros.

Os custos com os cuidados às doenças são cada dia mais altos: novas tecnologias, novos problemas, novos investimentos. Um estudo realizado no Brasil, com o objetivo de definir qual o potencial econômico do controle de desperdício no sistema de saúde brasileiro, apontou que 53% das despesas hospitalares brasileiras caracterizam desperdícios passíveis de ser controlados (MEDICINA S/A, 2021).

De acordo com a Federação Nacional de Saúde Suplementar - Fenassaúde, 30% dos gastos em saúde privada no Brasil são desperdiçados. De exames em excesso e internações desnecessárias até procedimentos caros, que poderiam ter sido evitados com medidas preventivas (EBC/2017). São inúmeros os casos em que o direcionamento incorreto dos recursos acaba gerando despesas, sem trazer benefícios aos pacientes.

As despesas com internações são as principais responsáveis pelo aumento do índice de variação de custos médico-hospitalares, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). A perspectiva é que o total de internações de beneficiários de planos de saúde deva saltar de 8,2 milhões, em 2015, para 10,7 milhões, até 2030, o que representa crescimento de 30,5%.

O absenteísmo de usuários é outro problema que compromete a eficiência do sistema. No SUS, o absenteísmo é um problema crônico, com taxas próximas a 25% (BELTRAME, S; OLIVEIRA, A; SANTOS, M; NETO, 2019). O absenteísmo pode estar associado a diversos motivos, entre os quais podemos citar o esquecimento, falhas na comunicação com o usuário, melhora dos sintomas de adoecimento, agendamento em horário de trabalho, falta de transporte, etc. Como consequências, temos o aumento da fila de espera e de demandas por urgência, a redução da produtividade e a perda de eficiência da clínica e da gestão.

Em 2019, o IBGE indicou que, em 2034, o percentual da população acima de 65 anos vai atingir 15% de toda população brasileira, sendo que, em 2060, chegará a 25,5% (Ascom, CNS, 2020). Esse envelhecimento populacional exigirá um investimento de cerca de R\$ 50,7 bilhões em saúde entre 2020 e 2027 (Tesouro Nacional, 2019).

A constituição de uma Central de Estratégia e Planejamento para análise e estruturação de uma cadeia produtiva de serviços em saúde torna-se cada vez mais urgente. Otimizar os recursos disponíveis, combater o desperdício e ampliar o acesso sem comprometer a qualidade da assistência será um desafio constante na agenda dos Gestores de Saúde na atualidade e nos próximos anos. O momento é oportuno para um replanejamento da saúde, adotando-se o uso das modernas tecnologias interativas tanto para melhoria

da qualidade da atenção à saúde, quanto para melhoria da logística da cadeia produtiva dos serviços de saúde.

A telessaúde foi oficializada no Brasil no início dos anos 2000 com o Programa Telessaúde Brasil, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária e da estratégia de saúde da família, que ora se estabeleciam de forma programática.

No conceito amplo de telessaúde, incluem-se programas de educação permanente, análise a distância de exames de imagem e fisiológicos, de acesso do paciente ao profissional de saúde, entre outros.

Esse último aspecto – do contato paciente-profissional a distância – poderá trazer os melhores resultados para a população em geral, porque está revelando redução de custos e do tempo de deslocamento para consultas e exames e, principalmente, maior agilidade no acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas que implicam os mais variados controles.

As novas tecnologias, como o 5G, irão alterar qualitativamente o acesso entre pacientes e profissionais de saúde, melhorando ainda a capacidade de se concentrar o atendimento de pacientes com doenças raras e complexas.

Para a otimização do sistema de saúde, faz-se necessária uma abordagem que envolva cuidado integral de pacientes no diagnóstico, além do tratamento e recuperação de doenças (com a integração dos serviços em nível de atenção primária, secundária e terciária), realizados por meio de uma ação conjunta de profissionais de diferentes áreas da saúde.

Considera-se a integralidade da atenção como um dos maiores desafios, que exigem medidas inovadoras e capazes de promover um atendimento mais humanizado e comprometido com a vida. O melhor conceito a ser implementado para uma política de saúde é o da **telessaúde integrada**, caracterizada pela ação articulada das profissões, convergindo para proporcionar a saúde para a população, reduzir risco e agravos de doenças, melhorar a recuperação dos pacientes, formar redes para otimizar o processo de cuidados (integração e logística), qualificar e capacitar continuamente os profissionais envolvidos e promover os autocuidados para a população.

Um dos pontos críticos para o funcionamento a contento da telessaúde será o de criar o prontuário eletrônico simplificado de domínio do cidadão, que poderá utilizá-lo tanto no atendimento presencial como nas consultas a distância, servindo como base para a intercambialidade de dados.

A troca de informações baseada no indivíduo é fundamental para a integração entre os níveis de atenção, entre serviços ambulatoriais e de emergência, entre os serviços públicos e os da saúde suplementar. Esse avanço não será unicamente com a introdução de novos equipamentos ou programas, mas sim de uma nova educação, que deverá ser empreendida, desde já, no aparelho formador.

Nos tempos atuais, é importante registrar que a telessaúde integrada é um método com grande potencial para agregar novas soluções em saúde, sem que seja necessário investir proporcionalmente em estruturas físicas. Muitos dos procedimentos e atendimentos, hoje, exclusivamente presenciais, poderão ser substituídos por interações intermediadas por tecnologias.

Porém, não é possível esperar que se torne um remédio para todos os problemas de assistência à saúde. A telessaúde integrada será uma solução para aceleração dos processos, desde que seja aplicada de forma estratégica, para se integrar à estrutura de saúde existente, de forma a aumentar a logística para a resolução de problemas e, para a implementação de um conjunto de serviços, que evitem que a população venha a adoecer.

Para oferecer serviços de telessaúde integrada, que gerem valor agregado, serão necessários: a) o desenvolvimento de Diretrizes de Boas Práticas; b) a organização do encadeamento de processos baseados em metas; c) a identificação de serviços diferenciais, que proporcionem benefícios; d) a capacitação das equipes envolvidas; e) a implementação de controle das qualidades dos serviços prestados. e f) a compatibilização com as regulamentações ético-legais vigentes, para cada segmento profissional envolvido.

A evolução das tecnologias digitais interativas, assistenciais portáteis e vestíveis e das telecomunicações (teletecnologias assistenciais) vem trazendo mudanças no cotidiano das pessoas. O paciente conectado de hoje quer perder menos tempo na sala de espera dos atendimentos e obter cuidados o mais rápido possível para situações urgentes, embora de baixa complexidade.

De uma certa forma, o termo Cadeia Produtiva em Saúde pode ser ampliado um pouco mais. Ele pode ser entendido como um ecossistema, através do qual o processo de relacionamento e alianças entre setores de atividades diferentes formam convergência de resultados numa cadeia global, gerando ciclos positivos na promoção de saúde e do bem-estar da comunidade.

Devido à sua extensão territorial, o Brasil teria dificuldades em implementar o conceito de *Cadeia Produtiva em Saúde* pelos métodos convencionais e exclusivamente presenciais. Nesse aspecto, a telessaúde integrada emerge como uma das opções de estratégia de logística para a saúde brasileira pois, através da aplicação dos modernos recursos tecnológicos, permite criar uma rede sustentável de baixo custo.

Um ecossistema de telessaúde integrada pode ser constituído por um grupo multiprofissional: agentes de saúde, profissionais não médicos com contato direto com grande número de indivíduos, população geral, médicos generalistas e especialistas, arquitetos habitacionais e engenharia de saneamento, entre outros.

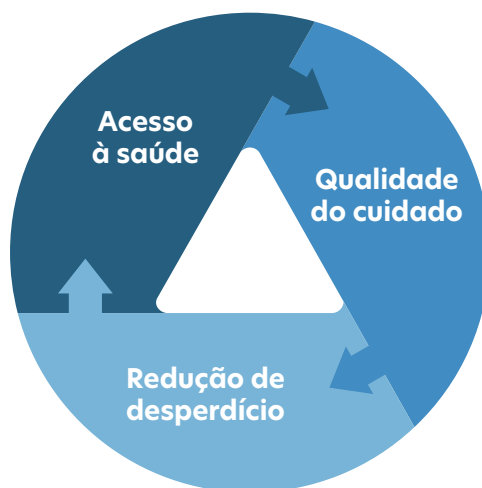
O treinamento de profissionais de saúde não especialistas, através da teleeducação Interativa, permitiria uma melhor identificação de sinais clínicos das doenças. Embora o diagnóstico definitivo seja de responsabilidade médica, o uso da telessaúde integrada permitiria, por meio da teletriagem, aumentar o alcance da população a região coberta,

envolvendo inclusive a organização de unidades móveis de atendimento, conectadas às estruturas de saúde de referência.

Na aceleração das mudanças da terceira década do século 21, certamente a inclusão das teletecnologias assistenciais será um dos pilares na reorganização da cadeia de saúde, focada na Sociedade 5.0 (envelhecimento e tecnologias interativas) e consequentemente, num Ecossistema de Saúde Conectada 5.0.

A telessaúde integrada representa, portanto, uma evolução natural nos cuidados às pessoas e pacientes em convergência com a transformação digital da sociedade moderna. A cada dia, torna-se mais indiscutível a capacidade que ela tem de melhorar a qualidade, a equidade e a acessibilidade.

Figura 2 - Eficiência e humanização da saúde



Fonte: SESI.

Ganhos esperados com a telessaúde:

1. Melhoria na qualidade do cuidado à saúde mediante:

- a) integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde;
- b) cuidado continuado à saúde (atenção à saúde não termina no final da consulta. Exemplo: gestão de condições crônicas à saúde); e
- c) intercambialidade segura de dados de saúde, facilitando diagnósticos mais precoces e precisos e tratamentos mais adequados.

2. Ampliação do acesso aos serviços de saúde mediante:

- a) maior abrangência dos atendimentos em saúde aos trabalhadores e à população em geral, independentemente de sua localização geográfica;
- b) ampliação da autonomia da empresa para ofertar e realizar serviços de saúde para trabalhadores;

- c) acesso facilitado, em escolas, comunidades, ambientes de trabalho, a estratégias de educação em saúde, orientação para o autocuidado, promoção da saúde; e
- d) prevenção de doenças e promoção da saúde.

3. Redução de desperdícios em saúde:

- a) criação de rede interconectada de saúde;
- b) maior agilidade no atendimento à saúde; e
- c) formação de Rede para integração com Centros Especializados.

9 DISPONIBILIZAÇÃO DE DADOS AOS USUÁRIOS E CONTRATANTES PARA A GESTÃO DA SAÚDE POPULACIONAL

A busca da atenção à saúde, oferecida de maneira efetiva e com menor custo, exige transparência de todos os agentes integrantes do sistema, incluindo usuários, prestadores de serviços, operadoras de saúde, clínicas, hospitais e centros diagnósticos. Nesse sentido, é fundamental aprimorar e fortalecer os canais de comunicação e os fluxos de informações oficiais entre operadoras, empresas contratantes e usuários. Esses canais constituem-se em ferramenta fundamental para o início de uma transição saudável para um modelo de remuneração por qualidade/efetividade do tratamento.

Conforme evidenciado, cerca de dois terços dos beneficiários de planos privados de assistência à saúde registrados vinculam-se atualmente a planos coletivos empresariais.

Esses dados indicam que os empregadores têm assumido um papel cada vez mais relevante na saúde suplementar. Apesar disso, as empresas, na prática, têm escassas possibilidades de atuar de forma proativa na gestão da saúde de seus trabalhadores, uma vez que as informações a que têm acesso são essencialmente limitadas ao número de sinistros (utilização do plano de saúde).

A sistematização e a disponibilização de dados clínicos e de satisfação dos usuários, além de dados dos prestadores de serviços – organizados em extratos pormenorizados – seguramente contribuiria para uma gestão mais efetiva da saúde populacional por parte das empresas contratantes, uma vez que ajudariam a esclarecer o que é eficaz, por que é eficaz e como os provedores poderiam aproveitar as lições aprendidas para melhorar o atendimento e o cuidado com os usuários finais dos serviços.

Do ponto de vista das empresas contratantes, portanto, as informações seriam utilizadas para:

- monitorar proativamente as condições de atenção à saúde nas empresas;
- planejar e avaliar sua atuação em favor da saúde do trabalhador, de modo complementar e articulada aos planos de saúde, com vistas a prevenir doenças, acidentes e incapacidades, promover a saúde e a qualidade de vida, e apoiar o processo de retorno ao trabalho;
- analisar a gestão e a qualidade dos serviços de saúde oferecidos;
- entender a forma de utilização dos planos de saúde disponibilizados aos trabalhadores;
- identificar prestadores que adotam linhas de cuidado centradas nas pessoas e na atenção integrada, obtendo melhores desfechos;

- pactuar iniciativas articuladas com os planos de saúde, compartilhando ações e responsabilidades para melhorias na gestão da saúde e na utilização do sistema;
- incentivar o uso mais racional do sistema e orientar os usuários; e
- negociar reajustes a partir da maior transparência de dados, que permitam uma melhor compreensão do cenário e, consequentemente, melhores condições de atuação sobre os desafios identificados.

9.1 Extrato mensal

O extrato pormenorizado deve ser disponibilizado mensalmente aos contratantes, uma vez que sua função não é apenas fundamentar o percentual de reajuste anual, mas também permitir o monitoramento proativo da saúde dos usuários, por meio da análise dos dados demográficos (como idade e gênero, por exemplo), dos códigos de diagnóstico e das datas e custos dos atendimentos.

Assim, a prática de entrega de extrato anual com o mínimo de 30 dias de antecedência da data prevista para a aplicação do reajuste não permite ao contratante cumprir integralmente seu papel na adequada gestão da saúde dos trabalhadores e dependentes. Além disso, entende-se que o prazo de antecedência atualmente previsto para envio das informações não é suficiente para que seja possível discutir o equilíbrio do contrato e pactuar renovações, que incluam medidas voltadas para seu eventual reequilíbrio.

9.2 Vinculação de contas médicas

Atualmente, as operadoras não seguem um processo padrão para o envio de dados relativos às contas médicas. Não é incomum que os contratantes recebam informações sobre o pagamento de honorários em um mês e sobre o pagamento de materiais cirúrgicos em outro, o que não permite o agrupamento das despesas em um único procedimento.

Visando conferir maior transparência e clareza à prestação de contas, é desejável que se criem regras para a vinculação de contas médicas por procedimento, o que facilitaria o acompanhamento das despesas. A medida, além de facultar o direito à informação para fins de controle de gastos, permitiria aos contratantes analisar com propriedade os termos propostos para a negociação de reajustes periódicos.

9.3 Aferição e divulgação de indicadores de efetividade

Há evidências da existência de uma assimetria de informações entre empresas contratantes e operadoras, uma vez que essas últimas detêm uma maior compreensão dos dados (frequentemente herméticos) que fundamentam o reequilíbrio do contrato. A existência de métricas consolidadas e validadas pela ANS, que indiquem a efetividade da gestão da saúde pelas operadoras, poderia ajudar as empresas nos processos de seleção de prestadores desse tipo de serviço e de renegociação de contratos.

9.4 Disponibilização de dados coletivos

A Resolução Normativa 389/2015 da ANS dispõe sobre a transparência das informações no âmbito da saúde suplementar e estabelece a obrigatoriedade da disponibilização de conteúdo mínimo de informações referentes aos planos privados de saúde no Brasil, visando ampliar a transparência na gestão dos dados de saúde.

Embora preveja proteção às informações dos beneficiários, quando acompanhadas de dados que possibilitem sua identificação, não impede que dados coletivos consolidados sobre o uso dos procedimentos de saúde e a demanda pelos serviços prestados sejam disponibilizados aos contratantes.

Esse procedimento seria fundamental para melhorar a gestão dos dados de saúde e criar condições equitativas para as discussões dos reajustes periódicos. Além disso, sua disponibilização ampliaria o nível de conhecimento de todos os agentes envolvidos no sistema (usuários, contratantes, operadoras, prestadores de serviços e membros do judiciário responsáveis pelo julgamento de processos envolvendo planos de saúde), permitindo que se posicionem com maior segurança em todas as situações que requeiram tomada de decisões.

10 MODELO DE REMUNERAÇÃO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Saúde Suplementar reúne uma vasta e diversificada rede de agentes, que se relacionam por meio de um conjunto complexo de transações, regulações e contratos e que se veem diante de ineficiências e outros focos de pressão de custos.

Atualmente, o modelo de remuneração dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde está baseado no volume e no valor dos procedimentos realizados (*"fee-for-service"*), o que tende a induzir um aumento do número de exames e procedimentos complementares associados.

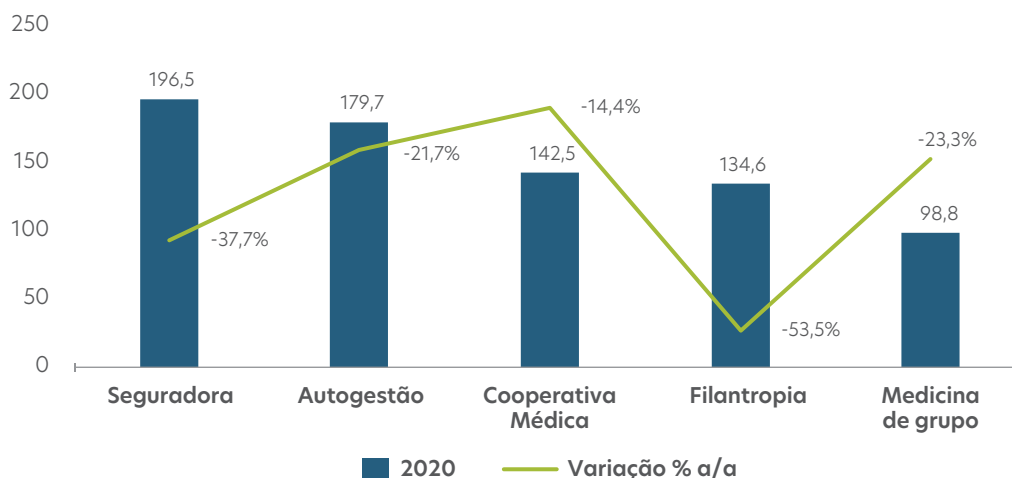
Com isso, o prestador de serviço tem um ganho financeiro adicional, sem compromisso com o custo ou com o resultado do tratamento. Dessa forma, o formato atual da remuneração resulta em incentivos inadequados no âmbito da cadeia de saúde e concorre para a existência de fraudes e desperdícios no âmbito do sistema.

Dados consolidados sobre fraudes e desperdícios nos gastos assistenciais no Brasil parecem relativamente escassos e controversos. Ainda assim, segundo o IESS, o impacto das fraudes e dos desperdícios sobre gastos da Saúde Suplementar, em 2017, chegou a quase R\$28 bilhões dos gastos das operadoras médico-hospitalares do país com contas hospitalares e exames consumidos indevidamente devido a fraudes e desperdícios com procedimentos desnecessários.

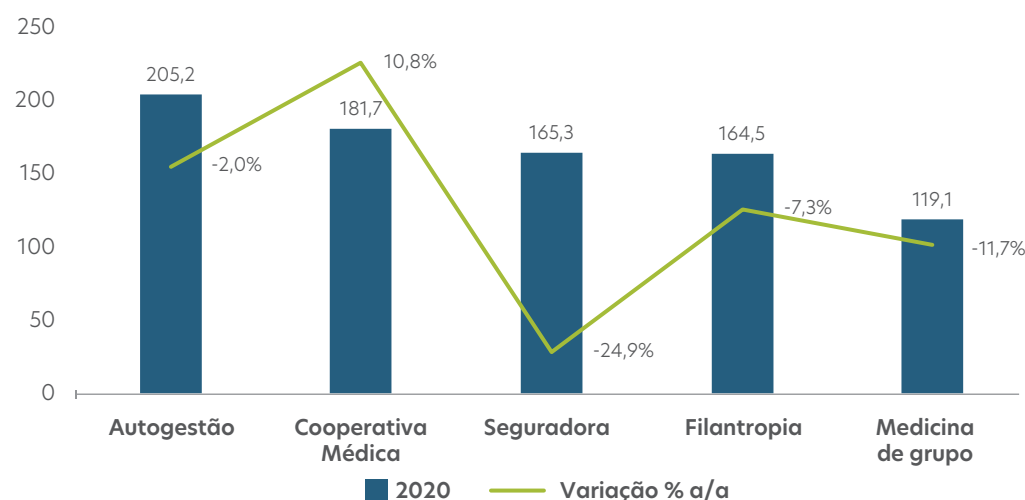
A atualização das estimativas mostra que entre 12% e 18% das contas hospitalares apresentam itens indevidos, sendo que de 25% a 40% dos exames laboratoriais não são necessários. Portanto, houve um gasto na saúde de aproximadamente 15 bilhões de reais com fraudes em contas hospitalares e 12 bilhões de reais em pedidos de exames laboratoriais não necessários.

As despesas assistenciais das operadoras médico-hospitalares somaram R\$ 145,4 bilhões, em 2017. Sendo assim, os gastos de R\$ 27,8 bilhões com fraudes e desperdícios representam 19,1% desse total, comprometendo a qualidade da assistência e as finanças do setor, além de onerar os contratantes de planos de saúde.

De acordo com informações do Mapa Assistencial da ANS, em decorrência da pandemia, houve uma redução de pouco mais de 2 milhões de exames de ressonância magnética em 2020, na comparação com 2019. Mesmo assim, o sistema registra 135 exames de ressonância magnética por 1.000 beneficiários e 156,3 exames de tomografia computadorizada por 1.000 beneficiários da saúde suplementar no país em 2020. Esses valores superam a média desses mesmos exames calculada para os países membros da OCDE em 2020.

Gráfico 23 – Exames (Ressonância Magnética) x mil Beneficiários, segundo modalidade de operadora

Fonte: Mapa Assistencial, ANS (2022).

Gráfico 24 – Exames (Tomografia) x Mil Beneficiários, segundo Modalidade de operadora

Fonte: Mapa Assistencial, ANS (2022).

Os dados sugerem a presença de exames eventualmente desnecessários no Brasil e a emergência da discussão sobre a importância de promover modificações no modelo de remuneração dos prestadores de serviço. De fato, a adoção de um padrão de remuneração desconectado de resultados e indutor de gastos – associado à proliferação de consultas, exames, terapias e internações – onera o sistema de saúde e seus usuários e contribui para sua ineficiência.

É preciso avançar na estruturação de um formato de remuneração que incentive, do ponto de vista financeiro, a busca de resultados. Ganha destaque a adoção de mecanismos de pagamento que estimulem a prestação de serviços de qualidade e de métricas associadas aos desfechos clínicos dos pacientes (*"payment for performance"* ou *"P4P"*), reduzindo custos e ampliando a produtividade do Sistema de Saúde Suplementar.

11 PROPOSTAS

Atenção Primária à Saúde

A pandemia da covid-19 trouxe demandas para se evitarem novas epidemias e para controlar as infecções virais sazonais, como as provocadas pelo vírus da influenza e pelo vírus sincicial respiratório. Para tanto, impõem-se ações institucionais como:

1. Estabelecer formalmente a criação de matriz industrial de insumos para a saúde, envolvendo entes públicos e privados, de modo a garantir as cadeias de suprimentos de fármacos, medicamentos, vacinas, reagentes e equipamentos médico-hospitalares a partir de uma política de desenvolvimento produtivo, científico e tecnológico orientada por missões, de acordo com as diretrizes apresentadas no documento nº1 - **Política industrial: construindo a indústria do futuro**, desta série de *Propostas da Indústria para as Eleições de 2022*.
2. Estimular ações para o controle da entrada de novos patógenos em fronteiras, portos e aeroportos.
3. Reorganizar a relação entre os níveis de atenção à saúde, no âmbito do SUS, por meio de:
 - a) prioridade para a atenção primária;
 - b) promoção da sinergia entre o cuidado das empresas com a saúde do trabalhador e o setor da saúde público e privado, com ações combinadas tanto na atenção médica-odontológica como na promoção da saúde e prevenção de doenças;
 - c) atuação continuada das Unidades Básicas de Saúde com as empresas na sua área de abrangência e com horário compatível, independentemente do local de moradia do trabalhador;
 - d) articulação da APS na atenção à saúde pública e privada, tanto no que diz respeito às diretrizes e estratégias nacionais, quanto no intercâmbio de informações assistenciais, desenvolvimento de estudos e capacitação de recursos humanos;
 - e) promoção da prática da telessaúde para integrar os diferentes níveis de cuidados à saúde, para facilitar a operação das linhas de cuidados continuados e para aumentar o acesso à saúde;
 - f) adequação do modelo de assistência à saúde à transição demográfica em curso no país;
 - g) ativação de todos os sistemas de segurança alimentar, com prioridade para a gestante e crianças;

- h) reativação do calendário vacinal na infância para reduzir a queda da cobertura vacinal para doenças já erradicadas e aquelas com incidência progressivamente menor;
- i) aceleração da implantação de medidas previstas no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030, em especial:
 - adotar estratégias para aumentar a efetividade dos estímulos ao desenvolvimento de programas da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no setor da saúde suplementar;
 - estabelecer parcerias com o setor privado, para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, saúde mental, segurança no trabalho e prevenção das DCNT para os trabalhadores e empregadores;
 - apoiar a realização de estudos avaliativos sobre efetividade das ações e programas de promoção da saúde na APS, incluindo ações desenvolvidas para trabalhadores; e
 - promover a implantação de vigilância de Dant integrada no país.

Telessaúde

4. Promover a pronta regulamentação, pelos órgãos do governo federal competentes, da telessaúde integrada no âmbito público e privado de modo a garantir:
 - a) melhoria na qualidade do cuidado, no acesso à saúde e na logística do Sistema de Saúde como um todo: público e privado;
 - b) abrangência não apenas concedida à assistência, mas também à educação, pesquisa, prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde;
 - c) uso de teletecnologias assistenciais, e não apenas tecnologias de informação e comunicação;
 - d) acesso a todos, inclusive ao trabalhador regido por legislação trabalhista brasileira, em qualquer localidade, mesmo quando se encontra a trabalho no exterior – expatriado;
 - e) promoção da integração entre os diferentes níveis de cuidados em saúde e para facilitar a operação das linhas de cuidados continuados; e
 - f) intercâmbio das informações assistenciais, independentemente da plataforma utilizada, para fins de gestão da cadeia de cuidados.

Intercambialidade de dados para gestão de saúde populacional

5. Otimizar a comunicação e o fluxo de informações oficiais entre operadoras, empresas contratantes e usuários, por meio da disponibilização e da integração de dados, de modo a melhorar a gestão da saúde populacional, sem comprometer a privacidade dos pacientes.
6. Determinar, mediante regulação da ANS, que as operadoras enviem às empresas contratantes um extrato mensal detalhado que lhes permita:
 - a) monitorar as condições de atenção à saúde;
 - b) planejar e avaliar sua atuação em favor da saúde do trabalhador;
 - c) analisar a gestão e a qualidade dos serviços oferecidos;
 - d) entender a forma de utilização dos planos de saúde;
 - e) selecionar prestadores de serviço;
 - f) pactuar iniciativas com os planos de saúde;
 - g) incentivar o uso mais racional do sistema; e
 - h) negociar reajustes.
7. Assegurar a vinculação de contas médicas por procedimento. Informações sobre honorários e materiais cirúrgicos, por exemplo, devem ser apresentadas de forma agrupada para cada um dos procedimentos executados.
8. Garantir que a ANS divulgue indicadores de efetividade da gestão de saúde das operadoras, facilitando a seleção daquelas que apresentem melhores resultados.
9. Assegurar que as operadoras disponibilizem para as empresas contratantes dados coletivos consolidados sobre o uso de procedimentos de saúde e sobre seus prestadores de serviço.

Modelo de Remuneração na Saúde Suplementar

10. Estruturar um sistema de remuneração dos prestadores de serviços de saúde baseado em resultados ("payment for performance" ou "P4P") – e não no número de procedimentos executados ("fee for service").

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Mapa assistencial da saúde suplementar 2015**. Rio de Janeiro: ANS, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3z3wwJV>. Acesso em: 10 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA DE PESQUISA – INTERFARMA. **Judicialização da saúde na prática**: fatos e dados da realidade brasileira. São Paulo: Interfarma, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3LV9asq>. Acesso em: 12 mar. 2022.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **A Saúde que o Brasileiros Querem**. São Paulo: ANAHP, 2022. Disponível em: <https://anahp.com.br/pdf/pesquisa-saude-que-brasileiros-querem.pdf>. Acesso em: 23 maio 2022.

AZEVEDO, Paulo Furquim *et al.* **Cadeia de saúde suplementar no Brasil**: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas. São Paulo: Insper, 2016. Disponível em: <https://bit.ly/3t2F0Nn>. Acesso em: 12 mar. 2022.

BANDINI, Marcia. Gestão da Saúde e Absenteísmo. *In*: CONGRESSO BRASILEIRO DE QUALIDADE DE VIDA, 17., 2016, Goiânia. **Anais** [...]. Goiânia: Unialfa, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3wVydGz>. Acesso em: 09 maio 2022.

BANDINI, Marcia; MACIEL, Daniele; LUCCA, Sergio Roberto de. Estudo sobre a gestão de absenteísmo no Brasil e no mundo: suas implicações no ambiente corporativo brasileiro.

BELTRAME, Sonia Maria; OLIVEIRA, Adauto Emmerich; SANTOS, Maria Angélica Borges dos; SANTOS NETO, Edson Theodoro. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. 123, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912303>. Acesso em: 22 abr. 2022.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; SANTOS, Djanilson Barbosa dos. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para abordagem abrangente em saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, 2021. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1534/covid-19-como-sindemia-modelo-teorico-e-fundamentos-para-a-abordagem-abrangente-em-saude>. Acesso em: 02 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.666, de 8 de maio de 2003**. Dispõe sobre a concessão da aposentadoria especial ao cooperado de cooperativa de trabalho ou de produção e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.666.htm. Acesso em: 2 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Resolução 1.316, de 31 de maio de 2010**. Altera o anexo da Resolução MPS/CNPS Nº 1.308, de 27 de maio de 2009, que dispõe sobre a nova metodologia para o cálculo do Fator Acidentário de Prevenção - FAP, em substituição à Resolução MPS/CNPS nº 1.269/2006. Brasília, DF: Conselho Nacional de Previdência Social, 2010. Disponível em: <http://www.normaslegais.com.br/>

legislacao/resolucao-cnps1316_2010.htm#:~:text=RESOLU%C3%87%C3%83O%20CONSELHO%20NACIONAL%20DE%20PREVID%C3%8ANCIA,N%C2%BA%201.316%20de%2031.05.2010&text=(Altera%20o%20anexo%20da%20Resolu%C3%A7%C3%A3o,C-NPS%20n%C2%BA%201.269%2F2006). Acesso em: 2 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps-versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf. Acesso em: 8 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº11/2022-SAPS/MS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/nota_tecnica_11_2022.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil: 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://bit.ly/3wPB5Vr>. Acesso em: 08 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006-2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Tabagismo e consumo abusivo de álcool**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2006-2020-e-tabagismo-e-consumo-abusivo-de-alcool.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf. Acesso em: 11 abr. 2022.

CABRAL, Umberlândia. Despesas com saúde em 2019 representam 9,6% do PIB. **Agência IBGE Notícias**, 14 abr. 2022. Disponível em: <https://censoagro2017.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33484-despesas-com-saude-em-2019-representam-9-6-do-pib>. Acesso em: 28 abr. 2022.

CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. **Epidemiologia e determinantes sociais das DCNT no Brasil**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA. **Retratos da Sociedade Brasileira 55: Principais problemas e prioridades para 2021**. Brasília: CNI, 2021. Disponível em https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/81/3c/813cc07a-c385-4dd0-b305-f82d92432365/retratosdasociedadebrasileira_55_principaisproblemasdopaiseprioridadespara2021.pdf. Acesso em: 03 maio 2022.

CONTROLE DE DESPERDÍCIOS pode gerar R\$ 38,9 bilhões em ganhos assistenciais. **Medicina S/A**, São Paulo, 22 dez. 2021. Disponível em: <https://medicina.com.br/ganhos-assistenciais/#:~:text=O%20levantamento%20aponta%20que%2053,R%24%2038%2C9%20bilh%C3%B5es>. Acesso em: 25 abr. 2022.

DADOS E INDICADORES DO SETOR: beneficiários de planos privados de saúde. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/>

gov.br/ans/pt-br/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor. Acesso em: 8 abr. 2022.

DESPESAS COM SAÚDE em 2019 representam 9,6% do PIB. **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 14 abr. 2022. Disponível em: <http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52950>. Acesso em: 27 abr. 2022.

FRAGA, Eulalia Martins. **Atenção primária na saúde suplementar**: estudo de caso de uma operadora de saúde de Belo Horizonte. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão de Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3GqMAXG>. Acesso em: 04 abr. 2022.

GASTO PER CAPITA com saúde aumentou 29,3% de 2015 a 2019. **IPEA**, Brasília, 3 fev. 2022. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38914. Acesso em: 27 abr. 2022.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAÚJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/216/2/por%20que%20os%20homens%20buscam%20menos.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

GRANDA, Alana. Entidade estima que 30% dos gastos em saúde privada são desperdícios. **Agência Brasil**, Rio de Janeiro, 21 jun. 2017. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-06/entidade-estima-que-30-dos-gastos-em-saude-privada-sao-desperdicios>. Acesso em: 25 abr. 2022.

INSTITUTE FOR HEALTH AND METRICS EVALUATION. GLOBAL BURDEN OF DISEASE Compare. 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>. Acesso em: 27 abr. 2022.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE Suplementar divulga projeção inédita. **Associação de hospitais do Estado de São Paulo**, São Paulo, [2016]. Disponível em: https://www.ahesp.com.br/news/news_121. Acesso em: 22 abr. 2022.

LARA, Natalia Cairo. **Evidências de práticas fraudulentas em sistemas de saúde internacionais e no Brasil**. São Paulo: IESS, 2017. (Texto para discussão nº 62-2017). 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3INN5BJ>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MARQUES, Lúcio. **A fraude no seguro**: alvos e formas de combate. Rio de Janeiro: Funenseg, 2006. (Estudos Funenseng, 10). Disponível em: <https://goo.gl/R3bhCX>. Acesso em: 14 mar. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS/OMS, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 22 abr. 2022.

O QUE É ATENÇÃO PRIMÁRIA? **Ministério da Saúde**, Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 11 abr. 2022.

OGATA, Alberto José Niituma (org.). **Temas avançados em qualidade de vida**: Inovação para a Saúde, qualidade de vida e segurança nas empresas brasileiras: volume 6. Londrina: Midiograf, 2017.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Health at a Glance 2021**: OECD Indicators.Paris: OECD, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>. Acesso em: 29 abr. 2022.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. **Potential years of life lost**. Paris: OECD, 2022. Disponível em: <https://data.oecd.org/healthstat/potential-years-of-life-lost.htm#indicator-chart>. Acesso em: 29 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Laboratório de inovação na saúde suplementar**. Organização PanAmericana da Saúde, Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar brasileira**: Resultados do laboratório de inovação. Brasília: OPAS, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49108/9789275718162-%20por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 abr. 2022.

PLANOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA alcançam 49 milhões de beneficiários. **Agência Nacional de Saúde Suplementar**, Rio de Janeiro, 05 abr. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/fevereiro-planos-de-assistencia-medica-alcancam-49-milhoes-de-beneficiarios>. Acesso em: 28 abr. 2022.

PROJEÇÕES DA POPULAÇÃO. **IBGE**, Brasília, 2018. Disponível em: Projeções da População | IBGE. Acesso em: 07 abr. 2022.

QUICK, Thelmo C.; LAPERTOSA, J. B. Análise do absentismo em usina siderúrgica. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 10, n. 40, p. 62-67, out. 1982.

REIS, Amanda; MANSINI, Greice; LEITE, Francine. **Atualização das projeções de gastos com saúde divulgados no relatório “Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro”**. São Paulo: IESS, 2013.

REIS, Carla; BARBOSA, Larissa; PIMENTEL, Vitor. O desafio do envelhecimento populacional na perspectiva sistêmica da saúde. **BNDES Setorial**, n. 44, p. 87-124, set. 2016. Disponível em https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/9934/1/BNDES%20Setorial_44_P_BD.pdf. Acesso em: 5 abr. 2018.

RETRATOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA 27: mobilidade urbana. **Indicadores CNI**, Brasília, ano 5, n. 27, 2015. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/7f/1d/7f1de722-455b-4a18-bc0a-6bdc5430b9a7/retratosdasociedadebrasileira_27_mobilidadeurbana.pdf. Acesso em: 04 maio 2022.

ROBBA, Rafael. **Judicialização dos planos e seguros de saúde coletivos no Tribunal de Justiça de São Paulo**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

RODRIGUES, Maria José. Planos de saúde custam 13,1% da folha de pagamento da indústria, mostra pesquisa do Sesi. **Agência de notícias da indústria**, Brasília, 24 set. 2019. Disponível em: <https://noticias.portaldaindustria.com.br/noticias/qualidade-de-vida/planos-de-saude-custam-131-da-folha-de-pagamento-da-industria-mostra-pesquisa-do-sesi/>. Acesso em: 28 abr. 2022.

SANTANA, Vilma Sousa et al. Acidentes de trabalho: custos previdenciários e dias de trabalho perdidos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1004-1012, 2006.

SANTO, Mariana Espírito. Quais são os países que mais gastam com saúde? **Sapo**, Porto, 17 ago. 2021. Disponível em: <https://eco.sapo.pt/2021/08/17/quais-sao-os-paises-que-mais-gastam-com-saude/>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SAÚDE NA HORA. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>. Acesso em: 11 abr. 2022.

SAÚDE PERDEU R\$ 20 BILHÕES em 2019 por causa da EC 95/2016. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 28 fev. 2020. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1044-saude-perdeu-r-20-bilhoes-em-2019-por-causa-da-ec-95-2016>. Acesso em: 22 abr. 2022.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA. **Protocolo Sesi de promoção da saúde na empresa**: Fortalecendo a competitividade do setor industrial a partir da retomada das ações de promoção da saúde. Brasília: Sesi, 2022. Disponível em: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/0f/f9/0ff99d0b-a5b6-4748-84c8-c01b3e23a8f4/protocolo_prom_saude_apresentacao_1.pdf. Acesso em: 28 abr. 2022.

SHERMAN, Rachel E. et al. Real-World Evidence – What is it and What Can It Tell Us? **The New England Journal of Medicine**, Londres, n. 375, 2016. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb1609216>. Acesso em: 04 abr. 2022.

SIMURRO, Sâmia Aguiar Brandão; OGATA, Alberto. Razões para implementar um programa de qualidade de vida. In: OGATA, Alberto José Niituma (org.). **Temas avançados em qualidade de vida**: gestão de programas de qualidade de vida: manual prático para profissionais brasileiros: volume 2. Londrina: Midiograf, 2015.

TESOURO NACIONAL. **Relatório de Riscos Fiscais da União**. Brasília: Tesouro Nacional, 2019. Disponível em: https://sisweb.tesouro.gov.br/apex/f?p=2501:9::::9:P9_ID_PUBLI-CACAO:31398. Acesso em: 22 abr. 2022.

WILLIS TOWERS WATSON. **2019 global medical trends survey report**. Londres: WTW, 2019. Disponível em: <https://www.wtwco.com/pt-BR>. Acesso em: 27 abr. 2022.

LISTA DOS DOCUMENTOS DA SÉRIE *PROPOSTAS DA INDÚSTRIA PARA AS ELEIÇÕES 2022*

1. Política Industrial: construindo a indústria do futuro
2. Inovação: motor do crescimento
3. Exportações: um mundo pela frente
4. Integração Internacional: abertura com competitividade
5. Desenvolvimento Regional: crescimento para todos
6. Energia: combustível do crescimento
7. Transporte de Cargas: abrindo novos caminhos
8. Tributação da Renda Corporativa: convergência aos padrões internacionais
9. Reforma da Tributação do Consumo: competitividade e promoção do crescimento
10. Relações de Trabalho: avançando na modernização
11. SST e Previdência: segurança no presente e no futuro
12. Políticas de Emprego: reunir trabalhadores e empresas
13. Educação: a juventude e os desafios do mundo do trabalho
14. Financiamento: base do crescimento
15. Economia de Baixo Carbono: para um futuro sustentável
16. Licenciamento Ambiental: desenvolvimento com conservação
17. Segurança Jurídica: estímulo aos negócios
18. Segurança Jurídica em Relações de Trabalho: reflexões para avançar
19. Regulação: qualidade a nível internacional
20. Estabilidade Macroeconômica: essencial para o investimento
21. Saúde: agenda pós-pandemia

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA INDÚSTRIA – CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

Gabinete da Presidência

Teodomiro Braga da Silva
Chefe do Gabinete - Diretor

Diretoria de Desenvolvimento Industrial e Economia

Lytha Battiston Spíndola
Diretora

Diretoria de Relações Institucionais

Mônica Messenberg Guimarães
Diretora

Diretoria de Serviços Corporativos

Fernando Augusto Trivellato
Diretor

Diretoria Jurídica

Cassio Augusto Muniz Borges
Diretor

Diretoria de Comunicação

Ana Maria Curado Matta
Diretora

Diretoria de Educação e Tecnologia

Rafael Esmeraldo Lucchesi Ramacciotti
Diretor

Diretoria de Inovação

Gianna Cardoso Sagazio
Diretora

Superintendência de Compliance e Integridade

Oswaldo Borges Rego Filho
Superintendente

CNI

Robson Braga de Andrade
Presidente

Diretoria de Educação e Tecnologia - DIRET

Rafael Esmeraldo Lucchesi Ramacciotti
Diretor

Diretoria de Operações

Paulo Mol Junior
Diretor

Gerência Executiva de Saúde e Segurança na Indústria

Katyana Aragão Menescal
Gerente-Executiva

Gerência de Segurança e Saúde no Trabalho

Gina Marini Vieira Ferreira
Gerente

Georgia Antony Gomes de Matos
Caio Figueiredo Bianchi
Claudio Patrus de Campos Bello
Fabiana Rody Costa
Viviane Pereira Macedo
Equipe Técnica

Paulo Andrade Lotufo
Chao Lung Wen
Consultores

COORDENAÇÃO DO PROJETO PROPOSTAS DA INDÚSTRIA PARA AS ELEIÇÕES 2022**Diretoria de Desenvolvimento Industrial e Economia - DDIE**

Lytha Battiston Spíndola
Diretora

Superintendência de Desenvolvimento Industrial - SDI

Renato da Fonseca
Superintendente

Maria Carolina Correia Marques
Mônica Gidgio Leite do Amaral
Fátima Videira Cunha
Equipe Técnica

Paulo Andrade Lotufo
Chao Lung Wen
Consultores

EDITORIAÇÃO E IMPRESSÃO**Gerência de Publicidade e Propaganda**

Armando Uema
Gerente
Walner de Oliveira Pessoa
Produção Editorial

Superintendência de administração – SUPAD

Maurício Vasconcelos de Carvalho
Superintendente Administrativo

Alberto Nemoto Yamaguti
Jakeline Martins de Mendonça
Déborah Lins
Normalização

ZPC Comunicação
Revisão Gramatical

Editorar Multimídia
Projeto Gráfico | Diagramação

Athalaia Gráfica e Editora
Impressão

 www.cni.org.br

 /cnibrasil

 /cni_br

 /cnibr

 /cniweb



Confederação Nacional da Indústria
PELO FUTURO DA INDÚSTRIA



9 786586 075687