

**DESAFIOS DO PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DE CAIXAS DE  
ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PARA OPERADORA NA MODALIDADE  
AUTOGESTÃO: estudo de caso na Unisaude MS**

**Marcelo Vargas Lopes,  
UCDB,  
delmarcelovargas@yahoo.com.br**

**Maira Nunes Faria Portugal Silva,  
UCDB,  
maira\_portugal@hotmail.com**

**Álvaro Freitas Faustino Dias,  
UFMS,  
alvaro.dias@ufms.br**

**RESUMO**

O presente trabalho teve como principal objetivo identificar as características de agências de saúde que utilizam o sistema de gerenciamento de autogestão, bem como apresentar o caso da associação UniSaúde MS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter bibliográfico. Verificou-se que os beneficiários dos planos participam de um conselho deliberativo das operadoras dos serviços prestados e atuam como co-gestores de todo o sistema. A pesquisa mostrou ainda que o principal intuito da autogestão é alcançar a qualidade de vida dos beneficiários por meio de um custo acessível e que esteja de acordo com as possibilidades de cada um. Observou-se que a organização jurídico-institucional dos planos de autogestão se dá ou por meio da criação de uma entidade jurídica externa à organização ou por um departamento interno à organização. Foi possível identificar ainda a evolução da UniSaúde MS até o momento da sua transformação para autogestão, além de identificá-la como um órgão sem fins lucrativos que oferece assistência preventiva e recuperação de saúde.

**Palavras-chave:** Agências de Saúde; Autogestão; Gerenciamento; Saúde Suplementar

## 1 INTRODUÇÃO

Diversos estudos têm apresentado discussões que abordam a gestão das organizações de saúde e a relevância dos serviços prestados à sociedade. Devido à grande preocupação com a inovação de serviços e a necessidade de satisfazer todas as demandas dos consumidores, novos modelos de gestão tornam-se necessários e imprescindíveis para as organizações alcançarem níveis de excelência na prestação de serviços, entre estes novos modelos de gestão, a autogestão tem se destacado.

A autogestão é considerada como uma modalidade de administração de planos de saúde na qual a própria empresa institui e administra, sem fins lucrativos, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários. Este modelo de gestão é considerado uma forma de organização social criada com base nos ensinamentos da solidariedade, cooperação apoio mútuo, autonomia e auto-organização, representando uma mobilização conjunta tendo surgimento a partir da consciência comunitária (ROSA; FARIAS-FILHO, 2015).

Ao longo do tempo, discutiu-se diversos modelos de gestão em empresas do ramo hospitalar. Cada modelo apresenta uma determinada peculiaridade e foco em um determinado setor da empresa. Entretanto, a utilização de modelos tradicionais de gestão se perde com o tempo e se faz necessário o desenvolvimento de novas modalidades de gestão, levando em consideração as necessidades da organização. Entre as modalidades de gestão observadas recentemente, a autogestão tem chamado atenção de diversos pesquisadores que buscam compreender as características dessa modalidade, bem como identificar seus benefícios e desafios de implementação.

Gama (2003) aponta que o modo como é realizado o planejamento das empresas empregadoras no que tange ao fornecimento de assistência médico-hospitalar aos seus colaboradores, pode ser considerado como o resultado da combinação da gestão do risco de variação dos custos, dos financiamentos e do modo em que as atividades são operadas pela assistência médico-hospitalar, possuindo diversas caracterizações. Além disso, a autora aponta que entre as caracterizações possíveis, encontram-se a autogestão e a terceirização da assistência médico-hospitalar para uma determinada operadora de planos de saúde.

Os planos de saúde que gerenciam suas atividades com base na modalidade de autogestão, apresentam maiores facilidades de comunicação entre os beneficiários e os gestores. Para os autores, esta modalidade de gestão possibilita maior direcionamento no atendimento de necessidades dos beneficiários, além de oferecer cobertura adequada, levando

em consideração o perfil de cada um, garantindo a participação dos beneficiários na gestão (ROSA; FARIAS-FILHO, 2015).

Rosa e Farias-Filho (2015) afirmam que a modalidade em questão se mostra diferenciada das demais agências de saúde, pois atuam com total preocupação frente à qualidade de vida de seus membros que possuem voz ativa e decisiva no próprio plano e que entre as principais características de um plano de saúde na modalidade de autogestão estão: a gestão participativa, os custos, a flexibilidade, a rede credenciada e a promoção à saúde.

Nesse sentido, faz-se necessário avaliar como a modalidade de autogestão tem sido discutida na literatura, a fim de compreender os possíveis benefícios de sua implementação, bem como os desafios enfrentados para uma agência de saúde passar para esta modalidade de gestão.

## 2 AGÊNCIAS DE SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

A ascensão da saúde como direito fundamental e social é política pública soberba e generosa de bem-estar social, a qual vem sendo implantada com várias ressalvas e que, como direito universal, mantém o ideário constitucional de atendimento de 190 milhões de pessoas (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011). Mas para que isso ocorra, uma real implementação desse direito, é necessário um Estado que se adaptar-se a esse dever, tanto do ponto de vista dos meios e processos de execução (o agir administrativo), quanto da garantia dos recursos financeiros (NORONHA; SANTOS; PEREIRA, 2011).

Zirolto, Gimenes e Júnior (2013) comentam que em 1988 por meio da Constituição Federal se estabelecia o direito à saúde para todos e de responsabilidade do Estado, no art. 196 que afirmava que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016, p. 118).

Mesmo com o art. 196 da CF/1988, deixando clara a responsabilidade do Estado em promover a saúde para toda a população brasileira, o art. 199 em seu texto, permite ao setor privado contribuir para a assistência à saúde da população. Entretanto, fica vedado destinar recursos públicos para auxiliar suas ações, bem como a proibição de empresas e capitais estrangeiros, exceto em casos previstos em lei (BRASIL, 2016).

Dez anos após a promulgação da CF/1988, por meio da Lei n. 9.656 de 03 de Junho de 1998 (BRASIL, 1998), foram definidas as bases da Saúde Suplementar no Brasil, sendo criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar, possibilitando o início da regulamentação do sistema privado na assistência à saúde no Brasil (ANS, 2019). Desse modo, o atendimento de saúde no Brasil passou a ser dividido e atuado por diferentes setores, contando com a atuação do setor público e do privado.

Nesse sentido, no Brasil, o sistema de saúde é dividido em duas vertentes principais de atendimento sendo as do setor público, representado pelo Sistema único de Saúde (SUS), e as do setor privado, representados por diversas operadoras de saúde (MONTEKIO; MEDINA; AQUINO, 2011; PAIM et al., 2011). De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007) o SUS é um serviço de saúde público prestado pelo governo brasileiro para todos os brasileiros e o sistema de saúde privado se dá por meio da contratação de serviços oferecidos por empresas da iniciativa privada, englobando diversos componentes como hospitais, clínicas, operadoras de planos de saúde etc, também chamados de sistema de saúde complementar.

Até a década de 1980, o mercado existente de planos de saúde era exclusivamente formado por planos de empresas privadas. Neste período, uma parte significativa das grandes operadoras de planos de saúde como a Interclínicas, a Intermédica, a Medial, a Golden Cross e a Unimed, e os planos próprios das grandes montadoras, empresas estatais e de associações de categorias - como o dos bancários - já estavam consolidados (BRASIL, 2002).

Zirolto, Gimenes e Júnior (2013) apontam que o sistema da Saúde Suplementar é representado em média por 1.500 operadoras médicas e odontológicas, sendo que no setor público todas as atividades de saúde são representadas pelo SUS. Os autores acrescentam ainda que em 2006, o SUS realizou 422 milhões de consultas e 11,3 milhões de internações. No que tange à Saúde Suplementar os números foram 184 milhões de consultas e 6,7 milhões de internações e contavam com apenas 20% da população brasileira sendo beneficiada pelo sistema em questão.

Já em meados dos anos 2000, os planos contratados junto às empresas médicas eram, em geral, integralmente financiados pelas empresas empregadoras. Entretanto, algumas empresas tinham planos próprios, em especial no setor privado, e custeavam, totalmente, os planos de saúde dos seus trabalhadores. Diferentemente em empresas estatais, e nas categorias que, mantinham entidades jurídicas paralelas, como a modalidade de caixas de assistência, os

empregados sempre contribuíram para o financiamento de seus planos (BRASIL, 2002).

Romani (2018) acrescenta que o sistema de saúde complementar, formado pelos diversos componentes de saúde ofertados pelo setor privado tem sido cada vez maior. Segundo o autor, no ano de 2017 a cobertura deste sistema alcançava cerca de 25% da população, o que totaliza aproximadamente 48 milhões de pessoas, sendo 67% vinculados aos planos coletivos empresariais.

No Brasil, questões de saúde suplementar são compostas pelos segmentos das autogestões, medicinas de grupo, seguradoras e cooperativas. Denomina-se “autogestão” os planos próprios patrocinados ou não pelas empresas empregadoras, constituindo o segmento não comercial do mercado de planos e seguros (MALTA; JORGE, 2008).

### **3 O SEGMENTO DE AUTOGESTÃO**

A autogestão é um termo comum na educação em saúde, e é o nome associado a muitos programas de promoção da saúde e educação do paciente (LORIG; HOLMAN, 2003). A literatura sobre autogestão é trabalhada juntamente a outros temas de importância similar, como formas de participação, democracia industrial, cooperativismo etc., entretanto, é importante ressaltar que estes temas não reduzem a autogestão a um subtema específico, visto que a autogestão constitui um fenômeno peculiar e distinto (SATO; ESTEVES, 2002).

Rosa (2014) define a autogestão como uma modalidade administrativa de planos de saúde onde a própria organização é responsável pela instituição e administração, sem fins lucrativos nos programas de assistência de saúde dos beneficiários. A autora reforça ainda que sua configuração é dada como uma organização social baseada na solidariedade, cooperação, apoio mútuo e autonomia, representando um tipo de mobilização social por meio da consciência comunitária.

Com a utilização deste modelo administrativo, há maior facilidade das comunicações realizadas entre beneficiários e os responsáveis pela gestão do plano. Nesse sentido, possibilita que os planos sejam moldados nas necessidades dos beneficiários, oferecendo cobertura que sejam adequadas as suas necessidades por meio de um custo que esteja dentro de suas possibilidades. Além disso, garante a participação dos beneficiários no processo administrativo (gestão) do seu plano de saúde (ROSA, 2014).

Bahia (1999) considera que a autogestão se diferencia das cooperativas médicas e seguradoras devido ao seu alto grau de cooperativismo, pelas atividades desenvolvidas e pelo

poder de barganha que o segmento permite. Nesse sentido, o autor acrescenta que o credenciamento dos profissionais da área da saúde que atuaram no plano são realizados pelos beneficiários que utilizarão este serviço no futuro, ou seja, é realizada a escolha dos prestadores de serviços que melhor atendem as necessidades do grupo de beneficiários.

É imperativo ressaltar que nas autogestões não existem problemas quanto a doenças pré-existentes no beneficiário ou em seus dependentes, o que gera um sistema igualitário. Contudo, para que seja racionalizada a utilização do plano, normalmente são utilizadas figuras de coparticipação para eventos de baixo risco (ROSA; FARIAS-FILHO, 2015).

Rosa e Farias-Filho (2015) acrescentam que os beneficiários dos planos, nesta modalidade, têm representação nos órgãos deliberativos das operadoras e são considerados como corresponsáveis por toda a gestão realizada. Desse modo, o principal objetivo deste método de gerenciamento é oferecer assistência à saúde sem visar lucro para a organização, ou seja, possibilita que os custos menores para seus beneficiários quando comparados à outras organizações.

Além disso, a autogestão possui características diferentes no gerenciamento em relação aos demais métodos de gerenciamento, uma vez que neste modelo há atuação constante na preocupação com a qualidade de vida de seus beneficiários, possibilitando que estes tenham voz ativa e decisão na gestão do plano como um todo.

Trindade (2005, s.p) aponta que o sistema de autogestão em saúde é uma modalidade que oferece mais qualidade e abrange maior número de benefícios médicos com o menor custo. Segundo o autor, as principais vantagens dessa modalidade de gestão são:

1. A constituição do plano, ou do programa, é realizada diante as necessidades ou características da organização e de seus beneficiários;
2. Os beneficiários arcam apenas com as despesas de atendimentos que de fato foram realizados;
3. O monitoramento financeiro da rede é realizado de forma constante, o que possibilita a correção de problemas de forma imediata;
4. Possibilita a inclusão de profissionais de diversas especialidades, bem como benefícios na compra de medicamentos e utensílios necessários para auxiliar no cuidado;
5. Possibilita que sejam desenvolvidos programas que visem prevenir a saúde e incentivar a qualidade de vida dos beneficiários;
6. Traz facilidade para que as organizações desenvolvam ações conjuntas por meio de programas de saúde ocupacional.

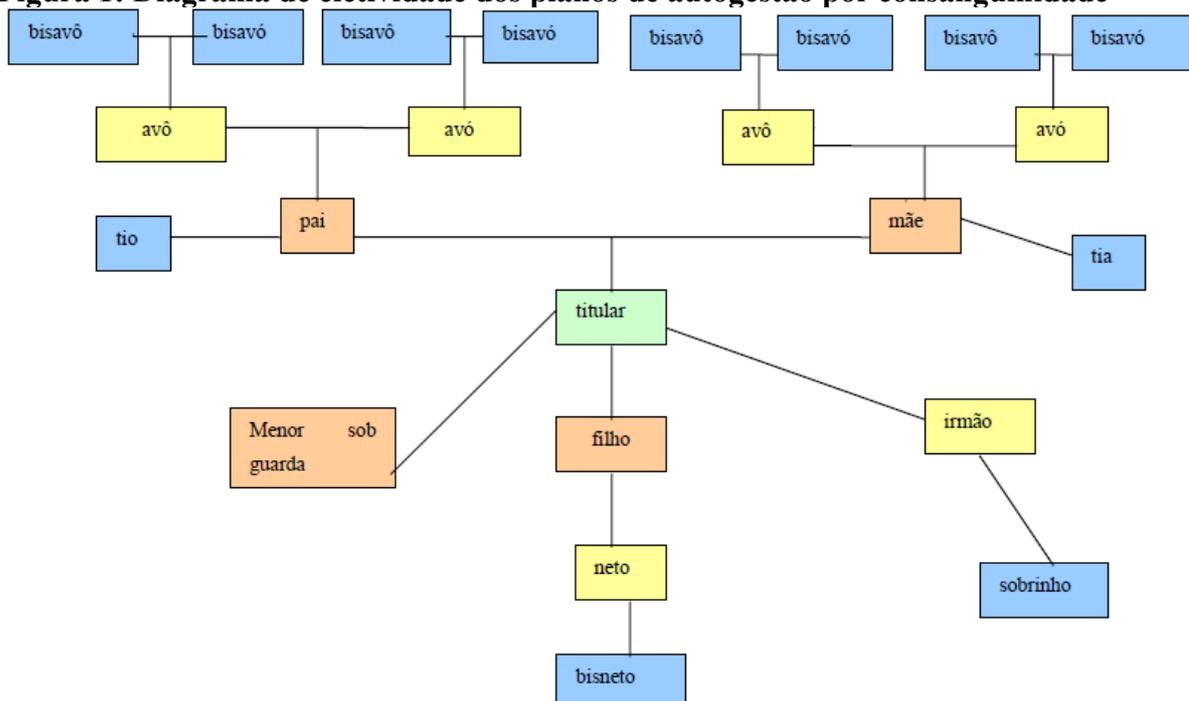
### 3.1 A ELETIVIDADE DE BENEFICIÁRIOS

A ANS (1998) conceitua a autogestão como um modelo de assistência à saúde destinado à:

[...] exclusivamente a empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex empregados, bem como seus respectivos grupos familiares definidos, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações, sindicatos ou entidades de classes profissionais.

Os grupos de familiares definidos pela ANS chegam até o terceiro grau de consanguinidade do titular ou afins. A Figura 1 possibilita melhor visualização dos grupos de familiares definidos pela agência.

**Figura 1: Diagrama de eletividade dos planos de autogestão por consanguinidade<sup>1</sup>**



Fonte: Cassi, 1999. Material Informativo.

### 3.2 A GESTÃO E O RELACIONAMENTO COM OS PRESTADORES

De acordo com a ANS (1998) as autogestões devem apresentar gestão própria que serão realizadas dentro das organizações, entidades sindicais ou por meio de entidade jurídica

<sup>1</sup> Por afinidade são o cônjuge do titular e os seguintes familiares do cônjuge: bisavô(ó), avô(ó), sogro(a), tio(a), menor sob guarda, enteado(a), cunhado(a), neto(a), sobrinho(a) e bisneto(a).

de direito privado, sem fins lucrativos. Nesse sentido, a gestão do plano pode ser realizada por uma empresa empregadora e por funcionários ou por apenas um dos citados anteriormente.

Em caixas e fundações é normal que haja uma instância delegada com representantes do grupo de funcionários, bem como da empresa empregadora. No que tange aos planos de departamento de benefício, ofertado por empresas, normalmente não incluem os funcionários no grupo responsável pela gestão do plano. Já os planos de entidades jurídicas paralelas de associações de classe e sindicatos a gestão se dá, normalmente, apenas por um grupo de funcionários (GAMA, 2003).

Gama (2003) ressalta que é de extrema importância o bom gerenciamento da rede de funcionários ligados a empresa, uma vez que este gerenciamento possibilita que haja um equilíbrio entre o plano e a qualidade da assistência oferecida. Nesse sentido, a gestão desses prestadores deve ser realizada de modo direto, não podendo haver a terceirização, exceto em alguns casos, como: os previstos em lei, por meio de convênio com outras empresas de autogestões ou pela dificuldade de contratação direta de funcionários. Nesse sentido, os prestadores de um sistema de autogestão podem ser próprios, credenciados ou por meio de livre escolha.

### 3.3 A ORGANIZAÇÃO JURÍDICO-INSTITUCIONAL

Gama (2003, s.p) aponta que os a organização jurídico-institucional de sistemas de autogestão podem acontecer de duas maneiras, sendo elas:

1. Por meio da criação de uma entidade jurídica externa a organização que seja distribuída em caixas, fundos previdenciários, associações, fundações etc.;
2. A não composição de uma pessoa jurídica externa à organização, onde apresenta uma ligação com o departamento de benefícios das organizações.

É imperativo ressaltar que a maioria das autogestões são formadas por entidades jurídicas paralelas à organização (62%), sendo que há ainda 21% de fundações, 21% de associações, 13% de caixas assistenciais, 5% de caixas previdenciárias e 2% de sindicatos. Já no que tange aos departamentos de benefícios das organizações, 24% são de autogestões e 14% englobam os demais modelos de gestão (COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADE FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – CIEFAS, 2000).

Gama (2003) salienta que os planos ligados aos departamento de benefícios de

organizações apresentam relação mais próxima com a organização empregadora, principalmente nas relações de gestão e responsabilidade financeira. Já nos casos de planos constituídos em por entidades jurídicas paralelas, são os responsáveis pela definição das normas à serem seguidas por meio de estatuto, principalmente nos casos de caixas, fundações e fundos previdenciários onde a gestão normalmente é descentralizadas para todos os representantes da organização, sejam eles representantes da organização empregadora, sejam funcionários.

### 3.4 OS RISCOS PARA AUTOGESTÃO

No setor de saúde, os efeitos de novos procedimentos agrega todos os dias novas tecnologias e aumenta de forma significativa os valores para novos tratamentos, outros fatores são o aumento da expectativa de vida e a ampliação na demanda de atendimento, sendo necessária a implementação de ferramentas que modernizem e melhorem a gestão dos planos de saúde para que se garanta sua vitalidade e continuidade (ABRAPP, 2015).

Lima (2005) acredita que o risco seja o potencial para que eventos inesperados ocorram ou para que eventos esperados deixem de ocorrer, onde ambos podem resultar em resultados não esperados. Os riscos enfrentados durante uma autogestão na área de saúde podem ser divididos em três níveis diferentes (ABRAPP, 2015, s.p):

1. Riscos Internos: que são originados dentro da operação da entidade ou do plano e podem ser subdivididos em:
  - a. Risco de Gestão é o risco de ocorrência de falhas no processo de planejamento, decisão e adequação frente os desafios de gestão das organizações;
  - b. Risco Atuarial é o risco de que mudanças nos preços e no perfil dos usuários do plano de saúde venham a afetar a sinistralidade e levem a perdas;
  - c. Risco Operacional que se refere às perdas potenciais resultantes de sistemas inadequados, falha da gerência, controles defeituosos, fraude e erro humano e;
  - d. Risco de Fator Humano é assim definido como uma forma especial de risco operacional, tem relação com as perdas que podem resultar em erros humanos como apertar o botão errado em um computador e, inadvertidamente, destruir um arquivo ou inserir um valor errado para um parâmetro de entrada de um modelo;
2. Riscos Externos: são os riscos a que a entidade e o plano estão expostos pelas mudanças no setor de saúde, dentre eles estão os riscos tecnológicos, de regulamentação ou de cunho econômico. Desta forma, todos os fatores que se originam fora do controle da entidade ou do plano e podem ocasionar perdas são considerados riscos externos;
3. Riscos Jurídicos: são os relacionados a alterações na legislação ou a questionamento de uma contraparte devido a uma negativa de atendimento

ou diversos outros casos que podem levar à judicialização e implicar em perdas.

Os três níveis de riscos apresentados estão presentes em diversos momentos da vida útil da organização, sendo necessário que os gestores responsáveis pelo bom funcionamento da organização se mantenham atentos para que eles possam ser resolvidos de forma ágil caso surjam, mas principalmente que sejam evitados.

Lima (2005, s.p) reforça que para que haja melhoria nos resultados do gerenciamento da autogestão, é de grande importância que alguns mitos sobre a noção de risco sejam eliminados. Sendo eles:

1. Todos os riscos são ruins para o desenvolvimento da organização. Segundo o autor, é claro que riscos podem trazer problemas para a organização, contudo ele reforça que a maior parte dos riscos podem possibilitar alguma riqueza para organização;
2. O conservadorismo em excesso ao tratar dos riscos. Sobre isso, o autor aponta que nem sempre esse tipo de atitude é a ideal, uma vez que há diversas probabilidades de se obter ganhos por meio do prejuízo causado pelo risco por meio da implementação de uma nova estratégia de gestão;
3. Evitar o pensamento de necessidade absoluta de eliminação de riscos. O autor aponta que há necessidade de se considerar a todo tempo o estudo de custo das decisões que serão tomadas para assim resolver sobre aceitação ou eliminação de um determinado risco, o que pode gerar benefícios.

#### 4 CASO: UNISAÚDE – MS

Antes de tratar especificamente sobre a UNISAÚDE/MS, para melhor compreensão, faz-se necessário traçar um breve histórico acerca da evolução sobre a assistência à saúde prestada pelo Estado a seus servidores.

Logo após a divisão do Estado foi editada a Lei Estadual nº 6, de 26 de outubro de 1979, que alterou o Decreto-lei nº 6 de 1º de janeiro de 1979, dando nova redação ao dispositivo que autorizava a criação do Instituto de Previdência Social de Mato Grosso do Sul, cujo texto original previa tão somente a assistência previdenciária, passando a contemplar a assistência à saúde dos servidores, nos seguintes termos:

Art. 14. Fica autorizada a criação do Instituto de Previdência Social de Mato Grosso do Sul (PREVISUL), de que trata a alínea a, inciso III, art. 2º, deste Decreto-lei, vinculado à Secretaria de Administração e por ela supervisionada, sob a forma autárquica, com personalidade administrativa e financeira, sede e foro na Capital do Estado, tendo como finalidade principal propiciar **assistência previdenciária e médico-social ao servidor** do Estado e seus dependentes e, subsidiariamente, executar atividades médico-periciais. (grifo nosso)

O Instituto de Previdência Social de Mato Grosso do Sul - PREVISUL, entidade autárquica, vinculada à Secretaria de Administração, com personalidade jurídica de direito

público, patrimônio próprio, autonomia administrativa e financeira, sede e foro na Capital Estado foi instituído pela Lei nº 204, de 29 de dezembro de 1980 e, mediante contribuição única fixada na ordem de 6% incidente sobre a remuneração para servidores estatutários e 8% para celetistas, assegurou ao beneficiário os seguintes serviços: a) assistência médica e odontológica, ambulatorial, hospitalar ou sanatorial, englobando a prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica e odontológica; b) Assistência Social e c) Assistência Financeira prestada mediante a concessão de empréstimos consignados, financiamento imobiliários, pecúlio facultativo, bem como empréstimos para funeral e tratamento dentário.

O PREVISUL foi extinto pela Lei Estadual nº 2.207, de 28 de dezembro de 2000, que instituiu o regime de previdência social de Mato Grosso do Sul e criou o Fundo de Previdência Social de Mato Grosso do Sul (MS-PREV), legislação que impactou diretamente sobre o modelo de assistência à saúde do servidor, desvinculando do regime de previdência ao mesmo tempo em que possibilitou a criação de Planos de Saúde geridos pelos próprios servidores ativos e aposentados, mantidos por contribuição do servidor ou segurado e contribuição patronal do órgão ou entidade de lotação.

Tal alteração logo também foi inserida na Lei nº 1.102, de 10 de outubro de 1990 - Estatuto dos Servidores Públicos Civis de Mato Grosso do Sul, por meio da Lei nº 2.157, de 26 de outubro de 2000, que deu nova redação ao artigo 192, estabelecendo a obrigatoriedade da Administração Pública Estadual contribuir para a manutenção de Plano de Saúde dos Servidores.

O Decreto Estadual nº 10.229, de 31 de janeiro de 2001, regulamentou a participação do Estado no Plano de Saúde dos servidores, estabelecendo requisitos obrigatórios a serem obedecidos pelos Planos de Saúde, fixando regras acerca de sua instituição, composição, organização, gestão, fiscalização, transparência e representatividade, vejamos:

Art. 1º O Plano de Saúde para os servidores do Estado de Mato Grosso do Sul deverá comprovar que está organizado atendendo aos seguintes requisitos básicos:

I - ser dirigido por um órgão colegiado superior, integrado por servidores estaduais, escolhidos pelos seus pares, em assembleias conduzidas por entidades representativas das categorias; (redação dada pelo Decreto nº 10.254, de 15 de fevereiro de 2001)

II - ter um Conselho Fiscal formado com os mesmos requisitos estabelecidos no inciso anterior, integrado por, no mínimo, um representante do Estado. (redação dada pelo Decreto nº 10.254, de 15 de fevereiro de 2001)

III - assegurar aos servidores a prestação de serviços de saúde que

envolvam, no mínimo, a assistência médica em consultórios, ambulatórios e hospitais, tratamentos odontológicos, atendimentos psicológicos, fonoaudiológico e fisioterapêuticos e exames laboratoriais;

IV - apresentar, regularmente, relatórios e demonstrações financeiras da aplicação dos recursos que lhe serão confiados;

V - aplicar, no máximo, 10% (dez por cento) das receitas das contribuições dos servidores e do Estado nas despesas administrativas;

VI - manter condições de atendimento em todos os Municípios do Estado;

VII - disponibilizar condições que permitam aos servidores inscrever seus dependentes e escolher níveis de atendimento hospitalar, mediante contribuições complementares;

VIII - não desligar do plano os servidores em atividade ou aposentados, salvo por proposição do Estado, em virtude de afastamento permanente do serviço público;

IX - vincular a revisão dos valores das contribuições aos aumentos gerais concedidos pelo Estado, bem como ao limite de 3% (três por cento) da remuneração mensal;

X - não prever no seu instrumento constitutivo ou regulamentos o Estado de Mato Grosso do Sul ou suas entidades de Administração indireta como responsável por qualquer obrigação assumida pelo gestor do Plano, em especial por repasses, auxílios financeiros ou empréstimos, ressalvadas as contribuições dos servidores e dos seus órgãos e entidades;

XI - aceitar que auditores designados pelo Estado possam examinar, a qualquer momento, as contas e aplicações dos recursos que lhe forem repassados;

X - ter sede na capital do Estado de Mato Grosso do Sul e estar regularmente inscrito e constituído conforme dispõe a legislação federal sobre organização e funcionamento de planos de saúde.

Parágrafo único. O atendimento dos requisitos descritos neste artigo deverá ser demonstrado pela inserção de condições no ato constitutivo da entidade gestora do Plano de Saúde.

Convém destacar que após esse importante marco regulatório, nasceu a Caixa de Assistência dos Servidores do Estado de Mato Grosso do Sul – CASSEMS, que inicialmente recepcionou os integrantes de todas as carreiras da Administração Pública.

No entanto, devido à precariedade de atendimento e da rede de atendimento nos 79 municípios do Estado, criou-se um clima de insatisfação geral, notadamente para os integrantes das carreiras mais bem remuneradas do serviço público estadual, de onde advinham as maiores contribuições individuais e patronais, os quais eram impelidos a pagar outro plano de saúde da rede privada, para obter uma assistência à saúde satisfatória.

Desse embrião, surgiu a constatação de que a quase totalidade dos integrantes das

carreiras com maior remuneração pagavam plano de saúde privada e, num segundo momento a ideia de desvinculação da CASSEMS e criação de outro plano próprio, onde a intenção seria direcionar os recursos oriundos da contribuição do servidor e patronal para a contratação de um plano de saúde privado com cobertura nacional e qualidade na prestação de serviços de assistência à saúde sob o modelo de terceirização na modalidade plano empresarial.

Nesse passo, surge em meados de 2001 a UNISAÚDE/MS – Caixa de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado de Mato Grosso do Sul.

A associação Unisaúde – MS foi fundada em 2001 após o encerramento das atividades do plano de saúde Previsul. Com mais de 4 mil associados, o plano Previsul encerrou suas atividades por motivos administrativos, porém alguns associados uniram-se e fundaram o plano Unisaúde-MS para servidores públicos do Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

A Unisaúde oferece, sem fins lucrativos, assistência preventiva e recuperação de saúde em modalidade médica e hospitalar, odontológica, fonoaudiológica, fisioterapêutica, psicológica e nutrição. Além destas atividades, oferece campanhas preventivas aos associados, como vacinação e campanha pulmão limpo, em todo o estado de MS.

A gestão é realizada por um conselho geral de representantes da Unisaúde eleito, cujo objetivo inicial era o de atendimento aos servidores que integravam a recém criada caixa de assistência, os serviços de assistência saúde seriam executados por uma empresa terceirizada, em que a Unisaúde funcionaria como uma associação e passaria a captar a contribuição individual de cada servidor público integrante das categorias que a compunham.

Entre a data de fundação até 2016, o funcionamento foi mesmo, a Unisaúde tinha somente a função de gerir os planos terceirizados. Porém, em 2016, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANSS notificou a associação solicitando a mudança para um plano de autogestão.

Para atender a notificação da ANSS, a Unisaúde assinou um Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC) com prazo até setembro de 2017, que foi prorrogado para maio de 2018. A solicitação de mudança se deu com base a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, Lei nº 9.656 de 03 de junho de 1998 e a Resolução Normativa nº 372, de 30 de março de 2015.

Em julho de 2018, o plano passou a funcionar na modalidade de autogestão com credenciamento de médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e outros serviços. Um importante diferencial do plano é que além de serviços médicos, também é oferecido aos usuários

assistência odontológica, nutricionista e até mesmo pilates, além de campanhas de vacinação gratuitas, construindo uma política forte de prevenção a uma série de doenças.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como principal objetivo identificar as características de agências de saúde que utilizam o sistema de gerenciamento de autogestão, bem como apresentar o caso da UniSaúde que passou pelo processo de transformação de caixa de assistência de saúde para a modalidade de autogestão.

Nesse sentido, observou-se que em 1998 por meio da Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998 foram definidas as bases da Saúde Suplementar no Brasil, resultando na criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Ressalta-se que até esse momento a responsabilidade e obrigatoriedade de fornecer serviços relacionados à saúde era do setor público, ainda que este recebesse algumas contribuições do setor privado.

Foi possível notar que com o passar dos anos a aceitação de empresas do setor de Saúde Suplementar (setor privado) se tornou cada vez maior, chegando a alcançar 255 da população brasileira, o aproximado à 57 milhões de pessoas. Além disso, foi observado que grande parte dos planos de saúde utilizados pela população estão ligados ao sistema empresarial, ou seja, são advindos de benefícios oferecidos pelas organizações.

No que tange ao sistema de gerenciamento de autogestão foi possível observar que para ser elegível para utilizar os benefícios dos planos é necessário que o usuário apresente consanguinidade de até terceiro grau com o titular (pessoa vinculada ao plano devido ao vínculo empregatício).

Além disso, verificou-se que os beneficiários dos planos participam de um conselho deliberativo das operadoras dos serviços prestados e atuam como co-gestores de todo o sistema. Ressalta-se que neste método de gerenciamento o objetivo é oferecer serviços de assistência à saúde de qualidade, sem que haja preocupação constante com a lucratividade, ou seja, seu principal intuito é alcançar a qualidade de vida dos beneficiários por meio de um custo acessível e que esteja de acordo com as possibilidades de cada um.

Visualizou-se, ainda, que a gestão de um plano que atue na modalidade de autogestão deve apresentar gestão própria que deve ser realizada dentro das organizações, por entidades sindicais ou por meio de entidade jurídica de direito privado. Desse modo, a gestão do plano pode ser realizada de três formas, por uma empresa empregadora, por funcionários ou por

apenas um dos citados anteriormente.

Observou-se que a organização jurídico-institucional dos planos de autogestão se dá ou por meio da criação de um entidade jurídica externas à organização ou por um departamento interno à organização. De modo geral, foi observado que 62% das organizações resolvem por criar uma entidade jurídica externa à organização. Entretanto, 38% estão inseridas na organização e utilizam diversos sistemas de gestão, sendo 24% de autogestão.

Identificou-se ainda os principais tipos de riscos que uma organização que utilize a modalidade de autogestão pode enfrentar no decorrer de sua vida útil. Entre os riscos, identificou-se os riscos internos (gestão, atuarial, operacional e fator humano), os externos (tecnológicos, regulamentação e economia) e os jurídicos (alteração na legislação em grande maioria).

Finalmente, traçou-se o histórico da associação UniSaúde – MS apresentando características e principais momentos desde sua fundação em 2001, até a sua transformação para a modalidade de autogestão em 2018. Nesse sentido, foi possível identificar que a associação é um órgão sem fins lucrativos que oferece assistência preventiva e recuperação de saúde nas modalidades médica e hospitalar, modalidade médica e hospitalar, odontológica, fonoaudiológica, fisioterapêutica, psicológica e nutrição. Além disso, a associação realiza diversas campanhas de vacinação gratuitas, com intuito de construir uma forte política na prevenção de diversas doenças na cidade.

## REFERÊNCIAS

ABRAPP. **Guia de gestão de riscos em planos de saúde de auto gestão - boas práticas**. São Paulo: Associação Brasileira das Entidades Fechadas de Previdência Complementar, 2015. Disponível em: <<http://www.abrapp.org.br/GuiasManuais/guia.pdf>>.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Histórico**, 2019. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>>. Acesso em 15 de Jul. de 2019.

\_\_\_\_\_. **Resolução CONSU N.º 5**, publicada no *D.O.U.* n.º 211 de 4 de novembro de 1998, 1998. Dispõe sobre a caracterização de Autogestão mediante a Lei n.º 9656/98 e dentro do segmento supletivo de assistência à saúde no Brasil.

BAHIA, L. **Mudanças e padrões das relações público-privado: seguros e planos de saúde no Brasil**. 1999. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL, M. DA S. **Regulação Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência**

médica complementar. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 2016.

COMITÊ DE INTEGRAÇÃO DE ENTIDADES FECHADAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - CIEFAS. **Pesquisa Nacional**. São Paulo: CIEFAS, 2000.

GAMA, A.M. **Caracterização da autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde**. 2003. 94 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

LIMA, C.R.M. **Administração da assistência suplementar à Saúde**. 1ª ed. Rio de Janeiro: E-Papers Serviços Editoriais, 2005.

LORIG K R; HOLMAN H R. Self Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 26, n. 1, p. 1–7, 2003.

MALTA, D. C.; JORGE, A. DE O. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1535–1542, 2008.

MONTEKIO, V.B.; MEDINA, G.; AQUINO, R. The health system of Brazil. **Salud Publica Mex**. v. 53, n. 2, p. 120-131, 2011.

NORONHA, J. C.; SANTOS, I. S.; PEREIRA, T. R. **Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal**. [s.l: s.n.].

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

ROMANI, P. **Evolução dos indicadores da Saúde Complementar nos últimos anos**, 2018. Disponível em: < <https://lockton.com.br/wp-content/uploads/2018/02/White-paper-Leandro-Romani.pdf>>. Acesso em 12 de Jul de 2019.

ROSA, T.C. Gestão dos planos de saúde na modalidade de autogestão? estudo de caso em uma autarquia federal. *In: Congresso Nacional de Excelência em Gestão*, 2014, Rio de Janeiro-RJ.

ROSA, T.C.; FARIAS-FILHO, J.R. Gestão dos planos de saúde na modalidade de autogestão: Estudo de Caso em uma Autarquia Federal. *In: XII SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA*, 2015, Resende-RJ.

SATO, L.; ESTEVES, E. **AUTOGESTÃO: possibilidades e ambigüidades de um processo organizativo peculiar**. São Paulo: ADS-CUT, 2002.

TRINDADE, D.S. Autogestão em saúde suplementar: um modelo estratégico de assistência à saúde privada em organizações militares. *In: Simpósio de Pesquisa Operacional da Marinha*, 2005, Rio de Janeiro. Anais ... Rio de Janeiro: SPOLM, 2005, p. 360-372.