



Autogestão,
modelo ideal
para a saúde
corporativa



Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa

SUMÁRIO

	Desafios da sustentabilidade	4
	O papel das empresas na boa gestão da saúde	6
	Os diferenciais da autogestão	20
	Prevenção e promoção da saúde	26
	O caráter inovador da UNIDAS	46
	Futuro: um caminho promissor para a autogestão	68

Desafios da sustentabilidade

A autogestão é a modalidade que mais avançou no caminho de um novo modelo assistencial e de financiamento da saúde suplementar no Brasil. Enquanto o setor ainda opera basicamente com o conceito de doença e assistência médico-hospitalar, as autogestoras incorporaram também uma visão ampla de promoção da saúde.

Integralidade, solidariedade e prevenção são esteios de um modelo de gestão que demonstra, na prática, ser bom para os beneficiários e para as empresas. Tanto que a autogestão é uma das modalidades melhor avaliada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O índice avalia a atenção à saúde, o equilíbrio econômico-financeiro da operadora, sua estrutura e operação, além da satisfação do beneficiário.

Ao praticar um modelo assistencial de reconhecida eficiência, sem fins lucrativos, a autogestão também aponta novos caminhos para a saúde pública de maneira geral e sobretudo para a saúde suplementar. Com mais de 20% de seus beneficiários com idade acima de 60 anos, a autogestão já trabalha, em 2013, com um perfil etário com o qual o Brasil só vai conviver efetivamente daqui a 20 anos. É uma demonstração prática de que o desafio da sustentabilidade em saúde pode ser enfrentado e superado com sucesso.

Além de contemplar as expectativas e a saúde de mais de 5 milhões de beneficiários em todo o país, com atuação de autogestoras em todas as unidades da federação, inclusive no Distrito Federal, a prática de uma assistência humanizada e associada às iniciativas de promoção

de saúde chamam a atenção de executivos dos setores público e privado – assim como de parlamentares e ministros da Saúde, que têm lembrado, nos últimos anos, o papel diferenciado e inovador da autogestão. Tudo isso num momento em que pesquisas apontam que o acesso a um plano de saúde de qualidade é o benefício mais valorizado pelos empregados de uma empresa.

Assim, pautada por um histórico preventivo que se estende por décadas, a autogestão segue comprometida com dezenas de programas ajustados à dimensão das operadoras e ao perfil dos beneficiários, com ações, iniciativas, propostas e constatações que estão detalhadas e demonstradas na publicação que você tem em mãos.

O livro agora apresentado é uma iniciativa da UNIDAS, que representa o setor de autogestão há uma década com a certeza de que se mantém firme no propósito que lhe deu origem: a promoção do fortalecimento do segmento da autogestão em saúde no Brasil para fomentar a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país.



A autogestão tem importância estrutural e inovadora no setor suplementar de saúde. Notáveis experiências de gestão, produção de saúde e racionalização econômica vêm sendo desenvolvidas.

A autogestão possibilita a assistência a grupos populacionais que não teriam acesso através de empresas de caráter lucrativo.

José Saraiva Felipe,
ex-ministro da Saúde





O papel das empresas na boa gestão da saúde

Entre os aspectos mais destacados quando se avalia a responsabilidade social, a imagem corporativa e a competitividade, a saúde e o bem-estar são os itens mais valiosos na percepção dos colaboradores de uma empresa

A saúde é o benefício apontado como o mais valorizado pelos colaboradores de uma empresa e já representa, em média, 10% do valor da folha de pagamento na média das grandes companhias. No começo dos anos 2000, o custeio de um plano de assistência à saúde equivalia a cerca de 5% do total da folha de pagamentos.

A saúde é caracterizada como uma atividade essencial e estratégica que exige gestão direta por parte da empresa e de seus beneficiários, o que faz com que a autogestão seja a melhor opção para setores privados e públicos que valorizam seu papel social. Por isso, não abrem mão da administração da saúde.

Terceirizar a gestão desse benefício a operadoras comerciais pode, em muitos casos, levar a menores investimentos em promoção e prevenção e a uma assistência menos humanizada.

Há vários outros indicativos da saúde como valor essencial na percepção da maioria das pessoas. Na população em geral, de acordo com pesquisas recentes, o plano de saúde aparece como o segundo bem mais desejado, atrás apenas da casa própria.

Assim, com a melhora do panorama econômico e do padrão de vida, cada vez mais empresas e pessoas inseridas no mercado de trabalho estão sendo levadas a organizar a oferta da assistência à saúde.

A saúde e o bem-estar dos colaboradores de uma empresa também estão entre os quesitos mais valorizados quando se avalia a imagem corporativa, a responsabilidade social e a competitividade de uma instituição.

A satisfação não só contribui para um melhor desempenho e um bom ambiente cooperativo de trabalho, como está entre os fatores que mais contam na escolha, na contratação e na fixação de novos colaboradores. A saúde do grupo tem reflexos na produtividade e na redução do absenteísmo.

Os ganhos de competitividade

Com a disputa de mercado e a maior transparência das empresas, o relacionamento com os colaboradores e sua satisfação tornaram-se diferenciais de grande valor para a competitividade.

Se as vantagens em oferecer saúde são muitas, tanto para a empresa como para os beneficiários, seu custo é alto e tende naturalmente a crescer sempre acima da inflação.

No conjunto de empresas, os diversos benefícios oferecidos chegam a significar cerca de 25% do total da folha de pagamento. E, entre eles, o custo com plano de saúde representa entre 35% e 40%.

Num cenário de reivindicação por parte dos trabalhadores, e de custos crescentes com a saúde, a gestão desse benefício passa a ser um desafio.

Alternância de planos, uma solução inadequada

Se a escolha de uma operadora de plano de saúde for feita pelo imediatismo ou pelo único critério de preço, o mais comum é que as empresas acabem trocando de plano com frequência, prejudicando involuntariamente os empregados e impedindo que se implante uma política de saúde eficiente, pensando em médio e longo prazos.

Muitas operadoras não costumam reunir informações para atuar preventivamente, especialmente junto aos chamados grupos mais vulneráveis. Especialistas em “saúde nas empresas”, entretanto, afirmam que a identificação dos pacientes crônicos no grupo – portadores de diabetes, hipertensão, obesidade, doenças pulmonares e fumantes, por exemplo – é o primeiro passo para um bom gerenciamento da saúde.

Dados do setor indicam que esse grupo de pacientes costuma representar entre 15% e 20% do total de colaboradores de uma empresa e consome 75% do orçamento de saúde da instituição.

Além dos custos diretos, essas enfermidades não raro costumam ser as principais causas de absenteísmo e aposentadoria precoce.

Doenças que necessitam de cuidados contínuos também interferem diretamente na produtividade.

O colaborador motivado, com qualidade de vida física e mental, produz mais, falta menos e, tanto pessoal quanto coletivamente, tenderá a colaborar favoravelmente no balanço positivo da empresa.

Gestão própria com custos e resultados satisfatórios

A modalidade de autogestão nasceu e se fortaleceu exatamente dentro do propósito de preservar a assistência à saúde sob os cuidados diretos da instituição e de seus beneficiários.

Muitas empresas dizem não assumir a saúde de seus colaboradores porque não querem cuidar de algo que não é seu foco, nem sua finalidade, esta é a justificativa.

“ O desafio de todos os gestores de saúde é dar acesso e qualidade ao atendimento e incluir novas tecnologias para o tratamento dos pacientes. Isso deve ser conciliado com o aperfeiçoamento da administração e a garantia da melhor aplicação dos recursos disponíveis. ”

Alexandre Padilha,
ministro da Saúde (2013)

A constatação atual, no entanto, é de que a saúde não pode ser vista como um simples benefício, muito menos como um peso ou uma obrigação para a empresa. Ao contrário, a saúde ganhou legitimamente a importância que tem, ou seja, é um diferencial determinante para o bem-estar do grupo, para a produtividade e para a retenção de talentos.

Quando isso ocorre, a saúde passa a ser uma estratégia alinhada com a visão macro da empresa. E quando uma instituição assume o papel de protagonista, reconhecendo a saúde como uma qualidade da marca, o foco muda e os gastos com assistência passam a ser um ganho.

As organizações têm responsabilidade com a saúde daqueles que trabalham e produzem junto com elas. Há várias demonstrações de que transferir o custo da manutenção da saúde para o trabalhador pode significar a saída desse colaborador do plano de assistência.

Olhando com essa perspectiva, os especialistas chamam a atenção para um cenário preocupante: cada vez mais idosos voltando para o SUS, enquanto os mais novos são cooptados por operadoras que oferecem planos mais baratos, já que formam o grupo que menos consome em saúde.

Além do mutualismo e do pacto intergeracional, a autogestão se destaca exatamente por preservar a regra da solidariedade, os princípios e os valores que não fazem parte das práticas do mercado de planos de saúde. Com esse olhar, a autogestora passa a ter uma visão médica humanizada do grupo de beneficiários, deixando de tratar a assistência como uma administração simplesmente baseada em números. A tendência é cada vez mais sair da gestão meramente financeira para, de fato, gerir saúde.

Nesse sentido, ações já consagradas pela autogestão incluem mapeamento de risco, gerenciamento de enfermidades de longa duração, programas específicos para gestantes e bebês, atenção domiciliar, iniciativas de apoio a dependentes químicos e assistência farmacêutica.

Por ser a modalidade que acolhe maior número de idosos – duas vezes mais que as operadoras de planos de saúde em geral –, e por ser esta a faixa etária com maior prevalência de doenças crônicas – as autogestoras oferecem a esse grupo cuidados especiais em diferentes programas.

Sem lucro, sobra mais para a assistência

As operadoras de autogestão são as que mais investem em práticas de medicina preventiva dentro do segmento de saúde suplementar. Como todo o setor, as autogestoras enfrentam o desafio do alto custo assistencial, que chega a consumir 80% das receitas.

Os outros 20% custeiam impostos, tributos e taxas, além do ganho das empresas, que têm fins lucrativos. Para a autogestão, segundo pesquisa da UNIDAS 2011, a taxa de eficiência administrativa está em 16,3%, o que significa que sobram mais recursos para maior investimento em assistência, já que não há lucro a ser contabilizado.

É com essa diferença que a autogestão investe mais em prevenção e promoção da saúde e se capacita para atender a uma carteira de beneficiários com maior percentual de idosos.

A História da Saúde nas empresas e a evolução do sistema de saúde brasileiro

Anos 1920

1923

A Lei Eloy Chaves institui o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), garantindo aos trabalhadores benefícios como assistência médica, inclusive aos familiares, medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões. A incipiente oferta de assistência médica privada na época fez com que determinadas caixas criassem serviços de atendimento médico sob administração própria.

Anos 1930

1932

Durante o Estado Novo de Getúlio Vargas, em pleno processo de industrialização e urbanização do país, são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), na esteira das lutas dos trabalhadores. Como os serviços próprios dos institutos não dão conta de oferecer toda a assistência médica, aumenta a compra de serviços do setor privado.

Anos 1940

1946

No mesmo ano da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil promulga sua quinta Constituição, que vincula a previdência social à assistência à saúde nas empresas, reforçando as mudanças que já vinham ocorrendo para ampliar o acesso dos trabalhadores à saúde.

Anos 1950

1950

Nos anos de 1950, diante da expansão do sistema de previdência social e da crescente demanda por assistência à saúde, muitas empresas passam a sonegar suas contribuições, inclusive deixando de repassar os recursos que recolhiam de seus empregados. Endividado, o Estado procura diminuir cada vez mais a sua parcela de contribuição com a saúde.

Numa sequência de datas, episódios e panoramas de épocas, entenda como o Brasil configurou historicamente o contexto atual do sistema de saúde, em fatos marcantes ao longo de seis décadas, até a criação da UNIDAS, em 2002

Anos 1960

1964

Montadoras de veículos do ABC paulista, entre outras empresas, buscam alternativas de atendimento médico de melhor qualidade para seus funcionários. Muitas multinacionais se espelham na assistência oferecida em seus países de origem.

1965

É criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a partir da reunificação dos IAPs, mesmo com a oposição de categorias profissionais mais ricas que prestavam uma boa assistência em saúde a seus filiados. O INPS, focado apenas na assistência médico-hospitalar, passou a comprar cada vez mais serviços do setor privado. Sem direitos, os cidadãos sem carteira assinada e os “indigentes” eram atendidos pelos hospitais filantrópicos.

1966

O Decreto-lei nº 73, que também dispõe sobre as bases do sistema de seguros privados no Brasil em regime de pré-pagamento, cria o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP), a Superintendência de Seguros Privados (Susep) e o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), além de normatizar as companhias e corretores de seguros. Desta forma, é instituído o seguro-saúde no Brasil

1967

As primeiras cooperativas médicas são fundadas na cidade de Santos, em São Paulo. A modalidade se apresenta como alternativa à “mercantilização” da saúde, promovida pelas operadoras com fins lucrativos, e defende a preservação da prática liberal da Medicina.

Anos 1970**1975**

Tem início o movimento da Reforma Sanitária, conforme ficou conhecida, num episódio que coincide com o processo de democratização do país. O movimento é liderado por profissionais de saúde, intelectuais e organizações da sociedade civil, que propunham a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito, com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros.

1977

Criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Na condição de órgão do governo que presta assistência médica, o Inamps prioriza a compra de serviços do setor privado e investe em uma política de convênios, sobretudo com a indústria e o comércio. Nesse tipo de convênio, trabalhadores e dependentes passam a ser atendidos por profissionais de organizações prestadoras de serviços médicos especializados.

1979

O Inamps desacelera os convênios com empresas. O sistema fica mais oneroso e o Estado promove uma retirada do financiamento. A partir dessa situação começa a se configurar um sistema de assistência à saúde nas empresas. É o que mais se aproxima do que hoje é denominado autogestão em saúde. Muitas empresas assumiram a responsabilidade de oferecer a assistência médica, principalmente ambulatorial, a seus empregados. Sem serviços próprios estruturados, algumas contrataram planos de saúde privados. Outras investiram na montagem de estrutura própria.

Anos 1980**1980**

É fundada a Asaspe (Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas). Quatro anos depois em 1984, a Asaspe passa a se chamar Abraspe (Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas). É a primeira entidade a reunir operadoras de autogestão no país.

Ao longo da década de 1980, o Inamps implanta nova forma de administração dos serviços reestruturando-os em categorias, de forma progressivamente descentralizada, dividindo as responsabilidades com as secretarias estaduais de saúde. É acentuado o processo de privatização, descentralização e fraca regulamentação do Estado. O sistema público de saúde perde qualidade

Anos 1990

1986

A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprova o conceito da saúde como um direito do cidadão e delinea os fundamentos do que viria a ser o SUS. A Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), após ampla mobilização, aprova a reforma da saúde, apesar da forte oposição do setor privado.

1988

Além de estabelecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, a Constituição Federal determina que a saúde deve ser garantida por meio de políticas sociais e econômicas que levem à diminuição do risco de doença e de outros agravos e que promovam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação. A Constituição estabelece que é livre a participação da iniciativa privada na saúde e que as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo; com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e com participação da comunidade.

1990

No mesmo ano em que o Inamps foi extinto, a Lei nº 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde, detalha os objetivos e o funcionamento do SUS dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Já a lei 8.142/90, prevê a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos financeiros entre as esferas de governo.

1992

É criado o Ciefas (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde). A entidade tem origem na Abraspe e se volta especialmente para as questões das autogestões em empresas públicas.

e falta financiamento, aumentando a demanda pela assistência supletiva. No final dos anos de 1980, aumenta a comercialização de planos individuais, inclusive com a entrada de bancos e seguradoras no mercado. Cresce a demanda de novos grupos de trabalhadores pela assistência à saúde supletiva, inclusive nos setores do funcionalismo público.

Anos 1990

1993

A Resolução nº 1401 do Conselho Federal de Medicina, que obriga os planos de saúde a atenderem todas as doenças, apesar de não ter força de lei, dá início a amplo movimento pela regulamentação do setor, unindo médicos, usuários e entidades de defesa do consumidor, descontentes com as exclusões de cobertura, baixos honorários, dentre outros problemas.

1995

O Governo Federal encaminha ao Congresso Nacional projeto de lei dos planos de saúde, que passa tramitar juntamente com as inúmeras propostas do Legislativo sobre o tema.

1998

Após aprovação no Congresso Nacional, é sancionada Lei 9.656/98, Lei dos Planos de Saúde, que definiu padrões mínimos de cobertura e o estabelecimento de critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de empresas no setor. Também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e pela fiscalização destas empresas privadas, tanto nos aspectos assistenciais como naqueles ligados à atividade econômica.

Anos 2000

2000

É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio da Lei 9.961/2000. Vinculada ao Ministério da Saúde, trata-se de autarquia especial com autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos; com independência nas decisões técnicas e mandatos fixos de seus diretores. Cabe à ANS regular, normatizar e fiscalizar a atuação das operadoras de planos de saúde.

2002

É fundada a UNIDAS, a partir da unificação do Ciefas e da Abraspe.

O surgimento da UNIDAS

A UNIDAS surgiu em 2002 e representa a consolidação de três décadas de história da autogestão no Brasil. Ela nasce da fusão da Abraspe (Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas) com o Ciefas (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde).

A UNIDAS foi criada com o propósito de “promover o fortalecimento do segmento da autogestão em todo o território nacional, fomentando a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país”.

Estabelecidos desde sua criação, seus objetivos são o aprimoramento da política de autogestão, com ênfase em ações de caráter preventivo; a expansão, o fortalecimento e o aperfeiçoamento dos programas de saúde de suas entidades filiadas, e a defesa dos interesses dessas organizações nas diferentes instâncias de relacionamento.

A entidade assume também o compromisso de manter relações justas com os prestadores de serviço de saúde e colaborar com o governo e entidades ligadas à saúde, principalmente em relação à regulamentação do setor. São compromissos sempre baseados numa história de credibilidade e qualidade.



Abraspe e Ciefas: precursores

A origem da UNIDAS, que se deu com a unificação da Abraspe e do Ciefas, foi oficializada em 3 de novembro de 2002 quando foi realizado o Congresso Internacional de Autogestores, que reuniu cerca de 700 pessoas em Foz do Iguaçu, no Paraná. Consolidava-se, assim, o empenho conjunto das autogestoras públicas e privadas, depois de um processo conduzido ao longo dos dois anos anteriores, entre 2000 e 2001.

O Ciefas surgiu em 1992 a partir de divergência de interesses com a Abraspe, que, por sua vez, tinha sido fundada em 1980, na época com o nome de Asaspe (Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas). Naquele momento, a criação de uma nova entidade se deu sobretudo em função do plano econômico do então presidente Fernando Collor que, em 1990 – entre muitas outras medidas –, proibia as empresas estatais de promoverem reajustes de contratos, situação que afetou as autogestões ligadas às organizações públicas. As empresas privadas tinham liberdade para tanto, desde que não repassassem o aumento de preço ao consumidor. Por conta disso, formaram-se dois grupos de diálogo dentro da Abraspe. E a partir desta situação foi criado um comitê interno de negociação, que manteve atividades informais durante dois anos, mas que negociava em grupo a situação das empresas públicas. Com o tempo, os membros desse comitê decidiram por um trabalho independente, resultando na criação do Ciefas, em 1992.

CIEFAS:
Encontro em 1992
marcou a criação da
entidade, com a presença
do então ministro da
Saúde, Adib Jatene
(2º, da esq. para dir.)



Foto: Divulgação

A Abraspe e o Ciefas caminharam juntos em momentos estratégicos. Em 2001, por exemplo, foi criado pelas instituições o Grupo Permanente de Estudos Hospitalares que realizou avaliações não somente sobre os custos hospitalares, mas também sobre outros assuntos relativos ao setor.

Com a promulgação da Lei 9.656/98, a Lei dos Planos de Saúde, o setor passou a ser regulado por legislação específica, que atingiu também as autogestões e contribuiu para a fusão das duas instituições.

As empresas passaram a ter novas obrigações, entre elas a necessidade de registro do plano, do pagamento de taxas e do cadastro mensal de usuários, além do ressarcimento ao SUS.

A luta pela preservação dos direitos das autogestoras durante o processo de elaboração da lei federal, em 1998, é outro ponto em comum nas histórias do Ciefas e da Abraspe. As entidades empenharam-se para sensibilizar e convencer órgãos do governo, parlamentares e opinião pública sobre os danos que uma regulamentação com forte ênfase em aspectos financeiro-administrativos dos planos de saúde poderia causar ao segmento de autogestão.

Foto: Divulgação



UNIDAS:
Congresso em
Foz do Iguaçu/PR,
em 2002, foi o marco
da criação da
instituição

**Para promover
o fortalecimento
do setor no Brasil,
a UNIDAS
foi criada em 2002
e consolida mais
de três décadas
de autogestão,
trabalhando
continuamente pela
excelência da gestão
de saúde e pela
democratização do
acesso a uma melhor
qualidade de vida**



Os diferenciais da autogestão

De práticas inovadoras, a autogestão se destaca como a modalidade que melhor atende às necessidades dos beneficiários. Baseado nos princípios da integralidade e da promoção da saúde, o setor antecipa, com alto percentual de idosos nas suas carteiras, um modelo para o futuro do sistema complementar

Ao estabelecer a assistência à saúde como objetivo principal, sem visar lucro, a autogestão é o sistema que favorece, de maneira equânime, os beneficiários, os profissionais e as instituições de saúde, além das próprias organizações patrocinadoras. Também por isso, é reconhecida pelas entidades médicas e prestadores de serviços como a modalidade mais aberta ao diálogo.

Além de não ter fins lucrativos, o segmento prima pela transparência de suas ações e pela gestão responsável dos recursos disponíveis. Na autogestão, a abrangência da assistência à saúde tem sido maior, a qualidade dos serviços prestados, melhor, e os custos são geralmente menores que os praticados pelos demais segmentos da saúde supletiva.

Entre as muitas vantagens observadas nos planos de saúde das autogestoras estão a eliminação de intermediários entre o beneficiário e o prestador de serviços de saúde; maior ou plena cobertura das patologias e respectivos tratamentos; ações voltadas à implementação de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças; a gestão conjunta da assistência à saúde e da medicina ocupacional.

Historicamente, o sistema de autogestão demonstra ser um dos modelos mais adequados e eficazes para as organizações preocupadas com a qualidade de vida e o bem-estar dos seus colaboradores.

A gestão da assistência à saúde dos colaboradores de uma empresa e seus dependentes se traduz em uma importante ferramenta de gestão de pessoas ao permitir a definição de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltados às características e necessidades da população assistida, servindo também de instrumento de motivação e de melhoria organizacional.

A flexibilidade no gerenciamento dos recursos é outra das principais vantagens da autogestão, possibilitando melhor relação custo/benefício na qualidade dos serviços contratados e controle adequado dos gastos.

Trata-se de um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, inclusive porque eles participam da gestão da instituição, o que contribui de forma decisiva para o bom atendimento ao usuário e para a significativa redução de custos.

Os sistemas de autogestão compreendem, geralmente, um maior número de serviços, principalmente pela abrangência e atuação geográfica, e atendem doenças e procedimentos que, muitas vezes, não têm cobertura pelos demais planos de saúde que atuam no mercado. Entre eles, os transplantes, que não são obrigatórios pela legislação.

As organizações podem, ainda, desenvolver parcerias com os prestadores de serviços, possibilitando que os beneficiários sejam vistos pelos médicos e instituições de saúde como usuários preferenciais.

O mapeamento de riscos e a definição de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças são ações que permitem, de maneira efetiva, envolver os colaboradores e dependentes. Para melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, melhor desenvolvimento ou performance dentro da instituição.

Outra das vantagens da autogestão é a integração da medicina assistencial com a ocupacional, pois muitas vezes os beneficiários apresentam quadros clínicos vinculados a sua atuação profissional.

O desafio do envelhecimento da população

Na década de 2030, o Brasil terá o mesmo percentual de idosos que a Europa tem hoje, com o fator preocupante de que o envelhecimento aqui ocorre de forma mais rápida. Por isso, serão necessários empenho político e responsabilidade social para que o Estado e a sociedade civil se preparem para os novos tempos.

As autogestões investem nessa direção há mais de trinta anos, valorizando especialmente a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Nessas décadas, e sobretudo nos últimos dez anos, a autogestão acumulou experiência suficiente para apontar caminhos e contribuir com soluções para uma situação que é previsível.

A participação dos beneficiários com 60 anos ou mais nos planos de saúde suplementar é de 11,2%, segundo dados da ANS de março de 2012. Para o segmento de autogestão, a porcentagem chega a 19,8%.

Entre as empresas que participaram da pesquisa UNIDAS 2011 e que representam o setor, essa proporção salta para 22,7%. Na população em geral, de acordo com dados do IBGE 2010, esse grupo etário corresponde a 12% – dez anos atrás, eram 8% da população. Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU), essa faixa de idade no Brasil deve alcançar 19% em 2030.

Ou seja, a autogestão já está lidando com um perfil etário que só será realidade para o conjunto do país dentro de vinte anos. A modalidade se torna assim um modelo ousado de gestão ao conduzir uma carteira onde a faixa de idosos é duas vezes maior que a média dos planos privados – e quase duas vezes superior à da população com 60 anos ou mais.

Respeito aos idosos e aposentados, inclusão que diferencia a autogestão

Para lidar com o desafio de uma carteira mais numerosa de idosos, a estratégia da UNIDAS tem sido a de enfatizar as políticas preventivas. Publicações e seminários direcionados às autogestoras filiadas incentivam a busca por ações que possam colaborar para uma vida mais saudável, em todas as faixas etárias.

Com essas iniciativas, as autogestoras reforçam seu propósito de contribuir para a saúde de seus beneficiários e, conseqüentemente, para a saúde de suas empresas. A autogestão apresenta-se, desta forma, como um modelo para a saúde pública em geral e, especialmente, para outras modalidades da saúde suplementar.

Na avaliação da ANS, como os idosos podem representar maiores gastos para as operadoras de planos de saúde, é muito comum que as empresas utilizem artifícios para dificultar o acesso de beneficiários acima de 60 anos ou criem mecanismos para excluir essa população de suas carteiras.

O valor das mensalidades dos planos de saúde para idosos é um dos aspectos que funcionam como barreira para a compra do plano e contribui para agravar a situação.

A UNIDAS e suas filiadas entendem que o envelhecimento da população, especialmente pela velocidade como ocorre no Brasil, deve ser tratado como questão de saúde pública prioritária.

Justamente por conta da presença importante de idosos nas autogestoras, grande parte das operadoras tem programas voltados para esse grupo e para portadores de doenças mais prevalentes nessa faixa de idade. Uma delas criou um plano exclusivo para aposentado e investe no gerenciamento de doentes crônicos, mantendo o vínculo com o paciente e seus familiares.

As ações envolvem contato telefônico, plano de acompanhamento e de tratamento, reunião de equipe, visita domiciliar, grupos operativos, palestras, reuniões, passeios, caminhadas, festas e culinária. Também oferecem “curso de cuidador”, voltado para familiares e acompanhantes de idosos.

Sabe-se que as condições econômicas e sociais podem se tornar mais difíceis nessa fase da vida, sobretudo após a aposentadoria. De outro lado, faltam investimentos e opções de acesso a cuidados prolongados, tanto no setor público como no privado.

É um enorme desafio que se coloca para governo e sociedade, para políticos e empresários. As autogestões, que já contribuem com iniciativas diferenciadas no enfrentamento dessa questão, sempre se colocam à disposição para compartilhar suas experiências.

Dentro desse propósito, a UNIDAS lançou, em 2007, o livro “Promoção da Saúde – Meta e Compromisso da Autogestão”. A publicação detalha as muitas iniciativas que revelam o empenho e a criatividade das filiadas em criar, implantar ações e, muitas vezes, avaliar e dimensionar seus resultados.

“**Nosso desejo é que o setor de autogestão se fortaleça, porque é o que consegue prestar assistência de melhor qualidade e com gastos bastante racionalizados.**”
Humberto Costa, ex-ministro da Saúde



Prevenção e promoção da saúde

Com décadas de experiência em programas preventivos e de cuidados integrais com a saúde, a autogestão está comprometida com ações, estratégias e práticas que levam em consideração as questões determinantes e importantes no processo saúde-doença

Em busca de um atendimento integral aos beneficiários, a autogestão prioriza ações preventivas e cuidados que fazem bem à saúde dos beneficiários e da operadora. Pautado por um histórico de promoção da saúde que se estende por décadas, o segmento está hoje comprometido com inúmeros programas que refletem a dimensão das operadoras e o perfil dos beneficiários.

A expectativa é de que as filiadas autogestoras se aproximem cada vez mais das metas da política nacional de promoção da saúde do Ministério da Saúde.

Segundo avaliação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o modelo de atenção dos planos de saúde em geral ainda está centrado na visão de saúde como simples ausência de doenças e no conceito de doença apenas como alteração biológica do corpo.

Ao desconsiderar outros determinantes do processo saúde-doença, as operadoras permanecem focadas na produção de procedimentos curativos, na fragmentação do cuidado, no atendimento da demanda espontânea com ênfase no atendimento médico especializado e na atenção hospitalar. Novas tecnologias são incorporadas de forma descontrolada e há consumo excessivo de procedimentos de alto custo, sem nenhuma avaliação sistemática de resultados.

As políticas de promoção de saúde, entretanto, devem considerar as mudanças importantes ocorridas nas duas últimas décadas nas condições e estilos de vida da população.

As novas tendências demográficas, a urbanização acelerada, o aumento da expectativa de vida, as mudanças nos hábitos alimentares, a prevalência de enfermidades que se instalam com a idade, o comportamento sedentário, a resistência a antibióticos e a outros medicamentos, o uso abusivo de drogas (incluindo álcool e cigarro), acidentes e violência civil e doméstica, a degradação ambiental, as doenças infecciosas novas e reemergentes e os problemas de saúde mental, ameaçam cada vez mais a saúde e o bem-estar de milhões de pessoas.

Daí a importância da prevenção, um dos diferenciais da autogestão, cuja estratégia é sempre atuar e chegar antes da doença. E, se a doença chegar, estar junto com o paciente para oferecer a ele a melhor assistência.

Mais perto das necessidades de saúde

Avaliar os dados epidemiológicos e indicadores de saúde, identificando como as pessoas adoecem e morrem, é fundamental para definir o perfil e as características dos programas de promoção e prevenção.

Sabe-se que diabetes, hipertensão, câncer, problemas de coluna e reumatismo estão entre as enfermidades que acometem quase um terço dos brasileiros, segundo avaliações do Ministério da Saúde.

É importante lembrar, por exemplo, que na primeira década dos anos 2000, 9,7 milhões de pessoas tinham três ou mais doenças crônicas, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE (PNAD-IBGE). E que 62,8% da população haviam consultado um médico nos 12 meses anteriores à realização do estudo.

Depois das doenças cardiovasculares, as causas externas são a segunda razão de morte para os homens no país, enquanto o câncer é a segunda causa de morte entre as mulheres.

Atualmente, as enfermidades não-transmissíveis representam mais de 60% dos óbitos na população brasileira como um todo, e são mais prevalentes entre as faixas etárias mais elevadas, nas pessoas com maior escolaridade, nos indivíduos brancos e nos municípios maiores e mais desenvolvidos economicamente.

Na autogestão, as estratégias de cuidados e promoção vêm sendo orientadas dentro desse perfil de morbidade e mortalidade. Significa que os principais problemas de saúde que afetam a população podem ser dimensionados e, na maioria das vezes, prevenidos.

Trata-se de relevante contribuição capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas e de evitar ou diminuir procedimentos, internações, mortes e incapacidades por problemas de saúde que hoje representam alto custo social e geram grande impacto econômico nos planos de saúde.

Conhecendo a saúde dos beneficiários

O primeiro passo para o bom desempenho da operadora é o relacionamento com os beneficiários e o conhecimento do perfil de saúde do grupo. Estima-se que até 20% dos beneficiários de uma operadora sofram de diabetes, obesidade, doenças cardio-respiratórias e outras enfermidades que necessitam de assistência continuada.

Esse é o grupo que precisará de cuidado e monitoramento mais frequentes. Na autogestão, que acolhe maior número de aposentados e agregados, é esperado que a porcentagem de portadores dessas doenças seja ainda maior.

Foto: Divulgação



CABESP:
Controles
clínicos fazem
parte das
iniciativas

Paralelamente, a atenção deve ser direcionada para o grupo que precisa apenas de cuidados de prevenção e promoção, fatia de beneficiários muitas vezes negligenciada pelos sistemas de saúde. Por meio de triagens e diagnóstico precoce, é possível conhecer o estado de saúde da população assistida e estabelecer as prioridades e ações mais adequadas para cada público avaliado, um dos requisitos para a adoção de práticas preventivas.

Gerenciando os riscos

A atenção à saúde relacionada a grupos de beneficiários em situação de risco ou portadores de patologias específicas é uma das preocupações presentes na assistência prestada pelas autogestões.

Conhecer o perfil epidemiológico dos beneficiários é a melhor estratégia para traçar ações voltadas à assistência preventiva, monitoramento e atenção continuada à saúde e qualidade de vida da população assistida.

Assim, um bom gerenciamento de risco permite priorizar e planejar as ações a serem empreendidas, racionalizando o uso dos recursos investidos. Esse gerenciamento possibilita também a definição de ações de prevenção primária, como a realização de campanhas e a elaboração de material educativo, com o objetivo de orientar os beneficiários quanto à importância do autocuidado na preservação da saúde.

Na prevenção secundária, acompanha-se, de forma próativa, os possíveis riscos de agravamento de patologias como diabetes mellitus, hipertensão arterial, dislipidemias, cardiopatias, insuficiência renal, doenças ocupacionais, entre outras.

Essa estratégia permite definir ações voltadas ao acompanhamento dos portadores de enfermidades que necessitam de assistência continuada, dando suporte às demandas geradas por essa população.



Foto: Divulgação

UNISAÚDE:
Cartilhas ensinam
ações essenciais
para a saúde

Gestão da informação

Entre as medidas efetivas para aprimorar a administração dos planos de assistência estão o gerenciamento da demanda, a hierarquização do acesso, o controle de autorizações prévias, a adequada orientação ao beneficiário e a eficaz gestão da informação.

Modelos complementares de atenção à saúde como os médicos de família, o atendimento pré-hospitalar e as internações domiciliares (home care) são também opções para a melhoria dos serviços prestados, com resultados positivos tanto para a saúde dos beneficiários quanto para o desempenho das autogestões.

Prevenção primária

A prevenção primária é uma das estratégias mais presentes na autogestão, com ações que vão de palestras e campanhas à produção e distribuição de material educativo. As ações acontecem em feiras, encontros, caminhadas, gincanas e festas.

Os temas podem incluir cuidados com a gestante e o bebê, exercícios físicos, boa alimentação, redução do colesterol, diabetes, obesidade e tabagismo, entre outros. Seguindo essa estratégia, algumas filiais criaram programas voltados para a alimentação. Os beneficiários avaliam a qualidade do que comem – em casa e na empresa – e aprendem a preparar os cardápios das principais refeições do dia.

Outro programa chama a atenção pela singularidade e interesse que desperta. Trata-se do curso de educação financeira, no qual os participantes simulam orçamentos domésticos e aprendem a lidar com suas economias. É o tipo de aprendizado que dá autonomia e organização. É uma iniciativa que faz, sim, bem para saúde.

A preocupação com a saúde do homem fez com que uma filiada monitorasse grupos de associados acima de 39 anos pelo período de um ano. Nesse tempo, passaram por exames de PSA (proteína que pode indicar a presença de tumor de próstata), lipidograma e glicemia, e os resultados indicaram aqueles que precisam de acompanhamento.

Campanhas de vacinação

Algumas das ações das autogestoras estão integradas à realização de exames diagnósticos preliminares com o público-alvo de uma determinada iniciativa. Essa prática possibilita conhecer a situação de saúde da população assistida e estabelecer prioridades e ações subsequentes mais adequadas ao público avaliado.

Boa parte das autogestoras relaciona suas ações com datas comemorativas, como o Carnaval – chamando atenção para as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/Aids) e o risco da direção com bebida –, o Dia Internacional da Mulher, o Dia da Saúde, o Dia sem Tabaco, do Coração, do Diabetes, da Luta contra o Câncer, ou campanhas contra a Dengue, por exemplo.

Uma frente de prevenção primária cada vez mais valorizada pelas instituições são as campanhas de imunização, principalmente contra a gripe, mas também contra o HPV, mesmo para homens. Além de integrar as campanhas nacionais e estaduais, algumas filiadas oferecem as vacinas do calendário do Ministério da Saúde ao longo de todo o ano.

CASU: Programas incluem campanhas de vacinação



Foto: Divulgação

Vinculando médico e paciente

Uma filiada inovou ao estratificar todos os seus associados por faixa de risco, dividindo-os em nível vermelho, com alto risco por conta de doença; o nível amarelo, com médio risco; e o nível verde, que reúne os pacientes com baixo risco, onde estavam 79,2% dos assistidos. Uma equipe multidisciplinar, inclusive com assistência domiciliar, monitora cada grupo de acordo com o nível de necessidades.

Um programa de gerenciamento de doentes crônicos, implantado por uma filiada desde 2001, já beneficiou mais de 500 assistidos e em dois anos apresentou resultados muito satisfatórios: houve redução de 47% dos custos assistenciais na população atendida pelo programa, diminuição em 20,4% das consultas realizadas, com queda de 60,5% nas internações hospitalares e de 69,2% nos atendimentos de urgência e emergência realizados em prontos-socorros.

Entre as muitas filiadas que implantaram um Programa de Promoção da Saúde e Gerenciamento de Riscos (PPGR), uma delas criou a figura do Médico Vinculador Assistencial (MVA), profissional responsável pelo monitoramento contínuo e integral da saúde do beneficiário.

Conforme a necessidade, o assistido é encaminhado ao atendimento especializado. Todos os procedimentos realizados pelo MVA são registrados em um sistema informatizado, que corresponde ao prontuário do paciente.

Os médicos especialistas e os laboratórios credenciados, que fazem parte da equipe do MVA, sinalizam, por meio do mesmo sistema, qual o procedimento realizado nos pacientes encaminhados. Nesse sentido, o sistema de referência e contra-referência é garantido, permitindo a transferência do paciente de um nível de atendimento para outro.

Acesso a medicamentos

A adesão ao tratamento e o acesso aos medicamentos são fundamentais na redução das taxas de morbidade e mortalidade. A assistência farmacêutica é, portanto, um benefício essencial oferecido por muitas operadoras. Para a autogestão, o acesso ao medicamento faz parte do direito à saúde garantido aos seus beneficiários.

Uma das medidas que tem se mostrado promissora na contenção do aumento das despesas assistenciais, decorrentes da maior demanda de serviços de saúde pelos pacientes crônicos, é o gerenciamento de benefícios farmacêuticos, principalmente quando associado a programas de gerenciamento de doenças.

Os resultados colhidos por uma filiada que implantou um programa de assistência farmacêutica é ilustrativo. Do grupo acompanhado pelo programa, entre outros dados positivos, 79% disseram utilizar menos o plano após receberem a medicação.

Outras empresas fizeram parcerias com redes de farmácias com preços mais acessíveis e melhor prazo para pagamento. Há filiadas que subsidiam parte dos gastos com determinados medicamentos e outras que oferecem uma cota de gastos para pacientes cadastrados. Há ainda aquelas que disponibilizam, de forma gratuita, medicamentos para as patologias mais frequentes, por meio dos ambulatórios existentes em suas unidades.

Cuidando do paciente em casa

A internação domiciliar é outra das formas de cuidado oferecidas pela autogestão com grande retorno para a qualidade de vida do paciente, para seus familiares e para o balanço da operadora. Embora exija equipe multidisciplinar e visitas periódicas, o serviço possibilita prevenir o agravamento do quadro clínico e contribui para a promoção da saúde por meio de cuidados realizados no domicílio.

Entre os benefícios dessa prática, destacam-se a redução dos prazos de internação hospitalar, a queda do índice de novas internações, a redução da exposição a complicações e a diminuição dos custos dos tratamentos, além de uma melhor qualidade de vida para os beneficiários no tocante à convivência familiar humanizada, à integração e à responsabilidade compartilhada.

Várias filiadas mantêm programas denominados de saúde em casa, cuidados domiciliares ou home care, nos quais equipes multidisciplinares interagem com o paciente e com a família, de forma que também ela participe dos cuidados.

Uma delas mantém um programa de curativo domiciliar com enfermagem especializada e oferece oxigênio e aparelhos de assistência ventilatória aos pacientes portadores de doenças pulmonares e neurológicas.

Atenção à mulher e ao recém-nascido

A preocupação com a saúde da mulher, principalmente nos períodos de gestação e no climatério – fases da vida que requerem maior atenção e cuidados específicos – tem sido o foco de muitos dos programas oferecidos atualmente pelas instituições de autogestão em saúde.

Esse tipo de programa não visa apenas minimizar as incertezas e desconfortos desta fase, mas também contribui para a prevenção de doenças e a consequente melhoria na qualidade de vida das assistidas e de suas famílias.

Algumas iniciativas integram mulheres desde a adolescência até a maturidade, incluindo assistência à maternidade saudável e atenção especial para o climatério, abordando as modificações desencadeadas no processo da menopausa.

Foto: Divulgação



CABERGS:
Campanha
alerta para o
câncer de
mama

Programas materno-infantis são desenvolvidos em muitas filiadas com orientações, cuidados e assistência durante a gravidez, o parto, o pós-parto e ao longo do aleitamento materno.

Encontro com os casais, com ajuda psicossocial, contribui para diminuir a ansiedade causada pelas mudanças ocasionadas pela gestação. Além de melhor saúde para a mãe e o bebê, os programas ajudam a reduzir licenças médicas e o absenteísmo durante a fase gestacional.

Para pais e filhos

Diferencial de uma filiada, o programa voltado para os pais e o bebê oferece assistência domiciliar preventiva ao recém-nascido normal ou prematuro, busca reforçar o vínculo afetivo mãe-filho-pai, ensina aos pais os cuidados necessários com o bebê, e reforça a importância do aleitamento materno e da vacinação. Nessa filiada, nascem 50 bebês a cada mês e já são sete mil os atendidos nessa iniciativa.

Um dos programas cuida das crianças nos seus momentos de lazer. Algumas filiadas oferecem projetos específicos durante as férias escolares de verão para crianças e pré-adolescentes entre 5 e 12 anos. Sob os cuidados de monitores especializados, eles participam de atividades de integração, jogos esportivos, culinária, dança e atividades recreativas.

36



Foto: Divulgação

CEMIG:
Visita às famílias
é uma das ações

Visita à casa dos beneficiários

A estratégia “saúde da família”, seguindo um dos modelos mais bem sucedidos do Ministério da Saúde, é uma das alternativas adotada por diversas operadoras.

A proposta é oferecer atenção centrada no indivíduo e na família, com foco na atenção primária e no estabelecimento de vínculos, criando laços de compromisso e de responsabilidade entre os profissionais e os beneficiários. A família é considerada o foco de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

O acompanhamento familiar permite o atendimento de forma integral e a identificação de beneficiários que necessitam de cuidados diferenciados, como idosos, gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e dependentes químicos.

Ao entrar na casa dos beneficiários – assim como fazem os agentes da saúde pública –, o “programa saúde da família” promove atividades de prevenção, promoção e educação em saúde; busca integração em consonância com as políticas públicas de saúde; reduz as internações e promove a desinstitucionalização; articula recursos da rede social de apoio; e desenvolve habilidades da família para o cuidado do idoso.

Cuidando da saúde mental

A saúde mental é uma das áreas que recebe menos atenção por parte do sistema suplementar de saúde. Na maioria das vezes, é vista como um problema a ser resolvido com internação. De preferência, a menos onerosa.

A autogestão reúne experiências inovadoras envolvendo familiares, evitando internações e reduzindo a duração da institucionalização e melhorando a qualidade de vida dos beneficiários que sofrem com problemas mentais leves, moderados ou graves.

Na autogestão, a porta de entrada do doente psiquiátrico se dá pela atenção primária, ou por programas de saúde da família. O modelo de assistência segue os princípios e diretrizes da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Na essência, as ações de promoção e prevenção nessa área visam reduzir a incidência de transtornos mentais por intermédio do incentivo ao desenvolvimento de estilos de vida saudáveis e da redução de fatores de risco de transtornos mentais e comportamentais.

O suporte familiar e a melhoria da qualidade de vida do paciente têm sido padrão nos programas de saúde mental das autogestoras.



PARA ENCONTRAR BOAS IDEIAS,
PARA ENCONTRAR QUALIDADE DE VIDA.

Projeto Buscar

Buscando uma mente saudável.

Para lidar com os desafios do dia a dia, controlar relações duradouras e ter uma melhor qualidade de vida, é necessário ter uma mente saudável. Essa é a proposta do Projeto Buscar, voltado aos beneficiários Usiminas ligados às empresas Usiminas, que visa auxiliar na melhoria de sua saúde mental. Participe.

INSCRIÇÕES ABERTAS
Vagas limitadas.
Faça a sua inscrição no site www.usiminas.com.br ou ligue 0800 281 0040.

Usisaúde

Saúde USIMINAS

FUNDAÇÃO
SÃO FRANCISCO
XAVIER:
Projeto Buscar
incentiva a
qualidade de
vida

Foto: Divulgação

Outro olhar para a dependência química

A atenção e os cuidados com o dependente químico costumam ser vistos com preconceito e grande resistência, mesmo entre os profissionais da saúde.

Nos últimos anos, no entanto, o uso, o abuso e a dependência causada pela ingestão de substâncias químicas – caso do álcool, do tabaco e das drogas psicoativas – já são vistos como um problema a ser tratado no ambiente de trabalho.

Para a autogestão, o usuário dependente deve ser assistido como um beneficiário que merece cuidados especiais. As filiadas entendem que subestimar ou tratar com preconceito a dependência química é desprezitar o indivíduo e ignorar problemas, seja na família ou no ambiente de trabalho, que podem ir muito além do uso excessivo de substâncias. Pode significar também a perda de um profissional capacitado, de grande valia para a empresa.

Para o alcoolismo e a dependência de drogas ilícitas, ao lado da prevenção focada numa vida saudável, as filiadas em geral têm convênios com clínicas especializadas, além de atendimento ambulatorial.

A regra é manter a privacidade do beneficiário dependente, conservando suas funções no trabalho e promovendo a reintegração.

Já os programas de combate ao tabagismo são melhor aceitos e fazem parte de muitas operadoras, várias delas com retornos positivos quantificados. Uma delas, por exemplo, reduziu de 23% para 5% o número de fumantes durante o período de dez anos de uma campanha.

A prevenção e tratamento da dependência têm levado as filiadas a promover reflexões sobre a busca de caminhos mais saudáveis, no trabalho e na vida pessoal, lidando também com tabaco, álcool e atividades físicas.

Cuidando do sorriso e da saúde

As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças da maioria das autogestoras contemplam cuidados com a saúde bucal. As iniciativas vão desde lições de higiene, que incluem a distribuição de kits com escova, pasta e fio dental, até ambulatórios especializados dentro das próprias empresas.

A importância de um sorriso bonito e o que ele representa para a saúde são os principais motivadores dos programas. Algumas operadoras oferecem cuidados diferenciados para grupos como idosos, crianças e gestantes.



Foto: Divulgação

CAMED:
Prevenção
odontológica
começa com as
crianças

GEAP:
exercícios e
relaxamento
reduzem o
estresse



Foto: Divulgação

Reduzindo o estresse

No cenário da prevenção de doenças e promoção da saúde, o estresse é considerado um dos maiores vilões da baixa qualidade de vida e provocador de muitas enfermidades.

Além de causar sofrimento físico e mental, ainda é responsável por crescentes prejuízos financeiros às organizações e ao sistema de previdência e seguridade social. Esta situação tem preocupado muitas empresas que atuam com planos de saúde e essa preocupação está sendo convertida em programas e ações voltados à qualidade de vida do capital humano das organizações.

A implementação de uma série de práticas que envolvem a valorização do indivíduo, a melhor integração com os colegas, um relacionamento saudável dentro e fora do trabalho, além de cuidado médico especializado estão entre as iniciativas adotadas por filiadas para a redução do estresse. Em uma das iniciativas foi implantado protocolo reconhecido cientificamente, com medições periódicas para avaliar grupos de beneficiários que relatava situação de estresse.

Ginástica no local de trabalho

A terapia ocupacional é outro recurso usado na redução do nível de estresse dos trabalhadores. Terapeutas ocupacionais coordenam atividades para elevar a autoestima e favorecer o equilíbrio emocional dos beneficiários participantes, resgatando valores por meio da troca de experiências e estimulando a organização de atividades do cotidiano.

Ainda dentro do conceito de qualidade de vida no trabalho, as filiações se valem de uma diversidade de iniciativas, todas com o propósito de melhorar o bem-estar do beneficiário. A partir da identificação de dificuldades e de queixas recolhidas em diferentes programas preventivos, as empresas priorizam ações que vão desde o uso correto do mobiliário até ginástica laboral no próprio local de trabalho.

Para integrar a comunidade nas suas ações de prevenção, uma filiação criou o programa “Traga Seu Amigo”. O propósito é que os beneficiários convidem pessoas próximas para participar das atividades de atenção e cuidados com a saúde.



ITAIPU
BINACIONAL:
Ginástica no
trabalho integra
Programa Reviver

Foto: Caio Coronei - Itaipu Binacional

Obesidade e portadores de deficiências

Ações voltadas para prevenção e cuidados, nas mais diferentes áreas da saúde, são adotadas por autogestoras de diversos setores e regiões do país, buscando responder às necessidades de seus beneficiários.

No combate à obesidade, algumas operadoras contam com nutricionistas para educação alimentar, monitoramento, academia de ginástica e mesmo acompanhamento para pacientes que se preparam para cirurgias de redução do estômago.

Programas de habilitação e reabilitação também são frequentes, com atenção aos portadores de deficiências físicas, mentais, intelectuais, sensoriais e mistas, tanto para adultos como crianças e adolescentes. Coberturas diferenciadas são oferecidas para tratamentos de fonoaudiologia, psicoterapia e terapia ocupacional. Contam ainda com assistência odontológica especial e mesmo subsídio para escolas especiais e auxílio transporte para a realização das terapias.

Um convite ao voluntariado

Algumas instituições disponibilizam terapias, como acupuntura, homeopatia e mesmo hidroterapia. Em alguns casos, iniciativas de promoção da saúde vão além do bem-estar do indivíduo e cuidados com o corpo, incluindo ações de solidariedade.

Programas voltados para o voluntariado incentivam os beneficiários a se engajarem em atividades que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população em geral. São ações de voluntariado e cidadania estruturadas com foco na solidariedade e inclusão social, que integram a política de responsabilidade social da empresa e que são desenvolvidas com o apoio da instituição.

Monitorando resultados

O monitoramento dos resultados tem sido prática adotada por várias filiais. Uma delas concluiu, em agosto de 2012, o acompanhamento de 263 beneficiários com mais de 12 meses de participação. No grupo que apresentava colesterol alterado, 70% tiveram redução e 6% mantiveram o mesmo nível. Apenas 24% registraram um aumento nos valores medidos.

Entre os diabéticos, 21% iniciaram o monitoramento com a hemoglobina glicada alterada. Destes, 75% reduziram os valores depois do programa.

Houve igualmente uma mudança importante de comportamento com relação a atividade física. No início do monitoramento, 51% eram sedentários e 49% praticavam alguma atividade. Na última avaliação, os que praticavam atividade física subiram para 74%, contra 26% que não se exercitavam.

O monitoramento, neste caso, também identificou outros pontos positivos. Houve uma reversão de 69% das intercorrências por conta das ações do programa e uma “elevada” adesão às medicações.



Foto: Divulgação

FACEB:
Programa
Qualidade de Vida
monitora impacto
da prevenção

Cerca de 92% das passagens por pronto-socorro e 68% das internações no grupo acompanhado não estavam relacionadas às enfermidades monitoradas. Foram registradas ainda a manutenção e a melhoria nos níveis de pressão arterial. E redução de peso nos beneficiários com sobrepeso e obesidade, além de aumento ponderal na população que estava abaixo do desejado.

Uma pesquisa de satisfação mostrou que, além de proporcionar benefícios para a saúde, o programa tem ótima aceitação. As notas atribuídas às diversas ações ficaram entre 8 e 10. E cerca de 80% dos monitorados disseram estar satisfeitos com o programa. Os 20% restantes apresentaram sugestões de melhorias, que serão consideradas no acompanhamento das ações seguintes.

Retorno sobre o investimento

Diante do crescimento do diabetes no mundo todo, programas de várias filiais se voltaram para a correção de hábitos de vida, em grande parte responsáveis por essa enfermidade.

Um dos programas é direcionado aos associados que já possuem o diagnóstico do diabetes ou estão em fase de diagnóstico, principalmente os que já fazem uso de medicamentos para controle. Um monitoramento foi montado de forma a avaliar os resultados em módulos de seis meses. No último deles, verificou-se que a hemoglobina glicada havia caído de 7,1 para 6, a variabilidade glicêmica passou de 31 para 19, a glicemia média foi reduzida de 141 mg/dl para 114 mg/dl, e a glicemia em jejum, de 135 para 108 mg/dl.

Os participantes perderam peso e aumentaram o nível de atividade física, e 40 % deles atingiram nível de normalidade em seu IMC-Índice de Massa Corporal.

A mensuração por meio de resultados clínicos e laboratoriais revelou melhora nas condições de saúde dos beneficiários acompanhados, levando também a uma redução nos custos de assistência.

Os custos nessas ações são considerados investimentos, não só em qualidade de assistência, mas igualmente em economia para as filiadadas. Os resultados financeiros populacionais demonstram um ROI (retorno sobre investimento, na sigla em inglês) positivo, em todos esses anos.

Por meio do monitoramento dos crônicos, o programa tem obtido um ROI variável, de cerca de 1 a 4 pontos, dependendo do tipo de plano e da faixa etária da população atendida. O programa de assistência domiciliar da mesma filiada propiciou economia da ordem de 75%, quando se compara com os custos de internações hospitalares nos últimos anos.



O caráter inovador da **UNIDAS**

Em dez anos de atuação, a entidade sedimenta conquistas, dá visibilidade ao segmento e marca presença junto ao mercado, aos prestadores de serviços, aos órgãos reguladores e ao Legislativo. A ação da UNIDAS define uma década marcada pelo fortalecimento da autogestão e pela abertura de novos caminhos para o setor

Em novembro de 2012, a UNIDAS celebrou sua primeira década de atuação com vários motivos para comemorar. Em especial, com a certeza de que se mantém firme no propósito que lhe deu origem: a promoção do fortalecimento do segmento da autogestão no Brasil visando fomentar a excelência em gestão de saúde e a democratização do acesso a uma melhor qualidade de vida, contribuindo efetivamente para o aperfeiçoamento do sistema de saúde do país.

Resultado da união das autogestoras públicas e privadas, o surgimento da UNIDAS e seus primeiros dez anos de trabalho representam também o início, a consolidação e os resultados práticos de um movimento ordenado que trouxe força e visibilidade à autogestão, num contexto de superações e de objetivos bem definidos no curto, médio e longo prazos.

O ano de 2003, por exemplo, que marca a consolidação da UNIDAS, foi também um ano de muitos acontecimentos históricos para a saúde suplementar. Num cenário de crise econômica, com redução na entrada de novos beneficiários, ficou evidente a presença da autogestão no Legislativo e no Judiciário num período em que aconteceram o Fórum de Saúde Suplementar, a CPI dos Planos de Saúde e a aprovação do Estatuto do Idoso, eventos determinantes para a saúde no país.

Naquele mesmo ano, num exemplo de outras proporções, mas igualmente emblemático, era realizada em João Pessoa, na Paraíba, a 2ª Caminhada em Favor da Vida. O evento, promovido pela Superintendência Estadual da UNIDAS, marcava o Dia do Idoso, como indício simbólico de respeito, atenção e valorização de uma parcela da população que é protagonista na autogestão e que ali também protagonizava outra demonstração da promoção da saúde proposta pelas autogestões – prática que se espalhava pelo Brasil.

Em diversas frentes, o aprimoramento da política de autogestão, com ênfase em ações de caráter preventivo, expansão, fortalecimento e aperfeiçoamento dos programas de saúde das entidades filiadas à UNIDAS, assim como na defesa dos interesses dessas organizações nas várias instâncias de relacionamento, também tem sido primordial para despertar nos órgãos reguladores, na sociedade, nos beneficiários, nos patrocinadores e nos prestadores de serviços, a consciência da importância e das qualidades do modelo da autogestão – ou seja, um plano corporativo e solidário de saúde, sem fins lucrativos, com características próprias e vantagens reais sobre os planos comerciais.

O papel na regulação

Desde o debate do projeto que deu origem à Lei dos Planos de Saúde, nos anos de 1990, representantes das autogestoras se empenham nas reivindicações do setor. Para tornar os diferenciais do segmento conhecidos e contemplados pela legislação, as entidades mantêm uma intensa ação propagadora e defensora de suas práticas.

O trabalho é feito em diversas frentes: junto à Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); junto ao Judiciário, ao Executivo, e particularmente junto ao Legislativo, onde a presença da UNIDAS se destaca. Uma das frentes é seu papel inovador na regulação, com uma série de iniciativas relevantes.



Por mudanças na legislação

Um dos principais propósitos da entidade tem sido a alteração do tratamento dado especialmente às autogestões não-patrocinadas. A UNIDAS entende que as operadoras geridas pelas próprias organizações não podem ser equiparadas às empresas com finalidade lucrativa. São operadoras que possuem mecanismos próprios de participação dos beneficiários e que correm o risco de ter suas atividades inviabilizadas por exigências legais não pertinentes à sua forma de atuação, podendo afetar sua estrutura de custo operacional e administrativa.

Contra a exigência do objeto social exclusivo

A UNIDAS mantém seu empenho por mudança no artigo 34 da Lei 9.656, que obriga as operadoras a atuarem exclusivamente na área da saúde. Pelo texto, uma operadora, de qualquer modalidade, tem que ter um objeto social exclusivo, exceção feita para as autogestões de recursos humanos e aquelas de previdência privada constituídas antes da lei e que tinham a saúde entre suas atividades. Muitas autogestões têm um objetivo mais amplo, como colônia de férias e atividades esportivas. Para essas, separar a assistência à saúde, ou criar uma pessoa jurídica que opere apenas a assistência, pode inviabilizar sua existência. No entender da UNIDAS, a própria Constituição garante o princípio do associativismo e a lei não pode ser aplicada de forma retroativa.

Beneficiário, sim; consumidor, não

A não incidência do Código de Defesa do Consumidor sobre as operações realizadas pelas entidades de autogestão é outra reivindicação da autogestão na qual a UNIDAS se empenha prioritariamente por entender que não há uma relação de consumo na autogestão. O “dono” da operadora, nessa modalidade, é também o seu beneficiário. Nesse caso, ocorre o que no meio jurídico se chama de “confusão”, quando a mesma pessoa é credora e devedora a um só tempo. Uma das propostas da UNIDAS é a substituição do termo “consumidor”, presente na lei e em todas as resoluções e documentos da ANS, pelo termo “beneficiário”, que se aplicaria à autogestão.

Pela regulação do prestador de serviço

Uma antiga demanda das entidades de autogestão é a regulação, pela Lei dos Planos de Saúde, dos prestadores de serviços médico-hospitais, já que são parte essencial nos serviços de assistência. A UNIDAS entende que os prestadores devem, de alguma maneira, estar sujeitos a uma regulação, já que a lei trata apenas das operadoras. As ações de regulação, regulamentação e fiscalização deixaram de lado os prestadores de serviços. A entidade acredita que ao trazer os agentes prestadores de serviços para o terreno da regulação e fiscalização, avançando para o campo contratual, haverá maior estabilidade às relações entre os vários agentes do setor. Diante de uma relação desigual, a UNIDAS continua lutando, não por um engessamento dos prestadores, mas por uma legislação que os enquadre. Graças a esse empenho, foi apresentado na Câmara Federal, em novembro de 2011, projeto de lei propondo a regulamentação dos prestadores de serviços de saúde.

Direitos das pequenas e médias operadoras

Uma importante bandeira da UNIDAS junto à agência reguladora e ao Congresso Nacional é o direito a um tratamento diferenciado para as pequenas e médias empresas, prerrogativa prevista na própria Constituição. A resposta veio com a publicação da Resolução Normativa 274, de 24 de outubro de 2011, estabelecendo diferenciais que beneficiam operadoras de médio e pequeno porte, que representam 94% das filiadas da UNIDAS.

De acordo com classificação da ANS, operadoras de pequeno porte são aquelas com menos de 20 mil beneficiários. As de médio, de 20 mil a 100 mil, e as de grande porte, acima de 100 mil. As empresas de pequeno porte correspondem a 72% do total de operadoras, estão concentradas no interior do país e são responsáveis pelo atendimento a mais de seis milhões de pessoas, cerca de 12% do contingente servido pela saúde suplementar.

A UNIDAS reconhece que as RN 159, de 3 de julho de 2007, e 209, de 22 de dezembro de 2009, já concedem tratamento diferenciado em alguns pontos para as autogestões, especialmente em função do porte e pelo fato de se limitar a grupos fechados de beneficiários. A entidade, no entanto, entende que a modalidade ainda carece de flexibilização na lei, por conta de suas características de gestão e por não ter fins lucrativos.

Foto: Divulgação



PEQUENAS E MÉDIAS OPERADORAS: Seminário em 2011 debate impacto da regulação

Por uma autogestão aberta

A UNIDAS e suas filiadas reivindicam a flexibilização da Resolução 137 e a abertura dos grupos para outras “categorias” de beneficiários. Muitas das barreiras ao crescimento da autogestão se devem a uma legislação que nasceu mais voltada para o mercado do que para a assistência, e que por isso precisa ser flexibilizada. A UNIDAS entende que a Resolução 137, de 14 de novembro de 2006 – alterada depois pela RN 148, de março de 2007, e pela RN 272, de outubro de 2011 – veio no sentido de restringir o conceito de autogestão. Ao enquadrá-la como modalidade fechada, a legislação limita seu crescimento e reduz suas perspectivas de ampliação dentro do conceito de mutualismo.

Honorários médicos: o diálogo é a regra

Diálogo e negociação com os prestadores de serviço fazem parte da política de relacionamento adotada pela autogestão. A UNIDAS acredita que o entendimento com médicos, hospitais e laboratórios é a melhor conduta para se garantir serviços e atendimento de qualidade. A política da entidade tem sido a de conciliar interesses das duas partes, mantendo abertas as portas para a negociação. Assim, a UNIDAS foi a primeira das entidades da saúde suplementar a sentar-se à mesa de negociação com os prestadores em busca de entendimento

sobre valores. Também foi a primeira, já em 2005, a recomendar às suas filiadas a adoção da CBHPM, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos.

6º CONGRESSO
UNIDAS, 2006:
o envelhecimento
em pauta



Foto: Divulgação

Presença no Legislativo

Entre os eventos que mais marcaram a presença da autogestão no cenário nacional está a organização, pela UNIDAS, de um seminário sobre o setor na Câmara Federal, em 7 de junho de 2011. Pela primeira vez na história do Legislativo, representantes das instituições de autogestão estiveram reunidos com profissionais da saúde e parlamentares para debater o papel da modalidade e da sustentabilidade do setor.

O seminário, que tratou da “Importância da Autogestão na Assistência à Saúde do Trabalhador Brasileiro e seus Familiares”, foi fundamental para sensibilizar deputados e técnicos do Parlamento sobre o papel do setor na saúde dos trabalhadores e da população em geral. O objetivo do seminário, entre outros, foi o de fornecer informações aos parlamentares sobre as particularidades da modalidade, com intuito de buscar uma articulação que possa transformar o tema em pauta no Congresso.

Ainda no Legislativo, a atuação da UNIDAS na subcomissão especial destinada a avaliar o sistema de saúde complementar foi outra atividade que aproximou a entidade do Parlamento. A subcomissão foi constituída em maio de 2011 dentro do âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família para promover uma ampla avaliação e reformulação da Lei 9.656, que desde 1998 rege a saúde suplementar. Mudanças na



legislação vêm sendo reivindicadas desde a sua promulgação, particularmente pelo segmento da autogestão, que se vê engessado dentro de regras que só se justificam para modalidades com fins lucrativos. Cerca de 130 entidades foram convidadas a enviar sugestões e mais de 500 propostas chegaram à subcomissão. Os trabalhos foram encerrados por decurso de prazo e o material encontra-se com a Comissão de Seguridade Social e Família.

Depois de chamar a atenção da Câmara Federal para a autogestão, a UNIDAS agora direciona seu foco para a Frente Parlamentar da Saúde. Em lugar de reivindicar uma base parlamentar pela autogestão, a entidade optou por juntar forças com a Frente Parlamentar. Nesse grupo, onde as prioridades são o SUS e as filantrópicas, a autogestão passaria a ser reconhecida pelos seus diferenciais e especificidades. Por esse caminho, a UNIDAS quer levar para o Congresso o debate sobre a sustentabilidade, chamando a responsabilidade das organizações, públicas e privadas, para a saúde do trabalhador e de sua família. Acredita-se que no momento em que, politicamente, ficar clara a condição diferenciada da autogestão em relação ao mercado lucrativo, a ANS dará uma outra atenção ao setor, pois ainda não há essa sensibilidade.

Administradoras: equilíbrio em risco

Dentro das práticas do mercado, em que a tendência é priorizar os grupos mais jovens – e dificultar a permanência dos mais velhos com a “exclusão financeira” –, o que se vislumbra é um desequilíbrio na carteira das operadoras. A UNIDAS tem lembrado ao órgão regulador e aos políticos que tais práticas trarão prejuízos irreversíveis para a saúde suplementar e, em decorrência, para a saúde pública. A autogestão, como a modalidade que opera a faixa mais numerosa de idosos, e que mais prioriza a prevenção e a promoção da saúde, se sente no dever de alertar para essas distorções. O país corre o risco de assistir a uma cisão geracional onde os jovens, na sua maioria, se concentrarão nas operadoras de mercado enquanto os idosos que não estiverem nas entidades sem fins lucrativos irão sobrecarregar o sistema público de saúde, embora tenham contribuído com o sistema privado.

Foto: Divulgação



5º CONGRESSO DE REGULAÇÃO E AUDITORIA, 2009: debatendo a gestão em saúde

Espaços de participação

A UNIDAS está representada em duas importantes instâncias da saúde: o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a Câmara de Saúde Suplementar.

O CNS é um órgão do Ministério da Saúde, de instância colegiada, deliberativa e de natureza permanente, que tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política nacional de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado. É formado por 48 conselheiros titulares e seus respectivos primeiro e segundos suplentes, representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), organizações de profissionais de saúde, incluída a comunidade científica, organizações de prestadores de serviço, entidades empresariais da área da saúde e governo federal.

A Câmara de Saúde Suplementar (CSS) é um órgão de participação institucionalizada da sociedade na Agência Nacional de Saúde Suplementar, de caráter permanente e consultivo, que tem por finalidade auxiliar a Diretoria Colegiada nas suas discussões. Dentro da CSS, a UNIDAS representa o setor de autogestão.

PRODUTOS E SERVIÇOS:
abertura da
11ª Feira Para
Planos de Saúde,
2011



Foto: Divulgação

Nesses dois órgãos colegiados – além de sua atuação no Congresso Nacional – a UNIDAS vem se empenhando na defesa de uma visão ampla da promoção da saúde e prevenção de doenças e para a construção de um sistema de saúde digno a todo cidadão.

Formação médica e assistência humanizada

A preocupação com a ética e com uma formação médica adequada, que podem reduzir gastos com excessos tecnológicos e contribuir para uma assistência humanizada, tem permeado todas as ações da UNIDAS ao longo de sua história. Para a entidade, a precariedade do ensino médico e a introdução de novas tecnologias sob pressão do mercado vêm impactando seriamente a saúde pública e suplementar. Sem a devida educação e direcionamento desses profissionais, haverá cada vez mais uma demanda excessiva por tratamentos e exames diagnósticos de alta tecnologia, que nem sempre são os mais indicados.

Foto: Divulgação



8º CONGRESSO DE GESTÃO DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE, 2010: em busca do equilíbrio financeiro



Foto: Divulgação

Treinamento e requalificação

Por conta de sua administração diferenciada, com foco em uma lógica assistencial que foge das regras do mercado, os profissionais da autogestão requerem requalificação frequente. É esse diferencial que move as inúmeras ações de sua diretoria de Treinamento e Desenvolvimento. Entre as atividades, a UNIDAS implantou treinamentos sobre temas como estratégias para redução de custos, programas de promoção de saúde, medicina preventiva e monitoramento de carteira de risco. Em diversos encontros, congressos e seminários, a entidade tem promovido palestras e oficinas com temas como sustentabilidade, confiança e novos conceitos em função das necessidades da autogestão.

Por uma boa governança

Investir em governança corporativa vem sendo a estratégia da UNIDAS, ao longo das últimas gestões, para reforçar e melhorar os laços da entidade e de suas filiadas com os beneficiários e com os atores do setor. Governança corporativa é o sistema pelo qual as organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo – no caso da UNIDAS – representantes da entidade, beneficiários, gestores e patrocinadores. Valores como transparência, equidade, prestação de contas e responsabilidade corporativa já fazem parte das práticas da autogestão.

Cartilha para promover saúde

Uma cartilha que incentiva e orienta as pessoas a promover a saúde e a prevenir doenças nas suas práticas do cotidiano. Assim pode ser descrita a publicação “Promovendo Saúde: Prevenindo Doenças”, lançada pela UNIDAS em agosto de 2008 em âmbito nacional. O material oferece às pessoas das mais diferentes idades e regiões do país o acesso a informações e orientações de como cuidar da sua própria saúde. As ações citadas foram extraídas das iniciativas bem sucedidas das empresas autogestoras que integram a UNIDAS, depois de avaliadas por médicos.

As homenagens aos dez anos

Os dez anos da UNIDAS foram marcados por uma série de eventos e atividades. Entre eles, o lançamento, em abril de 2012, de um selo personalizado e um carimbo comemorativo da UNIDAS pelo Ministério das Comunicações e a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos. O selo é composto por duas partes. Na primeira está estampada a bandeira do Brasil que emoldura



o mapa do país com ipês amarelos. Na outra, a logomarca da entidade com a inscrição “UNIDAS Autogestão em Saúde” e a alusão aos seus dez anos de história. O carimbo também homenageia a entidade pela promoção e fortalecimento do segmento da autogestão em todo o território nacional. Ainda como parte da comemoração, a entidade lançou o Prêmio Saúde UNIDAS, tendo como tema de 2012 “Envelhecendo com qualidade de vida”. Os trabalhos premiados foram de Kylza Aquino, Kiara Maria Vieira Pinto e Beatriz Rezende Rios da Mata, anunciados no 15º Congresso UNIDAS - II Congresso Internacional de Gestão em Saúde.

Um portal de compras

O Portal de Compras UNIDAS transformou-se em uma ferramenta que congrega compradores e fornecedores da área médico-hospitalar para a aquisição de produtos, de forma ágil, segura e econômica. Entre as vantagens, o Portal UNIDAS possibilita que todas as informações coletadas fiquem armazenadas no banco de dados. Isso permite consultar os valores das compras já realizadas, inclusive por outras operadoras de autogestão, sempre preservando o sigilo dos compradores. Outros pontos positivos do portal são: a centralização e aumento do controle real dos gastos; diminuição de custos operacionais e agilidade nas negociações; maior transparência nas aquisições, e maior segurança contra fraudes, além de estímulo à concorrência. O resultado é um acompanhamento mais apurado das operações com uma consequente redução do custo de compra.

Plano estratégico: estabelecendo metas

O Mapa Estratégico da UNIDAS 2010-2015 tem, entre suas metas principais, a ampliação da atuação e maior participação da autogestão na saúde suplementar, fortalecendo a imagem e assegurando a sustentabilidade do setor. Foi elaborado a partir das boas experiências em planejamento de gestões anteriores, visando o fortalecimento institucional e político. A concorrência e as rápidas transformações no perfil do mercado, especialmente da saúde suplementar, exigem um processo de tomada de decisão cada vez mais ágil.

A definição e redefinição de sua estratégia organizacional, fundamentada nas suas propostas e nas suas parcerias, têm sido um exercício constante da UNIDAS.

Um instrumento importante na implantação da gestão organizacional é justamente o Mapa Estratégico. Trata-se de uma representação visual dos objetivos estratégicos traçada em várias perspectivas: financeira, do mercado – beneficiários e prestadores –, dos processos internos e da governança, ou aprendizado e crescimento.

Ampliando o quadro de associados

Além de sensibilizar organizações públicas e privadas, mostrando os ganhos e benefícios da autogestão, a UNIDAS vem se empenhando em trazer para o quadro de suas filiadas órgãos de governos estaduais. Desde 2012, a direção da UNIDAS realiza uma série de visitas a instituições que têm a assistência à saúde financiada pelo próprio Estado e que ainda não são filiadas. Alguns órgãos chegam a ter mais de 600 mil beneficiários.

Em outra frente, a UNIDAS iniciou diálogo com a Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (Fiesp) para expor às empresas os diferenciais e os benefícios da autogestão. Diretores de grupos nacionais e multinacionais já estiveram com a UNIDAS, buscando informações sobre a modalidade. De um modo geral, os executivos reconhecem que a autogestão trabalha em um nível diferenciado de qualidade na resposta à saúde, com vantagens tanto para a empresa como para os beneficiários. Para a empresa, a retenção de talentos e baixo índice de absenteísmo; e para os beneficiários o cuidado da saúde e melhora da qualidade de vida.

Foto: Divulgação



15º CONGRESSO UNIDAS - II CONGRESSO INTERNACIONAL DE GESTÃO EM SAÚDE, 2012: Compartilhando experiências

Um perfil da autogestão

A Pesquisa Nacional UNIDAS sobre a autogestão constitui uma importante ferramenta para avaliar o perfil e a abrangência do setor. Realizada anualmente, a pesquisa contribui para o planejamento de decisões por parte das operadoras e serve como referência para o conjunto da saúde suplementar, disponibilizando dados importantes também para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

As três primeiras edições da pesquisa foram realizadas ainda pelo Ciefas, em 1998, 1999 e 2000. As dez seguintes, pela UNIDAS. A 13ª edição, cujos resultados foram divulgados em dezembro de 2012, e a comparação dos principais indicadores ao longo de dez anos, ajudam a entender o perfil, a abrangência e a estrutura das autogestoras filiadas.

Evolução de custos e consumo de benefícios em dez anos

INDICADORES	2002	2003	2004	2005	2006
Custo por mês por beneficiário (R\$)	80,24	94,31	106,97	108,55	132,71
Consultas por usuário ano	3,71	4,23	4,66	5,87	4,98
Exames por usuário ano	11,56	12,11	12,70	12,15	17,17
Nº de exames por consulta	3,11	2,87	2,70	2,07	3,42
Taxa de internação por ano	14,6%	16,0%	20,0%	20,0%	14,0%
Média de dias por internação	3,86	4,09	3,47	3,81	4,62
Valor paciente dia por internação (R\$)	697,18	723,27	914,66	1.023,05	1.302,04
Valor médio por internação (R\$)	2.691,11	2.958,17	3.173,87	3.897,82	5.863,68

Fonte: Pesquisa Nacional UNIDAS; INPC/IBGE

A pesquisa consolida os dados referentes a 2011 e foi realizada em parceria com o Centro Paulista de Economia da Saúde (CPES), da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), como ocorreu em anos anteriores. O levantamento foi feito em 2012 por meio de pesquisa quantitativa com abordagem via web. Fizeram parte da amostra um total de 74 empresas, que oferecem, em conjunto, 340 planos. No total, somam 3.957.649 beneficiários, o que representa 74,4% da população do segmento de autogestão no Brasil, que por sua vez corresponde a 5,3 milhões de beneficiários, segundo dados da ANS.

O levantamento revela a presença das autogestoras em todas as unidades da Federação. Essa distribuição confirma a abrangência nacional da modalidade e aponta para amplos territórios onde a autogestão

2007	2008	2009	2010	2011	Varição em %
139,80	169,36	196,64	200,73	214,91	167,83
4,43	4,81	4,76	4,82	4,66	25,60
15,74	17,18	17,97	17,88	18,34	58,65
3,55	3,57	3,57	3,71	3,93	26,36
14,0%	14,0%	14,0%	14,0%	15,0%	9,66
4,93	5,82	5,84	5,92	5,28	34,71
1.261,34	1.220,95	1.532,30	1.590,25	1.576,92	126,18
6.112,45	6.929,92	7.221,53	8.402,95	8.516,44	214,46

Inflação acumulada de 2002 a 2011, medida pelo INPC/IBGE **91,08%**



ainda deve crescer, especialmente em áreas que agora começam a receber investimentos na indústria, serviços e infraestrutura, tanto no setor público como privado.

Segundo a pesquisa, quase todas as empresas, 97,3% delas, oferecem planos para beneficiários ativos. São 90,4% as que disponibilizam o benefício para aposentados e 80,8% para agregados. Mais de 80% delas já têm seus planos adaptados à Lei 9656/98. No conjunto das empresas, 55% dos gastos com beneficiários ativos são financiados pela operadora. Entre os aposentados, as empresas arcam com 40% do custo, e entre os agregados, com 32%.

O número de profissionais e estabelecimentos de saúde credenciados por 1.000 beneficiários revela a preocupação da autogestão em oferecer serviços em número bastante acima da média. São 7,77 serviços diagnósticos, 22,39 clínicas médicas e 4,65 hospitais credenciados por grupo de 1.000 beneficiários. A razão de médico credenciado por 1.000 beneficiários é de 26,82, quando a população do país como um todo conta com 2,00 profissionais por grupo de 1.000 habitantes.

Evolução em uma década

Em dez anos, de 2002 a 2011, a inflação acumulada medida pelo INPC/IBGE somou 91,08%. Nesse período, o custo médio da assistência médico-hospitalar oferecida a cada beneficiário da autogestão, por mês, passou de R\$ 80,24 a R\$ 214,91, aumento de 167,83%. Ou seja, o gasto per capita subiu 1,84 vez mais que a inflação, praticamente o dobro. No conjunto de gastos, o valor médio da internação hospitalar, além de ser o item mais caro no rol da assistência, foi o indicador que mais subiu. Em dez anos, o gasto médio por internação passou de R\$ 2.691,11 para R\$ 8.516,44, um salto de 216,46%. Os preços dos serviços hospitalares, dessa forma, aparecem como o principal fator de inflação dos

custos por beneficiário, mais de duas vezes o aumento de preços ao consumidor medido pelo IBGE.

A pesquisa UNIDAS registrou também um aumento no número de procedimentos por beneficiário, indicando uma maior procura por assistência. O total de consultas por usuário ano passou de 3,71 em 2002, para 4,66 em 2011, aumento de 25,60%.

O número de exames realizados por beneficiário a cada ano subiu de 11,56, em 2002, para 18,34, em 2011, crescimento de 58,65%. O total de exames solicitados em cada consulta também aumentou, passando de 3,11 para 3,93, diferença de 26,36%.

Apesar do número elevado de exames por beneficiário, por ano e por consulta, a pesquisa constatou que os exames preventivos, importantes para a promoção da saúde, ainda têm procura baixa. Entre as mulheres na faixa de 19 a 59 anos, 68,9% realizaram o papanicolau; entre aquelas com 30 a 59 anos, 67,2% fizeram a mamografia. Entre os homens com 40 anos ou mais, 50,3% realizaram o PSA e 9%, o ultrassom da próstata. De todo o modo, os números são bastante superiores aos recolhidos na pesquisa 2003-2004, quando os exames de papanicolau, mamografia e PSA ficaram entre 36% e 39%.

O tempo médio de permanência hospitalar também aumentou, passando de 3,86 dias para 5,28 dias, uma diferença de 34,71%. A taxa de internação hospitalar registrada em 2011 foi de 15%. A taxa mede o número de internações por qualquer causa em relação ao total de beneficiários ao longo do ano. Em 2002, a taxa registrada foi de 14,6%, chegando a 20% em 2004 e 2005. De 2006 a 2010, ficou em 14%.

Na cobertura odontológica, a última pesquisa revelou um custo per capita anual de R\$ 119,15, contra R\$ 97,98 em 2010, e R\$ 91,84, em 2009. No total, as empresas ouvidas abrangem 1.829.735 beneficiados pela cobertura odontológica e 57,1% deles fizeram uso do plano no ano de 2011.



Futuro: um caminho promissor para a autogestão

Com mais de 20% de seus beneficiários com idade acima de 60 anos, o segmento comprova sua sustentabilidade ao experimentar, no presente, uma situação que só vai acontecer na configuração populacional brasileira daqui a duas décadas



desafio da sustentabilidade para a autogestão sempre foi maior porque o setor trabalha com um perfil populacional esperado para o Brasil só em 2030.

Na prática, a ideia de ações sustentáveis na autogestão já é uma realidade, inclusive porque, entre seus beneficiários, 22,7% já têm 60 anos ou mais.

Por isso, toda a saúde suplementar terá de passar por mudanças rápidas e importantes para se adaptar a essa nova realidade. Significa dizer que nenhum sistema de saúde contemporâneo, não importa se público ou privado, conseguirá sobreviver se não revisar os atuais modelos assistenciais, ainda centrados na cura de doenças.

Como já faz a autogestão, é preciso equilibrar a equação que expõe gastos em função da incorporação de tecnologias e das mudanças epidemiológica e demográfica, com surgimento de novas necessidades de saúde e perspectivas de prolongamento e melhoria da qualidade de vida.

Ao manter-se focado em doenças agudas, o modelo prevalente de atenção terá de evoluir para um cenário de promoção da saúde e de melhor integração entre financiadores, prestadores e beneficiários.

Há ainda que se entender as peculiaridades da realidade do país, já que, no Brasil, o Sistema Único de Saúde tem enxergado mais longe que as empresas e instituições que atuam na saúde suplementar.

Cada vez mais busca-se consolidar um modelo que valoriza a atenção primária, que consiste num conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

No segmento da saúde suplementar, a autogestão foi a primeira a adotar ações e programas que valorizam os cuidados e a qualidade de vida. O que para muitos é futuro, para a autogestão é o que caracteriza o presente, numa experiência configurada e consolidada ao longo das últimas décadas.

Por um novo modelo assistencial

A autogestão passou a rever seu modelo assistencial quando o setor ainda estava em consolidação, no início dos anos 1980. Nos últimos dez anos, sob a coordenação da UNIDAS, a autogestão avançou na busca de uma resposta essencial para o sistema. Quais são os cuidados que as pessoas precisam e procuram? Que tipo de “saúde” elas necessitam e qual assistência desejam? Há um conflito entre o que as pessoas desejam para cuidar de sua saúde, aquilo que de fato necessitam e o que as operadoras de planos de saúde e seus prestadores oferecem.

Para uma parte da população, a melhor assistência é aquela que oferece as respostas mais rápidas. Os hospitais mais renomados, a melhor hotelaria, muitos exames e tecnologia, como são mostradas em comerciais de planos de saúde.

Para outra parcela da população, que cresce junto com a conscientização de que cuidar da saúde é algo essencial para mantê-la, o mais importante é a qualidade da assistência, oferecida por uma equipe multidisciplinar, com a participação de um médico que conheça o histórico do paciente, que o acompanhe e que, quando necessário, demande outros especialistas ou estruturas de maior complexidade.

Mas, qual o modelo de cuidados o país necessita? E qual saúde desejamos para nós e para a autogestão? Esta é a principal pergunta que se faz. Para o setor de autogestão, já há uma resposta de consenso entre beneficiários, gestores e patrocinadores: o que importa é uma boa qualidade na assistência, cuidados compartilhados e uma Medicina humanizada.

Em busca de uma outra cultura

A adoção de um novo modelo assistencial e a opção por uma prática desejada de promoção da saúde – e não pela aceitação de modelo imposto pelo mercado – dependem de uma nova cultura de ideias e práticas. Não se trata de deixar de oferecer o que há de novo em tecnologia, mas de passar a hierarquizar o acesso aos serviços e fazer interagir os diversos níveis de cuidado.

Em todos os cenários construídos para os diferentes sistemas de saúde, a população continuará envelhecendo, as doenças crônicas aumentarão e os custos seguirão sempre saltando mais que a inflação. O caminho para resolver a questão já foi adotado pela UNIDAS: de um lado, a promoção da saúde; de outro, a educação, de beneficiários e gestores, visando mudar a cultura vigente.

É consenso entre especialistas e estudiosos que há um grande desperdício de recursos na saúde pública e privada, seja por desvios ou más práticas, seja dos prestadores, dos gestores ou dos beneficiários. É preciso investir em educação para ensinar as empresas e as pessoas de maneira geral sobre o bom uso do sistema de saúde. É preciso que se pense e se diga: “Use de maneira correta o seu plano, acesse-o adequadamente”.

Enquanto prevalecer a ideia de que, “se eu pago, posso usar como quiser” – conceito que o marketing coloca na cabeça do beneficiário –, sempre haverá dificuldades para a manutenção do sistema que, em tese, deveria ser objeto de interesses e cuidados comuns.

Por não ter consumidores e sim associados, a autogestão já traz embutido um sentimento de pertencimento, o que facilita, na prática, a adoção de uma nova cultura.

Por um modelo de custeio sustentável

O mutualismo e o pacto intergeracional formam hoje a base do sistema suplementar de saúde. O mutualismo se dá com o agrupamento de pessoas que contribuem com o todo e utilizam os serviços quando necessitam. O pacto intergeracional foi pensado para que os mais saudáveis, geralmente os mais jovens, contribuam para a assistência dos menos saudáveis, geralmente os mais idosos, que geram maior custo per capita.

Esse equilíbrio, no entanto, começa a ser ameaçado pela mudança no perfil etário, pela adoção desenfreada de novas tecnologias sempre mais caras, e pelo aumento da oferta, que estimula a demanda por vezes pouco racional.

A preocupação com um cenário insustentável já acendeu a luz amarela, tanto da agência reguladora como do mercado da assistência médica suplementar. Já se discute na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e em setores como medicina de grupo e seguradoras de saúde a criação de modelo semelhante ao da previdência privada. Nele, além de arcar com as mensalidades, o beneficiário faria uma reserva mensal que subsidiaria os pagamentos em estágio da vida onde o consumo de serviços de saúde fosse maior.

Polêmica, a proposta pode ser boa para o mercado, mas não para o beneficiário, que está no limite de sua capacidade de desembolso. Para a direção da UNIDAS, esse debate traz preocupação, pois compromete a solidariedade, um grande valor para a autogestão.

Além do mutualismo, do pacto intergeracional e da solidariedade, a autogestão preserva princípios e valores que não fazem parte das práticas do mercado de planos de saúde. Por isso, a UNIDAS tem muito a contribuir nesse debate, não porque as autogestões queiram parecer melhores do que as outras alternativas, mas porque são diferentes.

Dentro do desafio de um novo modelo de custeio há temas pontuais, mas de grande impacto na conta das autogestoras, como o pagamento dos prestadores de serviço e a inclusão tecnológica. Os honorários

médicos vêm sendo balizados por entendimentos em torno da CBHPM, mas os custos hospitalares ainda são negociados em território de poucas regras. As OPMEs, (órteses, próteses e materiais especiais), além do alto custo, estão fora de qualquer controle. A inclusão tecnológica é uma séria preocupação que a entidade tem levado para a ANS e que está inserida nos seus encontros, como o 15º Congresso UNIDAS – II Congresso Internacional de Gestão em Saúde, realizado em dezembro de 2012, na Bahia.

Por um novo marco regulatório

Além de modernizar os parâmetros de assistência e custeio, o modelo de regulação necessita de um novo enquadramento. A regulação da saúde suplementar ainda é jovem, tem apenas 14 anos, desde a Lei 9.656, de 1998.

A UNIDAS entende que nesse tempo algumas iniciativas valorizaram, estruturaram e fortaleceram o setor. Mas pesa sobre a legislação e a ANS a crítica da adoção de um modelo de regulação que apresenta soluções e normas iguais para segmentos com necessidades diferentes. A autogestão continua sendo tratada com o mesmo peso e a mesma medida que valem para as operadoras que visam lucro.

Os que têm a saúde suplementar como negócio discutem primeiro os ganhos. A autogestão trata antes da qualidade de assistência, não investe em marketing e em propaganda, não paga corretagem, não busca lucro. Toda a atenção da autogestão está voltada para a assistência com a certeza de que, além de definir o presente, esta prioridade será determinante para construção de um futuro com saúde.



É louvável o entendimento das autogestões sobre a importância de investir em promoção da saúde e prevenção de doenças. O modelo de atenção à saúde calcado em ações desarticuladas, pouco cuidadoras e centradas na assistência médico-hospitalar especializada é caro, ineficiente e não produz impactos significativos.

José Gomes Temporão,
ex-ministro da Saúde



REFERÊNCIAS

- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados. Relatório executivo. Rio de Janeiro : ANS, 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/relatorio_executivo_financiamentosauideidosos.pdf. Acesso em março de 2013.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS, junho 2012.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças no setor de saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006. Disponível em http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/Manual_Promoprev.pdf. Acesso em março de 2013.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Incentivos para participação em programas para promoção da saúde entram em vigor. Rio de Janeiro: ANS, agosto 2011. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/735>. Acesso em março de 2013.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Envelhecimento populacional e planos privados de saúde: composição etária dos beneficiários e sua relação com despesas assistenciais. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, Março 2010. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/20100331caderinfrmarco2010.pdf>. Acesso em março de 2013.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Câmara de Saúde Suplementar. consulta ao site <http://www.ans.gov.br/index.php/participacao-da-sociedade/camara-de-saude-suplementar>. Acesso em março de 2013.
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. Sobre a composição e papel do CNS, site <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm>. Acesso em março de 2013.
- CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública. 200319(3):725-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300005>. Acesso em março de 2013.
- IBGC. Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. Consulta ao site <http://www.ibgc.org.br/Home.aspx>, sobre governança.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000>. Acesso em março de 2013.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010>. Acesso em março de 2013.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta Satélite de Saúde Brasil – 2005 2007. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2005_2007. Acesso em março de 2013.

- IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. Pesquisa IESS: Datafolha aponta que o plano de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro. [Informativo Eletrônico, ano 2, número 14, maio 2011]. Disponível em: www.iess.org.br/informativosiess/14.htm. Acesso em março de 2013.
- IESS. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. A Importância dos incentivos para que famílias e empregadores contribuam com o sistema de saúde – POF 2002 e 2008. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00382010POF20081.pdf>. Acesso em março de 2013.
- LOPES, Cesar. O peso da saúde nas empresas. [entrevista para o artigo] *Você RH*, 17 de dezembro de 2008. Disponível em: <http://revistavocerh.abril.com.br/materia/o-peso-da-saude-nas-empresas>. Acesso em março de 2013.
- LOPES, Ricardo Salvador. Saiba como melhorar o gerenciamento do plano de saúde da sua empresa. [artigo 15 de agosto de 2012]. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/noticias/carreira/saiba-como-melhorar-o-gerenciamento-do-plano-de-saude-da-sua-empresa/58256>. Acesso em março de 2013.
- MONTEIRO, Luiz Carlos. O peso da saúde nas empresas. [entrevista para o artigo]. *Você RH*, 17 de dezembro de 2008. Disponível em <http://revistavocerh.abril.com.br/materia/o-peso-da-saude-nas-empresas>. Acesso em março de 2013.
- REIS, Denizi Oliveira; Araújo, Eliane Cardoso; Cecílio, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em 20 março 2013.
- SANTOS, Fausto Pereira. Integração do SUS com a saúde suplementar. [apresentação no 14º Congresso UNIDAS: Inovações e Desafios da Saúde Suplementar, novembro de 2011]
- SCHEFFER, Mário; Bahia, Ligia. Planos e seguros de saúde: o que todos devem saber sobre a assistência médica suplementar no Brasil. São Paulo: Editora UNESP, 2010.
- PASINATO, Maria Tereza de Marsillac. Envelhecimento, ciclo de vida e mudanças socioeconômicas: novos desafios para os sistemas de seguridade social. [tese de doutorado] Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2009.
- UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Autogestão em saúde no Brasil: 1980 – 2005: História da organização e consolidação do setor. São Paulo, 2005
- UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. Promovendo saúde: Prevenindo doenças. São Paulo, 2008.
- UNIDAS. *Jornal UNIDAS*. [64 edições impressas]. Disponível em: <http://www.unidas.org.br/periodicos/publicacao.php?indice=atual&categoria=ju>. Acesso em novembro de 2012.

CONHEÇA AS FILIADAS DA UNIDAS

Mais de 130 empresas dos setores público e privado, de pequeno a grande porte, formam o quadro de associados da UNIDAS. Elas estão presentes em todos os setores da economia, energia, alimentação, bancos, indústria automobilística, construções, mecânica, empresas de transportes, até fundações de sindicatos e universidades. Estão em todas as unidades da Federação. Veja quais são essas filiadas e entenda porque a autogestão é a modalidade de assistência à saúde preferida das corporações que mais se preocupam com o bem-estar de seus colaboradores:

ABEB	Associação Beneficente dos Empregados das Empresas ArcelorMittal Brasil
ABET	Associação Beneficente dos Empregados em Telecomunicações
AFFEAM	Associação dos Funcionários Fiscais do Estado do Amazonas
AFFEGO	Associação dos Funcionários do Fisco do Estado de Goiás
AFFEMAT	Associação dos Funcionários da Fazenda do Estado de Mato Grosso
AFISVEC	Associação dos Fiscais de Tributos Estaduais do Rio Grande do Sul
AFRAFEP	Associação dos Fiscais de Renda e Agentes Fiscais da Paraíba
AFRERJ	Associação dos Fiscais de Rendas do Estado do Rio de Janeiro
AFRESP	Associação dos Agentes Fiscais de Renda do Estado de São Paulo
AGROS	Instituto UFV de Seguridade Social
ALEMG	Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais
AMAGIS SAÚDE	Associação de Assistência à Saúde da Amagis
AMAZONAS DISTRIB. DE ENERGIA	Eletrobras Amazonas Energia S/A
AMMP SAÚDE	Associação Mineira de Assistência à Saúde dos Membros do Ministério Público
APPAI	Associação Beneficente dos Professores Públicos Ativos e Inativos do Estado do Rio de Janeiro
APUB	Associação dos Professores Universitários da Bahia
ARCELORMITTAL BRASIL S/A	ArcelorMittal Brasil S/A
ASFAL	Associação do Fiscos de Alagoas
ASFEB	Associação dos Servidores Fiscais do Estado da Bahia
ASFEPA	Associação dos Servidores do Fisco Estadual do Pará
ASPBMES	Associação de Saúde dos Policiais e Bombeiros Militares Espírito Santo
ASSEC	Associação dos Empregados da CEHOP

ASSEFAZ	Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda
BACEN	Banco Central do Brasil
BANESCAIXA	Caixa de Assistência dos Empregados do Sistema Financeiro Banestes
BARDELLA	Bardella S/A Indústrias Mecânicas
BHTRANS	Empresa de Transporte e Trânsito de Belo Horizonte S.A.
BOA VISTA ENERGIA S/A	Boa Vista Energia S/A
BRF - BRASIL FOODS	BRF - Brasil Foods S/A
CAAPSM	Fundo de Assistência à Saúde dos Servidores Municipais de Londrina
CABERGS	Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul
CABERJ	Caixa de Assistência à Saúde
CABESP	Caixa Beneficiária dos Func. do Banco do Estado SP
CAEME	Caixa Assit. Empreg. Setor Público Agrícola GO
CAFAZ	Caixa Assist. dos Serv. Fazendários Estaduais
CAGIPE	Caixa de Assistência dos Func. da Energisa Sergipe
CAMED	Caixa de Assist. dos Func. do Banco do Nordeste BR
CAMPE	Caixa de Assistência dos Magistrados de PE
CANOASPREV	Instituto de Prev./Assist. dos Serv. Municipais de Canoas
CAPESESP	Caixa Prev. Assist. dos Serv. Fund. Nacional de Saúde
CASEC	Caixa de Assist. à Saúde dos Empreg. da Codeveasf
CASEMBRAPA	Caixa de Assit. dos Emp. da Emp. Bras. de Pesq. Agropecuária
CASF	Caixa de Assist. dos Func. do Banco da AM
CASSE	Caixa Assist. Empreg. do Banese
CASSEB	Caixa de Assistência dos Empregados do Baneb
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CASSIND	Caixa de Assistência do Sindifisco
CASU/UFMG	Caixa de Assistência à Universidade
CAURJ	Caixa Assistencial Universitária do RJ
CAURN	Caixa Assist. Universitaria do Rio Grande do Norte
CELGMED	Caixa de Assist. à Saúde dos Empreg. CELG
CEMIG SAÚDE	Cemig Saúde
CEPEL	Centro de Pesquisas de Energia Elétrica
CERON	Eletrobrás Distribuição Rondônia
CESAN	Companhia Espírito Santense de Saneamento
CET	Companhia de Engenharia de Tráfego
CETESB	Companhia Ambiental do Estado de São Paulo
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
CODESA	Cia Docas do Espírito Santo

COMPESAPREV	Fundação Compesa de Previdência e Assistência
COMSEDER	Cooperativa de Assist. Med. Servidores da Suplan
CONAB	Cia Nacional de Abastecimento
COPASS SAÚDE	Assoc. de Assist. à Saúde dos Empreg. da Copasa
DESBAN	Fund. BDMG de Seguridade Social
ECONOMUS	Instituto de Seguridade Social
ECT	Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos
ELETRONUCLEAR	Eletróbrás Termonuclear S/A
ELETROS	Fundação Eletróbrás de Seguridade Social
ELETROSUL	Centrais Elétricas S/A
ELOSAUDE	Assoc. de Assist. à Saúde
EMBRATEL	Empresa Brasileira de Telecomunicações S/A
E-VIDA	Caixa de Assistência do Setor Elétrico
FACEB	Fundação de Previdência dos Emp da CEB
FACHESF	Fund. Chesf de Assist. e Seguridade Social
FAMED	Fundo de Assistência à Saúde dos Func. do BEC
FAPES	Fund. de Assist. e Prev. Social do BNDS
FASCAL	Fund. Assist. Saúde Dep. Distr. Serv. Camara Legisl. DF
FASSINCRA	Fundação Assistencial dos Servidores do Inbra
FIAT	Fundação Fiat Saúde e Bem Estar
FIBRIA	Fibria Celulose S/A
FIOASAÚDE	Caixa de Assistência Oswaldo Cruz
FISCO SAUDE	Caixa de Assistência do Estado de Pernambuco
FUNASA SAÚDE	Caixa de Assist. dos Empreg. da Saelpa
FUNDABEM	Fund. de Assist. dos Func. do Banco BEM S/A
FUNDAÇÃO CESP	Fundação CESP
FUNDAÇÃO COPEL	Fundação Copel de Previdência e Assistência Social
FUNDAÇÃO LIBERTAS	Fundação Libertas de Seguridade Social
FUNDAÇÃO SANEPAR	Fundação Sanepar de Assistência Social
FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER	Fundação São Francisco Xavier
FUNDAÇÃO SAÚDE ITAÚ	Fundação Saúde Itaú
FUNDAFFEMG	Fund. Affemg de Assist. à Saúde
FUNSERVIR	Fundo de Assist. à Saúde do Serv. Munic. B. Camboriu
FUPS	Associação Fundo de Proteção à Saúde
GEAP	Fundação de Seguridade Social
INB	Indústrias Nucleares do Brasil S/A
INFRAERO	Empresa Brasileira de Infra-Estrutura Aeroportuária

IPALERJ	Inst. Previdência da Assembleia Legislativa do RJ
IRB	IRB Brasil Re
ITAIPU BINACIONAL	Itaipu Binacional
JUDICEMED	Assoc. Assist. Médico-Hospitalar Magistrado do PR
METRUS	Instituto de Seguridade Social
MPU / PLAN-ASSISTE	Programa de Saúde e Assist. do Min. Público Fed.
NUCLEP	Nuclebras Equipamentos Pesados S/A.
PASA	Plano de Assist. à Saúde dos Aposentado Vale
PETROBRAS	Petróleo Brasileiro S/A
PETROBRAS DISTRIBUIDORA	Petrobras Distribuidora S/A
PREVSAUDE	Associação de Assistência Médica Privada
PROASA	Programa Adventista de Saúde
PRÓ-SAÚDE	Associação Pró-Saúde
REAL GRANDEZA	Fundação de Previdência e Assistência Social
SABESPREV	Fund. Sabesp de Seguridade Social
SAM-BEMAT	Caixa Assis. Médica dos Empreg. do Bemat
SAMEISA	Sociedade de Assist. Médica dos Empreg. da Ipiranga
SAÚDE BRB	Caixa de Assistência
SAÚDE CAIXA	Caixa Economica Federal
SENADO FEDERAL	Sistema Integrado de Saúde - SIS
SENERGISUL	Sind. Assal. Ativ, Ap. e Pens. Ger. Transm. Distri. Energia
SEPACO	Sepaco Autogestão
SERPRO	Serviço Federal de Processamento de Dados
SESEF	Serviço Social das Estradas de Ferro
SESI/AC	Serviço Social da Indústria - Sese/DR/AC
SPA SAÚDE	Sistema de Promoção Assistencial
SPTRANS	São Paulo Transporte S/A
STF-Med	Plano de Saúde do Supremo Tribunal Federal
TELEFONICA	Telefônica Brasil S/A
TRT 8ª REGIÃO	Tribunal Regional do Trabalho da Oitava Região
UNAFISCO SAÚDE	Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais da RF
UNIFENAS	Plano de Saúde Unifenas
VALE	Vale S/A
VALEC	Engenharia, Construções e Ferrovias S.A
VITASERV	Assoc. de Assist. à Saúde dos Serv. Pub. do M. J.
VOLKSWAGEN	Volkswagen do Brasil Ind. de Veículos Aut. Ltda
WMS	WMS Supermercados do Brasil Ltda.

AÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DAS OPERADORAS

Dezenas de pessoas e operadoras filiadas à UNIDAS contribuíram para a realização desta publicação que documenta iniciativas e princípios colocados em prática por muitas delas dentro das ações e referências de autogestão. Como vários programas citados são comuns a diversas filiadas, listamos abaixo as entidades que contribuíram com o relato de suas ações e experiências:

ABET	FACEB
AFFEAM	FASSINCRA
AFRERJ	FUNASA SAUDE
AGROS	FUNDAÇÃO CESP
AMMP	FUNDAÇÃO FIAT
ASFEB	FUNDAÇÃO ITAÚ
ASSEFAZ	FUNDAFFEMG
BHTRANS	FUNDAÇÃO SANEPAR
BRF	FUNDAÇÃO SÃO FRANCISCO XAVIER
CABERGS	GEAP
CABESP	INB
CAFAZ	ITAIPU BINACIONAL
CAMED	METRUS
CAMPE	PASA
CAPESESP	SAÚDE CAIXA
CASF	SENERGISUL
CASSI	SABESPREV
CASU	SAM-BEMAT
CAURJ	SEPACO SAUDE
CELGMED	SERPRO
CEMIG SAÚDE	SPA
CESAN	SPTRANS
ECT	UNAFISCO SAUDE
ELETROS SAÚDE	VOLKSWAGEN

SUPERINTENDÊNCIAS ESTADUAIS UNIDAS

ACRE

Rua Alvorada, 211, 3º andar, sala 302
69900-370 – Rio Branco – AC
Tel./Fax: (68) 3223-8204
e-mail unidas.ac@unidas.org.br

ALAGOAS

Rua Prof. Aurino Maciel, 119, sala 101
57057-540 – Maceió – AL
Tel: (82) 3336-3682 – Fax: (82) 3432-8889
e-mail unidas.al@unidas.org.br

AMAZONAS

Av. Eduardo Ribeiro, 520, 11º andar, sala 1105
69010-000 – Manaus – AM
Tel: (92) 3213-6615 – Fax: (92) 3213-6615
e-mail unidas.am@unidas.org.br

AMAPÁ

Av. Mendonça Furtado, 2.278, sala E – Altos
68901-254 – Macapá – AP
Tel./Fax: (96) 3223-1011
e-mail unidas.ap@unidas.org.br

BAHIA

Rua Jacobina, 160, salas 303/304
41940-160 – Salvador – BA
Tel: (71) 3341-1128 – Fax: (71) 3341-0512
e-mail unidas.ba@unidas.org.br

CEARÁ

Av. Santos Dumont, 304, salas 1.001 e 1.002
60150-160 – Fortaleza – CE
Tel: (85) 3253-1270 – Fax: (85) 3226-1976
e-mail unidas.ce@unidas.org.br

DISTRITO FEDERAL

SRTVS, Qd. 701 – Bloco “O”, nº 110, s/ 480/481
70340-000 – Brasília – DF
Tel: (61) 3039-2420/3032-7398
e-mail unidas.df@unidas.org.br

ESPÍRITO SANTO

Rua Eurico de Aguiar, 888, sala 1102
29055-280 – Vitória – ES
Tel: (27) 3345-2610 – Fax: (27) 3345-2609
e-mail unidas.es@unidas.org.br

GOIÁS

Rua 10, nº 250, 1º andar, sala 107
74120-020 – Goiânia – GO
Tel./Fax: (62) 3215-9411
e-mail unidas.go@unidas.org.br

MARANHÃO

Av. Ana Jansen, 02, Qd. 19, Lote 02, sala 503
65076-200 – São Luiz – MA
Tel: (98) 3227-8561 – Fax: (98) 3235-7624
e-mail unidas.ma@unidas.org.br

MATO GROSSO

Av. Isaac Póvoas, 586, sala 303 – Centro
78005-4930 – Cuiabá – MT
Tel./Fax: (65) 3623-4930
e-mail unidas.mt@unidas.org.br

MATO GROSSO DO SUL

Av. Afonso Pena, 3504, sala 04 – Centro
79002-072 – Campo Grande – MS
Tel: (67) 3042-2688 – Fax: (67) 3042-9012
e-mail unidas.ms@unidas.org.br

MINAS GERAIS

Rua da Bahia, 1.032, conjunto 1401
30160-011 – Belo Horizonte – MG
Tel: (31) 3213-4989 – Fax: (31) 3273-6492
e-mail unidas.mg@unidas.org.br

PARÁ

Av. Gov. Magalhães Barata, 651, s/ 401 a 403
66060-281 – Belém – PA
Tel: (91) 3249-1730 – Fax: (91) 3249-1209
e-mail unidas.pa@unidas.org.br

PARAÍBA

Rua Sinésio Guimarães, 438
58040-400 – João Pessoa – PB
Tel: (83) 3225-4503
e-mail unidas.pb@unidas.org.br

PARANÁ

Av. Mal Deodoro, 235, 20º andar, sala 2002
80020-320 – Curitiba – PR
Tel: (41) 3223-2535
e-mail unidas.pr@unidas.org.br

PERNANBUCO

Rua Aluisio de Azevedo, 200, salas 203/204
50100-090 – Recife – PE
Tel./Fax: (81) 3222-0831
e-mail unidas.pe@unidas.org.br

PIAUI

Av. José dos Santos e Silva, 1.769, sala 208
64001-300 – Teresina – PI
Tel: (86) 3221-6462 – Fax: (86) 3222-5533
e-mail unidas.pi@unidas.org.br

RIO DE JANEIRO

Av. Pres. Vargas, 583, salas 613 a 615
20071-003 – Rio de Janeiro – RJ
Tel./Fax: (21) 2221-1236
e-mail unidas.rj@unidas.org.br

RIO GRANDE DO NORTE

Rua Cel. Joaquim Manoel, 615, 13º andar, s/ 1307
59012-330 – Natal – RN
Tel: (84) 3202-1383
e-mail unidas.rn@unidas.org.br

RIO GRANDE DO SUL

Praça Osvaldo Cruz, 15, 4º andar, sala 405
90030-160 – Porto Alegre – RS
Tel./Fax: (51) 3225-4060
e-mail unidas.rs@unidas.org.br

RONDÔNIA

Av. Carlos Gomes, 1223 – Centro
78900-030 – Porto Velho – RO
Tel: (69) 3224-6311
e-mail unidas.ro@unidas.org.br

RORAIMA

Av. Major Willians, 2108 – São Francisco
69301-110 – Boa Vista – RR
Tel: (95) 3624-9838
e-mail unidas.rr@unidas.org.br

SANTA CATARINA

Rua Felipe Schmidt, 303, salas 1103/1104 –
88010-000 – Florianópolis – SC
Tel: (48) 3024-0005
e-mail unidas.sc@unidas.org.br

SÃO PAULO

Alameda Santos, 1.000, 8º andar
01418-100 – São Paulo – SP
Tel: (11) 3253-8117 – Fax: (11) 3289-5888
e-mail unidas.sp@unidas.org.br

SERGIPE

Av. Pedro Paes Azevedo, 194, sl/ 103, 105 e 402
49020-450 – Aracaju – SE
Tel./Fax: (79) 3246-3273 / 3246-6178
e-mail unidas.se@unidas.org.br

TOCANTINS

Quadra 104 Norte – Rua NE 01 – Lote 05, sala 18
77006-016 – Palmas – TO
Tel: (63) 3215-1007 – Fax: (63) 3225-2313
e-mail: unidas.to@unidas.org.br

UNIDAS

Autogestão, modelo ideal para a saúde corporativa

Publicação da UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
Alameda Santos, 1.000 – 8º andar – Cerqueira César
01418-100 - São Paulo – SP – Fone: (11) 3289-0855 – Fax: (11) 3289-0322
www.unidas.org.br / e-mail unidas@unidas.org.br

DIRETORIA NACIONAL

Presidente

Denise Rodrigues Eloi de Brito

Vice-presidente

Roberto Kupski

Diretoria de Comunicação

Marcos Neles Anacleto

Diretoria Administrativo/Financeiro

Cleudes Cerqueira de Freitas

Diretoria de Integração

Paulo Montenegro

Diretoria de Treinamento e Desenvolvimento

Anibal de Oliveira Valença

Diretoria Técnica

Maria Aparecida Diogo Braga

CONSELHO DELIBERATIVO

Presidente

Aderval Paulo Filho

Membros do Conselho Deliberativo

André Lourenço Corrocher, Carlos Célio de Andrade Santos, Fábio Mazzeo, José Gomes Soares, Luciano Comin Nunes, Marialva Guimarães Motta, Sebastião Rabelo Generoso e Vanderley Batista Barbosa

CONSELHO FISCAL

Presidente

Hugo Avelino dos Anjos Lima

Membros do Conselho Fiscal

Alexandre José Lima Sousa e Luiz Carlos Toloí Junior

Coordenadora da publicação: Maria Beatriz Coacci Silva. **Colaboradores:** Aureliano Biancarelli, Mário Scheffer, Michele Scarasati, Rosemeire Branco, Ruth Nagao e Sérgio Ribas. **Projeto gráfico:** José Humberto de S. Santos. **Fotos:** Arquivo UNIDAS e material de divulgação das filiadas UNIDAS. **Tiragem:** 5.000 exemplares. Copyright 2013 UNIDAS. **Impressão:** MS Prado. **Foto da capa:** participantes do 15º Congresso UNIDAS - II Congresso Internacional de Gestão em Saúde, dezembro 2012.



Alameda Santos 1.000 - 8º andar - Cerqueira César - São Paulo - SP
01418-100 - Tel.: (11) 3289-0855 / Fax: (11) 3289-0322
www.unidas.org.br / E-mail: unidas@unidas.org.br