



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS**

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM
SAÚDE NO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO:
UM ESTUDO DE CASO**

Renatto Marcello de Araujo Pinto

Recife

2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM
SAÚDE NO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO:
UM ESTUDO DE CASO

Renatto Marcello de Araujo Pinto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito necessário à obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Área de concentração: Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

Recife

2025

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Pinto, Renato Marcello de Araujo.

Avaliação do programa de autogestão em saúde no Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região: um estudo de caso / Renato Marcello de Araujo Pinto. - Recife, 2025.

135 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, 2025.

Orientação: Ernani Rodrigues de Carvalho Neto.

Inclui referências e apêndices.

1. Assistência à saúde; 2. Autogestão em saúde; 3. Plano de autogestão em saúde; 4. Autogestão na saúde suplementar. I. Carvalho Neto, Ernani Rodrigues de. II. Título.

UFPE-Biblioteca Central

RENATTO MARCELLO DE ARAUJO PINTO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM
SAÚDE NO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco como requisito necessário à obtenção do Título de Mestre em Políticas Públicas.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr. Dalson Britto Figueiredo Filho (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a. Dr^a. Rebecca Bianca de Melo Magalhães Brasileiro (Examinadora Externa)

Universidade Federal do Pampa

Dedico este trabalho a todos os servidores públicos que, com compromisso, resiliência e senso de propósito, constroem diariamente instituições mais justas, humanas e eficientes. Em especial, aos beneficiários do TRT6 Saúde, cuja confiança, participação e voz foram fundamentais para o aprimoramento contínuo de um programa que busca cuidar da saúde de quem cuida do serviço público. Que esta pesquisa contribua para fortalecer políticas de autogestão em saúde sustentáveis, centradas nas pessoas e orientadas pelo interesse público.

AGRADECIMENTOS

Nenhuma caminhada acadêmica é solitária, e essa jornada do mestrado foi repleta de pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade. A todas elas, meus mais sinceros agradecimentos.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ernani Carvalho, minha profunda gratidão. Sua orientação foi essencial para que eu pudesse amadurecer as minhas ideias e enfrentar os desafios dessa pesquisa com mais segurança. Obrigado por compartilhar conhecimento e, principalmente, por acreditar no meu trabalho.

À Escola Judicial do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região - Ejud6, meu reconhecimento e gratidão pelo incentivo e apoio que tornaram possível essa etapa da minha formação. Em especial, agradeço ao Diretor Des. Eduardo Pugliesi e à Coordenadora Wiviane Souza, pelo compromisso com o desenvolvimento acadêmico dos servidores e pelo suporte ao longo dessa jornada.

À minha família, minha base e minha maior motivação. Mãe, Rejane, seu exemplo de força e dedicação sempre me guiou. Larinha, meu amor, sua paciência, compreensão e incentivo inabalável fizeram toda a diferença. Natália e Pedro, meus filhos queridos, vocês são minha inspiração diária e o motivo pelo qual sigo buscando melhorar a cada dia.

Aos colegas da Secretaria de Autogestão em do TRT6, minha segunda família, agradeço pela parceria, apoio e compreensão nos momentos mais intensos dessa trajetória, especialmente a Ana Cláudia, pela parceria. Sem vocês, esse percurso teria sido muito mais difícil.

E aos amigos(as) que essa jornada me trouxe, meus colegas da turma de mestrado, obrigado pela troca de experiências, pelas discussões enriquecedoras e pelo apoio mútuo. Aprendi muito com cada um(a) de vocês.

A todos(a) que, de alguma forma, fizeram parte dessa caminhada, deixo aqui minha gratidão mais sincera. Esse título é, de certa forma, também de vocês.

Muito obrigado!

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo avaliar a implementação do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco (TRT6 Saúde – Pernambuco) na percepção dos seus beneficiários. Instituído em junho de 2019, o programa tem por finalidade prestar assistência à saúde aos magistrados, servidores ativos e aposentados, pensionistas e seus familiares na modalidade de autogestão. O desenho de pesquisa aposta em uma abordagem quantitativa, com vistas a construir evidências científicas sobre o desempenho e os resultados gerados, analisando seus principais indicadores, tais como evolução do número de beneficiários, por faixa etária, sexo, por tipo de vínculo com o tribunal, evolução das despesas e receitas, índice de sinistralidade, custos com mensalidades e coparticipação, estes dados serão comparados com os principais indicadores de outras autogestões em saúde em nível local e nacional. Também foram aplicados questionários estruturados, do tipo *Survey*, para analisar a satisfação com o programa na percepção dos beneficiários. A amostra foi composta por 323 indivíduos, no universo de 1.849 beneficiários titulares atendidos, o que corresponde a 17,5% do total. Os resultados demonstram que o TRT6 Saúde é um programa bem avaliado, nos quesitos atendimento (92%), infraestrutura da rede credenciada (52,6%) e pontualidade na entrega dos exames (53,6%) e que a sua implementação resultou numa redução nos custos para os beneficiários de 63,59% e 76,87% em comparação ao plano coletivo anteriormente contratado pelo Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6). No entanto, há desafios a serem enfrentados, necessitando de acompanhamento contínuo e adoção de medidas para a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro e na consolidação da reputação do programa, exigindo uma atuação estratégica voltada ao fortalecimento de sua imagem e ao aprimoramento da comunicação com o seu público. Esta pesquisa pode servir de suporte para que outros tribunais ou mesmo outros órgãos da administração pública que pretendam implantar e regulamentar seus programas de autogestão em saúde, contribuindo para ampliar o conhecimento dos principais aspectos envolvidos no modelo de autogestão.

Palavras-chave: Assistência à Saúde, autogestão saúde, plano de autogestão em saúde, autogestão saúde suplementar

ABSTRACT

This study aims to evaluate the implementation of the Health Self-Management Program of the Regional Labor Court of Pernambuco (TRT6 Saúde – Pernambuco) from the perspective of its beneficiaries. Established in June 2019, the program is designed to provide healthcare assistance to judges, active and retired civil servants, pensioners, and their family members under a self-management model. The research adopts a quantitative approach to produce scientific evidence on the program's performance and outcomes, analyzing key indicators such as the evolution of the number of beneficiaries by age group, gender, and type of affiliation with the court, as well as the progression of expenses and revenues, loss ratio, and costs related to monthly fees and co-participation. These data are compared with main indicators from other health self-management programs at both local and national levels. In addition, structured survey questionnaires were administered to assess user satisfaction from the beneficiaries' standpoint. The sample consisted of 323 individuals out of a total universe of 1,849 primary beneficiaries, ensuring a 5% margin of error and a 95% confidence level. The results indicate that TRT6 Saúde is a well-evaluated program. Its implementation has led to a significant reduction in costs for beneficiaries when compared to the group health plan previously contracted by the Regional Labor Court of the 6th Region (TRT6). However, there are ongoing challenges in consolidating the program's reputation, which require strategic efforts to strengthen its public image and enhance communication with its target audience. This research may serve as a reference for other courts or public institutions intending to implement and regulate their own health self-management programs, contributing to a broader understanding of the key elements involved in the self-management model.

Keywords: Healthcare, health self-management, self-managed health plan, supplementary health self-management

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Série histórica da VCMH/IESS e IPCA/IBGE em variação de 12 meses.....	36
Gráfico 2 – Evolução do Número de Beneficiários por Sexo.....	55
Gráfico 3 – Evolução do Número de Beneficiários por Faixa Etária.....	55
Gráfico 4 – Evolução das Despesas Assistenciais.....	60
Gráfico 5 – Comparação da Evolução dos Custos do TRT6 Saúde com o IPCA e VCMH.....	62
Gráfico 6 – Evolução das Despesas Assistenciais por Tipo.....	64
Gráfico 7 – Evolução da Taxa de Sinistralidade.....	69
Gráfico 8 – Comparativo Índices de Reajustes.....	71
Gráfico 9 – Questões com Maiores Percentuais de Concordância.....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Normas Internas Reguladoras da Assistência à Saúde no TRT6...	41
Quadro 2 – Questões Categorizadas por Fator.....	76

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Proporção da População Residente 1980/2022 (%).....	37
Figura 2 – Página da Transparência do TRT6 Saúde na Internet.....	50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução do Número de Beneficiários.....	54
Tabela 2 – Variação Percentual do Número de Beneficiários.....	54
Tabela 3 – Comparativo com as Mensalidades do Plano de Saúde Anterior.....	56
Tabela 4 – Comparativo das Mensalidades TRT6 Saúde com Outros Planos de Saúde.	57
Tabela 5 – Diferença percentual das mensalidades do TRT6 Saúde com relação a outros planos.....	57
Tabela 6 – Receitas por Fonte.....	59
Tabela 7 – Variação das Despesas Assistenciais.....	60
Tabela 8 – Despesa Assistencial por Faixa Etária.....	63
Tabela 9 – Evolução das Despesas Assistenciais por Tipo.....	64
Tabela 10 – Comparativo Custo Médio de Consultas.....	66
Tabela 11 – Comparativo Custo Médio de Exames.....	67
Tabela 12 – Comparativo Custo Médio das Internações Hospitalares.....	67
Tabela 13 - Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil – 2021 - 2023).....	70
Tabela 14 – Avaliação do perfil da amostra analisada.....	81
Tabela 15 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação.....	83
Tabela 16 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação.....	87
Tabela 17 – Estatística dos domínios do questionário de satisfação.....	89
Tabela 18 – Estatística dos domínios de satisfação segundo a faixa etária	90
Tabela 19 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo a faixa etária.....	91
Tabela 20 - Estatística dos domínios de satisfação segundo o sexo.....	91
Tabela 21 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o sexo..	92
Tabela 22 – Estatística dos domínios de satisfação segundo o local de residência	92
Tabela 23 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o local de residência.....	93
Tabela 24 – Estatística dos domínios de satisfação segundo o tipo de beneficiário	93
Tabela 25 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o tipo de beneficiário.....	94

Tabela 26 – Estatística dos domínios de satisfação segundo a frequência do uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses	95
Tabela 27 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo a frequência do uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS

ALEMEG	Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais
AMATRA6	Associações dos Magistrados da Justiça do Trabalho da 6ª Região
AMEPE	Associação dos Magistrados do Estado de Pernambuco
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANSERJUFE	Associação Nacional dos Servidores do Judiciário Federal, Estadual e do Ministério Público
APP	Autogestão Público-Patrocinada
AAPJUSTRA6	Associação dos Aposentados e Pensionistas da Justiça do Trabalho da 6ª Região
APS	Atenção Primária à Saúde
ASTRA6	Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho da 6ª Região
BACEN	Banco Central do Brasil
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CASSI	Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil
CEF	Caixa Econômica Federal
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
ECT	Empresa de Correios e Telégrafos
EES	Empreendimentos de Economia Solidária
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
Embratel	Empresa Brasileira de Telecomunicações
EMGEPRON	Empresa Gerencial de Projetos Navais
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
IAPB	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários
IAPC	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais
IAPI	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários
IAPM	Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IESS	Instituto Estudos em Saúde Suplementar
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INB	Indústrias Nucleares do Brasil
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPCA	Índice de Preços ao Consumidor Amplo
OCPA	Organizações Coletivistas de Produção Associada

OPPs	Operadoras Públicas Patrocinadas
PROAD	Sistema de Processos Administrativos
SERPRO	Serviço Federal de Processamento de Dados
SINTRAJUF-PE	Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário em Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TRF5	Tribunal Regional Federal da 5ª Região
TRT6	Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região
TRT6 Saúde	Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco
UNIDAS	União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde
VCMH	Variação dos Custos Médico-Hospitalares

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	A AUTOGESTÃO COMO MODELO NA SAÚDE SUPLEMENTAR.....	18
2.1	Aproximações teóricas do conceito de autogestão.....	18
2.2	Autogestão e Políticas Públicas.....	20
2.3	O Direito à Saúde e a Saúde Suplementar no Brasil.....	23
2.4	O SUS e a Saúde Complementar	27
2.5	O Modelo de Autogestão em Saúde.....	29
2.6	Desafios para a Sustentabilidade.....	35
3	A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO – TRT6 SAÚDE.....	39
3.1	O TRT6 como Ator político-institucional.....	39
3.2	O Contexto da Implementação do Programa.....	40
3.3	Caracterização do Programa TRT6 Saúde.....	45
3.3.1	Finalidade e Estrutura Organizacional.....	46
3.3.2	Os Beneficiários.....	47
3.3.3	Custeio e Financiamento.....	48
3.3.4	Governança e Transparência.....	49
3.3.5	Modelo de Assistência à Saúde.....	51
3.4	TRT6 Saúde: Indicadores de Resultado.....	53
3.4.1	Evolução da População Atendida.....	53
3.4.2	Preços das Mensalidades.....	56
3.4.3	Evolução das Receitas Financeiras.....	58
3.4.4	Evolução das Despesas Assistenciais.....	60
3.4.5	Análise Comparativa com Indicadores do Mercado.....	66
4	METODOLOGIA.....	72
4.1	Tipo de Pesquisa e Instrumentos Utilizados.....	72
4.2	Universo e Amostra da Pesquisa.....	78
4.3	Análise de Dados.....	80
5	AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA.....	81

5.1	Análise dos dados.....	81
6	DISCUSSÃO.....	96
6.1	Análise dos Indicadores.....	96
6.2	Pesquisa de Satisfação.....	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
8	RECOMENDAÇÕES.....	106
	REFERÊNCIAS.....	108
	APÊNDICE A - Carta de Anuência	113
	APÊNDICE B - Questionário de Coleta de Dados.....	114

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social fundamental, garantido pela Constituição Federal de 1988, que estabelece a responsabilidade do Estado na promoção da assistência universal e igualitária por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, além do setor público, a saúde suplementar desempenha um papel essencial no Brasil, oferecendo serviços adicionais à população que busca alternativas ao atendimento estatal. Dentro desse cenário, a autogestão em saúde se apresenta como um modelo específico da saúde suplementar, caracterizado pela ausência de fins lucrativos e pela solidariedade contributiva (ANS, 2023).

As operadoras de autogestão são criadas por instituições públicas e privadas para oferecer cobertura assistencial a seus funcionários e dependentes, funcionando a partir de uma lógica diferenciada dos planos de saúde comerciais. Segundo a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde, essas operadoras enfrentam desafios estruturais e financeiros significativos, incluindo o aumento dos custos assistenciais, o envelhecimento da população e a judicialização da saúde. Além disso, a crescente complexidade regulatória imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) impacta diretamente a sustentabilidade desse modelo, exigindo adaptações constantes na gestão dos planos.

Nesse contexto, em junho de 2019, o Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6) instituiu o Programa de Autogestão em Saúde – TRT6 Saúde, com o objetivo de garantir assistência médica a magistrados, servidores ativos e aposentados, pensionistas e seus familiares. Esse modelo de autogestão foi desenvolvido para assegurar um atendimento de qualidade, economicamente sustentável e alinhado às necessidades dos beneficiários, proporcionando maior previsibilidade financeira e eficiência na gestão dos recursos (TRT6, 2020). No entanto, a implementação e o funcionamento desse programa envolvem desafios operacionais e administrativos que exigem uma análise criteriosa.

A presente dissertação tem como objetivo principal avaliar a implantação do Programa de Autogestão em Saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco baseado na percepção dos seus beneficiários. Para tanto, propõe-se a analisar os fundamentos da adoção do modelo de autogestão na política de saúde brasileira, especialmente na saúde suplementar; descrever o processo de implementação do programa no TRT6; e avaliar os resultados obtidos com a autogestão a partir da experiência dos próprios beneficiários.

Para isso, serão investigados aspectos como a evolução da população atendida, os preços das mensalidades, as receitas financeiras e as despesas assistenciais, além da comparação desses dados com os indicadores do mercado de saúde suplementar. Adicionalmente, será analisada a satisfação dos usuários do programa, buscando compreender seus níveis de aprovação, os pontos de melhoria e as principais demandas dos beneficiários.

Nesse contexto, o presente estudo se propõe a responder as seguintes questões:

1. Como se estruturou o modelo de autogestão em saúde adotado pelo TRT de Pernambuco?
2. Quais os resultados alcançados com a sua implantação?
3. Qual a percepção dos beneficiários com relação à satisfação com este programa?

Dessa forma, este estudo busca não apenas contribuir para o aperfeiçoamento da gestão do TRT6 Saúde, mas também oferecer subsídios para outras instituições públicas que considerem a implementação de modelos semelhantes, fortalecendo o debate sobre a autogestão como uma alternativa viável na saúde suplementar brasileira.

A estrutura da presente dissertação está organizada em sete capítulos. No Capítulo 2 são abordados os fundamentos conceituais e teóricos da autogestão em saúde no contexto das políticas públicas e da saúde suplementar. Já o Capítulo 3 trata da implantação do Programa TRT6 Saúde, contextualizando o papel do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco como ator institucional e descrevendo os principais aspectos organizacionais, operacionais e financeiros do modelo. O Capítulo 4 descreve a metodologia adotada, detalhando o tipo de pesquisa, os instrumentos utilizados, o universo e a amostra, bem como o tratamento dos dados coletados. O Capítulo 5 apresenta a avaliação da satisfação dos beneficiários, a partir da aplicação de questionário estruturado. O Capítulo 6 reúne os principais aspectos da discussão analítica, com base nos indicadores de desempenho e na percepção dos usuários. O Capítulo 7 traz as considerações finais e o Capítulo 8, as recomendações para o aprimoramento do programa e para futuras iniciativas semelhantes em outras instituições públicas.

2 A AUTOGESTÃO COMO MODELO NA SAÚDE SUPLEMENTAR

2.1 Aproximações teóricas do conceito de autogestão

A autogestão é um conceito de múltiplos significados e dinâmico que tem sido estudado em diversas áreas, como a administração, sociologia, economia e políticas públicas. Na sua essência, a autogestão refere-se a sistemas organizacionais, comunitários ou institucionais nos quais os participantes assumem controle direto sobre os processos decisórios e operacionais. Neste contexto, os agentes envolvidos têm poder efetivo para deliberar sobre a alocação de recursos, a organização do trabalho e a definição de estratégias.

Segundo Willy (2022), as experiências autogestionárias remontam a idade média, mas foi sobretudo a partir do século XVIII, com o desenvolvimento do modo de produção capitalista que o tema despertou o interesse, sobretudo na área da economia, e ganhou seus primeiros defensores intelectuais, motivados pela observação de experiências de empresas autogeridas na Iugoslávia e fazendas coletivas na antiga União Soviética, citando autores como Robert Owen (1813), Charles Fourier (1808), Louis Blanc (1839) e Pierre J. Proudhon (1840) como os principais teóricos do cooperativismo moderno.

O tema também foi objeto de análise de importantes economistas clássicos, que consideravam as experiências de autogestão como um contraponto aos empreendimentos capitalistas que se estruturavam em toda a Europa, ressaltando as obras de John Stuart Mill (1848), Karl Marx (1894) e Léon Walras (1896) a James Meade (1989) e Jacques Drèze (1989).

Ao analisar as contribuições teóricas que abordam o conceito de autogestão no século XX, Wily destaca o trabalho do Prychitko (2002), Putterman (2006), Samuel Bowles e Herbert Gintis (1996), Vanek (1996) e Bowles e Gintis (1996), que ajudaram a delinear o conceito de Firma Gerida por Trabalhadores ou cooperativa de produtores. Estruturas produtivas por meio das quais a tomada de decisão final é feita pelos seus próprios trabalhadores, em uma base de igualdade, similar à democracia política, em que os indivíduos obtêm seu direito de voto da sua cidadania.

Para esse autor, as diversas e distintas experiências históricas e leituras teóricas sobre a gestão dos trabalhadores dificultam estabelecer uma definição geral do conceito de

autogestão dos trabalhadores, distanciando-se do pano de fundo ideológico. No entanto, propõe que “a autogestão dos trabalhadores pode ser entendida como um conceito genérico para todos os casos em que as firmas são administradas por quem trabalha nelas com base em uma igualdade inicial de condições e votos” (Willy, 2022, p.10).

Ao analisar as bases epistemológicas da autogestão, Tavares (2021) defende que o conceito de autogestão é construído dentro de um pensamento complexo, onde múltiplos paradigmas dialogam. Isso significa que a autogestão não pode ser entendida apenas como uma prática isolada, mas como parte de um sistema maior de relações e interações.

Segundo a autora, (apud Guillerm e Bourdet 1976) fundamentam que a autogestão é frequentemente tratada na literatura como uma negação da heterogestão. No entanto, essa abordagem não observa completamente todos os elementos constitutivos essenciais de uma autogestão verdadeira. A autogestão, portanto, não é apenas a ausência de heterogestão, mas uma prática com características próprias e específicas (Tavares, 2021, p. 23).

Uma das abordagens apresentadas em sua análise é que conceito de autogestão tem interface com a ideia de Empreendimentos de Economia Solidária (EES) e seus correlatos, como fábricas recuperadas e cooperativas de trabalho. Autores como Busnardo (2006), Cançado (2004), Carvalho (2012), Dickmann e Dickmann (2015), Faria (2005), Pedrini (2000), Pedrini, Tauille e Rodrigues (2004), e Verardo (2003) discutem essas interfaces. No entanto, eles defendem que esses empreendimentos não constituem exatamente autogestão, mas possuem características autogestionárias (Tavares, 2021, p.23).

Na mesma perspectiva, Tavares (2021) demonstra que o conceito de autogestão é frequentemente discutido em relação às Organizações Coletivistas de Produção Associada (OCPA), defendendo a discussão dessa dicotomia como fundamental para entender as nuances e as limitações da autogestão dentro do contexto capitalista.

Segundo Tavares (apud Faria, 2009), as OCPA são formas específicas de organização do trabalho que emergem dentro do sistema capitalista, mas que possuem características autogestionárias. Elas são definidas como unidades produtivas onde os trabalhadores se associam para a produção coletiva de mercadorias, mas ainda operam dentro do mercado capitalista.

Nessa perspectiva, de acordo com Tavares (2021), os pressupostos epistemológicos da autogestão envolvem uma reestruturação do poder e da estrutura organizacional, promovendo a distribuição equitativa do capital, a negação das hierarquias e a instituição de modos de

organização do trabalho que conciliam o pensar com o agir. A autogestão, portanto, é um conceito complexo que vai além da simples oposição à heterogestão, envolvendo uma série de princípios e práticas que promovem a equidade e a participação coletiva na gestão e produção.

Viana (2007), por sua vez, que analisa o conceito de autogestão e democracia dentro da perspectiva marxista, embora esteja na moda a associação do termo com cooperativismo, economia solidária, métodos de gestão de empresas, como cogestão e controle operário, é necessário fazer uma distinção.

O capitalismo envolve todas estas manifestações e as colocam sob sua direção, direta ou indiretamente. Não existem nem podem existir “ilhas de autogestão” cercadas pelo mar do capitalismo. A autogestão só pode existir em locais isolados por um curto período de tempo e em confronto com o conjunto da sociedade capitalista (Estado, mercado, etc.) e desta luta um dos dois vencerá, ocorrendo a destruição da experiência autogestionária ou a generalização da autogestão a nível nacional e posteriormente mundial (Viana, 2007, p. 63).

Para o autor, não é possível conceituar a autogestão fora do contexto histórico e político no qual foi forjado, cuja origem está nas teses de Marx sobre a superação do capitalismo pela classe operária, a abolição do estado e a instalação do “autogoverno dos produtores”, ou seja, a autogestão (Viana, 2007).

Ante o exposto, pode-se concluir que a autogestão representa um conceito multifacetado e complexo, cujas raízes remontam a experiências históricas e teóricas variadas, o qual remonta desde o cooperativismo do século XIX até as cooperativas e Organizações Coletivistas de Produção Associada (OCPA) em sistemas contemporâneos, incluindo a sua interface com a economia solidária. De outro lado, também envolve a discussão em torno da redistribuição de poder e a prática coletiva, mas sua viabilidade dentro de um contexto capitalista ainda é debatida. Assim, o conceito de autogestão é central para a compreensão das possibilidades e limitações das políticas públicas voltadas à democratização das organizações e à participação equitativa dos trabalhadores.

2.2 Autogestão e Políticas Públicas

A autogestão nas políticas públicas constitui um modelo de administração em que os próprios cidadãos ou grupos sociais assumem um papel ativo na definição, implementação e avaliação das políticas que os afetam diretamente. Essa participação tem como objetivo democratizar o poder de decisão, promovendo uma relação mais próxima e colaborativa entre o Estado e a sociedade.

Simões, Macedo e Babo (2011), ao estudarem a contribuição oferecida pela Elinor Ostrom, discorrem sobre como a autora, vencedora do Prêmio Nobel de Economia, defende a ideia da autogestão de recursos comuns como um exemplo bem-sucedido, em que comunidades gerem coletivamente seus próprios recursos naturais sem a intervenção do Estado ou do mercado. Para Ostrom, o autogoverno local oferece soluções mais sustentáveis e equitativas, em comparação aos modelos tradicionais de provisão pública.

Para os autores, os estudos de Elinor Ostrom oferecem uma perspectiva alternativa à teoria de Garrett Hardin, que é amplamente conhecida por sua análise da "Tragédia dos Comuns". Hardin argumenta que a utilização de recursos comuns por indivíduos, motivados por interesses pessoais, inevitavelmente leva à sobre-exploração e degradação desses recursos. Para ele, a solução para evitar essa tragédia reside na nacionalização ou privatização dos bens comuns, uma vez que acredita que apenas a intervenção externa pode garantir a sustentabilidade. Essa visão, embora tenha sido influente, ignora a capacidade das comunidades locais de se auto-organizarem e gerirem seus recursos de maneira eficaz, o que é um ponto central na obra de Ostrom (Simões, Macedo; Babo, 2011).

Em contraste, Ostrom demonstra, por meio de estudos empíricos, que muitas comunidades têm conseguido gerir seus recursos comuns de forma sustentável sem a necessidade de intervenção externa. Ela identifica princípios fundamentais que regem a gestão eficaz desses recursos, como a participação ativa dos utilizadores na definição de regras e a adaptação dessas normas às condições locais. Ostrom argumenta que a cooperação e a auto-organização são essenciais para evitar a tragédia, desafiando a visão de Hardin ao mostrar que, em muitos casos, as comunidades podem desenvolver mecanismos de governança que promovem a sustentabilidade a longo prazo. Assim, enquanto Hardin enfatiza a necessidade de controle externo, Ostrom destaca a importância da gestão comunitária e da capacidade de adaptação das comunidades às suas realidades específicas. (Simões, Macedo; Babo, 2011).

No Brasil, a ideia da autogestão nas políticas públicas foi fortalecida, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que estabeleceu o princípio da participação popular na administração pública. Esse modelo tem sido experimentado em áreas como saúde, educação e meio ambiente, por meio de iniciativas como os conselhos gestores, os orçamentos participativos e as cooperativas. Os conselhos gestores, por exemplo, são órgãos colegiados que reúnem representantes do governo e da sociedade civil para discutir políticas específicas, promovendo uma gestão compartilhada e democrática. Outro exemplo é os orçamentos participativos, onde os cidadãos participam ativamente na definição das prioridades para a

alocação de recursos públicos, fortalecendo o controle social e promovendo uma aplicação mais justa e eficiente dos recursos.

Batista, Domingos e Vieira (2021), ao analisarem a produção científica brasileira sobre o tema, assim se referem ao conceito de ciclo de políticas públicas:

Uma forma de simplificação bastante comum na literatura sobre políticas públicas é a utilização do ciclo de políticas, um modelo abstrato, constituído de estágios, no qual cada etapa é sucedida por outra em um processo linear, desde a identificação do problema até a avaliação da intervenção e o reinício do ciclo. O ciclo de políticas é notadamente uma heurística, uma simplificação forçada do complexo processo de políticas utilizado para impor ordem em um processo que no mundo real não se desenvolve em estágios claramente identificados. (Batista; Domingos; Vieira, 2021, p.1)

Ainda segundo os autores, esse ciclo é composto pelos seguintes estágios: agenda governamental, formulação, adoção, implementação e avaliação da política pública (2020, p.3).

Agenda Governamental: É a fase inicial do ciclo, onde questões ou problemas sociais são identificados como merecedores de atenção governamental. Essa fase envolve a definição da agenda e é fundamental para determinar quais problemas serão abordados pelas políticas públicas.

Formulação de Políticas: Nesta fase, são desenvolvidas alternativas para resolver os problemas identificados. A formulação de políticas envolve a análise de diferentes opções e a escolha das melhores estratégias para atingir os objetivos desejados.

Adoção da Política: A fase onde uma escolha específica é feita entre as várias alternativas formuladas. Esta decisão é tomada por autoridades governamentais, como legisladores e administradores públicos.

Implementação de Políticas: Após a decisão, a política escolhida é colocada em prática. A implementação envolve a mobilização de recursos e a administração das atividades necessárias para executar a política.

Avaliação de Políticas: A última fase do ciclo envolve a avaliação dos resultados da política implementada. Isso inclui a análise de eficácia, eficiência e impacto, com o objetivo de determinar se a política atingiu seus objetivos e quais ajustes podem ser necessários.

Calçada e Reck (2020) propõem um modelo de análise no qual defendem que a participação social pode existir durante todas as etapas do ciclo das políticas públicas. Eles argumentam que essa participação é fundamental para assegurar o caráter democrático das políticas, mesmo quando as etapas são consideradas individualmente. Os autores buscam explorar essa possibilidade e analisar como a participação social pode ser integrada em cada fase do processo de formulação e implementação das políticas públicas.

Argumentam ainda que a administração pública deve ir além da mera garantia dos direitos dos cidadãos, promovendo ativamente a participação da sociedade nas decisões que afetam suas vidas. A Constituição Federal é apresentada não apenas como um documento formal, mas como um compromisso do Estado com os cidadãos, enfatizando a necessidade de um espaço democrático onde as vozes da população possam ser ouvidas e consideradas. (Calçada; Reck, 2020).

Em síntese, a autogestão nas políticas públicas é uma abordagem que visa a democratizar a gestão pública e a fortalecer a participação cidadã. Ela permite que as políticas sejam formuladas de forma mais próxima da realidade dos cidadãos, promovendo uma administração mais transparente, eficiente e equitativa. Embora enfrente desafios, como a necessidade de capacitação e o conflito de interesses, a autogestão oferece uma estrutura de governança que pode levar a políticas públicas mais legítimas e alinhadas com as necessidades sociais, representando um avanço significativo no processo de construção de uma democracia participativa.

2.3 O Direito à Saúde e a Saúde Suplementar no Brasil

De acordo com a UNIDAS (2012), a assistência à saúde nas organizações brasileiras teve início com as empresas ferroviárias na década de 1920, período em que as estradas de ferro eram fundamentais para o crescimento econômico e a integração do território nacional. Essas empresas, cientes da necessidade de manter a força de trabalho saudável para garantir a continuidade dos serviços e evitar interrupções, começaram a estabelecer serviços de saúde e assistência social para seus funcionários. Esse movimento inicial foi impulsionado pela demanda por serviços sanitários e pela necessidade de criar medidas de saúde coletiva que resguardassem a produtividade do setor ferroviário, então considerado um pilar econômico no Brasil.

Em 1923, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) pela Lei Eloy Chaves marcou um passo importante na institucionalização desses esforços. As CAPs foram concebidas como um sistema de previdência social tripartite, financiado por contribuições dos empregados, das empresas e do governo. O sistema visava proporcionar segurança social aos trabalhadores, que, pela primeira vez, podiam contar com benefícios formais, incluindo assistência médica, medicamentos subsidiados, aposentadorias e pensões. A Lei Eloy Chaves também foi inovadora ao permitir a participação dos trabalhadores na administração das CAPs, garantindo-lhes voz na gestão dos recursos.

O alcance das CAPs expandiu-se em 1926 para incluir outras categorias, como trabalhadores portuários e marítimos. No entanto, a segmentação por empresa e categoria profissional significava que grande parte da população, incluindo trabalhadores informais e rurais, permanecia sem qualquer forma de assistência social. Na década de 1930, com o crescimento das CAPs e a expansão de demandas sociais, o Estado encontrou dificuldades em fiscalizar e coordenar as atividades dessas entidades devido à carência de mecanismos de controle administrativo na “República Velha”, agravada pela ausência de um aparato estatal robusto.

A ascensão de Getúlio Vargas ao poder em 1930 trouxe uma série de mudanças institucionais com o intuito de conquistar o apoio das classes trabalhadoras e empresariais. Vargas criou o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, um órgão voltado para regular as relações entre Estado, trabalhadores e empregadores, e promoveu a reforma do sistema de aposentadorias e pensões, ampliando seu alcance. Foi durante esse período que os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) foram instituídos, como o IAP dos Marítimos (IAPM), o dos Comerciários (IAPC), o dos Bancários (IAPB) e o dos Industriários (IAPI). Os IAPs substituíram muitas das CAPs, que foram absorvidas por esses novos institutos centralizados, enquanto outras sobreviveram até a década de 1960, como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), que continua ativa até hoje e é considerada a maior entidade de autogestão em saúde do país.

Durante os anos 1940 e 1950, os IAPs representavam a principal forma de assistência à saúde, mas beneficiavam apenas uma parcela dos trabalhadores formais, evidenciando um caráter excludente. O sistema deixava à margem não apenas trabalhadores informais e rurais, mas também aqueles pertencentes a categorias profissionais menos organizadas. Com o fortalecimento das lutas trabalhistas e sociais ao longo da década de 1950, algumas mudanças legislativas foram conquistadas. Dentre elas, destacam-se a ampliação da cobertura dos IAPs

para incluir assistência médica aos aposentados e pensionistas, além da construção de hospitais e ambulatórios.

Após o golpe militar de 1964, uma reforma previdenciária consolidou cinco dos seis IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser responsável pela cobertura de assistência médica, ambulatorial e hospitalar de todos os trabalhadores formais, incluindo empregadas domésticas, trabalhadores autônomos e a população rural. Essa fusão pretendia simplificar a administração previdenciária e centralizar a gestão da saúde, mas também trouxe novos desafios relacionados ao financiamento e à capacidade de atendimento.

Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, e o INPS foi dividido em três órgãos para melhorar a eficiência administrativa: o Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), encarregado da arrecadação; o INPS, que continuou responsável pela concessão de benefícios previdenciários; e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), criado para administrar exclusivamente a assistência médica previdenciária. Essa divisão buscava aumentar a especialização dos serviços e garantir maior transparência e controle, embora a demanda crescente e a limitação de recursos ainda representassem grandes obstáculos.

Entre as décadas de 1970 e 1980, a assistência médica continuava predominantemente vinculada ao trabalho formal, excluindo grande parte da população e perpetuando desigualdades no acesso à saúde. Esse contexto estimulou o movimento pela Reforma Sanitária, que defendia a criação de um sistema de saúde universal e descentralizado, consolidando-se no Sistema Único de Saúde (SUS) com a promulgação da Constituição de 1988. Essa nova perspectiva incorporava a saúde como direito de cidadania, desvinculando-a da relação de emprego e destacando o acesso universal como responsabilidade do Estado.

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais do estado de bem-estar social propugnado pela Constituição Federal de 1988 no Brasil e assegura a saúde como um direito social fundamental, de acesso universal e igualitário. A partir dessa premissa, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado, com o objetivo de materializar esse direito através de um sistema de saúde público, gratuito e acessível a todos os cidadãos. Paralelamente, o setor de saúde suplementar, que inclui os planos de saúde privados, também se consolidou como uma alternativa complementar, mas não substitutiva, ao SUS.

A Constituição de 1988 abordou a Saúde Suplementar ao autorizar que o Poder Público utilizasse serviços privados de saúde em situações onde os recursos públicos fossem insuficientes, devido à baixa alocação orçamentária e/ou à dificuldade de gestão do sistema público de saúde. Com a Lei 9.656/1998, o sistema de saúde suplementar, abrangendo planos e seguros de saúde privados, foi reorganizado e regulamentado. Posteriormente, a Lei 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), cuja função é regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que asseguram a oferta de assistência suplementar à saúde.

Os beneficiários dos serviços de saúde suplementar são atendidos pelas firmas operadoras, as quais estão subdivididos em função da sua modalidade, de acordo com a Resolução Normativa (ANS, 2000).

Modalidade e tipos de operadoras de saúde:

Autogestão: é a modalidade na qual uma organização administra, sem finalidade lucrativa, a assistência à saúde dos beneficiários a ela vinculados: empregados ativos e/ou aposentados e/ou pensionistas e/ou dependentes.

Cooperativa Médica e/ou Odontológica: sociedades sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, para prestação de serviços de saúde médica e odontológica ou exclusivamente odontológica;

Filantropia: entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde, certificadas como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social, CNAS, e declaradas de utilidade pública junto ao Ministério da Justiça ou junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais;

Medicina e/ou Odontologia de Grupo: demais firmas ou entidades que operam planos privados de assistência médica e odontológica ou somente odontológica;

Administradora de Benefícios: firmas que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos conforme ANS (2020);

Seguradora Especializada em Saúde: sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde, desde que estejam constituídas como seguradoras especializadas nesse seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades, na forma da Lei 10.185/2001.

A forma de prestação dos serviços entre as operadoras dentro da saúde suplementar ocorre da organização de redes de atendimento, que se organizam da seguinte forma:

Rede própria de atendimento: Cooperativas Médicas, as firmas de Medicina de Grupo e as entidades Filantrópicas, cujo atendimento aos beneficiários dos planos de saúde são direcionados preferencialmente (obrigatoriamente) para as unidades próprias de saúde (hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios entre outras), bem como aos profissionais do quadro próprio e/ou cooperados;

Rede terceirizada: Seguradoras Especializadas em Saúde e as Autogestões, cujo atendimento é terceirizado com livre escolha entre os profissionais e/ou unidades de saúde credenciadas: clínicas, hospitais, laboratórios entre outras;

Rede mista: complementar às redes próprias.

2.4 O SUS e a Saúde Complementar

Em seu artigo 196, a Carta Magna estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação". Este dispositivo legal transforma a saúde em um direito público subjetivo, obrigando o estado a agir para garantir o bem-estar da população.

O SUS foi instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/1990), regulamentando o artigo 198 da Constituição de 1988. A organização do SUS baseia-se nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, operando sob a lógica da descentralização administrativa, com a participação da comunidade e a integração das ações de saúde em todos os níveis de governo: federal, estadual e municipal. A descentralização administrativa permite que as ações de saúde sejam geridas de forma mais próxima da população, adaptando-se às especificidades regionais e culturais de cada localidade.

Além disso, o SUS incorpora a participação social em suas instâncias decisórias através dos Conselhos de Saúde, que são espaços de deliberação onde representantes do governo, trabalhadores da saúde, usuários e prestadores de serviços discutem e definem as diretrizes para a política de saúde. Moreira e Escorel (2009), ao analisarem a democratização das políticas municipais de saúde por meio dos conselhos de saúde, destacam que essa participação cidadã é um dos diferenciais do SUS, pois fortalece a democracia participativa e a transparência na gestão pública da saúde.

Segundo Moreira; Escorel (2009, p.4), "O movimento pela Reforma Sanitária, que compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura, pela redemocratização e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, incorporou e agiu por meio da participação popular." Esta diretriz foi incorporada pela Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Como já mencionado, embora o Sistema Único de Saúde tenha sido concebido como de acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos, a expansão da saúde suplementar ofertada pelos planos privados de saúde no Brasil é um fenômeno que tem sido amplamente discutido e analisado, especialmente em relação às contradições e insuficiências do SUS.

De acordo com Sousa (2014, p.2), "No que se refere aos direitos sociais, considera-se que a compreensão da universalidade pode ser incorporada de forma diferenciada, a partir de duas perspectivas: a social democrática, que concebe o direito social inerente a todos e a liberal, que compreende que o acesso deve ser viabilizado através do mercado". Na primeira, forjada pela reforma sanitária, a assistência à saúde é vista como um direito de todos e deve ser garantida e financiada pelo Estado, utilizando recursos provenientes da arrecadação de impostos, taxas, contribuições, ou seja, pelo orçamento público. Já a segunda, trata-se da visão restrita da universalização, cabendo ao Estado uma cobertura focalizada naqueles que mais precisam e que não teriam de pagar pelos serviços de saúde, pois seria demasiadamente oneroso o Estado assegurar saúde para todos.

O binômio – focalização e universalização – está relacionado às formas de pobreza e desigualdade social que fundaram o sistema de proteção social brasileiro. E como a saúde já foi instituída numa dicotomia, assistência médica previdenciária e ações de caráter coletivo, o modelo sempre foi duplamente fragmentado, tanto de forma financeira (contando com recursos contributivos salariais de uma parcela da população, enquanto a outra depende dos recursos orçamentários), como de forma social (que segmenta o acesso de assalariados e de pobres não assalariados). SOUSA (2014, p.2 apud Cohn 2005).

Dessa forma, se consolidou no Brasil a convivência de três grandes subsistemas na saúde do nosso país: o SUS, que é público e destinado a todos; o privado, de atenção médica suplementar destinado a uma parcela que possui planos de saúde; e o sistema privado, de desembolso direto. Entre os dilemas enfrentados pelo SUS se encontra a contradição de: "instituir-se como um sistema público de saúde para todos" ou ser caracterizado como um sistema destinado apenas à população mais pobre (Mendes, 2005, p. 35).

Mascarenhas (2019, p.14 apud PAIN 2016), por sua vez, afirma que no campo da saúde existem três projetos em permanente disputa:

MERCANTILISTA, ou expansionista, onde a saúde não figura como direito, mas como mercadoria; RACIONALIZADOR ou revisionista, em que há certa flexibilização das diretrizes do sistema diante de forças hegemônicas; e, o DEMOCRÁTICO, mais diretamente ligado à luta da reforma sanitária brasileira, a qual defendeu, por admitir a pluralidade de ideologias e favorecer a participação social.

Na mesma linha, Bahia (2001) analisa que as falhas e limitações do SUS impulsionaram a busca por alternativas no setor privado, refletindo também as políticas neoliberais que promovem a privatização e a redução do papel do Estado na provisão de serviços públicos. A autora destaca a complexa relação entre o setor público e privado na assistência médica suplementar, destacando a regulamentação governamental e suas implicações.

Defende assim uma análise mais detalhada das políticas governamentais e das suas implicações no mercado de planos e seguros de saúde no Brasil, destacando a necessidade de uma reflexão mais profunda sobre as inter-relações entre o SUS e os planos privados de saúde, com vistas a uma regulação mais eficaz e equitativa do setor. Concluir que a complexidade da relação entre o público e o privado na assistência médica suplementar exige uma abordagem multifacetada, que considere tanto os aspectos estruturais e políticos quanto às implicações práticas para garantir um sistema de saúde mais justo e acessível para todos. (Bahia, 2001).

2.5 O Modelo de Autogestão em Saúde

De acordo com a ANS as operadoras de planos de saúde se subdividem em cinco categorias:

1. Autogestões
2. Cooperativas Médicas
3. Filantropia
4. Medicina de Grupo
5. Seguradoras Especializadas em Saúde

Ao se consultar os dados da Sala de Situação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS tem-se que a saúde suplementar atualmente é responsável pelo atendimento de 51,4 milhões de usuários em todo o país, atendidos por um total de 666 operadoras ativas, correspondendo a uma taxa de cobertura de 25,34% da população brasileira.

Já o segmento das autogestões atende em todo o território nacional 3.909.130 beneficiários, com uma taxa de cobertura da população nacional de 1,95%, por meio de 139 operadoras ativas, cujos planos de saúde estão distribuídos em 77 planos coletivos empresariais (53,8%) e 64 planos coletivos por adesão (44,7%).

No segundo trimestre de 2022, o segmento apresentou receitas de contraprestações de R\$13,8 bilhões e um total de despesas assistenciais de R\$12,6 bilhões. A taxa de sinistralidade, que é a relação entre despesas e receitas do setor, foi de 92%.

O conceito de autogestão aplicado à saúde suplementar no Brasil começou a ganhar força na segunda metade do século XX, principalmente a partir da década de 1960, com a criação de diversas caixas assistenciais para empregados de grandes empresas e associações profissionais. O foco inicial dessas entidades era oferecer assistência à saúde com custos reduzidos e maior previsibilidade para os empregadores, que assumiam a responsabilidade pelo cuidado de seus empregados, utilizando a lógica da autogestão.

Segundo o Relatório de Avaliação do Resultado Regulatório (ARR) da ANS sobre as Autogestões:

Durante a década de 1970, as empresas optaram por gerenciar diretamente a assistência médica hospitalar de seus empregados, ao invés de contratar empresas médicas. Promoveram um extenso credenciamento de prestadores de serviço, para substituir as coberturas que vinham sendo viabilizadas por serviços próprios, por uma pequena rede credenciada e/ou por mecanismos de reembolso de despesas. Algumas destas empresas modificaram os mecanismos de financiamento dos planos de saúde, no sentido de introduzir ou ampliar a parcela de contribuição do empregado, embora a maioria dos planos continuasse sendo totalmente financiada pelas empresas empregadoras. (Apud Gama, 2003, p.39).

Esse movimento que levou a administração própria da assistência médica e hospitalar, parametrizada de acordo com as necessidades de cada empresa empregadora, foi a origem do que hoje se convencionou chamar de autogestão ou planos autoadministrados.

A partir da regulamentação do setor pela Lei nº 9.656/1998, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde e delimitou o chamado mercado de saúde suplementar

em nível nacional, as operadoras de autogestão passaram a ter mais visibilidade e reconhecimento formal, sendo obrigadas a seguir as regras estabelecidas pela ANS. Com isso, o número de operadoras de autogestão cresceu, especialmente no setor de grandes empresas públicas e privadas, que passaram a ver essas operadoras como uma forma de atrair e reter talentos, ao mesmo tempo que controlavam os custos com saúde.

Posteriormente, a partir da necessidade de aprofundar a regulamentação desse segmento na saúde suplementar, a ANS, na sua 151ª Reunião de Diretoria Colegiada, realizada em 14 de novembro de 2006, aprovou a Resolução Normativa n.º 137, publicada na mesma data. Esta RN aprofunda a regulação desse segmento de planos de saúde, definindo a sua natureza jurídica, estabelecendo critérios de elegibilidade, normatizando regras para o monitoramento econômico-financeiro e para a regulação prudencial.

São três os tipos de autogestão definidos no art. 2º deste normativo:

1. Autogestão por RH – “a) pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus (i) sócios da pessoa jurídica, (ii) administradores e ex-administradores da entidade de autogestão, (iii) empregados e ex-empregados da entidade de autogestão, (iv) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à entidade de autogestão, (v) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, e (vi) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente”;

2. Autogestão com Mantenedor – “b) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora, opera plano privado de assistência à saúde com mantenedora exclusivamente aos (i) empregados e servidores públicos ativos da entidade pública patrocinadora, (ii) empregados e servidores públicos aposentados da entidade pública patrocinadora, (iii) ex-empregados e ex-servidores da entidade pública patrocinadora, (iv) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores; (v) sócios ou associados da entidade privada patrocinadora ou mantenedora da entidade de autogestão, (vi) empregados e ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão; (vii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão ou a sua entidade patrocinadora ou mantenedora; (viii) pensionistas dos beneficiários descritos no itens anteriores; (ix)

respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente; sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente”;

3. Autogestão sem Mantenedor – “c) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor, e aos seguintes beneficiários: (i) empregados, ex-empregados, administradores e ex-administradores da própria entidade de autogestão, (ii) aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à própria entidade de autogestão, (iii) pensionistas dos beneficiários descritos nos itens anteriores, (iv) respectivos grupos familiares até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos anteriormente”. (ANS, 2022).

De acordo com a RN 137, as operadoras de autogestão possuem características próprias: não possuem finalidade lucrativa, destinam-se a um público fechado e específico e seus participantes (exceção feita às autogestões de departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado) participam de sua administração, integrando os seus órgãos colegiados de administração superior. Além disso, ela só pode contratar de forma direta sua rede credenciada, sendo vedada a terceirização, que só pode ocorrer em casos específicos.

Para Rosa; Farias Filho (2015), a autogestão em saúde é uma modalidade de administração de planos de saúde na qual a própria empresa ou outro tipo de organização institui e administra, sem finalidade lucrativa, o programa de assistência à saúde de seus beneficiários, configurando-se uma forma de organização social fundada nos princípios da solidariedade, cooperação, apoio mútuo, autonomia e auto-organização, representando uma mobilização social que nasce da consciência dos envolvidos.

Esses autores, ao analisarem a gestão de planos de saúde na modalidade de autogestão em uma autarquia pública federal, propuseram cinco condicionantes que podem servir de ponto de partida para o estudo aqui proposto, quais sejam:

Gestão Participativa – As autogestões se diferenciam pela participação dos beneficiários nas decisões, sejam operacionais, sejam estratégicas.

Custo – Como as autogestões não visam lucro, o controle dos custos torna-se fator importante para a gestão do plano. Com o contato direto com os prestadores é mais fácil administrar os custos, negociar preços e serviços.

Flexibilidade – Como é administrado em conjunto com seus beneficiários, o plano de autogestão apresenta maior flexibilidade que as operadoras de mercado seja na contratação da rede credenciada, seja na relação com o beneficiário.

Rede Credenciada – As autogestões devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas e adequadas às suas necessidades.

Promoção à saúde – Nas autogestões é mais fácil o mapeamento de riscos e o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas às características e necessidades da população assistida.

Algumas experiências de autogestão em saúde, no entanto, não foram alcançadas pela definição estabelecida pela Lei 9.646/98 e pela Resolução Normativa DC/ANS nº 137, de 14/11/2006. Trata-se de autogestões com natureza jurídica pública, criadas com o objetivo de prestar assistência médica, hospitalar, odontológica e farmacêutica aos servidores e membros da administração pública nas esferas municipal, estadual e federal.

Esse segmento foi chamado por Da Silva Trindade (2005) como Operadoras Públicas Patrocinadas (OPPs) ou Autogestão Público-Patrocinada, organizadas pelas próprias instituições para prestarem assistência à saúde aos seus quadros de pessoal utilizando-se de rede própria ou rede credenciada de prestadores de serviço, cujas operações não sofrem nenhum tipo de regulação ou fiscalização estatal, já que não estão submetidas à regulação da ANS.

Tais planos não-tradicionais de saúde suplementar podem ser denominados de Sistema de Autogestão Público-Patrocinada – APP, modalidade sem fins econômicos e lucrativos destinada a servidores civis e militares, ativos, da reserva, aposentados, pensionistas e seus respectivos dependentes, de Instituições de Direito Público da União, dos Estados e Municípios e do Distrito Federal. (Da SILVA TRINDADE, 2005, p.363).

Para Da Silva Trindade, as autogestões em saúde nessa modalidade podem se apresentar da seguinte forma:

Autogestão Patrocinada Direta (ou Pura) - Neste modelo, a gestão integral do plano de assistência à saúde privada ocorre internamente, dentro da própria estrutura da organização, sem delegar as funções administrativas a uma entidade externa. Um exemplo prático desse sistema é o da Marinha do Brasil, que mantém sua “rede própria” de atendimento, composta pelo Subsistema Assistencial da Marinha, com hospitais, ambulatórios, clínicas, centros odontológicos, unidades de saúde mental e serviços de perícia médica. Com a autogestão direta, é possível expandir a cobertura e a atuação geográfica desse sistema, incluindo o credenciamento de fornecedores de serviços de saúde para complementar a rede própria. Contudo, a implementação desse modelo não é considerada a mais apropriada, dado que a complexidade gerencial poderia competir com as atividades principais da organização.

Autogestão Indireta – Na autogestão indireta, a organização opta por parcerias com entidades de autogestão já existentes. Nesse modelo, embora a organização não tenha controle administrativo direto sobre a carteira de beneficiários, conseguem assegurar vantagens em termos de custos, qualidade do atendimento e um sistema de gestão que compartilha princípios semelhantes aos da instituição, mantendo o caráter não lucrativo.

Autogestão Patrocinada Derivada de Associações Já Constituídas – Este modelo é apontado como o mais viável para a criação de um sistema de Autogestão Patrocinada, destinado a cobrir um contingente significativo de servidores que são atendidos por planos e seguros de saúde por meio de contratos coletivos por adesão. As principais razões que favorecem este modelo incluem: (a) facilidade de constituição de uma pessoa jurídica sem fins econômicos, conforme o art. 53 do Novo Código Civil; (b) liberdade e flexibilidade administrativa típica de uma entidade privada; (c) otimização da utilização dos recursos, com gestão focada nas necessidades da associação; (d) maior transparência na administração; (e) especialização dos profissionais de saúde suplementar; e (f) maior engajamento emocional dos usuários, que se veem como “fundadores” da entidade, promovendo uma conscientização mais responsável no uso dos recursos. (2007, p.364).

O autor cita como exemplos de autogestões em saúde nessa modalidade: ALEMEG - Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais; BACEN – Banco Central do Brasil; ECT – Empresa de Correios e Telégrafos; Eletrobras Termonuclear; INB – Indústrias Nucleares do Brasil; Senado Federal; SERPRO – Serviço Federal de Processamento de Dados. Com os mesmos propósitos, encontramos também as empresas públicas de direito privado que mantêm planos de autogestão clássicos para seus usuários, tais como: EMGEPRON –

Empresa Gerencial de Projetos Navais; PETROBRÁS (economia mista); NUCLEP; EMBRAPA – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária; CEF – Caixa Econômica Federal e, na condição de ex-empresas públicas, a Embratel – Empresa Brasileira de Telecomunicações e a CVRD – Companhia Vale do Rio Doce.

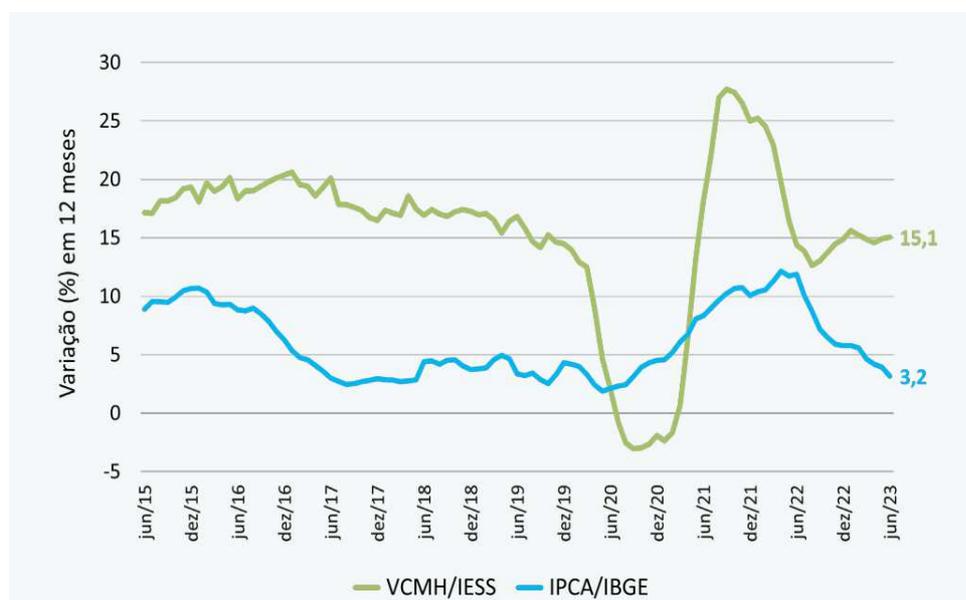
O Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (Pernambuco) se insere como uma autogestão público-patrocinada, assim como outros programas existentes no Poder Judiciário, as quais serviram de referência para a sua criação, tais como o Tribunal Superior do Trabalho (TST Saúde), o Tribunal Regional do Trabalho da 5ª Região (TRT5 Saúde – Bahia), o Tribunal Regional do Trabalho da 8ª Região (PAS- TRT8 – Pará e Amapá), o Ministério Público Federal (Plan-Assiste).

No capítulo a seguir pretende-se analisar o processo de implantação do TRT6 Saúde, contextualizando o programa dentro do arcabouço legal e normativo existente, como este se estruturou administrativamente dentro da burocracia do tribunal, as negociações para a sua implantação com os *stakeholders*, a forma de custeio, o modelo de assistência à saúde adotado, assim como os principais resultados obtidos nos seus cinco anos de existência em comparação com indicadores do mercado de saúde suplementar.

2.6 Desafios para a Sustentabilidade

No Brasil, as autogestões em saúde enfrentam uma série de desafios, exigindo a utilização de estratégias inovadoras e eficientes para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços prestados aos seus beneficiários. Entre os principais desses desafios estão a crescente elevação das despesas assistenciais, o processo de envelhecimento populacional, o avanço das condições crônicas de saúde, a incorporação de novas tecnologias em saúde e a complexidade regulatória estabelecida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A tendência de crescimento nas despesas assistenciais é uma realidade desafiadora para a saúde suplementar, uma vez que a variação dos custos com saúde não tem acompanhado a inflação geral. De acordo com o Instituto Estudos em Saúde Suplementar (IESS) a variação dos custos Médico-Hospitalares tem se situado acima da inflação geral medida pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/ IBGE, como demonstra o Gráfico 1. Em junho de 2023, enquanto a VCMH apurada foi de 15,1%, a inflação medida pelo IPCA foi de 3,2%.

Gráfico 1 – Série histórica da VCMH/IESS e IPCA/IBGE em variação de 12 meses

Fonte Instituto de Estudos em Saúde Suplementar - IESS¹

A Pesquisa Nacional Unidas 2024 revela que para as operadoras de autogestão em saúde essa realidade não é diferente. Entre 2020 e 2023, “observou-se um aumento contínuo nas despesas assistenciais anuais per capita, que passaram de R\$ 6.169,25 em 2020 para R\$ 8.644,54 em 2023. Esse crescimento reflete a crescente demanda por serviços de saúde e seu impacto direto nos custos per capita” (UNIDAS, 2024, p.117).

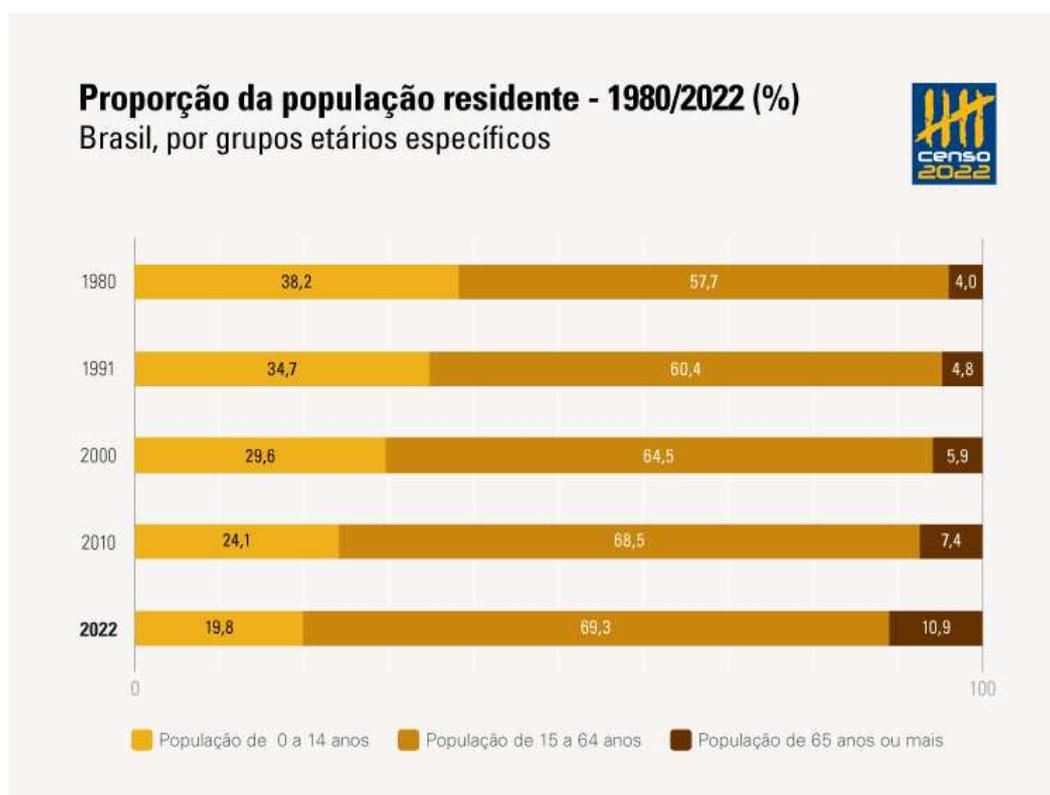
A relação entre os custos assistenciais e as receitas provenientes das contraprestações pagas pelos beneficiários e dos aportes do patrocinador é medida pela taxa de sinistralidade.

Essa elevação pode ser explicada em parte pelo fenômeno do envelhecimento da população brasileira, que tem provocado uma elevação na demanda por serviços de saúde, aumentando os custos assistenciais das autogestões. De acordo com o Censo IBGE 2022, “a população idosa com 60 anos ou mais de idade chegou a 32.113.490 (15,6%), um aumento de 56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%)”. (IBGE, 2023).

Já a Pesquisa Nacional UNIDAS 2024, aponta que o percentual de beneficiários com 59 anos e mais era de 37,9% nas operadoras de pequeno porte. Essa realidade exige que as operadoras se adaptem na oferta de serviços e na gestão financeira para manter a sustentabilidade.

¹https://www.iess.org.br/sites/default/files/2024-01/VCMH_Dezembro2023.pdf. Acesso em 23/03/2025.

Figura 1 – Proporção da População Residente 1980/2022 (%)



Outro fator importante que pode estar relacionado ao processo de envelhecimento é a prevalência das condições crônicas de saúde, que representa outro grande desafio, aumentando a necessidade de cuidados contínuos, especializados, com uma complexidade maior. As condições crônicas são um “conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco que podem resultar em incapacidades funcionais. São condições que não são causadas por uma infecção e não são transmitidas, mas sim desenvolvidas pelo próprio organismo.” (IESS, 2022). Algumas dessas doenças mais prevalentes no Brasil são hipertensão arterial, diabetes, doenças pulmonares e do coração, depressão, câncer, entre outras. Para amenizar esses impactos, a adoção de modelos de atenção primária à saúde e programas de prevenção e promoção da saúde têm se mostrado eficazes na redução de complicações e custos associados.

Os avanços da evolução tecnológica na área da saúde, embora tragam benefícios diagnósticos e terapêuticos, também eleva os custos assistenciais. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é responsável por regular a cobertura obrigatória através da

²<https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em 23/03/2025.

incorporação de novos exames, medicamentos, tratamentos e terapias para doenças raras e procedimentos de alta tecnologia, ampliando as opções de cuidado para os beneficiários. No entanto, essas novas tecnologias podem impactar as despesas, desafiando as operadoras de autogestão a se adequarem às novas exigências sem comprometer a sustentabilidade do sistema.

Outro componente importante nesse cenário desafiador é a chamada judicialização da saúde, que reflete o crescimento das demandas dos usuários no Poder Judiciário para assegurar o acesso a tratamentos, medicações e procedimentos pelo sistema de saúde.

Dados do Conselho Nacional de Justiça revelam que o volume de processos entre 2022 e 2023 passou de 295.920 para 344.21. Já entre janeiro e novembro de 2024, foram registradas 345.666 ações em âmbito estadual e federal. Até outubro, o Ministério da Saúde já havia desembolsado mais de R\$ 1,6 bilhão para cumprir demandas judiciais. (INAFF, 2025).

Na saúde suplementar, “em 2023, o gasto das operadoras com a judicialização foi de R\$ 5,5 bilhões, um crescimento de 100% com relação a 2020. (Carvalho; Aragão, 2024).

Como alternativas a esse cenário, a transformação digital surge como uma aliada na busca por eficiência e sustentabilidade. A adoção de tecnologias como a telemedicina e recursos de inteligência artificial, que otimizam processos, reduzem custos e personalizam serviços pode melhorar a experiência do beneficiário e a gestão interna das operadoras. Além disso, parcerias baseadas em transparência e qualidade são essenciais para assegurar uma assistência eficaz e inovadora aos pacientes.

A sustentabilidade financeira das autogestões também depende de uma gestão eficiente dos recursos, equilibrando custos e acessibilidade. Flexibilizar regulamentações, reduzir a burocracia e adotar modelos mais sustentáveis são passos fundamentais para o fortalecimento do setor.

Em resumo, os desafios para a sustentabilidade das autogestões no Brasil são multifacetados, exigindo uma abordagem integrada que considere fatores demográficos, tecnológicos, regulatórios e de gestão. A adoção de estratégias inovadoras, a eficiência operacional e a adaptação às mudanças são essenciais para garantir a continuidade e a qualidade dos serviços de saúde suplementar no país.

3 A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE NO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO – TRT6 SAÚDE

3.1 O TRT6 como Ator Político-institucional

A Justiça do Trabalho no Brasil, com mais de 80 anos de existência, firmou-se como um dos principais agentes do Estado na promoção da paz social, da cidadania e da humanização das relações de trabalho. Fruto de um longo processo histórico de reivindicações da classe trabalhadora, sua institucionalização decorreu da necessidade de mediar os conflitos oriundos do processo de transição do trabalho escravizado para o trabalho livre e assalariado, diante de um contexto marcado por desigualdades e exclusão social. (TRT6, 2020).

O Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6), com sede em Pernambuco, insere-se nesse processo como um dos órgãos que integram o Poder Judiciário da União, especializado na jurisdição trabalhista. Sua instalação remonta ao dia 1º de maio de 1941, no Bairro do Recife, inicialmente como Conselho Regional do Trabalho da 6ª Região, vinculado ao Poder Executivo. Com a promulgação do Decreto-Lei nº 9.797/1946, a Justiça do Trabalho foi incorporada ao Poder Judiciário, e, dois anos depois, o quadro de pessoal do Judiciário Trabalhista foi criado pela Lei nº 409/1948.

No período de 1946 a 1964, o TRT6 experimentou crescimento progressivo de sua estrutura, expandindo-se para o interior do estado e consolidando sua atuação jurisdicional, inclusive durante o período da ditadura militar entre 1964 e 1985, quando se destacou como espaço de afirmação de direitos fundamentais do trabalho, tanto urbanos quanto rurais. (TRT6, 2020).

A partir da Constituição de 1988, a Justiça do Trabalho consolidou-se como instrumento de efetivação da justiça social, ampliando sua capilaridade territorial e sua relevância institucional. Com a criação de novos Tribunais Regionais (como os da 13ª e 19ª Regiões), o TRT6 passou a ter jurisdição exclusiva sobre o Estado de Pernambuco. Desde então, passou por diversas expansões estruturais, incluindo a instalação de novas Varas do Trabalho e a modernização dos seus serviços.

Outro marco relevante foi a Emenda Constitucional nº 24/1999, que extinguiu a representação classista no Judiciário Trabalhista, conferindo maior tecnicidade às decisões

judiciais. No plano administrativo, o TRT6 passou a adotar inovações como a informatização processual, o processo judicial eletrônico (PJe), a utilização de inteligência artificial e, mais recentemente, a adaptação ao teletrabalho e ao teleatendimento durante a pandemia de Covid-19. (TRT6, 2020).

Desde a sua criação, o TRT6 tem desempenhado um papel relevante não apenas como instituição julgadora de conflitos individuais e coletivos oriundos das relações de trabalho, mas também como ator institucional comprometido com a promoção de direitos sociais, a valorização do servidor público e o fortalecimento da cidadania.

O papel institucional deste órgão também se manifesta por meio de sua atuação em políticas públicas internas e externas. A exemplo disso, a implementação do Programa de Autogestão em Saúde (TRT6 Saúde) reflete uma política inovadora e alinhada à Resolução CNJ nº 294/2019, que regulamenta a assistência à saúde suplementar no âmbito do Poder Judiciário. Essa iniciativa evidencia o compromisso do Tribunal com a sustentabilidade da gestão pública, o bem-estar dos servidores e a eficiência administrativa.

Além disso, o Tribunal também atua conforme as diretrizes do Planejamento Estratégico da Justiça do Trabalho e as políticas nacionais do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), a exemplo da Resolução CNJ nº 207/2015, que instituiu a Política de Atenção Integral à Saúde de Magistrados e Servidores do Poder Judiciário.

A participação ativa do TRT6 em outros temas como sustentabilidade, equidade de gênero, acessibilidade, erradicação do trabalho infantil, prevenção dos acidentes de trabalho, combate ao assédio moral e sexual e valorização da diversidade institucional reforça seu papel como agente de transformação social e de inovação na gestão pública.

3.2 O Contexto da Implementação do Programa

O Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6) oferece assistência à saúde aos seus magistrados e servidores ativos e inativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes e agregados desde 1990. A primeira norma institucional tratando do assunto foi aprovada em 25/10/1990, ou seja, antes mesmo da publicação da lei federal que regulamentou o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas

federais. Porém a Resolução Administrativa TRT N° 16/1990 foi publicada no Diário Oficial do Estado (DOE) no mesmo dia da Lei Federal 8.112/1990.

Em pesquisa realizada no sistema de normas internas do TRT6, verifica-se a existência das seguintes normas que regulamentaram esse benefício na instituição:

Quadro 1 - Normas Internas Regulamentadoras da Assistência à Saúde no TRT6

Norma	Data de Publicação	Ementa
Resolução Administrativa N° 16/1990	01/11/1990	Plano de Assistência Médica
Resolução Administrativa N° 15/1994	07/07/1994	Expedir Ato regulamentando o Plano de Assistência Médica
Ato TRT N° 362/1994	8/07/1994	Regulamenta o Plano de Assistência Médica-PLAM
Ato TRT N° 391/1994	09/08/1994	Regulamenta o Plano de Assistência Médica-PLAM
Ato TRT N° 427/1997	02/10/1997	Referente ao Plano de Assistência Médica deste Tribunal
Ato TRT N° 93/2003	21/02/2003	Processo Administrativo TRT6 n° 115/02, que objetiva escolher, mediante Licitação na modalidade Concorrência, Plano de Assistência Médica e Hospitalar
Ato TRT N° 317/2007	27/07/2007	Regulamenta a assistência à saúde dos magistrados e servidores, ativos e inativos, aos seus dependentes e aos pensionistas estatutários desta Justiça do Trabalho, será prestada na forma estabelecida neste Ato, que institui o Programa de Assistência à Saúde, em substituição ao Programa de Assistência Médica e Hospitalar
Resolução Administrativa N° 13/2018	22/4/2019	Autoriza a implantação do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região e aprova o seu Regulamento Geral

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

O art. 230 da Lei 8.112/1990 estabelece que:

A assistência à saúde do servidor, ativo ou inativo, e de sua família compreende assistência médica, hospitalar, odontológica, psicológica e farmacêutica, terá como diretriz básica o implemento de ações preventivas voltadas para promoção da saúde e será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, diretamente pelo órgão ou entidade ao qual estiver vinculado o servidor, ou mediante convênio ou contrato, ou ainda na forma de auxílio, mediante ressarcimento parcial do valor despendido pelo servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes ou pensionistas com planos ou seguros privados de assistência à saúde, na forma estabelecida em regulamento. (Brasil, 1990).

Já a Resolução nº 294, de 18 de dezembro de 2019, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário, reconheceu em seu art. 4º, inciso I, a autogestão em saúde como uma modalidade de assistência à saúde a ser adotada pelos órgãos do Poder Judiciário de todo o país.

Art. 4º A assistência à saúde dos beneficiários será prestada pelo Sistema Único de Saúde – SUS e, de forma suplementar, por meio de regulamentação dos órgãos do Poder Judiciário, mediante:

I – autogestão de assistência à saúde, conforme definido em regulamento próprio aprovado pelo órgão, inclusive com coparticipação;

II – contrato com operadoras de plano de assistência à saúde;

III – serviço prestado diretamente pelo órgão ou entidade; ou

IV – auxílio de caráter indenizatório, por meio de reembolso. **(grifo nosso).**

Até o ano de 2018, o Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região – Pernambuco prestava assistência à saúde aos seus magistrados e servidores por três modalidades: i) de forma direta, por meio de ambulatório interno, que dispõe de equipe multiprofissional (médicos, odontólogos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais), ii) pelo pagamento de auxílio financeiro (auxílio-saúde), bem como por intermédio do iii) contrato de prestação de serviços com operadora de plano de saúde no modelo de plano de saúde coletivo por adesão.

Até então, a assistência à saúde prestada pelo TRT6 aos magistrados e servidores era regulamentada pelo Ato Administrativo TRT nº 317/2007, o qual regulamentava o Programa de Assistência à Saúde. Por esta norma, o TRT6 assegurava aos beneficiários o ressarcimento do valor despendido pelo magistrado ou servidor, ativo ou inativo, e seus dependentes, pensionistas civis e os servidores requisitados, com planos ou seguros privados de assistência à saúde até o limite de 95% do valor pago, por meio da folha de pagamento, a título de “Auxílio à Saúde”.

Ocorre, porém, que, ao longo do tempo, os elevados reajustes aplicados pela operadora de plano de saúde contratada pelo tribunal acarretou em grandes dificuldades para o custeio das mensalidades do plano de saúde. Somente nos anos de 2016 e 2017, os reajustes aplicados somaram 82% acumuladamente, resultando na evasão de beneficiários mais jovens do plano de saúde e levou o tribunal a celebrar um contrato emergencial para garantir a continuidade da prestação dos serviços aos beneficiários.

3.2. Impende registrar que, em maio de 2016 a empresa contratada solicitou reajuste de 57,03%, alegando a necessidade de adequar o elevado índice de sinistralidade do grupo. Após longa negociação, o reajuste foi fixado em 35%. Em abril de 2017, a referida cooperativa médica apresentou nova proposta 63% de reajuste, sendo 13% em virtude da taxa de inflação do setor e 44% decorrentes do elevado índice de sinistralidade. No entanto, após outro longo processo de negociação, o reajuste geral foi fixado em 35% novamente.

3.3. Em razão da elevação dos preços ocorrida com os dois reajustes, entre abril/17 e setembro do corrente exercício, mais de 1.249 (mil duzentos e quarenta e nove) beneficiários solicitaram a exclusão do plano de saúde contratado pelo este regional, em sua maioria pessoas mais jovens, que conseguiram encontrar preços menores nas associações das suas categorias. (Projeto de Implantação do TRT6 Saúde, 2018, p.1).

Nesse contexto, o TRT6 instituiu, por meio da Portaria TRT GP nº 182, de 15/08/2018, um grupo de trabalho com o propósito de estudar, analisar e propor alternativas relacionadas à assistência à saúde no âmbito deste Tribunal. Após 2 meses de trabalho, por meio do qual visitou experiências existentes em outros tribunais e órgãos públicos, apontou o modelo da autogestão em saúde como a alternativa mais viável para assegurar a assistência à saúde aos magistrados, servidores e respectivos dependentes.

3.5. Na perspectiva de encontrar outras opções para melhorar a oferta de assistência à saúde aos magistrados e servidores desta Corte, a presidência criou por meio da Portaria TRT GP nº 182/2018 grupo de trabalho com atribuição de estudar, analisar e propor alternativas relacionadas ao programa de assistência à saúde no âmbito do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, **o qual chegou a conclusão que o modelo da autogestão em saúde se mostrou como a alternativa mais viável a ser adotada.**” (Projeto de Implantação do TRT6 Saúde, 2018, 2). (grifo nosso).

Após todo esse processo, o TRT6, em sessão do Tribunal Pleno, aprovou a Resolução Administrativa TRT nº 13/2018, revogando o ATO TRT-GP 317/2007 e autorizou a implantação do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, cujo nome fantasia adotado foi “TRT6 Saúde”, criando também a Secretaria de Autogestão em Saúde, unidade administrativa responsável por conduzir o processo de implantação e por coordenar o programa, a qual foi regulamentada posteriormente pela Portaria TRT nº 21/2019.

A opção por adotar o modelo de autogestão em saúde passou, no entanto, por um amplo debate interno com a realização de audiências públicas e reuniões com os vários segmentos que compõem a comunidade institucional, envolvendo desde as associações dos magistrados (AMATRA6), dos aposentados e pensionistas (APPJUSTRA6) e o Sindicato dos Servidores do Poder Judiciário em Pernambuco (SINTRAJUF-PE), uma vez que implicou na

adoção de medidas e rearranjos político-administrativos com impactos em todos os níveis da administração do órgão.

Uma destas medidas foi a revogação do Ato TRT6 N° 317/2007 e a consequente extinção do pagamento do auxílio-saúde seis meses antes da implantação do programa de autogestão com o objetivo de fazer o provisionamento inicial de recursos financeiros para o fundo de reserva do TRT6 Saúde. Tal medida gerou insatisfação para alguns segmentos, mormente para os que não tinham a intenção de aderir ao programa e contavam com o auxílio indenizatório para amortecer as mensalidades dos planos de saúde contratados no mercado ou oferecidos pelas associações de servidores e magistrados.

Como consequência, a Associação dos Servidores da Justiça do Trabalho da 6ª Região – ASTRA6 ingressou com uma ação judicial sob a alegação do auxílio-saúde ser um direito do servidor junto à 15ª Vara da Justiça Federal de Pernambuco (Processo 0516535-33.2019.4.05.8300). Em consonância com a jurisprudência existente, o juiz responsável extinguiu a ação sem resolução do mérito, reconhecendo que a aplicação dos recursos orçamentários destinados à assistência se inscreve como um ato discricionário da administração pública.

A ASTRA6 chegou ainda a interpor um Agravo de Instrumento junto ao Tribunal Regional Federal da 5ª Região (TRF5), onde a decisão da primeira instância acabou sendo confirmada pela desembargadora federal que examinou a medida recursal. Outros questionamentos semelhantes também foram apresentados no nível administrativo, mas todos foram negados, prevalecendo o entendimento da autonomia administrativa para a aplicação dos recursos destinados à assistência médica e odontológica.

Inspirado em experiências já existentes em outros órgãos da Justiça do Trabalho e do Poder Judiciário, o TRT6 Saúde – Pernambuco, começou a ser implementado em 01/06/2019 com a expectativa de garantir assistência à saúde de qualidade, de modo mais acessível financeiramente e com a participação direta dos beneficiários, trazendo uma maior satisfação a estes.

Embora não seja um modelo novo e nem desconhecido no campo da saúde suplementar, pois muitas das grandes empresas possuem seus próprios planos de saúde, entre as quais muitas estatais e de economia mista, a adoção da autogestão na assistência à saúde no Poder Judiciário e, em especial no ramo da Justiça do Trabalho, é uma alternativa adotada ainda por poucos tribunais em nível nacional. Dos 24 tribunais regionais do trabalho

existentes no Brasil, apenas 5 administram diretamente a assistência à saúde dos seus magistrados e servidores, são eles:

TRT5 – Bahia

TRT6 – Pernambuco

TRT8 – Pará e Amapá

TRT10 – Distrito Federal

TST – Tribunal Superior do Trabalho

Por outro lado, a implementação do programa criou também situações desafiadoras como o aumento da demanda administrativa para a administração do tribunal, já que a instituição passou a gerenciar uma operadora de plano de saúde de pequeno porte e uma ampla rede credenciada diretamente, com mais de 120 contratos. Isto demandou disponibilidade de pessoal, tanto para a nova unidade criada, quanto para as demais áreas da administração impactadas pelo programa.

Igualmente desafiadora foi a qualificação técnica dos servidores encarregados por sua administração em um curto espaço de tempo. Por se tratar de matéria estranha à administração do judiciário, foi necessário um grande esforço para a capacitação da equipe e a contratação de profissionais para a auditoria médica. A compreensão de características como a forma de remuneração pelos serviços, a composição dos preços, as regras de cobrança utilizadas pelo mercado da saúde suplementar precisaram ser rapidamente incorporadas na capacitação da equipe.

3.3 Caracterização do Programa TRT6 Saúde

O Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, denominado TRT6 Saúde, configura-se como uma política pública institucional para assegurar assistência à saúde aos magistrados, servidores, pensionistas e seus dependentes, visando à ampliação e qualificação dos serviços de saúde prestados a esse público, oferecendo cobertura de assistência médica-hospitalar e ambulatorial de forma indireta, funcionando como complemento aos serviços diretos já disponíveis por meio da Divisão de Saúde do TRT6.

A Resolução Administrativa TRT6 N° 13, aprovada por unanimidade pelos desembargadores na Sessão do Pleno de 18/12/2018, autorizou a implementação do programa e aprovou a minuta de Regulamento Geral proposto pelo grupo de trabalho encarregado de propor alternativas para a assistência à saúde dos magistrados e servidores. O texto do regulamento aprovado foi amplamente discutido e debatido com as entidades representativas e em audiências públicas e seminário realizados, refletindo, portanto, o resultado desse processo.

3.3.1 Finalidade e Estrutura Organizacional

De acordo com o Regulamento Geral do TRT6 Saúde, sua finalidade principal é assegurar assistência à saúde para seus beneficiários, de forma indireta e complementar aos serviços já existentes, promovendo um sistema de proteção integral e adaptável às demandas de saúde dos magistrados, servidores e dependentes. O programa visa fornecer não apenas atendimento médico, mas também serviços voltados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde, assegurando, assim, uma abordagem preventiva que possa reduzir os custos assistenciais a longo prazo. Esse modelo é relevante no contexto das políticas públicas, pois oferece uma alternativa à assistência direta, o que contribui para a sustentabilidade financeira da instituição e proporciona maior controle sobre a qualidade dos serviços ofertados.

A sua estrutura organizacional é composta por três instâncias principais: o Conselho Deliberativo, o Conselho Fiscal e a Secretaria de Autogestão em Saúde. O Conselho Deliberativo é o órgão superior e decisório do programa, presidido pelo(a) Desembargador(a) Presidente do TRT6, e tem entre seus membros representantes dos magistrados, servidores e aposentados. Sua função central é estabelecer diretrizes e políticas de implementação do programa, incluindo a aprovação do orçamento anual, a definição do plano de aplicação de recursos, a revisão de normas e a aprovação de programas específicos de saúde. O conselho atua, portanto, como uma instância de governança estratégica, garantindo que as decisões relacionadas ao TRT6 Saúde estejam alinhadas com os objetivos institucionais e com as necessidades dos beneficiários.

O Conselho Fiscal é composto por três membros efetivos e suplentes, tem a responsabilidade de fiscalizar as contas e a execução financeira do programa. Entre suas

atribuições estão o exame dos balancetes mensais, a emissão de pareceres sobre as demonstrações contábeis e a análise das operações financeiras. Esse órgão é fundamental para garantir a transparência e a integridade financeira do TRT6 Saúde, uma vez que sua atuação busca evitar irregularidades e assegurar a correta aplicação dos recursos.

A Secretaria de Autogestão em Saúde, por sua vez, é o braço operacional do programa, sendo responsável pela gestão direta dos contratos com prestadores de serviços, pelo acompanhamento das demandas dos beneficiários e pela alimentação dos sistemas informatizados de gerenciamento. Além disso, a secretaria tem um papel consultivo e propositivo, podendo sugerir normas e ações ao Conselho Deliberativo e buscar soluções que melhorem a qualidade dos serviços prestados. Essa secretaria também é responsável pelo credenciamento das clínicas, laboratórios, hospitais e outros prestadores de serviço que possibilita o desenvolvimento de uma rede de assistência qualificada e articulada com as necessidades do TRT6 Saúde.

3.3.2 Os Beneficiários

Os beneficiários do TRT6 Saúde são classificados em titulares, dependentes e agregados. As duas primeiras categorias recebem recursos de patrocínio da União Federal e, portanto, o valor das suas mensalidades é menor em relação à categoria dos agregados, os quais não possuem apoio financeiro governamental.

Os beneficiários titulares incluem magistrados e servidores ativos e inativos do TRT6, além dos pensionistas. Já os dependentes, são definidos como os cônjuges ou companheiros(as) em união estável, filhos menores de 21 anos ou até 25 anos e filhos inválidos de qualquer idade.

Os beneficiários agregados incluem os filhos a partir dos 25 anos, que embora não atendam aos critérios de dependência direta, podem estar vinculados ao programa até o limite de 43 anos, quando são desligados automaticamente, assim como os genros e as noras. Já os netos, bisnetos e sobrinhos podem permanecer até os 24 anos. Estes últimos foram incluídos como beneficiários na tentativa de aumentar a base populacional do programa e reduzir proporcionalmente a quantidade de pessoas acima de 59 anos, cuja utilização do programa é naturalmente maior.

Também foi permitido permanecer no programa todos os demais familiares que já eram beneficiários do plano de saúde contratado anteriormente, mesmo que não atendessem os critérios de parentesco e idade estabelecidos no regulamento. Tal medida levou em consideração o longo tempo em que esse grupo já era atendido pelo plano de saúde institucional e a dificuldade que teriam para conseguir um novo plano de saúde, caso fossem desligados.

3.3.3 Custeio e Financiamento

O custeio do TRT6 Saúde ocorre por meio de um modelo que envolve duas fontes: i) os recursos designados ao TRT6 no Orçamento Geral da União e ii) as contribuições mensais dos beneficiários e a coparticipação nos serviços utilizados. Os recursos orçamentários são direcionados para o programa por meio de dotação específica estabelecidas na Lei do Orçamento Anual, podendo ser complementados por créditos adicionais. A coparticipação e as contribuições mensais dos beneficiários são descontadas diretamente em folha de pagamento e estas variam de acordo com a categoria do beneficiário e sua faixa etária.

A coparticipação nos serviços é um mecanismo adotado para garantir a sustentabilidade financeira do programa, incentivando o uso consciente dos serviços de saúde. Essa modalidade estabelece que os beneficiários arquem com uma parte dos custos dos serviços utilizados, cujo percentual é definido em tabela aprovada pelo conselho deliberativo. As receitas geradas pela coparticipação e pelas contribuições mensais são aplicadas no mercado financeiro, permitindo que o programa gere rendimentos adicionais que possam ser reinvestidos na ampliação dos serviços oferecidos e na melhoria da infraestrutura de saúde.

Tanto os valores das contribuições mensais, quanto da coparticipação são estabelecidos com base em estudo de avaliação atuarial realizado por uma empresa especializada, contratada especificamente para analisar o comportamento dos custos assistenciais da carteira de beneficiários no período de 12 meses e projetar para futuro o valor suficiente para a manutenção dos serviços de assistência médica e hospitalar, provisionamento de reserva de contingência necessária para mitigar o risco de elevação repentina e não planejada dos custos.

No capítulo IX do regulamento geral foi definido que o equilíbrio econômico-financeiro do programa será aferido anualmente pelo Índice de sinistralidade, indicador obtido

pela divisão do valor total das despesas assistenciais pelo total das receitas assistenciais. O ponto de equilíbrio definido como meta anual é de 85%, isso quer dizer que para cada R\$1,00 gasto, deverá ser arrecadado R\$1,15, destinando-se o excedente de 15% para compor o fundo de reserva de contingência.

O acompanhamento dos indicadores econômico-financeiros do programa é realizado por meio da contratação por licitação de uma empresa especializada para realizar anualmente a avaliação atuarial do TRT6 Saúde, que consiste num estudo técnico que busca assegurar sua capacidade de atender às obrigações com os beneficiários, tanto no presente quanto no futuro. Realizada por técnicos atuariais, essa análise utiliza dados como idade, histórico de utilização dos serviços e custos médicos, além de fatores externos, como inflação médica e mudanças regulatórias, para calcular os recursos necessários à sustentabilidade do plano. Esse processo avalia a arrecadação de mensalidades e coparticipação, os gastos com atendimentos e a necessidade de reservas financeiras para cobrir despesas imprevistas.

A importância da avaliação atuarial está na garantia da segurança financeira do programa e na proteção dos beneficiários. Ela assegura que o mesmo possa cumprir suas promessas de cobertura, mesmo diante de cenários de alta demanda ou despesas inesperadas. Além disso, define os patamares para formação de reservas mínimas para a continuidade do atendimento. E com base nessa avaliação que são propostos os ajustes anuais nas mensalidades ou estratégias de operação para evitar desequilíbrios.

A avaliação atuarial proporciona previsibilidade financeira e sustentabilidade ao plano de saúde, promovendo uma gestão responsável dos recursos. Essa prática é essencial para a estabilidade do sistema, contribuindo para que os beneficiários tenham acesso contínuo e seguro aos serviços contratados, enquanto o plano opera de forma sustentável e alinhada às normas regulatórias.

Outra medida importante adotada e indispensável à sustentabilidade do TRT6 Saúde é a contratação de uma equipe de auditoria médica, responsável por regular os pedidos de autorizações de procedimentos ambulatoriais e hospitalares e analisar as contas provenientes da rede de prestadores de serviço, assim como das redes parceiras da autogestão. O trabalho da auditoria possibilita o pagamento de procedimentos de acordo com a cobertura preconizada pelo Rol de Eventos e Procedimentos em Saúde da ANS, assim como eventuais cobranças em desacordo com a real necessidade dos beneficiários, reduzindo desperdícios e fraudes ao programa. Atualmente, de acordo com o contrato administrativo Nº 20/2019, o TRT6 Saúde

possui uma equipe com 2 médicos auditores, 02 enfermeiras auditoras e 01 faturista.

3.3.4 Governança e Transparência

A governança do TRT6 Saúde é orientada pela atuação colegiada dos órgãos que compõem sua estrutura organizacional, com destaque para o Conselho Deliberativo, que tem autonomia para tomar decisões sobre o programa e deliberar sobre questões relevantes, como o ajuste das contribuições e a aprovação do orçamento. Esse colegiado também é responsável por aprovar as prestações de contas e a revisão das metas financeiras, assegurando que os recursos sejam utilizados de maneira transparente e eficiente. A governança se complementa com a atuação do Conselho Fiscal, que acompanha e revisa a execução das despesas e receitas do programa, emitindo pareceres e recomendando medidas corretivas quando necessário.

A transparência é promovida por meio da divulgação dos balancetes contábeis, pareceres do conselho fiscal, execução orçamentária e pesquisas de satisfação aos beneficiários e pela comunicação constante das atualizações na política de custeio e nas normas do programa. No site do TRT6 Saúde, hospedado no Portal do TRT6 na Internet, é possível verificar a existência de um espaço específico para a transparência, onde são publicados periodicamente esses documentos, conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2 – Página da Transparência do TRT6 Saúde na Internet



Fonte: TRT6 (2025)

3.3.5 Modelo de Assistência à Saúde

Este item examina detalhadamente a estrutura do Programa de Autogestão em Saúde do TRT6, enfatizando os serviços assistenciais, as diretrizes de cobertura e o modelo de funcionamento, em consonância com os princípios de eficiência, economicidade e promoção do bem-estar dos beneficiários. O programa objetiva oferecer uma rede de assistência robusta, garantindo que os segurados e dependentes tenham acesso a serviços de saúde adequados e de qualidade, por meio de uma gestão autônoma e responsável dos recursos, conforme regulamentado pelo TRT6.

De acordo com o Art. 2º do regulamento geral, a assistência oferecida pelo TRT6 Saúde é fornecida por meio de uma rede de atendimento, constituída por profissionais e instituições credenciadas, garantindo que os beneficiários tenham acesso a uma rede de prestadores previamente selecionada. Em situações específicas, é permitida a assistência indireta por meio do reembolso de despesas realizadas em instituições ou com profissionais fora da rede.

O escopo da cobertura médico-hospitalar e ambulatorial, que contempla uma ampla gama de procedimentos clínicos e cirúrgicos, inclui atendimentos de urgência e emergência, métodos diagnósticos e terapias auxiliares. Embora não seja regulado pela ANS, a cobertura é oferecida segundo o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O padrão assistencial oferecido é único para todos os beneficiários, aos quais é oferecido o equivalente a um plano de saúde coletivo por adesão com cobertura para procedimentos eletivos e de urgência e emergência em todo o território nacional, permitindo que os beneficiários tenham acesso aos serviços independentemente de sua localização geográfica, com direito a internação hospitalar em apartamento individual com banheiro privativo.

O rol de serviços também inclui atendimento a condições crônicas, terapias alternativas (como acupuntura e homeopatia). Está previsto também a possibilidade de acréscimo de novos procedimentos ou serviços, desde que aprovada pelo conselho deliberativo e baseada em estudos técnicos oferecidos pela Secretaria de Autogestão em Saúde.

No início da implementação do programa, como não havia ainda prestadores de serviços credenciados, o TRT6 publicou o Edital de Credenciamento nº 001/2019 visando a credenciar operadoras de planos de saúde para oferecer atendimento por meio de rede de serviços. A Unimed Recife, então, solicitou o seu credenciamento como plano de saúde, o que foi formalizado no Contrato Administrativo TRT6 nº 017/2019.

O modelo de remuneração adotado no referido contrato foi o de custo operacional (pós pagamento), no qual a empresa recebe contraprestação por meio de taxa administrativa aplicada sobre os custos dos serviços usufruídos pelos beneficiários do TRT6 Saúde, conforme se observa na cláusula oitava, parágrafo décimo quarto, do referido instrumento.

Na mesma linha, em 2020, também foi firmado um Acordo de Cooperação Técnica de intercâmbio por reciprocidade com a operadora de autogestão Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Nordeste do Brasil – CAMED Saúde (PROAD nº 7183/2019), possibilitando a utilização recíproca das redes de credenciadas pelos beneficiários de ambas as instituições. Dessa forma, o TRT6 Saúde passou a contar com duas redes complementares de atendimento enquanto dar continuidade com o trabalho de credenciamento direto dos prestadores de serviço.

Outra iniciativa interessante no modelo de atenção do TRT6 Saúde, foi a implantação, em fevereiro de 2022, de uma Clínica de Atenção Primária à Saúde (APS) como alternativa para coordenar os cuidados de saúde dos beneficiários do TRT6 Saúde. Este modelo já adotado pelo SUS e pelos principais sistemas públicos de saúde do mundo, como o Sistema Nacional de Saúde britânico (NHS), o Medicare do Canadá e o Serviço Nacional de Saúde – SNS de Portugal vem ganhando cada vez mais espaço na saúde suplementar como uma experiência inovadora.

Trata-se de um modelo de coordenação de cuidados, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos. Além disso, há uma integração de ações preventivas e curativas em saúde, realizadas por uma equipe multidisciplinar composta por médico da família, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista, também com atendimentos por telemedicina. Todos os procedimentos realizados na clínica serão isentos de coparticipação.

Para a ANS, que certifica boas práticas de operadoras que utilizam esse modelo, a APS “é um modelo inovador na saúde suplementar para reorganização da porta de entrada do sistema com base em cuidados primários em saúde, com vista à indução da mudança do

modelo de atenção e ao modelo de remuneração para geração de valor”. (ANS, 2019, p.5).

3.4 TRT6 Saúde: Indicadores de Resultado

Os dados analisados a seguir foram obtidos a partir do sistema informatizado de gestão do TRT6 Saúde (TRT6 Saúde Web), assim como dos relatórios de avaliação atuarial do programa no período de 2019 a 2023 com o objetivo de apresentar os principais resultados obtidos pelo programa desde o início da sua operação em 01/06/2019, em termos de população atendida, preço das mensalidades, receitas e despesas assistenciais, índice de sinistralidade, comparando-se com os indicadores de mercado de saúde suplementar, mormente aqueles divulgados pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, que publica anualmente a Pesquisa Unidas com dados desempenho do setor. Também foram utilizadas informações divulgadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, órgão regulador do setor de saúde suplementar.

3.4.1 Evolução da População Atendida

A Resolução Administrativa Nº 13/2018, que instituiu o TRT6 Saúde, estabeleceu que todos os beneficiários do plano de saúde anteriormente contratado pelo TRT6 migrariam automaticamente para o novo programa, assegurando o prazo de 60 dias para aqueles que não concordam para solicitarem a sua exclusão formalmente pelo Sistema de Processos Administrativos (PROAD). Tal medida visava agilizar e facilitar o cadastramento a ser realizado pela Secretaria de Autogestão em Saúde.

Importa lembrar que o número de beneficiários do plano de saúde anterior ficou bastante reduzido devido aos elevados reajustes nos valores das mensalidades aplicados pela operadora até então contratada nos últimos meses do contrato, levando a uma grande evasão para outros planos oferecidos pelas associações dos magistrados e servidores. Na data inicial da sua operação o TRT6 Saúde possuía 1.222 beneficiários titulares, 757 dependentes, totalizando 1.679 titulares e dependentes e mais 787 agregados. Ao todo 2.766 vidas atendidas.

Tabela 1 – Evolução do Número de Beneficiários

Tipos de Beneficiários	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Titulares	1.222	1.623	1.610	1.679	1.779	1.840
Dependentes	757	1.318	1.310	1.339	1.476	1.586
Agregados	787	858	821	831	824	813
Total	2.766	3.799	3.741	3.849	4.079	4.238

Fonte: TRT6 Saúde Web (2025)

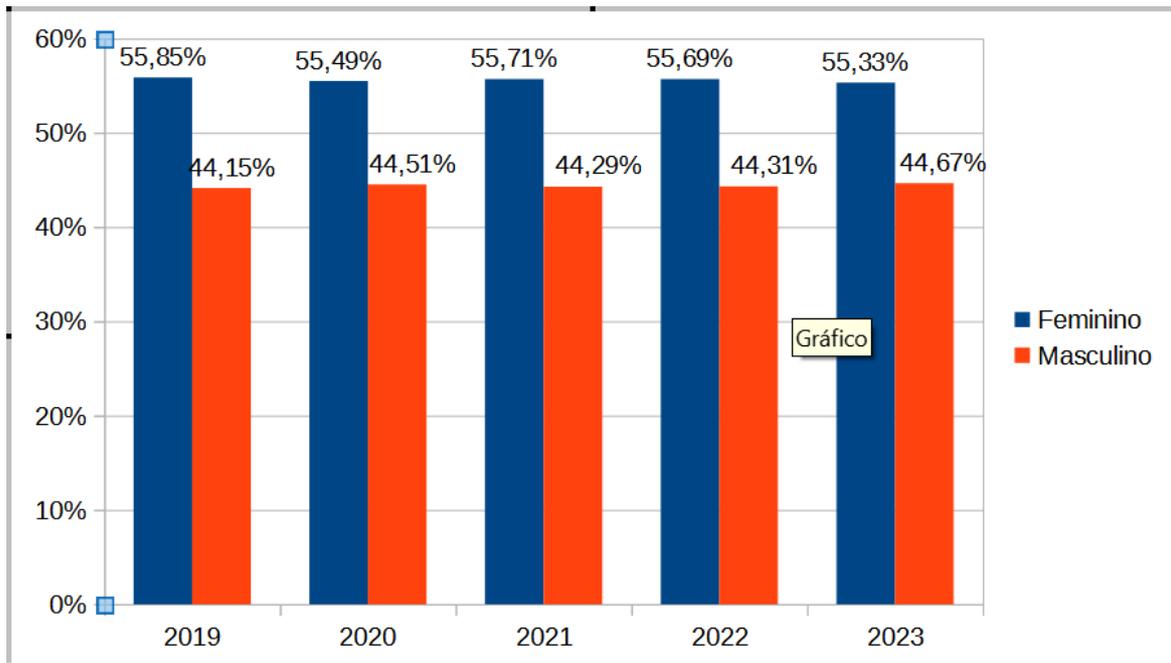
Tabela 2 – Variação Percentual do Número de Beneficiários

Tipos de Beneficiários	2020	2021	2022	2023	2024	2019/2024
Titulares	32,82%	-0,80%	4,29%	5,96%	3,43%	50,57%
Dependentes	74,11%	-0,61%	2,21%	10,23%	7,45%	109,51%
Agregados	9,02%	-4,31%	1,22%	-0,84%	-1,33%	3,30%
Total	37,35%	-1,53%	2,89%	5,98%	3,92%	53,25%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

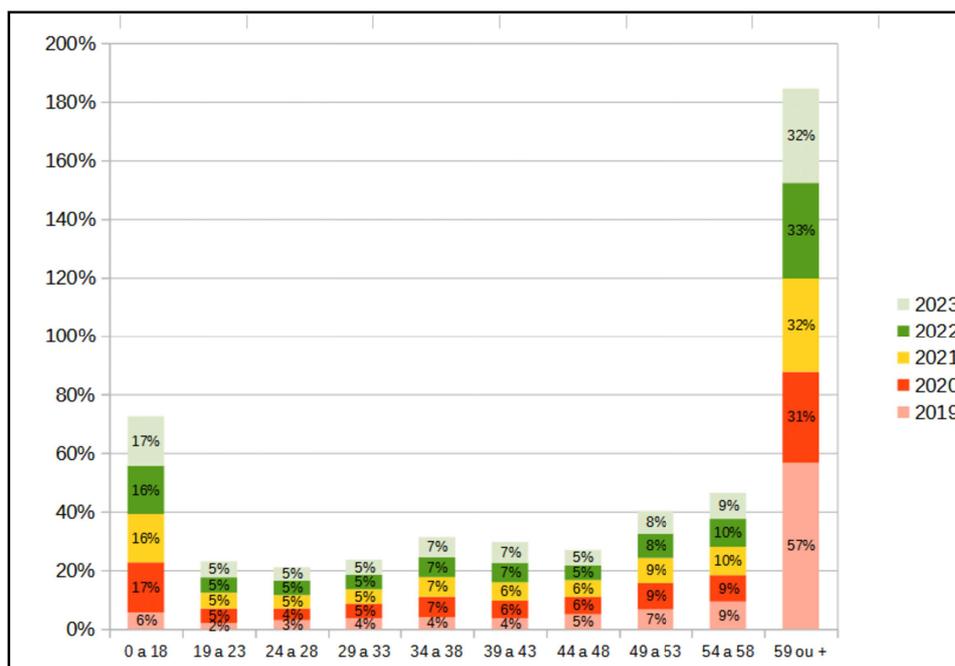
Como se pode constatar nas tabelas 1 e 2, a partir de sua implantação em 01/06/2019, houve um crescimento importante do número de beneficiários titulares e dependentes e menos expressivo no que se refere aos agregados. No acumulado dos 5 anos de implantação, registra-se um crescimento de 50,5% de titulares, de 109,5% de dependentes e 3,3% de agregados. No total houve um crescimento de 53,2% no número de vidas do programa.

Em consulta realizada ao sistema de gestão TRT6 Saúde Web, em 01/06/2024, estavam inscritos no programa 4.238 beneficiários. Esse número corresponde a 54,25% do total de titulares e dependentes cadastrados no sistema de gestão de pessoas do TRT6. De acordo com a classificação prevista no art. 4º, X, da Resolução Normativa ANS Nº 392/2015, o TRT6 Saúde é considerado uma autogestão de pequeno porte, uma vez que possui menos de 20 mil beneficiários.

Gráfico 2 – Evolução do Número de Beneficiários por Sexo

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TRT6 Saúde (2025)

O Gráfico 2, elaborado com base nos relatórios de avaliação atuarial do TRT6 Saúde, apresenta a evolução da população atendida por sexo, demonstrando que a maior parte dos beneficiários é do sexo feminino, situação que verificada desde a sua implementação e que se mantém até o momento.

Gráfico 3 – Evolução do Número de Beneficiários por Faixa Etária

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde (2025)

O Gráfico 3 revela modificações importantes na configuração etária da população atendida pelo TRT6 Saúde ao longo do período analisado. A mais importante diz respeito a faixa dos 59 anos e mais, que representava 57% dos beneficiários em 2019, diminuindo proporcionalmente ao longo dos anos para 33% em 2023. Merece destaque igualmente a expansão proporcional dos beneficiários mais jovens, situados de 0 a 18 anos, passando de apenas 6% em 2019 para 17% em 2023. Houve um leve crescimento também nas faixas de 34 a 38 anos e de 39 a 43 anos, de 4% para 7%. As demais faixas não apresentaram alterações significativas.

3.4.2 Preços das Mensalidades

No que concerne aos valores das mensalidades pagas pelos beneficiários, constatou-se na tabela 3, que, na sua implantação, houve uma diminuição importante em relação ao mesmo padrão de cobertura e de atendimento do plano coletivo contratado anteriormente pelo TRT6, a implantação do TRT6 Saúde proporcionou uma redução de 63,59% a 76,87% no valor da mensalidade pago pelo servidor ou magistrado.

Tabela 3 – Comparativo com as Mensalidades do Plano de Saúde Anterior

FAIXA ETÁRIA	PREÇO ANTERIOR (R\$)	PREÇO TRT6 Saúde (R\$)	REDUÇÃO
0 a 18	448,08	163,11	63,59%
19 a 23	523,17	186,85	64,28%
24 a 28	669,38	214,16	68,00%
29 a 33	740,39	245,57	66,84%
34 a 38	893,96	281,68	68,49%
39 a 43	1.015,38	323,22	68,16%
44 a 48	1.281,57	370,98	71,05%
49 a 53	1.789,48	425,91	76,19%
54 a 58	2.297,15	531,19	76,87%
59 acima	2.688,03	847,03	68,48%

Fonte: OFÍCIO TRT6/SAS – Nº 35 de 24/1/10/2024

O menor custo dos beneficiários com as mensalidades manteve-se até os dias atuais. A tabela 4 mostra o levantamento realizado com planos similares com o mesmo padrão de cobertura oferecida pelo TRT6 Saúde demonstra que o valor das mensalidades do TRT6 Saúde é menor perante os planos de saúde oferecidos pela Associação Nacional dos Servidores do Judiciário Federal, Estadual e do Ministério Público – ANSERJUF e pela Associação dos Magistrados do Estado de Pernambuco – AMEPE/ CAMPE, inclusive no que se refere aos agregados, que não recebem patrocínio do TRT6.

Tabela 4 – Comparativo das Mensalidades TRT6 Saúde com Outros Planos de Saúde

Faixa Etária	TRT6 Saúde*			Anserjufe**	Amepe Campe
	Titular	Dependente	Agregado		
0 a 18 anos	R\$ 228,79	R\$ 256,87	R\$ 403,24	R\$ 505,51	R\$ 647,30
19 a 23 anos	R\$ 262,21	R\$ 294,52	R\$ 462,83	R\$ 590,39	R\$ 887,74
24 a 28 anos	R\$ 300,65	R\$ 337,81	R\$ 531,37	R\$ 755,33	R\$ 977,47
29 a 33 anos	R\$ 344,87	R\$ 387,58	R\$ 610,17	R\$ 835,55	R\$ 1.011,48
34 a 38 anos	R\$ 395,71	R\$ 444,83	R\$ 700,80	R\$ 966,84	R\$ 1.060,72
39 a 43 anos	R\$ 454,17	R\$ 510,67	R\$ 805,03	R\$ 1.097,97	R\$ 1.108,81
44 a 48 anos	R\$ 521,40	R\$ 586,38	R\$ 924,90	R\$ 1.385,93	R\$ 1.544,17
49 a 53 anos	R\$ 598,72	R\$ 673,43	R\$ 1.062,75	R\$ 1.934,96	R\$ 1.640,53
54 a 58 anos	R\$ 746,91	R\$ 840,31	R\$ 1.326,94	R\$ 2.484,10	R\$ 2.073,64
59 anos e mais	R\$ 1.191,49	R\$ 1.340,91	R\$ 2.119,56	R\$ 3.033,13	R\$ 3.371,35

* Fonte: <https://www.trt6.jus.br/portal/trt6-saude/tabelas-de-precos>. Acesso em 17/11/2024

**Fonte: <https://campe.org.br/wp-content/uploads/2024/10/>. Acesso em 17/11/2024

***Fonte: https://www.anserjufe.org.br/assets/pdfs/saude_unimed_recife.pdf. Acesso em 17/11/2024

Na tabela 5, observa-se que percentualmente, os valores praticados pelo TRT6 Saúde em relação aos oferecidos pela ANSERJUFE são de 120% a 232% menores para titulares, de 96% a 126% menores para os dependentes e de 25% a 43% menores para os agregados. Com relação a Amepe/ Campe as diferenças é ainda mais significativas, de 144% a 238% menores para titulares, de 117% a 201% inferiores para dependentes e de 25% a 87% menos para os agregados.

Tabela 5 – Diferença percentual das mensalidades do TRT6 Saúde com relação a outros planos

Faixa Etária	ANSERJUFE			AMEPE/CAMPE		
	Titular	Dependente	Agregado	Titular	Dependente	Agregado
0 a 18 anos	120,95%	96,80%	25,36%	182,92%	152,00%	25,36%
19 a 23 anos	125,16%	100,46%	27,56%	238,56%	201,42%	27,56%
24 a 28 anos	151,23%	123,60%	42,15%	225,12%	189,35%	42,15%
29 a 33 anos	142,28%	115,58%	36,94%	193,29%	160,97%	36,94%
34 a 38 anos	144,33%	117,35%	37,96%	168,05%	138,46%	37,96%
39 a 43 anos	141,75%	115,01%	36,39%	144,14%	117,13%	36,39%
44 a 48 anos	165,81%	136,35%	49,85%	196,16%	163,34%	49,85%
49 a 53 anos	223,18%	187,33%	82,07%	174,01%	143,61%	82,07%
54 a 58 anos	232,58%	195,62%	87,21%	177,63%	146,77%	87,21%
59 anos e mais	154,57%	126,20%	43,10%	182,95%	151,42%	43,10%

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

3.4.3 Evolução das Receitas Financeiras

Ao analisar os relatórios de avaliação atuarial do TRT6 Saúde, verifica-se que foi elaborado uma avaliação inicial, tomando-se como referência os dados de utilização do plano anterior referente aos anos de 2015 a 2017, com o objetivo de estabelecer a tabela de mensalidades e os percentuais de coparticipação utilizadas na implementação do programa.

No primeiro ano de implementação, a partir de 01/06/2019, foram realizadas outras três avaliações i) de julho a outubro/ 2019, ii) de novembro/2019 a janeiro/ 2020 e iii) de fevereiro a abril/ 2020, com o objetivo de acompanhar o comportamento das receitas e despesas assistenciais e a sinistralidade do programa. Na primeira avaliação optou-se metodologicamente por analisar quatro meses, desconsiderando-se o mês de junho devido ter sido o primeiro mês de operação e não possuir informações suficientes de utilização.

Devido a operação efetiva do plano ter se iniciado em junho de 2019, não gerando informações suficientes para a análise atuarial neste mês inicial, foi considerado neste estudo “trimestral” os 4 (quatro) primeiros meses de operação, compreendendo o período Jul/2019 a Out/2019, para termos maior robustez dos dados e informações. (EXACTTUS, 2019, p. 4).

No primeiro ano de operação do programa, a receita total de julho/19 a abril/ 2020 foi de R\$38.958.075,41 (trinta e oito milhões, novecentos e cinquenta e oito mil e setenta e cinco reais e quarenta e um centavos), incluindo-se nesse montante a cota do patrocínio da União Federal, que totalizou R\$21.595.351,99 (vinte e um milhões, quinhentos e noventa e cinco mil, trezentos e cinquenta e um reais e noventa e nove centavos), correspondendo a um percentual de 55,43% da receita.

As demais avaliações atuariais realizadas pelo TRT6 Saúde tiveram como período de análise o intervalo de 1 ano, tendo o relatório avaliativo do segundo ano de execução do programa compreendido o período de abril de 2020 a março de 2021, a exemplo dos demais anos.

Nos seus cinco anos de operação, a receita total do TRT6 Saúde apurada no período foi de R\$277.564.096,15 (duzentos e setenta e sete milhões, quinhentos e sessenta e quatro mil, noventa e seis reais e quinze centavos), sendo que R\$145.628.507,06 (cento e quarenta e cinco milhões, seiscentos e vinte oito mil, quinhentos e sete reais e seis centavos) provenientes das mensalidades e coparticipação dos beneficiários e R\$131.935.589,09 (cento e trinta e um milhões, novecentos e trinta e cinco mil, quinhentos e oitenta e nove reais e nove centavos) relativos à cota de patrocínio da União Federal ou 47,5% do total de receitas.

Percebe-se que no primeiro ano de funcionamento do programa (2020) a maior parte das suas receitas foram provenientes dos recursos orçamentários da União Federal, na proporção de 55% contra 44% das receitas das mensalidades e coparticipação. Isso se deveu a decisão da administração do TRT6 de revogar o programa de assistência médica anterior (Ato TRT6 nº 317/2007), deixando de reembolsar os magistrados e servidores com o auxílio-saúde e contingenciando a dotação orçamentária de janeiro a maio de 2019.

Nos anos subsequentes esta proporção se inverteu, passando a ser a maior parte das receitas advindas das contribuições dos beneficiários. Tal mudança se deveu ao crescente ingresso de vidas ocorridos no período, resultando no aumento da arrecadação das mensalidades e coparticipação. Em 2024 a proporção voltou a se inverter em razão dos reajustes da dotação orçamentária para a assistência médica e odontológica autorizada pelo CSJT em 2022 (Ato CSJT.GP . nº 8 e 110/2022).

A tabela 6 demonstra a importância do patrocínio da União Federal para a sustentabilidade do programa de autogestão do TRT6, chegando a provisionar mais da metade das suas receitas totais no ano de 2023. Contudo, ficou evidenciado também que não há uma regularidade no montante repassado ano a ano, uma vez que vai depender da disponibilidade orçamentária existente e do reajuste do valor *per capita* estabelecido pelo Conselho Superior da Justiça do Trabalho – CSJT, órgão responsável por definir o orçamento dos tribunais regionais em nível nacional.

Tabela 6 – Receitas por Fonte

Ano	Mensalidades + Coparticipação	%	Cota da União	%	Total
2019	R\$ 17.362.723,42	44,57%	R\$ 21.595.351,99	55,43%	R\$ 38.958.075,41
2020	R\$ 29.563.779,06	63,97%	R\$ 16.648.740,00	36,03%	R\$ 46.212.519,06
2021	R\$ 31.584.856,89	62,37%	R\$ 19.057.836,02	37,63%	R\$ 50.642.692,91
2022	R\$ 33.889.429,31	51,17%	R\$ 32.345.957,20	48,83%	R\$ 66.235.386,51
2023	R\$ 33.227.718,38	44,00%	R\$ 42.287.703,88	56,00%	R\$ 75.515.422,26
Total	R\$ 145.628.507,06	52,47%	R\$ 131.935.589,09	47,53%	R\$ 277.564.096,15

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde

O valor *per capita* estabelecido pelo CSJT para definir a dotação orçamentária para a assistência médica e odontológica do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região é de R\$ 546,00 (quinhentos e quarenta e seis reais), de acordo com o ATO CSJT.GP.SG.SEOFI N.º

18, DE 31 DE JANEIRO DE 2025³. Esse valor é multiplicado pelo total de titulares e dependentes cadastrados no Sistema de Gestão de Pessoas (SIGEP) do TRT6, no mês de março do exercício financeiro anterior. No entanto, caso haja sobras orçamentárias no final de cada exercício financeiro, o CSJT poderá autorizar créditos adicionais.

3.4.4 Evolução das Despesas Assistenciais

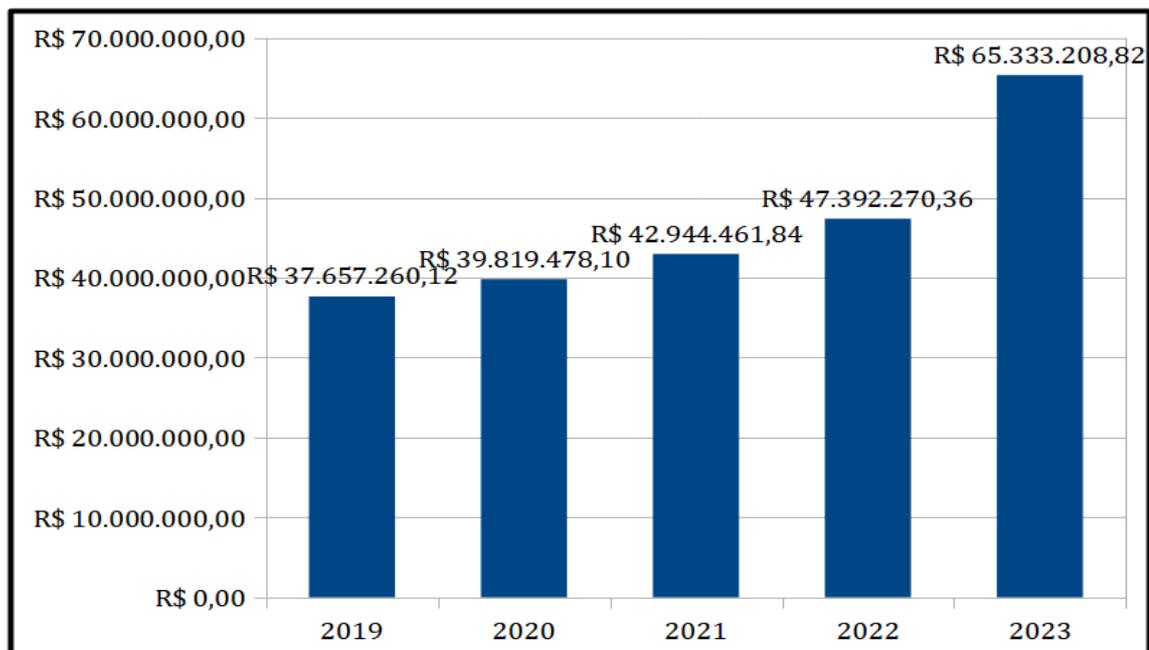
Os dados apresentados na Tabela 7 e no Gráfico 4 demonstram uma tendência crescente nos custos assistenciais do programa entre 2019 e 2023, com variações percentuais significativas a cada ano.

Tabela 7 – Variação das Despesas Assistenciais

Ano	Valor (R\$)	Variação %
2019	R\$ 37.657.260,12	-
2020	R\$ 39.819.478,10	5,74%
2021	R\$ 42.944.461,84	7,85%
2022	R\$ 47.392.270,36	10,36%
2023	R\$ 65.333.208,82	37,86%
Total	R\$ 233.146.679,24	-

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TR6 Saúde

Gráfico 4 – Evolução das Despesas Assistenciais



Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TR6 Saúde

³https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/244856/2025_ato0018_csjt_rep01.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em 12/03/2025.

Em 2019 (julho/19 a abril/20), o programa registrou um custo total de R\$37.657.260,12, estabelecendo a base para a análise comparativa dos anos subsequentes. Em 2020, houve um aumento de 5,74%, elevando os gastos para R\$39.819.478,10. Esse crescimento reflete o impacto do período pandêmico do COVID-19 no Brasil, que teve seu primeiro caso registrado em 26/02/2020. De acordo com uma análise do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), houve uma redução na utilização dos serviços de saúde nesse período: consultas médicas (-25,1%), outros atendimentos ambulatoriais (-17,4%), exames complementares (-14,6%), terapias (-23,7%) e internações (-14,7%).⁴

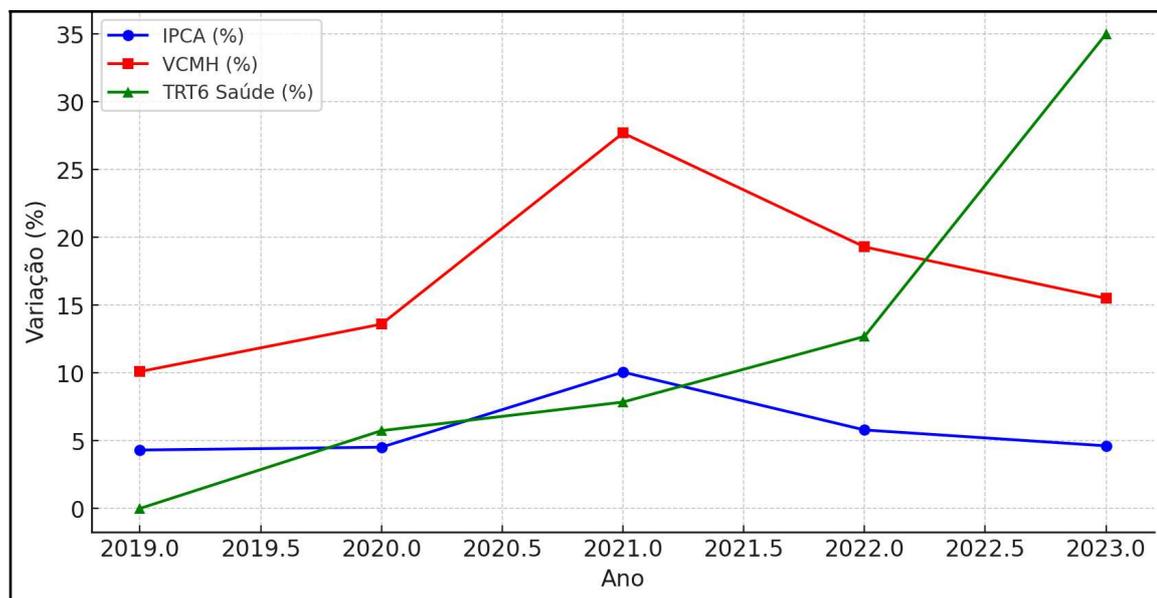
O ano de 2021 apresentou um aumento mais expressivo, de 7,85%, alcançando o montante de R\$42.944.461,84. Esse incremento reflete tanto a ampliação do número de beneficiários e dos serviços oferecidos pelo programa, quanto o impacto da inflação no setor da saúde. A Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH), medido pelo Instituto de Estudos da Saúde Suplementar – IEE, registrou um índice de 25%⁵, enquanto que o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/ IBGE, ficou em 10,06%. A análise desse período deve considerar também a influência da pandemia, que ainda gerava reflexos na demanda por serviços médicos e hospitalares.

Outro aspecto relevante é que foi nesse período em que foi registrado uma diminuição de 1,53% no total de beneficiários atendidos pelo TRT6, com destaque para a categoria dos Agregados, onde essa redução chegou a 4,31%, conforme dados apresentados na Tabela 4. Essa redução pode estar relacionada às perdas humanas causadas pelo COVID-19 entre os beneficiários do programa.

O crescimento acentuado das despesas assistenciais se intensificou em 2022, quando o programa registrou um aumento de 10,36%, atingindo R\$47.392.270,36. Entretanto, a variação mais significativa ocorreu em 2023, com um aumento de 37,86%, elevando os custos para R\$65.333.208,82.

⁴https://iess.org.br/sites/default/files/2021-10/analise-mapa-assistencial-2015-a-2020.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em 09/03/2025.

⁵<https://www.iess.org.br/vcmh/26o-vcmhiess>. Acesso em 11/03/2025

Gráfico 5 – Comparação da Evolução dos Custos do TRT6 Saúde com o IPCA e VCMH

Fonte: IPCA/ IBGE⁶

Relatórios de Avaliação Atuarial do TRT6 Saúde VCMH/ IESS⁷

A evolução do IPCA, da Variação dos Custos Médico-Hospitalares (VCMH) e das Despesas Assistenciais do TRT6 Saúde entre os anos de 2019 e 2023 demonstra um cenário preocupante e desafiador para a sustentabilidade do TRT6 Saúde.

Observa-se que o IPCA manteve uma trajetória relativamente controlada ao longo do período, atingindo seu maior patamar em 2021 (10,06%), reflexo do contexto inflacionário daquele ano. No entanto, a inflação geral da economia refletida por este índice não acompanhou a alta dos custos no setor de saúde suplementar, evidenciada pela VCMH/IEE, que apresentou variações bem superiores ao índice oficial. O pico da VCMH ocorreu em 2021 (27,7%), seguido de uma redução nos anos subsequentes, mas ainda mantendo-se em patamares elevados, o que demonstra uma tendência de crescimento estrutural nos custos assistenciais.

No caso do TRT6 Saúde, as despesas assistenciais acompanharam parcialmente a evolução da VCMH até 2022, com aumentos moderados de 5,74% (2020), 7,85% (2021) e 10,36% (2022). No entanto, em 2023, houve um aumento expressivo de 37,86%, superando significativamente, tanto o IPCA, quanto a VCMH. O que pode ser explicado por diversos fatores, como maior utilização dos serviços de saúde, reajustes contratuais com prestadores e possíveis impactos da demanda reprimida durante a pandemia da COVID-19.

⁶ https://www.idealsoftwares.com.br/indices/ipca_ibge.html. Acesso em 18/03/2025

⁷ <https://www.iess.org.br/vcmh/26o-vcmhiess>. Acesso em 18/03/2025

Tabela 8 – Despesa Assistencial por Faixa Etária

Faixa Etária	Total	%
0 a 18	R\$ 7.117.084,05	3,05%
19 a 23	R\$ 4.061.034,98	1,74%
24 a 28	R\$ 5.628.807,14	2,41%
29 a 33	R\$ 5.331.419,83	2,29%
34 a 38	R\$ 6.707.533,51	2,88%
39 a 43	R\$ 7.822.802,36	3,36%
44 a 48	R\$ 6.355.648,47	2,73%
49 a 53	R\$ 11.707.203,84	5,02%
54 a 58	R\$ 17.839.890,61	7,65%
59 ou +	R\$ 160.575.254,46	68,87%
Total	R\$ 233.146.679,24	100,00%

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TR6 Saúde. (2025)

Os dados da Tabela 8 evidenciam uma distribuição desigual dos custos assistenciais entre as diferentes faixas etárias, refletindo um padrão típico da saúde suplementar, no qual a demanda por serviços de saúde cresce progressivamente com o avanço da idade dos beneficiários.

A principal constatação é a concentração expressiva da despesa assistencial na faixa etária de 59 anos ou mais, que responde por 68,87% do total das despesas, atingindo R\$160.575.254,46 milhões. Esse valor é significativamente superior ao de qualquer outra faixa etária e reflete a maior prevalência de doenças crônicas, a maior necessidade de internações, exames diagnósticos e tratamentos especializados entre os idosos. Esse fenômeno encontra respaldo em estudos sobre envelhecimento populacional e seus impactos nos custos da saúde suplementar.

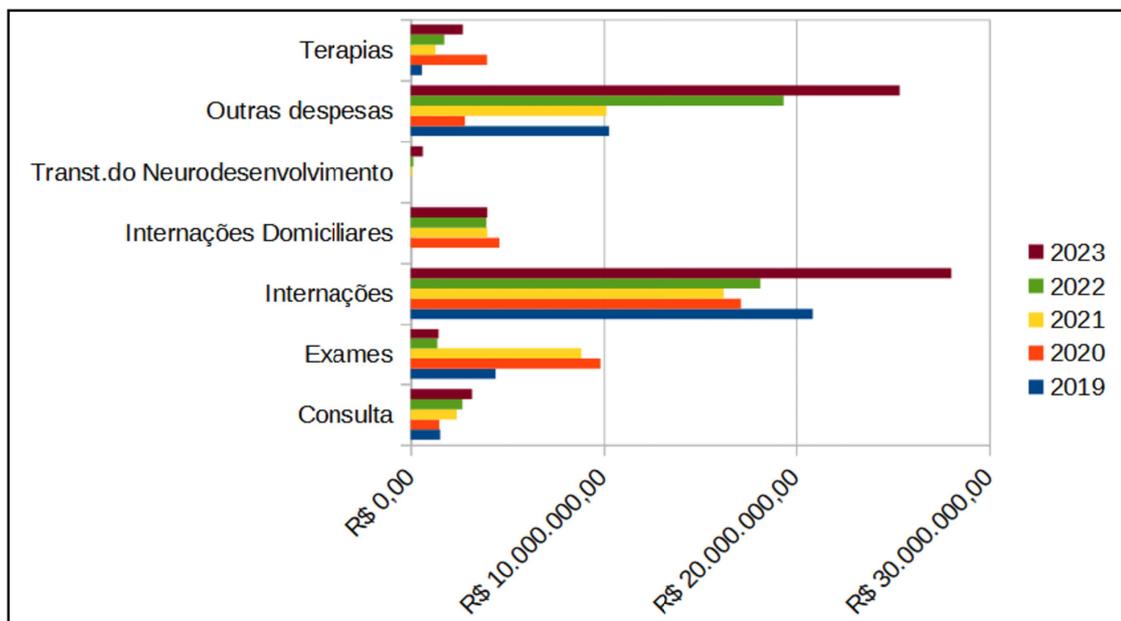
Por outro lado, as faixas etárias mais jovens apresentam custos substancialmente menores. O grupo de 0 a 18 anos, por exemplo, representa apenas 3,05% das despesas, totalizando R\$7,11 milhões. Isso se deve ao menor uso de serviços de saúde nessa fase da vida. O mesmo padrão se repete nas faixas etárias de 19 a 23 anos (1,73%) e 24 a 28 anos (2,41%), indicando que essa população jovem, em geral, demanda menos assistência médica.

Um ponto importante é o crescimento das despesas a partir da faixa etária de 49 a 53 anos, que representa 5,02% do total, com um aumento a partir dos 54 a 58 anos (7,65%). Esse comportamento reflete o início de um período da vida em que aumentam as doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, além da maior incidência de outras doenças degenerativas e cardiovasculares.

Tabela 9 – Evolução das Despesas Assistenciais por Tipo

Serviços	2019	2020	2021	2022	2023
Consulta	R\$ 1.533.640,85	R\$ 1.483.292,01	R\$ 2.388.687,27	R\$ 2.684.833,38	R\$ 3.181.938,40
Exames	R\$ 4.400.814,19	R\$ 9.827.524,76	R\$ 8.832.790,37	R\$ 1.384.907,48	R\$ 1.448.898,35
Internações	R\$ 20.864.380,51	R\$ 17.145.558,26	R\$ 16.256.027,17	R\$18.153.392,88	R\$28.034.253,66
Internações Domiciliares	***	R\$ 4.594.624,90	R\$ 3.967.221,37	R\$ 3.922.252,42	R\$ 3.967.221,37
Transt.do Neurodesenvolvimento	***	***	R\$ 80.367,52	R\$ 143.331,16	R\$ 634.947,59
Outras despesas	R\$ 10.273.242,32	R\$ 2.811.675,50	R\$ 10.133.899,60	R\$19.355.977,82	R\$ 25.361.406,07
Terapias	R\$ 585.182,26	R\$ 3.956.802,68	R\$ 1.285.468,54	R\$ 1.747.575,20	R\$ 2.704.543,38
Total	R\$ 37.657.260,13	R\$ 39.819.478,10	R\$ 42.944.461,84	R\$47.392.270,34	R\$ 65.333.208,82

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TR6 Saúde

Gráfico 6 - Evolução das Despesas Assistenciais por Tipo

Fonte: Relatórios de Avaliação Atuarial do TR6 Saúde

A análise da Tabela 9 e do Gráfico 6 sobre a evolução das despesas assistenciais do TRT6 Saúde entre os anos de 2019 e 2023 revela padrões importantes para a compreensão da dinâmica financeira e da sustentabilidade do modelo de autogestão em saúde no TRT6. O crescimento expressivo das despesas (73,5%), que passaram de R\$37,6 milhões em 2019 para R\$65,3 milhões em 2023, indica uma pressão crescente sobre os recursos do programa.

Um dos principais componentes do aumento das despesas foi o crescimento dos gastos com consultas, que apresentou um crescimento significativo ao longo dos anos, mais que

dobrando entre 2019 e 2023 (aumento de 107,5%). Essa tendência pode se explicar pelo aumento no número de beneficiários, assim como um maior acesso ao atendimento em nível ambulatorial, com o credenciamento de novos consultórios médicos.

Outro aspecto relevante foi a variação expressiva nos gastos com exames. Em 2020, houve um aumento significativo nessa despesa, que atingiu R\$9,8 milhões, seguido por uma redução drástica nos anos subsequentes. Esse comportamento pode estar relacionado aos efeitos da pandemia da COVID-19, que demandou maior volume de exames diagnósticos. Nos anos seguintes, a normalização do uso desses serviços pode ter contribuído para a queda da despesa.

As internações hospitalares representam o maior custo do plano, e seu crescimento ao longo dos anos é um dos principais fatores de pressão financeira. Após uma redução entre 2019 e 2021, que também está associada à COVID-19, os custos voltaram a subir significativamente, atingindo R\$28 milhões em 2023. Esse aumento pode estar relacionado a fatores como crescimento populacional, envelhecimento dos beneficiários e uma maior complexidade dos tratamentos hospitalares.

Paralelamente, as internações domiciliares, passaram a ser analisadas em separado nos relatórios de avaliação atuarial do programa somente a partir de 2020, pois em 2019 os valores foram somados aos das internações hospitalares. De um modo geral, apresentou um patamar estável de aproximadamente R\$4 milhões anuais, a assistência domiciliar é considerada uma das estratégias para reduzir a pressão sobre as internações hospitalares tradicionais e otimizar o uso dos recursos assistenciais.

O tratamento de transtornos do neurodesenvolvimento passou a ser analisado como uma nova categoria de despesa a partir de 2021, apresentando crescimento expressivo até 2023. Essa evolução reflete a maior demanda por atendimento especializado para condições como transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). O aumento dessa despesa tem se apresentado como um desafio para o TRT6 Saúde devido ao fato de se concentrar na população de menor faixa etária e dos elevados custos das terapias utilizadas, comprometendo o pacto intergeracional no qual se apoia a sustentabilidade da saúde suplementar.

A categoria "Outras Despesas" merece atenção especial, pois engloba os custos com materiais, medicamentos e procedimentos ambulatoriais destinados ao tratamento de condições crônicas como oncologia, diálise e hemodiálise, pequenas cirurgias, entre outros.

Essa despesa apresentou crescimento acentuado, passando de R\$10,2 milhões em 2019 para R\$25,3 milhões em 2023, um aumento de 146%. A queda observada em 2020 pode ser explicada por dificuldades de acesso ao tratamento durante a pandemia, enquanto o crescimento posterior reflete o aumento do número de beneficiários, assim como a maior incidência de doenças crônicas e o aumento no custo de medicamentos de alto custo.

As despesas com terapias também registraram crescimento ao longo do período analisado, passando de R\$585 mil em 2019 para R\$2,7 milhões em 2023. Esse aumento está relacionado à maior demanda por serviços de reabilitação, como fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional, fundamentais para a qualidade de vida dos beneficiários, sobretudo mais idosos.

3.4.5 Análise Comparativa com Indicadores do Mercado

Os dados apresentados a seguir tratam de uma comparação dos indicadores de custos do TRT6 Saúde com operadoras de autogestão em saúde que compõem a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, tomando-se por base a Pesquisa Nacional Unidas 2023/ 2024, publicada anualmente pela instituição.

Tabela 10 – Comparativo Custo Médio de Consultas

	2019	2020	2021	2022	2023
TRT6 Saúde	R\$ 115,65	R\$ 115,26	R\$ 114,99	R\$ 114,57	R\$ 121,82
UNIDAS – PE	R\$ 87,70	R\$ 88,21	R\$ 89,51	R\$ 92,13	R\$ 106,91
%	31,87%	30,67%	28,47%	24,36%	13,95%

Fontes: Pesquisa Nacional Unidas – 2022/2023
Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde

Os dados da tabela 10 indicam que, ao longo dos anos, o custo médio das consultas no TRT6 Saúde manteve-se consistentemente acima da média das operadoras da UNIDAS localizadas em Pernambuco. No entanto, houve uma tendência de redução da diferença percentual entre os dois valores, passando de 31,87% em 2019 para 13,95% em 2023.

Esse comportamento indica que, apesar do custo médio das consultas no TRT6 Saúde ter aumentado de R\$ 115,65 em 2019 para R\$ 121,82 em 2023, o crescimento foi proporcionalmente menor do que o observado nas operadoras da UNIDAS-PE, cujo custo

médio aumentou de R\$ 87,70 para R\$ 106,91 no mesmo período. Mesmo com a redução da diferença percentual, o custo médio no TRT6 Saúde continua superior.

Tabela 11 – Comparativo Custo Médio de Exames

	2019	2020	2021	2022	2023
TRT6 Saúde	R\$ 54,41	R\$ 99,24	R\$ 47,47	R\$ 50,85	R\$ 51,43
UNIDAS – PE	R\$ 36,72	R\$ 36,35	R\$ 38,41	R\$ 43,53	R\$ 49,81
%	48,18%	173,01%	23,59%	16,82%	3,25%

Fonte: Pesquisa Nacional Unidas – 2022/2023
Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde

Em 2020, houve um aumento abrupto no custo médio dos exames no TRT6 Saúde, que saltou de R\$ 54,41 em 2019 para R\$ 99,24 em 2020, representando um aumento percentual de 173% em relação à média das operadoras da UNIDAS em Pernambuco. Esse pico pode estar associado a fatores como a pandemia da COVID-19, que impactou a demanda por exames laboratoriais e de imagem, conforme tabela 11.

Nos anos seguintes, observou-se uma tendência de estabilização, com o custo médio reduzindo para R\$ 47,47 em 2021 e crescendo gradativamente até R\$ 51,43 em 2023. A diferença percentual entre o TRT6 Saúde e a UNIDAS-PE, que era de 48,18% em 2019, reduziu-se drasticamente para 3,25% em 2023.

Tabela 12 – Comparativo Custo Médio das Internações Hospitalares

	2019	2020	2021	2022	2023
TRT6 Saúde	R\$ 24.786,35	R\$ 22.679,31	R\$ 30.729,73	R\$ 35.045,16	R\$ 45.362,87
UNIDAS	R\$ 15.752,42	R\$ 25.074,06	R\$ 27.315,33	R\$ 24.511,08	R\$ 24.570,20
%	57,35%	-9,55%	12,50%	42,98%	84,63%

Fonte: Pesquisa Nacional Unidas – 2022/2023
Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde

O custo médio das internações no TRT6 Saúde apresentou uma grande variação ao longo do período pesquisado, com um crescimento expressivo nos últimos anos. Em 2019, o custo médio das internações no TRT6 Saúde foi de R\$ 24.786,35, valor 57,35% superior ao das operadoras da UNIDAS em nível nacional (R\$ 15.752,42). Registre-se que a Pesquisa Nacional Unidas não divulgou dados estratificados por estado da federação como nos itens anteriores.

Em 2020, no entanto, houve uma redução no custo médio do TRT6 Saúde para R\$22.679,31, enquanto a média das operadoras da UNIDAS Nacional registrou um aumento expressivo para R\$25.074,06. Como resultado, a diferença percentual entre os dois grupos tornou-se negativa (-9,55%), indicando que o custo médio do TRT6 Saúde ficou abaixo da média. Esse comportamento pode estar associado a uma menor demanda por internações devido à pandemia da COVID-19, que levou à postergação de procedimentos cirúrgicos eletivos.

A partir de 2021, o custo médio das internações no TRT6 Saúde voltou a crescer, alcançando R\$30.729,73, enquanto a média UNIDAS registrou um custo médio de R\$27.315,33. A diferença percentual voltou a ficar positiva, atingindo 12,50%. Esse aumento pode estar relacionado ao represamento de procedimentos ocorrido em 2020, resultando em maior volume e complexidade das internações nos anos seguintes.

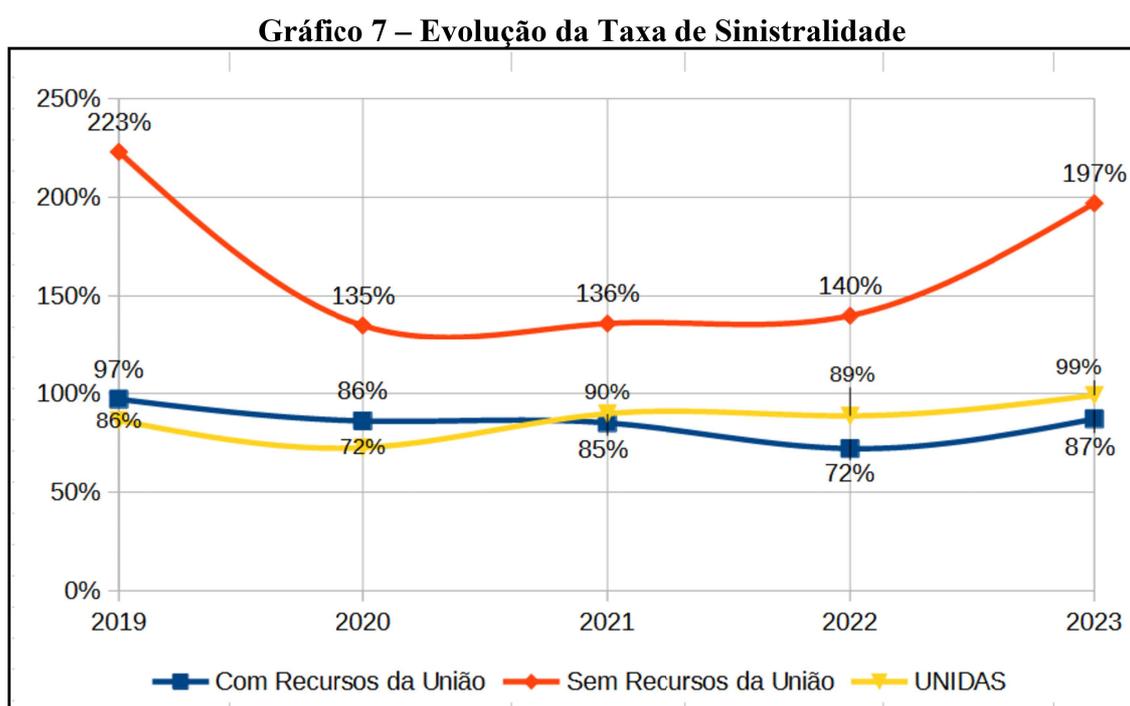
Como pode se verificar na tabela 12, em 2022 e 2023, a disparidade entre os custos do TRT6 Saúde e da UNIDAS se acentuou significativamente. O custo médio no TRT6 Saúde subiu para R\$35.045,16 em 2022 e R\$45.362,87 em 2023, enquanto a média da UNIDAS manteve valores estáveis em torno de R\$24.500,00. Como consequência, a diferença percentual saltou para 42,98% em 2022 e atingiu um pico de 84,63% em 2023.

A taxa de sinistralidade é um indicador financeiro utilizado na saúde suplementar para medir a relação entre as despesas assistenciais de um plano de saúde e as receitas obtidas por meio das contribuições dos beneficiários e patrocinadores. Esse índice é expresso em porcentagem e indica o quanto dos recursos arrecadados foi utilizado para cobrir despesas médicas, como consultas, exames, internações e procedimentos. Quando a taxa está próxima ou superior a 100%, significa que os custos assistenciais estão igualando ou superando a receita, podendo comprometer a sustentabilidade do plano.

A análise da sinistralidade tem um papel importante para a boa gestão dos planos de saúde, pois permite identificar tendências de uso, estabelecer reajustes e adotar estratégias para garantir o equilíbrio financeiro. No caso das autogestões, que se caracterizam por não visarem lucro, manter a taxa de sinistralidade dentro de um patamar controlado é fundamental para assegurar a continuidade do atendimento aos beneficiários sem a necessidade de reajustes excessivos ou cortes na cobertura. Assim, esse indicador funciona como um termômetro da viabilidade econômica do plano e auxilia na tomada de decisões estratégicas para garantir sua sustentabilidade no longo prazo.

Como já mencionado no item referente ao custeio e financiamento do programa, o regulamento geral do TRT6 Saúde estabelece que o ponto de equilíbrio para a sustentabilidade financeira do programa é uma taxa de sinistralidade de 85%, a qual é apurada anualmente por meio dos relatórios de avaliação atuarial.

O gráfico 7 apresenta a taxa de sinistralidade do TRT6 Saúde com e sem os recursos do patrocínio da União Federal, consignado no orçamento do TRT6. Os dados revelam que sem os recursos do patrocinador a taxa de sinistralidade do TRT6 Saúde ficaria insustentável, sendo necessário uma revisão total do modelo financeiro para garantir a sua continuidade. Já a taxa de sinistralidade "Com Recursos da União" manteve-se abaixo de 100% na maior parte do período analisado, o que indica sustentabilidade financeira. A partir de 2021 o comportamento da sinistralidade "Com Recursos da União" mostrou-se mais favorável do que o da média da UNIDAS para operadoras de pequeno porte.



Fontes: Relatórios de Avaliação Atuarial TRT6 Saúde
Pesquisa Nacional Unidas 2024

O gráfico 7 também compara o desempenho do TRT6 Saúde com a taxa média de sinistralidade das operadoras de autogestão vinculadas à UNIDAS, especificamente com aquelas consideradas de pequeno porte, com menos de 20 mil beneficiários, tal comparação reforça que a média desses planos se mantêm próximos da faixa de 85-90%, o que reforça que a gestão do TRT6 Saúde com recursos da União está dentro de um patamar aceitável.

A tabela 13 apresenta a taxa de sinistralidade apurada pela ANS para os planos de saúde em suas várias modalidades. De um modo geral este indicador no período entre o 1º trimestre de 2021 e o 3º trimestre de 2023 ficou entre 85% e 90%. No que se refere ao segmento da autogestão, a taxa ficou levemente superior, entre 86% e 94%.

Tabela 13 - Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2021-2023)

Modalidade	3º Tri 2021	4º Tri 2021	1º Tri 2022	2º Tri 2022	3º Tri 2022	4º Tri 2022	1º Tri 2023	2º Tri 2023	3º Tri 2023
Operadoras médico-hospitalares	85,7%	86,2%	85,8%	88,7%	90,2%	89,1%	87,1%	87,8%	88,1%
Autogestão	86,5%	88,7%	85,8%	91,9%	94,8%	94,0%	91,8%	93,5%	94,5%
Cooperativa médica	84,1%	84,5%	84,4%	87,8%	88,9%	86,0%	85,1%	86,2%	86,4%
Filantropia	81,2%	80,9%	82,6%	85,5%	86,2%	85,1%	78,3%	80,7%	81,5%
Medicina de grupo	84,3%	84,3%	84,1%	86,0%	88,5%	87,9%	82,1%	83,9%	84,5%
Seguradora especializada em saúde	90,0%	90,4%	90,2%	91,9%	92,2%	92,6%	94,2%	92,8%	92,3%
Operadoras exclusivamente odontológicas	41,2%	42,0%	33,4%	38,0%	41,0%	41,7%	36,1%	39,2%	41,2%
Cooperativa odontológica	54,2%	55,6%	48,7%	53,0%	54,6%	55,5%	52,7%	55,8%	57,5%
Odontologia de grupo	38,1%	37,9%	29,5%	34,0%	37,4%	37,5%	31,6%	34,6%	36,7%

Fontes: DIOPS/ANS/MS - 24/11/2023

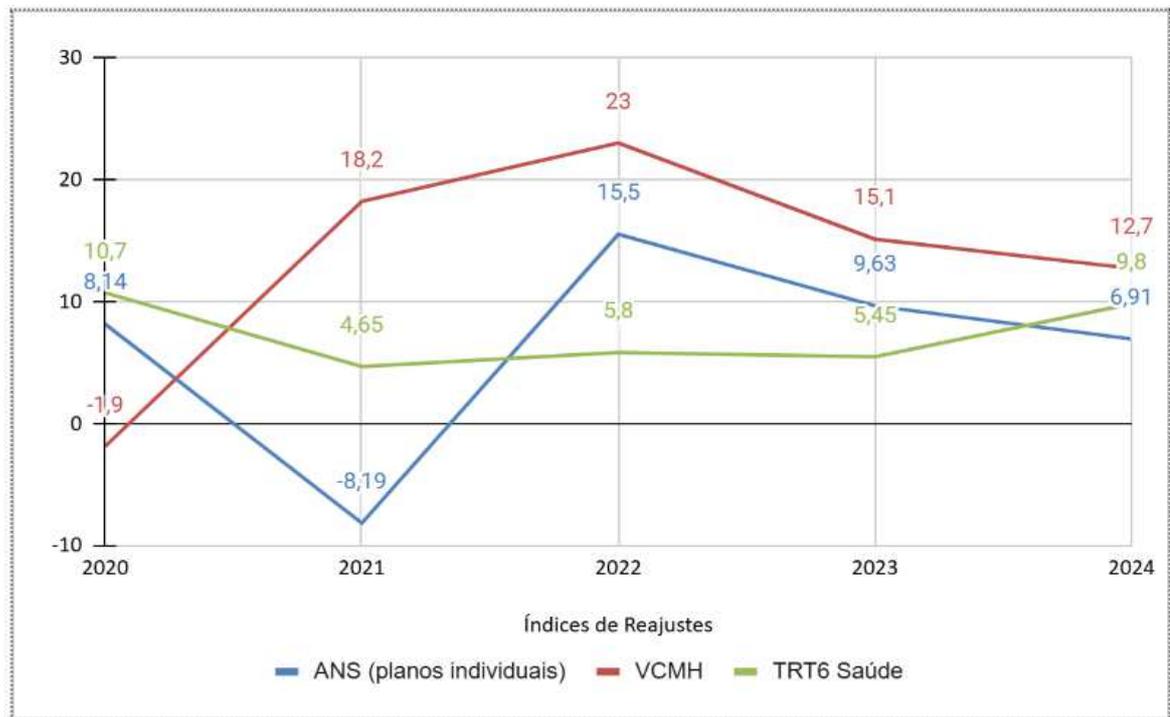
Caderno de Informação da Saúde Suplementar - dezembro/2023

Notas: Dados preliminares, sujeitos a revisão

Em 2021, a sinistralidade do TRT6 Saúde (85%) mostrou um desempenho dentro do padrão das autogestões acompanhadas pela ANS (86,5% – 88,7%). Em 2022, houve uma redução significativa para 72,00%, um patamar bem abaixo da média da ANS (85,8% – 94,8%).

Ao se comparar os índices de reajustes do programa TRT6 Saúde e os principais indicadores de mercado representados pela Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) e pelos reajustes autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para planos individuais pode-se perceber no Gráfico 8, aspectos importantes da política de equilíbrio financeiro adotada pelo programa de autogestão do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região.

Gráfico 8 – Comparativo Índices de Reajustes



Fonte: VCHM – Instituto de Estudos em Saúde Suplementar⁸
 ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar⁹
 Relatório de Avaliação Atuarial do TRT6 Saúde

O VCMH, que reflete a evolução dos custos médicos e hospitalares no mercado de saúde suplementar, apresentou os maiores percentuais de reajuste em toda a série analisada, com picos expressivos em 2021 (18,2%) e 2022 (23%), e uma média anual de 13,42% no quinquênio. Essa trajetória evidencia o impacto contínuo da inflação médica, pressionada por fatores como incorporação tecnológica, envelhecimento populacional e judicialização da saúde.

Em contraste, os reajustes autorizados pela ANS para planos individuais mostraram maior variabilidade, com um comportamento que oscilou de forma acentuada. O ano de 2021 registrou um índice negativo de -8,19%, reflexo das medidas regulatórias adotadas em função da pandemia de COVID-19, enquanto 2022 apresentou uma forte recuperação, com reajuste de 15,5%. A média anual dos reajustes da ANS no período foi de 6,40%, inferior à do VCMH.

⁸ Disponível em: <https://www.iess.org.br/vcmh/31o-vcmhiess>. Acesso em 17/04/2025.

⁹ Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-limita-a-6-91-o-reajuste-dos-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em 17/04/2025.

O programa TRT6 Saúde, por sua vez, demonstrou um padrão de reajuste significativamente mais estável e moderado. Os percentuais anuais variaram entre 4,65% (2021) e 10,7% (2020), com média de 7,68% no período analisado. Este desempenho indica uma política de reajustes mais previsíveis e sintonizada com o equilíbrio atuarial, com decisões fundamentadas na análise da sinistralidade, no desempenho financeiro e na capacidade contributiva dos beneficiários.

A contenção dos reajustes em níveis inferiores à média do mercado e, sobretudo, da VCMH, reflete a eficiência do modelo de autogestão em saúde adotado pelo TRT6. Em 2022, por exemplo, mesmo diante do maior pico inflacionário do setor (com VCMH de 23%), o reajuste aplicado pelo plano foi de apenas 5,8%, demonstrando resiliência diante das pressões de custo. A consistência desse comportamento nos anos subsequentes reafirma o compromisso do programa com a sustentabilidade do sistema e com a proteção do poder aquisitivo dos servidores e magistrados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa e Instrumentos Utilizados

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa exploratória que adota um estudo de caso para avaliar um programa de assistência à saúde no modelo de autogestão em um órgão público federal, focando na análise da satisfação de seus beneficiários. O plano em questão é o Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco (TRT6 Saúde – Pernambuco).

Um estudo de caso é uma metodologia de pesquisa que se concentra na análise detalhada e aprofundada de um caso específico dentro de um contexto real. Essa abordagem é frequentemente utilizada nas ciências sociais, administração, educação e outras áreas para explorar fenômenos complexos em suas realidades específicas.

Para Yin (2015), "o estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno (o "caso") contemporâneo e em seu contexto de mundo real". Esta metodologia considera múltiplas fontes de dados e múltiplas perspectivas, oferecendo uma visão holística do caso em estudo.

Esse estudo de caso também se constitui como uma avaliação de uma política institucional implementada pelo Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco para prover assistência à saúde aos magistrados, servidores e seus familiares. Segundo Gertler et al (2018, p. 8), “As avaliações são análises periódicas e objetivas de uma política pública, projeto ou programa planejado, em andamento ou concluído. As avaliações são usadas para responder perguntas específicas, geralmente relacionadas ao desenho, à implementação ou aos resultados”.

Nessa perspectiva, trata-se de uma avaliação retrospectiva, ou seja, aquela desenvolvida após a implantação do programa, mas também utiliza-se o conceito de avaliação de processo, utilizando métodos quantitativos, com vistas a construir evidências científicas sobre o desempenho e os resultados gerados pelo Programa de Autogestão em Saúde do TRT da 6ª Região (TRT6 Saúde – Pernambuco).

Enquanto as avaliações retrospectiva e de processo concentram-se na trajetória e na execução da política, a avaliação de resultados busca mensurar os efeitos diretos e imediatos do programa sobre a população-alvo, tomando como base os objetivos previamente definidos;

Segundo Gertler et al. (2018), esse tipo de avaliação permite verificar se o programa produziu os efeitos esperados nos curto e médio prazos, por meio de indicadores mensuráveis de desempenho, como eficiência, cobertura, qualidade dos serviços e satisfação dos usuários. No caso do TRT6 Saúde, essa abordagem está presente na análise da evolução do número de beneficiários, no controle da sinistralidade, no equilíbrio financeiro e na comparação com dados de outras autogestões em saúde.

Já a avaliação de impacto busca identificar os efeitos de longo prazo que podem ser atribuídos diretamente à intervenção, distinguindo-se dos resultados imediatos ao considerar transformações mais amplas e duradouras na qualidade de vida, no bem-estar e nos comportamentos dos beneficiários.

Esse tipo de avaliação requer, em geral, métodos mais robustos de pesquisa capazes de estabelecer relações causais entre o programa e os efeitos observados, controlando variáveis externas (Gertler et al., 2018).

Embora a presente pesquisa não se configure como uma avaliação de impacto conforme a literatura, ela incorpora dimensões que tangenciam essa abordagem, especialmente ao captar a percepção dos beneficiários sobre a capacidade do programa em satisfazer suas necessidades de saúde, sua reputação institucional e o valor percebido da

assistência prestada. Trata-se, portanto, de uma análise exploratória com foco nos resultados percebidos e declarados, que pode servir de base para futuras investigações com maior rigor metodológico voltadas à avaliação de impacto.

A pesquisa utilizou a análise de documentos institucionais, projetos, relatórios de estudos atuais, disposições, materiais jornalísticos e outros registros relevantes sobre o processo de implementação do programa. Além disso, foi feito um levantamento de dados secundários, examinando os principais indicadores de desempenho ao longo dos cinco anos de existência do programa. Esses indicadores incluem a evolução do número de beneficiários, segmentados por faixa etária, sexo e tipo de vínculo com o tribunal, além do total de despesas e receitas, taxa de sinistralidade, custos com mensalidades e coparticipação. Os dados foram comparados com os principais indicadores de outras autogestões em saúde, tanto em nível local quanto nacional, tendo como referência as informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e os resultados da pesquisa nacional anual realizada pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS.

Além disso, foi conduzida uma pesquisa para avaliar a percepção dos benéficos em relação ao programa. O instrumento de coleta de dados baseou-se nos modelos desenvolvidos por Milan e Trez (2005) e por de Moraes, de Sevilha Gosling e de Sevilha Gosling (2018), que elaboraram metodologias específicas para pesquisas de satisfação em planos de saúde, a partir de estudos de caso. O modelo proposto pelos autores foi construído a partir de uma abordagem qualitativa exploratória para identificar os atributos mais relevantes na avaliação dos serviços de um plano de saúde.

Para isso, foram realizadas entrevistas telefônicas com 56 beneficiários, até a saturação dos resultados. A análise de conteúdo dessas entrevistas possibilitou a construção de um questionário estruturado, validado por especialistas e aplicado a uma amostra de 728 usuários. Esse questionário utilizou uma escala intervalar de sete pontos e foi distribuído aleatoriamente entre os beneficiários. Para análise dos dados, foram empregadas técnicas estatísticas, como análise fatorial exploratória, regressão linear múltipla e teste Alpha de Cronbach, a fim de garantir a confiabilidade e precisão das informações obtidas.

A análise fatorial revelou seis fatores determinantes na avaliação dos serviços do plano de saúde: 1) Atendimento, enfatizando a necessidade de qualificação e agilidade no contato com os clientes; 2) Estrutura, destacando a importância da higiene e dos equipamentos disponíveis; 3) Médicos, evidenciando a relevância da competência e

confiabilidade dos profissionais; 4) Preço, abordando a relação custo-benefício e reajustes contratuais; 5) Comunicação, tratando da forma como o plano se comunica com os beneficiários e eventuais discrepâncias na percepção do serviço; e 6) Conveniência, englobando aspectos como localização, agendamento de consultas e cobertura do plano. Ajustes foram feitos para realocar atributos em fatores mais apropriados, garantindo coerência na classificação (Milan; Trez, 2005).

Desse modo, o instrumento de coleta de dados para a presente pesquisa de satisfação dos beneficiários do TRT6 Saúde utiliza como referência os seis fatores propostos no mencionado modelo, aos quais chamamos de domínios, assim como foram acrescentadas outras questões relativas aos fatores 7) Imagem, que diz respeito à percepção sobre a reputação do plano e o 8) Valor Percebido, tratando da percepção sobre a satisfação das necessidades de saúde, proposto por e de Moraes, de Sevilha Gosling e de Sevilha Gosling (2018). Também foi acrescentada mais uma questão sobre a 9) Satisfação geral dos beneficiários com o programa, resultando no total de 9 domínios:

1. Atendimento
2. Comunicação
3. Conveniência
4. Estrutura
5. Imagem
6. Médicos
7. Preço
8. Valor Percebido
9. Satisfação

Foi elaborado um questionário estruturado do tipo *Survey*, utilizando-se a ferramenta *Google Forms*, com um total de 40 perguntas, sendo 5 questões voltadas à estratificação da amostra por sexo, faixa etária, tipo de beneficiário, local de residência e frequência de utilização do programa e 35 questões que compuseram os domínios de satisfação com o TRT6 Saúde, utilizando-se a escala de *Likert* com intervalo de 7 pontos (de 1 – "Concordo Totalmente" a 7 – "Discordo Totalmente"), a exemplo dos modelos utilizados como referência.

Quadro 2 – Questões Categorizadas por Fator

(Continua)

DOMÍNIOS	QUESTÃO	Nº
Atendimento	Sobre o TRT6 Saúde, você diria que o atendimento recebido por telefone funciona bem?	Q7
Atendimento	Você diria que o número de médicos disponíveis no TRT6 Saúde nas diversas especialidades é adequado?	Q13
Atendimento	Você diria que atendimento recebido nas clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde é eficiente?	Q14
Atendimento	Você diria que o tempo de espera nos hospitais, laboratórios e clínicas credenciados ao TRT6 Saúde é adequado?	Q17
Atendimento	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde trabalham sempre com pontualidade na entrega dos exames?	Q18
Atendimento	Você diria que os funcionários do TRT6 Saúde são atenciosos no atendimento?	Q25
Atendimento	Você diria que a administração do TRT6 Saúde sempre se mostra preocupada com seus beneficiários?	Q29
Atendimento	Você diria que sempre recebe um tratamento com respeito por parte dos servidores/ funcionários do TRT6 Saúde?	Q33
Atendimento	Você diria que o número de pessoas no atendimento das clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde é adequado?	Q37
Atendimento	Você diria que é fácil marcar consultas nos consultórios médicos credenciados?	Q28
Comunicação	Você diria que, em geral, as informações recebidas ao se inscrever ao TRT6 Saúde foram suficientes?	Q12
Comunicação	Você diria que o TRT6 Saúde presta esclarecimentos adequados sobre suas coberturas?	Q20
Comunicação	Você diria que, em geral, as formas de comunicação do TRT6 Saúde com os beneficiários são adequadas?	Q31
Comunicação	Você diria que é fácil obter informações sobre o que o TRT6 Saúde oferece?	Q35
Comunicação	Você diria que o TRT6 Saúde sempre presta informações sobre os reajustes no valor das mensalidades?	Q36
Comunicação	Você diria que o TRT6 Saúde sempre presta informações sobre as mudanças ocorridas no plano?	Q41
Conveniência	Você diria que o TRT6 Saúde oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)?	Q22
Conveniência	Você diria que o TRT6 Saúde oferece uma cobertura satisfatória (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)?	Q9
Estrutura	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde têm boa localização?	Q8
Estrutura	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde oferecem conforto aos pacientes?	Q24

Quadro 2 – Questões Categorizadas por Fator

(Conclusão)

Estrutura	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde tem equipamentos adequados para a realização de exames e procedimentos?	Q27
Estrutura	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde são muito limpos?	Q32
Estrutura	Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados tem uma boa infraestrutura?	Q39
Imagem	Você diria que a imagem do TRT6 Saúde é sólida?	Q15
Imagem	Você diria que a reputação do TRT6 Saúde é superior à dos demais planos?	Q34
Médicos	Sobre os médicos credenciados ao TRT6 Saúde, você diria que prestam bom atendimento?	Q11
Médicos	Sobre os médicos credenciados ao TRT6 Saúde, você diria que são pontuais no atendimento?	Q21
Médicos	Sobre os médicos credenciados ao TRT6 Saúde, você diria que são bastante competentes?	Q23
Médicos	Sobre os médicos credenciados ao TRT6 Saúde, você diria que passam confiança?	Q26
Preço	Você diria que o preço cobrado pelo TRT6 Saúde, em comparação com os outros planos de saúde, faz o plano valer a pena?	Q10
Preço	Você diria que a forma de reajuste de preços do TRT6 Saúde é justa?	Q16
Preço	O TRT6 Saúde sempre presta esclarecimentos e informações sobre taxas de coparticipação cobradas?	Q38
Preço	Você diria que o preço cobrado pelo TRT6 Saúde em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos é justo?	Q40
Satisfação	Você está satisfeito/a com o TRT6 Saúde?	Q30
Valor percebido	Você diria que o TRT6 Saúde presta um serviço que atende bem às suas necessidades?	Q19

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A abordagem *Survey* em uma pesquisa quantitativa é um método estruturado de coleta de dados que busca obter informações padronizadas de um grupo específico de respondentes, geralmente por meio de questionários estruturados. Esse método é amplamente utilizado para descrever características, atitudes, opiniões ou comportamentos de uma população, permitindo a generalização dos resultados a partir de uma amostra representativa.

Paranhos *et al.* (2013, p. 10) afirmam que:

A pesquisa de survey tem múltiplas finalidades. Sempre que o pesquisador estiver interessado em identificar opiniões, atitudes, valores, percepções, etc., ele pode empregar o survey como técnica de coleta de dados. Comparativamente, é durante o período eleitoral que esse tipo de pesquisa ganha maior visibilidade. Mas nada impede que o survey seja utilizado para auxiliar gestores governamentais na

formulação de políticas públicas e informar o planejamento estratégico de empresas. Academicamente, a pesquisa de survey tem três principais funções: (1) exploração; (2) descrição; e (3) explicação.

Assim, utilizou-se como meio de distribuição dos *Surveys* o envio de mensagens eletrônicas com o link do questionário para todos os e-mails dos beneficiários titulares cadastrados junto ao programa no período entre 29/01/2024 a 12/12/2024. Ao todo, foram enviadas três mensagens eletrônicas para a lista de e-mails dos beneficiários, obtendo-se ao final, um total de 323 respostas.

4.2 Universo e Amostra da Pesquisa

Com base na consulta ao cadastro do sistema informatizado do TRT6 Saúde em 23/08/2024, data de corte estabelecida para o planejamento da pesquisa, o programa contabilizava um total de 4.253 beneficiários, distribuídos entre 1.844 titulares, 1.584 dependentes e 825 agregados.

A pesquisa teve como universo os beneficiários titulares do TRT6 Saúde, conforme definidos no art. 25 do regulamento geral do programa, englobando magistrados, servidores ativos e inativos, assim como dos(as) pensionistas. A escolha desse grupo se justifica pelo fato de os titulares serem o público prioritário da política em questão, uma vez que possuem vínculo direto com o Tribunal, são os responsáveis financeiros pelos demais beneficiários e mantêm seus cadastros atualizados junto à instituição, o que facilitou a comunicação com esse segmento.

Para determinar a amostra representativa de um universo de 1.844 indivíduos com uma margem de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, utilizou-se a fórmula de para amostras finitas:

$$n = N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p) / e^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot (1-p)$$

Onde:

n = tamanho da amostra

N = tamanho da população (universo) → **1.844**

z = valor da distribuição normal padrão correspondente ao nível de confiança → **1,96** (para 95%)

p = proporção estimada da característica na população → **0,5** (valor conservador, que maximiza a variância)

e = margem de erro tolerada → **0,05** (5%)

Aplicando a fórmula para o universo temos:

$$n = 1844 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5) / 0,005^2 \cdot (1844-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)$$

$$n = 1844 \cdot 3,8416 \cdot 0,25 / 0,0025 \cdot 1843 + 3,8416 \cdot 0,25$$

$$n = 1844 \cdot 0,9604 / 4,6075 + 0,9604$$

$$n = 1772,25 / 5,5679$$

$$n = 318,30$$

Portanto, o tamanho da amostra necessário é de 319 indivíduos.

A seleção da amostra da pesquisa de satisfação com o TRT6 Saúde foi conduzida de forma aleatória, por e-mail, para os beneficiários titulares do programa, seguindo critérios técnicos fundamentados na representatividade estatística e na viabilidade operacional da coleta de dados.

Diante das características do objeto de estudo e a natureza da população-alvo, optou-se pela utilização da amostragem autoselecionada, método em que os próprios participantes decidem voluntariamente se desejam integrar a pesquisa. Essa abordagem se mostrou adequada por permitir ampla divulgação do instrumento de coleta, garantindo acesso a todos os beneficiários titulares do Programa TRT6 Saúde, independentemente da localidade ou situação funcional.

Em contextos institucionais como o do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região, onde há elevado nível de escolaridade e familiaridade com ferramentas digitais, esse tipo de amostragem favorece o engajamento e a espontaneidade das respostas, aspectos fundamentais para a avaliação da percepção subjetiva dos usuários em relação ao programa.

Além disso, a autoseleção mitigou entraves operacionais relacionados à obtenção de listas de contatos atualizadas, respeitando as normas de proteção de dados e promovendo maior adesão à pesquisa. Embora a técnica não assegure aleatoriedade, os cuidados adotados no delineamento da amostra, somados ao tamanho expressivo de respondentes obtido, conferem robustez estatística e validade aos resultados apresentados.

O número de 323 respondentes (taxa de resposta 101,25%) ultrapassou a amostra planejada para a pesquisa, considerando a população de titulares do programa e um nível de confiança adequado para inferências sobre o grupo total. O envio dos questionários por e-mail justificou-se pela praticidade, baixo custo e possibilidade de alcance direto dos participantes, assegurando que a pesquisa fosse realizada de forma eficiente e com controle sobre as respostas. Essa abordagem também garantiu que os participantes respondessem ao questionário de maneira autônoma e em ambiente privado, minimizando influências externas e contribuindo para a fidedignidade dos dados coletados.

Toda a pesquisa foi devidamente autorizada pela administração do TRT6 e conduzida de acordo com os princípios éticos estabelecidos, garantindo-se o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes. Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e seu consentimento obtido no próprio instrumento de coleta de dados.

4.3 Análise de Dados

Na análise dos dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. As técnicas de descritiva compreenderam frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e as medidas: média, desvio padrão (média \pm DP) e mediana e os percentis 25 e 75 (mediana (P25; P75)) para as variáveis numéricas. Na comparação entre categorias foi utilizado o teste de Mann-Whitney na situação de duas categorias e o teste de Kruskal-Wallis quando tinha mais duas categorias. No caso de diferença significativa pelo teste do Kruskal-Wallis foram obtidas comparações múltiplas (entre os pares de categorias) de Conover.

A escolha dos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis foi devido a ausência da normalidade dos dados em pelo menos uma das categorias ou ao tipo de escala. Para avaliação da confiabilidade dos instrumentos foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach.

A margem de erro utilizada na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados foram digitados na planilha eletrônica e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IBM SPSS.

5 AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DO PROGRAMA

5.1 Análise dos dados

Na Tabela 14, são apresentados os resultados referentes às características da amostra analisada, composta pelos 323 participantes. Destaca-se que a maior parte dos respondentes tinha 59 anos ou mais (41,8%), enquanto a faixa etária de 49 a 58 anos representava 31,3% e a de 24 a 48 anos, 26,9%. Observa-se, ainda, que a maioria do grupo era do sexo feminino (53,9%). Quanto ao tipo de beneficiário, a categoria mais comum foi a de servidores ativos, que corresponde a 72,1% da amostra, seguidos por servidores aposentados (16,7%), magistrados ativos (5,6%), magistrados aposentados (3,4%) e pensionistas (2,2%).

Tabela 14 – Avaliação do perfil da amostra analisada

Variável	n (%)
TOTAL	323 (100,0)
Faixa etária	
24 a 48	87 (26,9)
49 a 58	101 (31,3)
59 ou mais	135 (41,8)
Sexo	
Masculino	149 (46,1)
Feminino	174 (53,9)
Tipo de beneficiário	
Servidor ativo	233 (72,1)
Servidor aposentado	54 (16,7)
Magistrado ativo	18 (5,6)
Magistrado aposentado	11 (3,4)
Pensionista	7 (2,2)
Local de residência	
Recife	234 (72,4)
RMR	33 (10,2)
Interior de PE	39 (12,1)
Outro Estado	17 (5,3)
Nos últimos 12 meses, com que frequência utilizou o TRT6 Saúde?	
Sempre	26 (8,0)
Muito frequentemente	35 (10,8)
Frequentemente	89 (27,6)
Às vezes	118 (36,5)
Raramente	44 (13,6)
Nunca	11 (3,4)

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

Quanto ao local de residência, a maioria dos participantes era do Recife (72,4%). Os residentes de outros municípios da Região Metropolitana representaram 10,2%, enquanto 12,1% eram do interior de Pernambuco e 5,3% de outros estados.

No que diz respeito à frequência de utilização do plano TRT6 Saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa, o maior percentual correspondeu à alternativa "Às vezes" (36,5%), seguido dos que responderam "Frequentemente" (27,6%). A menor parcela (3,4%) foi composta por aqueles que informaram não ter utilizado o plano no período referido. Já os percentuais dos que indicaram utilizá-lo "Sempre", "Muito frequentemente" e "Raramente" variaram entre 8,0% e 13,6%.

O valor do Alfa de Cronbach para as 35 questões foi 0,976 e não foram registradas questões que aumentassem o valor. O Alfa de Cronbach é uma medida estatística utilizada para avaliar a consistência interna de um questionário, ou seja, o quanto as questões estão relacionadas entre si e medindo o mesmo conceito. Ele varia entre 0 e 1, sendo que valores acima de 0,7 indicam uma boa confiabilidade, e acima de 0,9 apontam uma confiabilidade excelente. No entanto, quando este valor é muito próximo de 1, existe um indicativo de redundância entre algumas questões, ou seja, algumas perguntas podem estar captando informações muito similares (de Mello Veloso; Shimoda; Shimoya, 2015).

Na Tabela 15, são apresentados os resultados das 35 questões sobre a avaliação da satisfação com o TRT6 Saúde. Destaca-se que, com exceção da questão "Q33. Sempre recebe um tratamento com respeito por parte dos servidores/funcionários?", cujo percentual mais elevado foi na categoria *Concorda totalmente* (37,2%), seguida de *Concorda* (35,0%) e *Concorda muito* (20,7%), e da questão "Q34. A reputação é superior à dos demais planos?", em que o maior percentual foi atribuído à alternativa *Indiferente* (29,7%), seguida de *Discorda* (22,6%) e *Concorda* (22,0%), nas demais questões o maior percentual ou a maioria das respostas correspondeu à alternativa *Concorda*.

Dentre as questões em que a maior frequência foi atribuída à categoria *Concorda*, os percentuais variaram de 30,7% a 54,2%, sendo que, em sete questões, esse percentual superou 50,0%. Além disso, entre as questões cujo maior percentual foi *Concorda*, a segunda maior frequência foi registrada na alternativa *Concorda totalmente* em seis questões, com valores entre 20,1% e 34,1%. Em uma das questões, o segundo maior percentual ocorreu na categoria *Concorda muito*. Já em sete questões, incluindo a questão 34, a segunda maior frequência de respostas foi para a categoria *Discorda*.

Tabela 15 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação

(Continua)

Quanto à satisfação com TRT6 Saúde você diria que:	Resposta						
	Concorda totalment e	Concorda muito	Concord a	Indiferent e	Discorda	Discorda muito	Discorda totalment e
	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾
Q7. O atendimento recebido por telefone funciona bem?	56 (17,3)	45 (13,9)	132 (40,9)	62 (19,2)	20 (6,2)	2 (0,6)	6 (1,9)
Q8. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados têm boa localização?	77 (23,8)	59 (18,3)	141 (43,7)	23 (7,1)	15 (4,6)	7 (2,2)	1 (0,3)
Q9. Oferece uma cobertura satisfatória (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)?	61 (18,9)	58 (18,0)	132 (40,9)	14 (4,3)	42 (13,0)	10 (3,1)	6 (1,9)
Q10. O preço cobrado em comparação com os outros planos de saúde, faz o plano valer a pena?	69 (21,4)	32 (9,9)	142 (44,0)	25 (7,7)	42 (13,0)	6 (1,9)	7 (2,2)
Q11. Os médicos credenciados prestam bom atendimento?	55 (17,0)	68 (21,1)	152 (47,1)	38 (11,8)	9 (2,8)	1 (0,3)	-
Q12. As informações recebidas ao se inscrever foram suficientes?	69 (21,4)	50 (15,5)	127 (39,3)	40 (12,4)	31 (9,6)	4 (1,2)	2 (0,6)
Q13. O número de médicos disponíveis nas diversas especialidades é adequado?	24 (7,4)	29 (9,0)	113 (35,0)	38 (11,8)	97 (30,0)	11 (3,4)	11 (3,4)
Q14. O atendimento recebido nas clínicas, laboratórios e hospitais credenciados é eficiente?	52 (16,1)	55 (17,0)	169 (52,3)	19 (5,9)	23 (7,1)	4 (1,2)	1 (0,3)
Q15. A imagem do TRT6 Saúde é sólida?	62 (19,2)	53 (16,4)	119 (36,8)	40 (12,4)	40 (12,4)	5 (1,5)	4 (1,2)
Q16. A forma de reajuste de preços do é justa?	30 (9,3)	21 (6,5)	110 (34,1)	54 (16,7)	68 (21,1)	21 (6,5)	19 (5,9)
Q17. O tempo de espera nos hospitais, laboratórios e clínicas credenciados é adequado?	29 (9,0)	33 (10,2)	144 (44,6)	45 (13,9)	58 (18,0)	10 (3,1)	4 (1,2)
Q18. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados trabalham sempre com pontualidade na entrega dos exames?	63 (19,5)	51 (15,8)	173 (53,6)	23 (7,1)	9 (2,8)	4 (1,2)	-
Q19. Presta um serviço que atende bem às suas necessidades?	52 (16,1)	53 (16,4)	152 (47,1)	11 (3,4)	46 (14,2)	4 (1,2)	5 (1,5)

Tabela 15 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação

(Continua)

Q20. Presta esclarecimentos adequados sobre suas coberturas?	64 (19,8)	31 (9,6)	134 (41,5)	33 (10,2)	50 (15,5)	4 (1,2)	7 (2,2)
Q21. Os médicos credenciados são pontuais no atendimento?	30 (9,3)	30 (9,3)	133 (41,2)	63 (19,5)	56 (17,3)	8 (2,5)	3 (0,9)
Q22. Oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)?	25 (7,7)	25 (7,7)	99 (30,7)	60 (18,6)	84 (26,0)	13 (4,0)	17 (5,3)
Q23. Os médicos credenciados são bastante competentes?	48 (14,9)	43 (13,3)	150 (46,4)	64 (19,8)	16 (5,0)	2 (0,6)	-
Q24. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados oferecem conforto aos pacientes?	47 (14,6)	56 (17,3)	170 (52,6)	35 (10,8)	9 (2,8)	3 (0,9)	3 (0,9)
Q25. Os servidores/funcionários são atenciosos no atendimento?	110 (34,1)	67 (20,7)	117 (36,2)	19 (5,9)	7 (2,2)	2 (0,6)	1 (0,3)
Q26. Os médicos credenciados passam confiança?	46 (14,2)	54 (16,7)	175 (54,2)	43 (13,3)	4 (1,2)	1 (0,3)	-
Q27. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados têm equipamentos adequados para a realização de exames e procedimentos?	63 (19,5)	51 (15,8)	174 (53,9)	23 (7,1)	12 (3,7)	-	-
Q28. É fácil marcar consultas nos consultórios médicos credenciados?	38 (11,8)	27 (8,4)	149 (46,1)	34 (10,5)	62 (19,2)	7 (2,2)	6 (1,9)
Q29. A administração sempre se mostra preocupada com seus beneficiários?	66 (20,4)	40 (12,4)	123 (38,1)	52 (16,1)	28 (8,7)	4 (1,2)	10 (3,1)
Q30. Está satisfeito com o TRT6 Saúde?	65 (20,1)	52 (16,1)	137 (42,4)	26 (8,0)	34 (10,5)	6 (1,9)	3 (0,9)
Q31. Em geral, as formas de comunicação com os beneficiários são adequadas?	53 (16,4)	42 (13,0)	133 (41,2)	33 (10,2)	48 (14,9)	7 (2,2)	7 (2,2)
Q32. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados são muito limpos?	54 (16,7)	47 (14,6)	172 (53,3)	41 (12,7)	9 (2,8)	-	-
Q33. Sempre recebe um tratamento com respeito por parte dos servidores/funcionários?	120 (37,2)	67 (20,7)	113 (35,0)	18 (5,6)	4 (1,2)	1 (0,3)	-

Tabela 15 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação

	(Conclusão)						
Q34. A reputação é superior à dos demais planos?	38 (11,8)	30 (9,3)	71 (22,0)	96 (29,7)	73 (22,6)	8 (2,5)	7 (2,2)
Q35. É fácil obter informações sobre o que oferece?	52 (16,1)	30 (9,3)	128 (39,6)	34 (10,5)	66 (20,4)	2 (0,6)	11 (3,4)
Q36. Sempre presta informações sobre os reajustes no valor das mensalidades?	50 (15,5)	33 (10,2)	129 (39,9)	41 (12,7)	51 (15,8)	13 (4,0)	6 (1,9)
Q37. O número de pessoas no atendimento das clínicas, laboratórios e hospitais credenciados é adequado?	32 (9,9)	41 (12,7)	129 (39,9)	68 (21,1)	49 (15,2)	1 (0,3)	3 (0,9)
Q38. Sempre presta esclarecimentos e informações sobre taxas de coparticipação cobradas?	53 (16,4)	29 (9,0)	103 (31,9)	47 (14,6)	76 (23,5)	5 (1,5)	10 (3,1)
Q39. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados tem uma boa infraestrutura?	54 (16,7)	55 (17,0)	170 (52,6)	32 (9,9)	10 (3,1)	1 (0,3)	1 (0,3)
Q40. O preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos é justo?	39 (12,1)	26 (8,0)	123 (38,1)	47 (14,6)	70 (21,7)	5 (1,5)	13 (4,0)
Q41. Sempre presta informações sobre as mudanças ocorridas no plano?	49 (15,2)	31 (9,6)	127 (39,3)	46 (14,2)	55 (17,0)	4 (1,2)	11 (3,4)

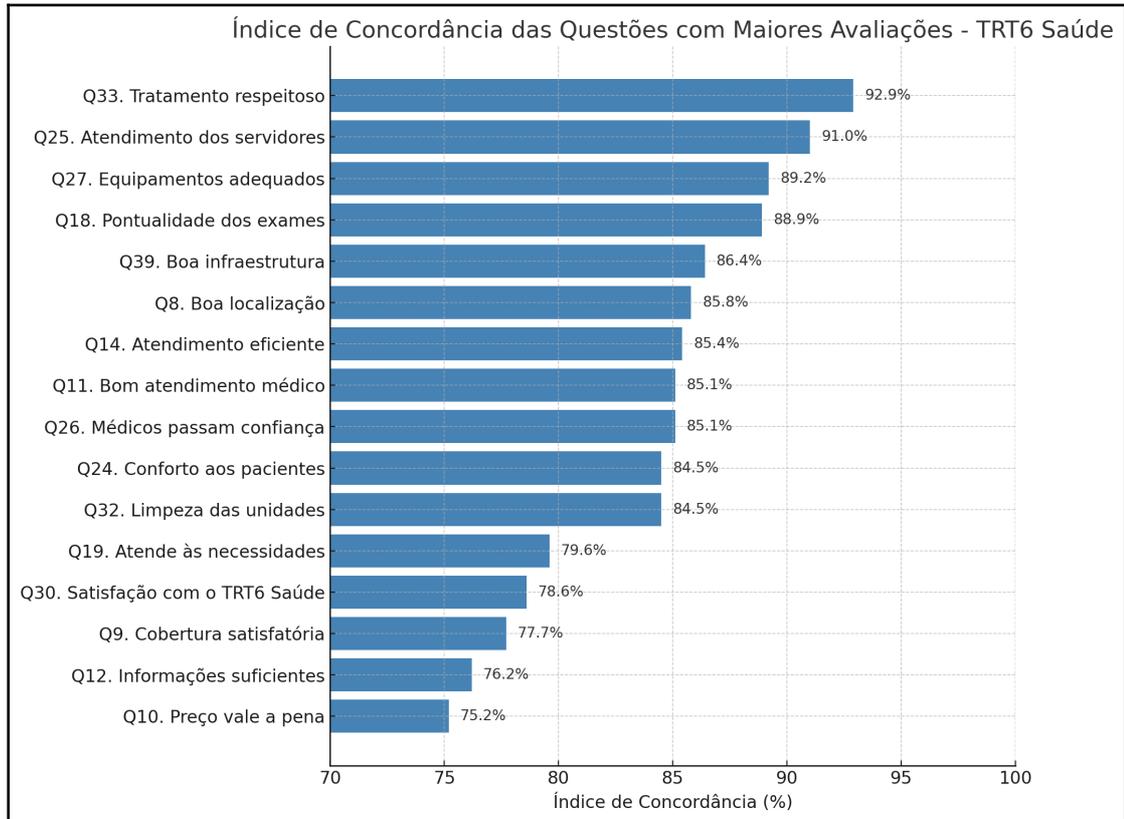
Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(1) Os valores percentuais foram obtidos do número total de 323 pesquisados.

Na Tabela 16, são apresentados os resultados das questões sobre a avaliação da satisfação com o TRT6 Saúde, organizados em três categorias: Concordância (*Concorda totalmente, Concorda muito e Concorda*), Discordância (*Discorda totalmente, Discorda muito e Discorda*), além da categoria Indiferente.

A análise da tabela revela que, em todas as questões, a maioria das respostas foi atribuída à categoria Concordância, com exceção das seguintes questões: “Q34. A reputação é superior à dos demais planos?” (43,0%), “Q22. Oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)?” (46,1%) e “Q16. A forma de reajuste de preços é justa?” (49,8%). Em todas as demais questões, os percentuais de Concordância foram superiores a 50,0%.

As questões com os maiores índices de Concordância estão apresentadas no Gráfico 9:

Gráfico 9 – Questões com Maiores Percentuais de Concordância

Fonte: Elaborado pelo Autor (2025)

Nas demais questões, os percentuais da categoria Concordância apresentaram variação:

Em seis questões, os valores oscilaram entre 70,6% e 74,6%. Em outras seis, entre 62,5% e 66,3%. Nas quatro restantes, entre 51,4% e 59,8%.

Por outro lado, as seis questões com os maiores percentuais na categoria Discordância (acima de 25,0%) foram:

Q13. O número de médicos disponíveis nas diversas especialidades é adequado? (36,8%)

Q22. Oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)? (35,3%)

Q16. A forma de reajuste de preços é justa? (33,4%)

Q38. Sempre presta esclarecimentos e informações sobre taxas de coparticipação cobradas? (28,2%)

Q40. O preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos é justo? e

Q34. A reputação é superior à dos demais planos? (27,2% cada).

Por fim, a categoria Indiferente apresentou seu maior percentual na questão Q34. A reputação é superior à dos demais planos com 29,7% das respostas.

Tabela 16 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação

(Continua)

Quanto à satisfação com TRT6 Saúde você diria que:	Concordância	Indiferente	Discordância
	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾	n (%) ⁽¹⁾
Q7. O atendimento recebido por telefone funciona bem?	233 (72,1)	62 (19,2)	28 (8,7)
Q8. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados têm boa localização?	277 (85,8)	23 (7,1)	23 (7,1)
Q9. Oferece uma cobertura satisfatória (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)?	251 (77,7)	14 (4,3)	58 (18,0)
Q10. O preço cobrado em comparação com os outros planos de saúde, faz o plano valer a pena?	243 (75,2)	25 (7,7)	55 (17,0)
Q11. Os médicos credenciados prestam bom atendimento?	275 (85,1)	38 (11,8)	10 (3,1)
Q12. As informações recebidas ao se inscrever foram suficientes?	246 (76,2)	40 (12,4)	37 (11,5)
Q13. O número de médicos disponíveis nas diversas especialidades é adequado?	166 (51,4)	38 (11,8)	119 (36,8)
Q14. O atendimento recebido nas clínicas, laboratórios e hospitais credenciados é eficiente?	276 (85,4)	19 (5,9)	28 (8,7)
Q15. A imagem do TRT6 Saúde é sólida?	234 (72,4)	40 (12,4)	49 (15,2)
Q16. A forma de reajuste de preços é justa?	161 (49,8)	54 (16,7)	108 (33,4)
Q17. O tempo de espera nos hospitais, laboratórios e clínicas credenciados é adequado?	206 (63,8)	45 (13,9)	72 (22,3)
Q18. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados trabalham sempre com pontualidade na entrega dos exames?	287 (88,9)	23 (7,1)	13 (4,0)
Q19. Presta um serviço que atende bem às suas necessidades?	257 (79,6)	11 (3,4)	55 (17,0)
Q20. Presta esclarecimentos adequados sobre suas coberturas?	229 (70,9)	33 (10,2)	61 (18,9)
Q21. Os médicos credenciados são pontuais no atendimento?	193 (59,8)	63 (19,5)	67 (20,7)
Q22. Oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)?	149 (46,1)	60 (18,6)	114 (35,3)

Tabela 16 – Distribuição dos pesquisados segundo o questionário de satisfação

	(Conclusão)		
Q23. Os médicos credenciados são bastante competentes?	241 (74,6)	64 (19,8)	18 (5,6)
Q24. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados oferecem conforto aos pacientes?	273 (84,5)	35 (10,8)	15 (4,6)
Q25. Os servidores/funcionários são atenciosos no atendimento?	294 (91,0)	19 (5,9)	10 (3,1)
Q26. Os médicos credenciados passam confiança?	275 (85,1)	43 (13,3)	5 (1,5)
Q27. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados têm equipamentos adequados para a realização de exames e procedimentos?	288 (89,2)	23 (7,1)	12 (3,7)
Q28. É fácil marcar consultas nos consultórios médicos credenciados?	214 (66,3)	34 (10,5)	75 (23,2)
Q29. A administração sempre se mostra preocupada com seus beneficiários?	229 (70,9)	52 (16,1)	42 (13,0)
Q30. Está satisfeito com o TRT6 Saúde?	254 (78,6)	26 (8,0)	43 (13,3)
Q31. Em geral, as formas de comunicação com os beneficiários são adequadas?	228 (70,6)	33 (10,2)	62 (19,2)
Q32. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados são muito limpos?	273 (84,5)	41 (12,7)	9 (2,8)
Q33. Sempre recebe um tratamento com respeito por parte dos servidores/funcionários?	300 (92,9)	18 (5,6)	5 (1,5)
Q34. A reputação é superior à dos demais planos?	139 (43,0)	96 (29,7)	88 (27,2)
Q35. É fácil obter informações sobre o que oferece?	210 (65,0)	34 (10,5)	79 (24,5)
Q36. Sempre presta informações sobre os reajustes no valor das mensalidades?	212 (65,6)	41 (12,7)	70 (21,7)
Q37. O número de pessoas no atendimento das clínicas, laboratórios e hospitais credenciados é adequado?	202 (62,5)	68 (21,1)	53 (16,4)
Q38. Sempre presta esclarecimentos e informações sobre taxas de coparticipação cobradas?	185 (57,3)	47 (14,6)	91 (28,2)
Q39. As clínicas, laboratórios e hospitais credenciados tem uma boa infraestrutura?	279 (86,4)	32 (9,9)	12 (3,7)
Q40. O preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos é justo?	188 (58,2)	47 (14,6)	88 (27,2)
Q41. Sempre presta informações sobre as mudanças ocorridas no plano?	207 (64,1)	46 (14,2)	70 (21,7)

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

1) Os valores percentuais foram obtidos com base no número total de 323 pesquisados

Nas Tabelas 17, 18, 20, 22, 24 e 26, são apresentadas as estatísticas das médias dos domínios do questionário de satisfação, considerando o grupo total e as variáveis de caracterização da amostra: faixa etária, sexo, local de residência, tipo de beneficiário e frequência de uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses. Destaca-se que médias ou medianas mais próximas de 1,00 indicam avaliações mais positivas, enquanto valores mais próximos de 7,00 refletem avaliações mais negativas. Isso ocorre porque os escores atribuídos às categorias foram os seguintes: Concorda totalmente, Concorda muito e Concorda → escores 1, 2 e 3, respectivamente. Indiferente escore 4. Discorda, Discorda muito e Discorda totalmente escores 5, 6 e 7, respectivamente.

Os dados da Tabela 17 revelam que todas as médias foram inferiores a 4,00, sendo as mais elevadas registradas nos domínios: Preço (3,39) / Conveniência (3,36) / Imagem (3,25) / Comunicação (3,11). Por outro lado, as médias mais baixas foram observadas nos domínios: Estrutura (2,67) / Médicos (2,90) / Atendimento (2,93). As medianas mais altas foram registradas nos domínios Imagem e Preço, ambas com 3,50, enquanto, nos demais domínios, variaram entre 3,00 e 3,10.

Os valores mínimos em todos os domínios foram 1,00. Já os valores máximos atingiram 7,00 nos domínios Conveniência, Imagem e Preço, seguidos pelo domínio Comunicação, com 6,83. Nos demais domínios, os valores máximos variaram entre 5,00 e 5,80.

Tabela 17 – Estatística dos domínios do questionário de satisfação

Variável	Média ± DP	Estatísticas		
		Mediana (P25; P75)	Mínimo	Máximo
Atendimento	2,93 ± 0,93	3,10 (2,30; 3,50)	1,00	5,80
Comunicação	3,11 ± 1,23	3,00 (2,33; 3,83)	1,00	6,83
Conveniência	3,36 ± 1,31	3,00 (2,50; 4,00)	1,00	7,00
Estrutura	2,67 ± 0,91	3,00 (2,00; 3,20)	1,00	5,80
Imagem	3,25 ± 1,27	3,50 (2,50; 4,00)	1,00	7,00
Médicos	2,90 ± 0,95	3,00 (2,50; 3,50)	1,00	5,00
Preço	3,39 ± 1,28	3,50 (2,50; 4,25)	1,00	7,00

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

A Tabela 18 indica que os domínios Imagem e Preço foram os únicos a apresentar diferenças significativas entre as faixas etárias. Observa-se que:

No domínio Imagem, a média foi menor entre os participantes com 59 anos ou mais (2,97), enquanto foi mais elevada no grupo de 24 a 48 anos (3,56) e atingiu 3,36 entre os de

49 a 58 anos. A mediana foi 3,00 para os participantes mais velhos e 3,50 para as outras duas faixas etárias. Além disso, os testes de comparações múltiplas (entre pares de faixas etárias) indicaram diferenças significativas entre o grupo mais idoso e os demais.

Tabela 18 – Estatística dos domínios de satisfação segundo a faixa etária

Variável	Faixa etária			Valor de p
	24 a 48 (n = 87) Média ± DP Mediana (P25; P75)	49 a 58 (n = 101) Média ± DP Mediana (P25; P75)	59 ou mais (n = 135) Média ± DP Mediana (P25; P75)	
Atendimento	3,04 ± 0,85 3,20 (2,70; 3,60)	3,01 ± 0,94 3,10 (2,40; 3,50)	2,79 ± 0,96 3,00 (2,10; 3,50)	p ⁽¹⁾ = 0,151
Comunicação	3,30 ± 1,30 3,17 (2,50; 4,17)	3,23 ± 1,29 3,17 (2,42; 3,92)	2,91 ± 1,12 3,00 (2,00; 3,67)	p ⁽¹⁾ = 0,058
Conveniência	3,45 ± 1,31 3,50 (3,00; 4,50)	3,45 ± 1,35 3,50 (2,50; 4,00)	3,23 ± 1,29 3,00 (2,50; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,207
Estrutura	2,69 ± 0,87 3,00 (2,00; 3,20)	2,73 ± 0,86 3,00 (2,20; 3,00)	2,60 ± 0,97 2,80 (2,00; 3,20)	p ⁽¹⁾ = 0,288
Imagem	3,56 ± 1,33 ^(A) 3,50 (2,50; 4,50)	3,36 ± 1,24 ^(A) 3,50 (2,50; 4,00)	2,97 ± 1,20 ^(B) 3,00 (2,00; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,002*
Médicos	2,93 ± 0,81 3,00 (2,50; 3,50)	3,00 ± 0,91 3,25 (2,50; 3,50)	2,81 ± 1,04 3,00 (2,00; 3,50)	p ⁽¹⁾ = 0,280
Preços	3,59 ± 1,38 ^(A) 3,50 (2,75; 4,50)	3,53 ± 1,34 ^(A) 3,75 (2,75; 4,50)	3,15 ± 1,13 ^(B) 3,25 (2,50; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,031*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Kruskal Wallis com comparações múltiplas do teste de Conover

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre as faixas etárias correspondentes.

No domínio Preço, a média mais baixa também foi registrada no grupo de 59 anos ou mais (3,15), enquanto variou entre 3,53 e 3,59 nas demais faixas etárias. A mediana foi 3,25 para os participantes mais velhos e variou entre 3,50 e 3,75 nos outros grupos. Assim como no domínio Imagem, diferenças significativas foram identificadas entre a faixa etária dos mais idosos e as demais.

Nas Tabelas 19, 21, 23, 25 e 27, são apresentados os resultados percentuais das respostas agrupadas em três categorias (Concordância, Indiferente e Discordância) para os dois domínios específicos Satisfação (Q30) e Valor percebido (Q19), que continham apenas uma questão por domínio.

A Tabela 19 revela que, em cada questão, a maioria das respostas pertenceu à categoria Concordância, enquanto o segundo maior percentual foi registrado na categoria Discordância. Além disso, não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre as faixas etárias para a questão de cada um dos domínios Satisfação e Valor percebido.

Tabela 19 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo a faixa etária

Variável	Faixa etária			Grupo Total n (%)	Valor de p
	24 a 48 n (%)	49 a 58 n (%)	59 ou mais n (%)		
TOTAL	87 (100,0)	101 (100,0)	135 (100,0)	323 (100,0)	
Domínio 8: Satisfação (Q30)					$p^{(1)} = 0,696$
Concordância	67 (77,0)	78 (77,2)	109 (80,7)	254 (78,6)	
Indiferente	6 (6,9)	9 (8,9)	11 (8,1)	26 (8,0)	
Discordância	14 (16,1)	14 (13,9)	15 (11,1)	43 (13,3)	
Domínio 9: Valor percebido (Q19)					$p^{(2)} = 0,885$
Concordância	69 (79,3)	82 (81,2)	106 (78,5)	257 (79,6)	
Indiferente	3 (3,4)	3 (3,0)	5 (3,7)	11 (3,4)	
Discordância	15 (17,2)	16 (15,8)	24 (17,8)	55 (17,0)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(1) Teste de Kruskal-Wallis

A Tabela 20 indica a existência de diferenças entre os sexos nos domínios Atendimento e Imagem. Em ambas as variáveis, as médias e medianas foram mais elevadas entre os participantes do sexo feminino em comparação aos do sexo masculino. Atendimento: média de 3,02 para mulheres e 2,81 para homens; mediana de 3,20 para mulheres e 3,00 para homens. Imagem: média de 3,37 para mulheres e 3,11 para homens; mediana de 3,50 para mulheres e 3,00 para homens.

Não foram registradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os sexos para cada questão dos domínios.

Tabela 20 – Estatística dos domínios do questionário de satisfação segundo o sexo

Variável	Sexo		Valor de p
	Masculino (n = 149) Média ± DP Mediana (P25; P75)	Feminino (n = 174) Média ± DP Mediana (P25; P75)	
Atendimento	2,81 ± 0,96 3,00 (2,10; 3,40)	3,02 ± 0,90 3,20 (2,68; 3,60)	$p^{(1)} = 0,013^*$
Comunicação	3,01 ± 1,31 3,00 (2,00; 3,83)	3,20 ± 1,15 3,17 (2,67; 4,00)	$p^{(1)} = 0,118$
Conveniência	3,24 ± 1,33 3,00 (2,50; 4,00)	3,46 ± 1,29 3,50 (2,88; 4,13)	$p^{(1)} = 0,074$
Estrutura	2,62 ± 0,95 2,80 (2,00; 3,10)	2,70 ± 0,87 3,00 (2,20; 3,20)	$p^{(1)} = 0,331$
Imagem	3,11 ± 1,30 3,00 (2,00; 4,00)	3,37 ± 1,23 3,50 (2,50; 4,00)	$p^{(1)} = 0,037^*$
Médicos	2,84 ± 0,97 3,00 (2,25; 3,50)	2,95 ± 0,93 3,00 (2,50; 3,50)	$p^{(1)} = 0,138$
Preços	3,38 ± 1,36 3,50 (2,50; 4,50)	3,40 ± 1,22 3,50 (2,50; 4,25)	$p^{(1)} = 0,906$

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(*) Diferença significativa a 5,0% (1) Teste Mann-Whitney.

Tabela 21 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o sexo

Variável	Sexo		Valor de p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)	
TOTAL	149 (100,0)	174 (100,0)	
Domínio 8: Satisfação (Q30)			$p^{(1)} = 0,747$
Concordância	116 (77,9)	138 (79,3)	
Indiferente	12 (8,1)	14 (8,0)	
Discordância	21 (14,1)	22 (12,6)	
Domínio 9: Valor percebido (Q19)			$p^{(1)} = 0,277$
Concordância	122 (81,9)	135 (77,6)	
Indiferente	7 (4,7)	4 (2,3)	
Discordância	20 (13,4)	35 (20,1)	

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

(1) Teste de Mann-Whitney.

Também não foram registradas diferenças significativas ($p > 0,05$) entre os locais de residência em nenhum dos domínios analisados, conforme resultados apresentados na Tabela 21.

Tabela 22 – Estatística dos domínios de satisfação segundo o local de residência

Variável	Local de residência			Valor de p
	Recife (n = 234)	RMR (n = 33)	Interior/Outro Estado (n = 56)	
	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	
Atendimento	2,92 ± 0,94 3,00 (2,30; 3,50)	2,80 ± 0,84 3,00 (2,00; 3,50)	3,01 ± 0,96 3,25 (2,43; 3,58)	$p^{(1)} = 0,406$
Comunicação	3,16 ± 1,26 3,08 (2,33; 4,00)	2,99 ± 1,04 3,17 (2,33; 3,75)	2,99 ± 1,23 3,00 (2,00; 3,67)	$p^{(1)} = 0,648$
Conveniência	3,34 ± 1,31 3,00 (2,50; 4,00)	3,15 ± 1,16 3,00 (2,25; 4,00)	3,58 ± 1,41 3,50 (2,63; 4,38)	$p^{(1)} = 0,325$
Estrutura	2,64 ± 0,89 2,80 (2,00; 3,00)	2,67 ± 0,91 2,80 (2,00; 3,30)	2,77 ± 1,00 3,00 (2,25; 3,20)	$p^{(1)} = 0,417$
Imagem	3,25 ± 1,26 3,50 (2,50; 4,00)	3,17 ± 1,20 3,50 (2,00; 4,00)	3,31 ± 1,39 3,50 (2,00; 4,00)	$p^{(1)} = 0,945$
Médicos	2,95 ± 0,93 3,00 (2,50; 3,50)	2,76 ± 0,89 3,00 (2,13; 3,50)	2,79 ± 1,02 3,00 (2,06; 3,50)	$p^{(1)} = 0,405$
Preços	3,33 ± 1,30 3,50 (2,50; 4,25)	3,54 ± 1,14 3,50 (2,88; 4,50)	3,54 ± 1,29 3,50 (2,81; 4,50)	$p^{(1)} = 0,437$

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(1) Teste Kruskal Wallis.

Nos dados apresentados na Tabela 23 não foram verificadas diferenças significativas entre os locais de residência em nenhuma das duas questões analisadas.

Tabela 23 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o local de residência

Variável	Local de residência			Valor de p
	Recife n (%)	RMR n (%)	Interior/ Outro Estado n (%)	
TOTAL	234 (100,0)	33 (100,0)	56 (100,0)	
Domínio 8: Satisfação (Q30)				p ⁽¹⁾ = 0,916
Concordância	185 (79,1)	25 (75,8)	44 (78,6)	
Indiferente	20 (8,5)	4 (12,1)	2 (3,6)	
Discordância	29 (12,4)	4 (12,1)	10 (17,9)	
Domínio 9: Valor percebido (Q19)				p ⁽¹⁾ = 0,329
Concordância	191 (81,6)	26 (78,8)	40 (71,4)	
Indiferente	3 (1,3)	3 (9,1)	5 (8,9)	
Discordância	40 (17,1)	4 (12,1)	11 (19,6)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(1) Teste Kruskal-Wallis.

A Tabela 24 mostra que Preços foi única diferença significativa entre os tipos de beneficiários e para a citada variável se destaca que a média foi mais elevada (3,71) entre os 7 Pensionistas, menos elevada (3,02) entre os Aposentados (Servidor/Magistrado) e foi 3,47 entre os pesquisados Ativos (Servidor/Magistrado), sendo a diferença significativa observada entre os Pensionistas e os Aposentados.

Tabela 24 – Estatística dos domínios de satisfação segundo o tipo de beneficiário

Variável	Tipo de beneficiário			Valor de p
	Servidor/Magistrado ativo (n = 251)	Servidor/Magistrado aposentado (n = 65)	Pensionista (n = 7)	
	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	
Atendimento	2,96 ± 0,93 3,10 (2,30; 3,50)	2,76 ± 0,90 3,00 (2,25; 3,40)	3,37 ± 1,03 3,40 (3,30; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,083
Comunicação	3,16 ± 1,26 3,00 (2,33; 4,00)	2,91 ± 1,08 3,00 (2,17; 3,50)	3,43 ± 1,43 3,33 (2,00; 4,33)	p ⁽¹⁾ = 0,384
Conveniência	3,41 ± 1,33 3,50 (2,50; 4,00)	3,12 ± 1,18 3,00 (2,50; 4,00)	3,71 ± 1,60 3,00 (2,00; 5,00)	p ⁽¹⁾ = 0,400
Estrutura	2,66 ± 0,88 3,00 (2,00; 3,00)	2,62 ± 0,98 2,80 (2,00; 3,10)	3,29 ± 1,10 3,20 (3,00; 4,40)	p ⁽¹⁾ = 0,126
Imagem	3,33 ± 1,29 3,50 (2,50; 4,00)	2,96 ± 1,17 3,00 (2,00; 3,50)	3,14 ± 1,18 3,00 (2,00; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,180
Médicos	2,91 ± 0,91 3,00 (2,50; 3,50)	2,84 ± 1,05 3,00 (2,38; 3,50)	3,32 ± 0,99 3,50 (3,00; 4,00)	p ⁽¹⁾ = 0,210
Preços	3,47 ± 1,32 ^(AB) 3,50 (2,50; 4,50)	3,02 ± 1,09 ^(A) 3,25 (2,50; 3,75)	3,71 ± 1,20 ^(B) 3,50 (3,00; 4,75)	p ⁽¹⁾ = 0,037*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Kruskal Wallis com comparações múltiplas de Conover

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os tipos de beneficiários correspondentes.

Conforme dados apresentados na Tabela 25, não foram verificadas diferenças significativas entre os tipos de beneficiários em nenhuma das duas questões analisadas.

Tabela 25 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo o tipo de beneficiário

Variável	Tipo de beneficiário			Valor de p
	Servidor/Magistrado ativo n (%)	Servidor/Magistrado aposentado n (%)	Pensionista n (%)	
TOTAL	251 (100,0)	65 (100,0)	7 (100,0)	
Domínio 8: Satisfação (Q30)				$p^{(1)} = 0,332$
Concordância	194 (77,3)	55 (84,6)	5 (71,4)	
Indiferente	21 (8,4)	5 (7,7)	-	
Discordância	36 (14,3)	5 (7,7)	2 (28,6)	
Domínio 9: Valor percebido (Q19)				$p^{(1)} = 0,821$
Concordância	200 (79,7)	52 (80,0)	5 (71,4)	
Indiferente	7 (2,8)	4 (6,2)	-	
Discordância	44 (17,5)	9 (13,8)	2 (28,6)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(1) Teste Kruskal Wallis.

Os dados contidos na Tabela 26 indicam que, com exceção dos domínios Comunicação e Imagem, houve diferenças significativas entre as frequências de uso do TRT6 Saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa.

Para as variáveis com diferenças significativas, observa-se que as médias foram mais elevadas entre os beneficiários que utilizaram o plano Raramente/Nunca, enquanto foram menores entre aqueles que utilizaram Sempre/Frequentemente, com valores intermediários entre os que utilizaram Às vezes. Os resultados detalhados para cada domínio são: Atendimento: médias de 3,13 (Raramente/Nunca), 2,76 (Sempre/Frequentemente) e 3,04 (Às vezes). Conveniência: médias de 3,68 (Raramente/Nunca), 3,21 (Sempre/Frequentemente) e 3,40 (Às vezes). Estrutura: médias de 2,95 (Raramente/Nunca), 2,51 (Sempre/Frequentemente) e 2,73 (Às vezes). Médicos: médias de 3,15 (Raramente/Nunca), 2,72 (Sempre/Frequentemente) e 3,02 (Às vezes). Preços: médias de 3,80 (Raramente/Nunca), 3,18 (Sempre/Frequentemente) e 3,46 (Às vezes).

As diferenças significativas ocorreram nos seguintes casos: Atendimento e Médicos: entre os que utilizaram Sempre/Frequentemente e os demais grupos. Conveniência e Preços: entre os que utilizaram Sempre/Frequentemente e os outros dois grupos. Estrutura: entre os que utilizaram Raramente/Nunca e os demais.

Tabela 26 – Estatística dos domínios de satisfação segundo a frequência do uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses

Variável	Frequência de uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses			Valor de p
	Sempre/ Frequentemente (n = 150)	Às vezes (n = 118)	Raramente/Nunca (n = 55)	
	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	Média ± DP Mediana (P25; P75)	
Atendimento	2,76 ± 0,99 ^(A) 2,90 (2,00; 3,43)	3,04 ± 0,87 ^(B) 3,10 (2,50; 3,60)	3,13 ± 0,83 ^(B) 3,30 (2,90; 3,60)	p ⁽¹⁾ = 0,009*
Comunicação	2,96 ± 1,23 3,00 (2,00; 3,83)	3,19 ± 1,18 3,08 (2,50; 3,83)	3,34 ± 1,32 3,33 (2,50; 4,33)	p ⁽¹⁾ = 0,164
Conveniência	3,21 ± 1,36 ^(A) 3,00 (2,38; 4,00)	3,40 ± 1,24 ^(AB) 3,00 (2,50; 4,00)	3,68 ± 1,29 ^(B) 4,00 (3,00; 4,50)	p ⁽¹⁾ = 0,018*
Estrutura	2,51 ± 0,93 ^(A) 2,80 (1,80; 3,00)	2,73 ± 0,85 ^(A) 3,00 (2,15; 3,25)	2,95 ± 0,90 ^(B) 3,00 (2,60; 3,40)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Imagem	3,09 ± 1,31 3,00 (2,00; 4,00)	3,35 ± 1,19 3,50 (2,50; 4,00)	3,46 ± 1,31 3,50 (2,50; 4,50)	p ⁽¹⁾ = 0,113
Médicos	2,72 ± 0,98 ^(A) 3,00 (2,00; 3,50)	3,02 ± 0,89 ^(B) 3,00 (2,75; 3,50)	3,15 ± 0,86 ^(B) 3,25 (3,00; 3,75)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Preços	3,18 ± 1,20 ^(A) 3,25 (2,50; 4,00)	3,46 ± 1,25 ^(AB) 3,25 (2,75; 4,25)	3,80 ± 1,46 ^(B) 4,00 (2,75; 4,75)	p ⁽¹⁾ = 0,012*

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Kruskal Wallis com comparações múltiplas de Conover

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre correspondentes pelas comparações pareadas do referido teste.

A Tabela 27 evidencia diferenças significativas entre as frequências de uso do TRT6 Saúde nos domínios Satisfação e Valor percebido.

Domínio Satisfação: O menor percentual de Concordância (58,2%) foi registrado entre os beneficiários que utilizaram o plano Raramente/Nunca, enquanto esse percentual variou entre 79,7% e 85,3% nas outras duas categorias. O percentual da categoria Discordância foi mais elevado (25,5%) entre os que utilizaram Raramente/Nunca, enquanto nas demais categorias variou entre 9,3% e 12,7%.

Domínio Valor Percebido: O menor percentual de Concordância (65,5%) foi registrado entre os que utilizaram o plano Raramente/Nunca, enquanto nas demais categorias esse percentual variou entre 80,5% e 84,0%. O percentual da categoria Discordância foi mais elevado (25,5%) entre os que utilizaram Raramente/Nunca e menor entre os que utilizaram Sempre/Frequentemente (13,3%).

Tabela 27 – Avaliação dos domínios de satisfação e valor percebido segundo a frequência do uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses

Variável	Frequência de uso do TRT6 Saúde nos últimos 12 meses			Valor de p
	Sempre/ Frequentemente n (%)	Às vezes n (%)	Raramente/ Nunca n (%)	
TOTAL	150 (100,0)	118 (100,0)	55 (100,0)	
Domínio 8: Satisfação (Q30)	(A)	(A)	(B)	p ⁽¹⁾ = 0,001*
Concordância	128 (85,3)	94 (79,7)	32 (58,2)	
Indiferente	8 (5,3)	9 (7,6)	9 (16,4)	
Discordância	14 (9,3)	15 (12,7)	14 (25,5)	
Domínio 9: Valor percebido (Q19)	(A)	(A)	(B)	p ⁽¹⁾ = 0,026*
Concordância	126 (84,0)	95 (80,5)	36 (65,5)	
Indiferente	4 (2,7)	2 (1,7)	5 (9,1)	
Discordância	20 (13,3)	21 (17,8)	14 (25,5)	

Fonte: Elaborado pelo autor (2025)

(*) Diferença significativa a 5,0%

(1) Teste Kruskal Wallis com comparações múltiplas de Conover

Obs. Se todas as letras entre parênteses são distintas, comprova-se diferença significativa entre os tipos de beneficiários correspondentes.

6 DISCUSSÃO

6.1 Análise dos Indicadores

O objetivo desta seção é apresentar a análise dos principais indicadores de resultado do TRT6 Saúde ao longo do período avaliado e tecer algumas considerações sobre o desenvolvimento do programa, assim como indicar algumas recomendações para o seu aperfeiçoamento.

No que diz respeito aos preços das mensalidades do TRT6 Saúde, constatou-se uma significativa redução nos custos para os beneficiários em comparação ao plano coletivo anteriormente contratado pelo Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6). Como demonstrado na Tabela 5, a economia variou entre 63,59% e 76,87%, dependendo da faixa etária do titular ou dependente. Essa redução expressiva resultou da adoção de um modelo de autogestão, que eliminou os custos administrativos e a margem de lucro praticada pelas operadoras privadas, possibilitando uma estrutura de preços mais acessível.

O impacto positivo da adoção da autogestão sobre os custos das mensalidades manteve-se ao longo dos anos. A diferença percentual demonstrada na Tabela 7 revela que, em relação aos valores praticados por outros planos de saúde com a mesma cobertura e área de abrangência, as mensalidades do TRT6 Saúde são entre 120% e 238% mais baixas para

titulares, entre 96% e 201% menores para dependentes e de 25% a 87% inferiores para os agregados.

Esses dados corroboram a viabilidade econômica do modelo de autogestão adotado pelo TRT6, demonstrando que a estruturação do plano possibilitou oferecer assistência à saúde com um custo substancialmente reduzido em relação ao mercado. Esse fator tem contribuído para a adesão crescente ao programa, conforme observado na evolução do número de beneficiários (Tabela 1). Além disso, a manutenção do valor das mensalidades acessíveis representa um elemento essencial para a sustentabilidade do programa a longo prazo, garantindo a retenção dos beneficiários e a ampliação da base de contribuintes.

Outro aspecto relevante se refere à diferenciação entre os beneficiários titulares e dependentes em relação aos agregados. Como os agregados não recebem o subsídio da União Federal (patrocínio), a comparação com planos concorrentes torna-se ainda mais relevante. Mesmo nesse contexto, os valores praticados pelo TRT6 Saúde para essa categoria permanecem competitivos. Isso se deve, em parte, ao princípio da solidariedade contributiva do modelo de autogestão, no qual os custos são diluídos entre todos os beneficiários, permitindo que os agregados também tenham acesso a um plano de saúde com valores mais baixos que os praticados por entidades privadas.

Desde a sua implantação em 1º de junho de 2019, o TRT6 Saúde apresentou um crescimento importante no número de beneficiários, consolidando-se como um plano de autogestão de pequeno porte, conforme classificação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Esse crescimento foi impulsionado, inicialmente, pela migração automática dos beneficiários do plano de saúde anteriormente contratado pelo Tribunal, conforme estabelecido pela Resolução Administrativa N° 13/2018, e posteriormente pela adesão contínua de novos titulares e dependentes ao longo dos anos.

A análise da evolução da população atendida revela padrões distintos entre os diferentes tipos de beneficiários. Enquanto titulares e dependentes aumentaram ao longo do período, os agregados oscilaram sem um expressivo crescimento, indicando que esse grupo pode ter encontrado limitações em sua adesão ao plano, seja por critérios de elegibilidade, uma vez que o regulamento geral estabeleceu alguns limites para sua adesão ou pela busca de outras alternativas de mercado.

O crescimento do número de beneficiários também pode ser explicado pelo contexto do plano de saúde anterior, que sofreu grandes reajustes nos últimos meses de contrato,

levando muitos titulares e dependentes a migrarem para outras opções oferecidas por associações de magistrados e servidores. Com a criação do TRT6 Saúde e a oferta de um modelo de autogestão mais previsível e equilibrado financeiramente, houve um movimento de retorno e adesão ao programa, especialmente entre servidores ativos e seus dependentes.

O Gráfico 3, por sua vez, demonstrou transformações na distribuição etária dos beneficiários ao longo dos anos. Destaca-se a redução da participação relativa da faixa etária de 59 anos ou mais, que representa 57% dos beneficiários em 2019 e caiu para 33% em 2023. Esse fenômeno está relacionado à maior adesão de pessoas mais jovens ao plano, uma vez que foram abrangidos os sobrinhos, netos e bisnetos até 24 anos de idade. Tal medida pode ter relação com o aumento da participação de beneficiários com idade entre 0 e 18 anos, cuja proporção passou de 6% em 2019 para 17% em 2023, indicando uma tendência de rejuvenescimento da carteira de beneficiários.

A mudança no perfil etário do TRT6 Saúde tem implicações diretas na gestão do programa, especialmente no que diz respeito ao equilíbrio financeiro e ao planejamento assistencial. A redução da participação de beneficiários idosos pode contribuir para uma menor pressão sobre os custos assistenciais, uma vez que esse grupo tende a demandar mais serviços de saúde. Por outro lado, o aumento da participação de faixas etárias mais jovens pode indicar um potencial de estabilidade financeira a médio e longo prazo, considerando que esses beneficiários, em geral, apresentam menor frequência de utilização dos serviços de saúde.

A evolução da população atendida pelo TRT6 Saúde reflete, portanto, um processo de consolidação do programa ao longo dos cinco anos analisados. O crescimento contínuo do número de beneficiários demonstra a confiança dos servidores e seus familiares no modelo de autogestão. O aumento da adesão entre titulares e dependentes reforça a importância da manutenção de políticas de equilíbrio financeiro e de adequação dos serviços oferecidos às necessidades do público atendido.

O comportamento das despesas assistenciais do TRT6 Saúde entre 2019 e 2023 indica um cenário de crescente aumento dos custos do programa, resultado de múltiplos fatores, tais como o impacto da pandemia da COVID-19, a ampliação da demanda por serviços de saúde devido ao crescimento da população atendida, a variação dos custos médico-hospitalares e o envelhecimento da população beneficiária, a inclusão de novas tecnologias ao rol de coberturas autorizadas pela ANS. Conforme demonstrado na Tabela 9 e no Gráfico 3, houve

um aumento progressivo dos gastos assistenciais, com destaque para o ano de 2023, que apresentou a maior variação do período analisado.

A comparação dos custos do TRT6 Saúde com os índices de inflação (IPCA) e da variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) demonstra que, até 2022, o crescimento das despesas assistenciais esteve alinhado com a média do setor de saúde suplementar. No entanto, em 2023, o aumento de 37,86% superou significativamente esses indicadores, evidenciando uma pressão financeira atípica sobre o programa (Gráfico 4).

A análise dos tipos de despesas assistenciais (Tabela 9 e Gráfico 5) permite identificar os principais itens de crescimento dos custos. As internações hospitalares, que representam a maior parte dos gastos, oscilaram ao longo do período, com uma queda entre 2019 e 2021, mas um aumento significativo em 2023, quando atingiram R\$ 28 milhões. Esse crescimento indica um aumento da complexidade dos tratamentos e ao envelhecimento da população beneficiária.

Outro ponto que merece destaque é o crescimento das despesas com transtornos do neurodesenvolvimento, revelando um aumento da demanda por tratamentos para condições como transtorno do espectro autista (TEA) e transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Essa tendência representa um desafio para o modelo de autogestão, uma vez que esses tratamentos possuem custos elevados e são, em sua maioria, direcionados à população mais jovem, alterando a lógica do pacto intergeracional que sustenta a saúde suplementar.

A taxa de sinistralidade é um indicador fundamental para avaliar a sustentabilidade financeira do TRT6 Saúde. De acordo com o regulamento do programa, o ponto de equilíbrio é uma taxa de 85%, considerada adequada para garantir a viabilidade do plano sem comprometer a cobertura assistencial.

O gráfico 6 demonstra que, sem aporte financeiro dos recursos do orçamento da União, a taxa de sinistralidade do programa seria insustentável, exigindo uma revisão completa do modelo de custeio. No entanto, com os recursos do patrocinador, a sinistralidade permaneceu dentro de um patamar aceitável na maior parte do período analisado, reforçando a importância desse subsídio para a continuidade do plano. Além disso, a comparação com operadoras de autogestão de pequeno porte da UNIDAS evidencia que a taxa de sinistralidade do TRT6 Saúde se mantém dentro da faixa esperada (85% – 90%), exceto em 2023, quando

atingiu 99%, reforçando a necessidade de acompanhamento contínuo e adoção de estratégias para controle dos custos assistenciais e equilíbrio financeiro do programa.

Ante o exposto, sugere-se, a adoção de medidas de caráter mais estratégico na gestão dos custos assistenciais, como a revisão periódica dos contratos com prestadores de serviço, o fortalecimento da atenção primária, e da abordagem preventiva no modelo assistencial, a implementação de programas de promoção à saúde e a adoção de estratégias de negociação para aquisição de medicamentos e insumos. O crescimento expressivo das despesas em 2023 reforça a necessidade de um monitoramento contínuo e de ajustes estruturais que garantam a viabilidade financeira do programa a longo prazo.

6.2 Pesquisa de Satisfação

A pesquisa de satisfação realizada com os beneficiários demonstrou que, de um modo geral, a percepção do TRT6 Saúde é majoritariamente avaliada de forma positiva, mas também revelou que ainda há muitos desafios e pontos de melhoria no serviço prestado. A seguir, são analisados os principais resultados com base nas respostas obtidas.

A se analisar as questões isoladamente, o atendimento realizado pelos servidores e funcionários destaca-se pelo elevado nível de satisfação. Mais de 92% dos entrevistados concordam, em diferentes graus, que recebem um tratamento respeitoso. Apenas 1,5% demonstraram algum nível de insatisfação, um indicativo de que a humanização e o profissionalismo no atendimento são bem avaliados. Esse é um dos aspectos mais bem avaliados da pesquisa, sugerindo que a equipe de atendimento mantém um padrão elevado de respeito e atenção.

Contribui para essa percepção o fato do atendimento ser realizado diretamente por colegas de trabalho, uma vez que a administração do programa é composta por servidores públicos do tribunal e está localizada próximo aos beneficiários, vez que se trata de uma unidade administrativa localizada na sede do TRT6, facilitando o acesso e a comunicação direta com os beneficiários.

Outro aspecto avaliado positivamente foi a qualidade e a confiança nos médicos credenciados, pois 54,2% dos entrevistados concordam que esses profissionais transmitem confiança, enquanto 46,4% os consideram competentes. Este é um fator que denota a

segurança e a confiabilidade na rede credenciada, contribuindo para uma visão positiva do TRT6 Saúde.

Na mesma linha, foi a percepção dos beneficiários sobre a infraestrutura das clínicas e hospitais credenciados. Mais da metade (52,6%) avaliaram positivamente a infraestrutura dos estabelecimentos credenciados, com destaque para limpeza (53,3%) e equipamentos adequados para exames (53,9%). Também foi bem avaliada a pontualidade na entrega de exames, já que 53,6% dos respondentes consideram que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados cumprem prazos na entrega de exames.

Como um dos principais pontos de melhoria, destaca-se a reputação do programa, vez que os resultados desta questão indicam uma percepção mais dividida entre os beneficiários. Apenas 43,1% consideram a reputação do TRT6 Saúde superior à dos demais planos, enquanto 29,7% se mostraram indiferentes e 27,3% discordam dessa afirmação. Esse equilíbrio sugere que, apesar de pontos positivos do programa, há margem para fortalecer a imagem institucional do TRT6 Saúde em relação a outros planos de saúde ofertados.

Apresenta-se ainda como desafio a amplitude a rede credenciada, visto que 30% dos beneficiários consideram inadequado o número de médicos disponíveis em diversas especialidades, destacando-se também a percepção sobre a rede de serviços complementares, já que 26% dos entrevistados discordam que o plano ofereça uma ampla rede desses serviços, o que pode indicar necessidade de expansão para áreas como fisioterapia, odontologia e psicologia. Os resultados para essas questões sugerem a necessidade de ampliação da rede credenciada.

Também são pontos de atenção a facilidade na marcação de consultas, na medida em que apenas 46,1% dos entrevistados consideram fácil marcar consultas nos consultórios médicos credenciados, enquanto 19,2% discordam dessa afirmação.

A percepção sobre a justiça no reajuste de preços das mensalidades também se mostra dividida, com 21,1% discordando que o reajuste seja justo. Além disso, 21,7% consideram o preço cobrado desproporcional em relação aos serviços oferecidos. Esse aspecto contrasta com a redução no valor das mensalidades que a implementação do TRT6 Saúde proporcionou em relação ao plano de saúde contratado pelo TRT6 anteriormente, assim como quando compara-se as mensalidades do programa com outros planos similares (tabelas 16 e 17).

Essa percepção indica a importância de ampliar a comunicação e a transparência, com vistas a que os beneficiários sejam melhores informados sobre os custos assistenciais do

programa e a metodologia empregada para a definição dos reajustes anuais aplicados às mensalidades pela administração do programa.

Na análise dos resultados da pesquisa de satisfação por domínio, "Atendimento" ($2,93 \pm 0,93$), "Médicos" ($2,90 \pm 0,95$) e "Estrutura" ($2,67 \pm 0,91$) apresentaram as menores médias, sugerindo um alto nível de satisfação dos beneficiários nesses aspectos. Isso indica que os usuários percebem positivamente a infraestrutura do programa, a qualidade dos profissionais médicos e o atendimento recebido, pontos fundamentais para a experiência do beneficiário em um programa de assistência à saúde.

No que se refere ao atendimento, os beneficiários mais idosos (59 ou mais anos) apresentaram a melhor avaliação do atendimento ($2,79 \pm 0,96$), enquanto os mais jovens ($3,04 \pm 0,85$) e os da faixa intermediária ($3,01 \pm 0,94$) foram mais críticos. Embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($p = 0,151$), a tendência sugere que a experiência acumulada com o serviço pode influenciar uma percepção mais positiva.

Os homens demonstram maior satisfação com o atendimento (média de 2,81) em comparação às mulheres (3,02). Isso sugere que o público feminino pode ter expectativas mais altas ou percepções mais críticas em relação ao atendimento prestado. Da mesma forma, os aposentados ($2,76 \pm 0,90$) demonstraram maior satisfação com o atendimento, enquanto os pensionistas ($3,37 \pm 1,03$) foram os mais críticos. Os servidores/magistrados ativos ($2,96 \pm 0,93$) ficaram em posição intermediária.

Embora a diferença não seja estatisticamente significativa ($p = 0,083$), a tendência sugere que aposentados percebem um atendimento mais satisfatório, possivelmente devido à experiência com o sistema ou ao perfil de uso mais frequente. Já a avaliação mais crítica dos pensionistas pode ser explicada por ser um grupo com menor vínculo e acesso à administração do TRT6 Saúde.

Essa análise é reforçada no fato de que os utilizam o plano *sempre ou frequentemente* apresentaram maior nível de concordância ou positividade ($2,76 \pm 0,99$), em comparação com aqueles que usam *às vezes* ($3,04 \pm 0,87$) ou *raramente/nunca* ($3,13 \pm 0,83$). Como $p = 0,009$, a diferença é estatisticamente significativa, indicando que usuários mais assíduos percebem o atendimento de forma mais satisfatória.

Por outro lado, os domínios "Preço" ($3,39 \pm 1,28$), "Conveniência" ($3,36 \pm 1,31$) e "Imagem" ($3,25 \pm 1,27$) apresentaram as maiores médias, o que sugere que esses fatores podem ser percebidos como menos satisfatórios pelos beneficiários.

Os beneficiários mais velhos ($3,15 \pm 1,13$) tiveram a melhor percepção de preços, enquanto os mais jovens ($3,59 \pm 1,38$) foram os mais críticos. A diferença foi estatisticamente significativa ($p = 0,031$). O mesmo ocorreu com os aposentados, que se mostraram mais satisfeitos com relação ao domínio preço ($3,02 \pm 1,09$), enquanto os pensionistas avaliaram de forma mais crítica ($3,71 \pm 1,20$).

Isso demonstra que a relação custo-benefício é melhor percebida pelos mais velhos, possivelmente devido à maior utilização dos serviços de saúde. Outro fator que merece ser mencionado é que os valores das mensalidades do TRT6 Saúde mostram-se bastante atrativas na faixa etária acima de 59 anos e menos nas faixas mais jovens quando comparado a planos de saúde similares no mercado. Já a maior criticidade dos pensionistas deve-se sobretudo ao achatamento do valor das pensões com relação aos salários dos ativos e aposentados, como também ao menor acesso que este grupo tem sobre as informações do programa.

A avaliação sobre o domínio Conveniência segue a mesma tendência do Preço, com os usuários mais frequentes apresentando uma melhor percepção ($3,21 \pm 1,36$), enquanto aqueles que usam raramente ou nunca deram notas mais altas ($3,68 \pm 1,29$), indicando menor concordância. Isso sugere que a familiaridade com o serviço pode gerar uma percepção mais positiva sobre a acessibilidade e disponibilidade dos recursos. Para esse domínio não houve diferenças significativas com relação às demais variáveis.

Com relação ao domínio Imagem, a percepção do TRT6 Saúde diferiu significativamente entre os grupos ($p = 0,002$), com os mais velhos atribuindo notas mais baixas ($2,97 \pm 1,20$), indicando maior concordância. Já os mais jovens ($3,56 \pm 1,33$) foram os mais críticos. A percepção também foi melhor entre aposentados ($2,96 \pm 1,17$), seguidos pelos pensionistas ($3,14 \pm 1,18$) e ativos ($3,33 \pm 1,29$). Embora a diferença não seja estatisticamente significativa, os dados sugerem que aqueles que usufruem mais do plano possuem uma visão mais favorável.

A variável "Comunicação" ($3,11 \pm 1,23$) também apresenta uma média relativamente elevada, o que pode indicar desafios na clareza das informações repassadas aos usuários ou na efetividade dos canais de comunicação utilizados pelo TRT6 Saúde. Melhorias nesse aspecto podem impactar diretamente a experiência dos beneficiários e a sua confiança na gestão do programa.

De maneira semelhante, a faixa etária mais velha ($2,91 \pm 1,12$) e os aposentados ($2,91 \pm 1,08$) tiveram a percepção mais positiva sobre a comunicação do plano, enquanto os mais

jovens ($3,30 \pm 1,30$) e os pensionistas ($3,43 \pm 1,43$) foram os menos satisfeitos. A diferença é pouco significativa ($p = 0,058$). Apesar de não ser estatisticamente significativa ($p = 0,384$), essa tendência indica que os pensionistas podem ter mais dificuldade no acesso às informações ou menos familiaridade com os canais de comunicação do plano.

A satisfação dos beneficiários do TRT6 Saúde segundo o local de residência indica que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, evidenciando que o programa apresenta um nível relativamente uniforme de satisfação entre os beneficiários de Recife, da Região Metropolitana do Recife (RMR) e do Interior/Outro Estado. No entanto, pequenas variações nos resultados sugerem áreas de atenção que podem contribuir para o aprimoramento dos serviços oferecidos.

Os dados apontam que os beneficiários do Interior percebem uma maior dificuldade no acesso e na conveniência dos serviços, o que pode estar associado a limitações na rede de prestadores de serviços ou à distância dos principais polos de atendimento. Além disso, a percepção sobre os preços do plano de saúde é ligeiramente menos favorável na RMR e no Interior, sugerindo que esses grupos podem ser mais sensíveis ao custo-benefício da assistência oferecida.

Nos domínios Satisfação e Valor Percebido a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa, mas a tendência se mantém. A única variável que apresenta diferença estatisticamente significativa é a frequência de uso do plano, seguindo a tendência de que os beneficiários que usam mais o plano tendem a estar mais satisfeitos e perceber mais valor nos serviços.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de satisfação realizada com os beneficiários do TRT6 Saúde revelou que, de maneira geral, a percepção sobre o programa é predominantemente positiva, especialmente em relação ao atendimento, à qualidade dos médicos credenciados e à infraestrutura das unidades de saúde. No entanto, foram identificados desafios que devem ser enfrentados para aprimorar a experiência dos usuários, garantindo maior equidade e eficiência na prestação dos serviços.

Entre os aspectos mais bem avaliados, destaca-se o atendimento prestado pelos servidores do TRT6 Saúde, que se diferencia pelo alto nível de respeito e humanização,

refletindo o compromisso da equipe com a qualidade do serviço. A proximidade da administração do programa com os beneficiários, favorecendo a comunicação e a resolutividade das demandas, também se mostrou um fator positivo. Além disso, a confiança nos médicos credenciados e a infraestrutura das unidades de saúde foram bem avaliadas, sugerindo que a rede credenciada, em termos de qualidade técnica e estrutural, atende satisfatoriamente às expectativas dos beneficiários.

Apesar dos resultados positivos, a pesquisa apontou áreas que demandam aprimoramentos. A reputação do TRT6 Saúde, quando comparada a outros planos, apresentou uma percepção dividida, indicando a necessidade de fortalecer a imagem institucional do programa. A ampliação da rede credenciada também se configura como um desafio relevante, especialmente na oferta de serviços complementares como fisioterapia, odontologia e psicologia, bem como no aumento do número de médicos em algumas especialidades e no interior do estado.

A transparência e a comunicação sobre os preços e os reajustes das mensalidades também emergem como um ponto crítico, uma vez que uma parcela significativa dos beneficiários questiona a justiça dos aumentos aplicados. Esse aspecto contrasta com a redução nos valores das mensalidades proporcionada pela implementação do TRT6 Saúde e a comparação favorável em relação a outros planos do mercado, sugerindo que há oportunidades para melhorar a comunicação sobre os critérios adotados para a formação dos preços das mensalidades, assim como para definir os reajustes anuais.

As análises estatísticas revelaram que os beneficiários mais velhos, aposentados e usuários mais frequentes tendem a apresentar maior satisfação com o plano, especialmente nos domínios Atendimento, Preço, Imagem e Comunicação. Em contrapartida, pensionistas e beneficiários mais jovens demonstram avaliações mais críticas, possivelmente devido a menor familiaridade com o funcionamento do programa ou a diferentes expectativas em relação aos serviços oferecidos. Esse padrão sugere que estratégias diferenciadas de comunicação e engajamento podem ser necessárias para atender melhor esses grupos.

Por fim, a pesquisa demonstra que o TRT6 Saúde é um programa bem avaliado no atendimento, o que representa um diferencial importante para a satisfação dos seus usuários. No entanto, há desafios a serem enfrentados na consolidação da reputação do programa, exigindo uma atuação estratégica voltada para o acompanhamento e controle contínuo do

equilíbrio econômico-financeiro e ao fortalecimento de sua imagem e ao aprimoramento da comunicação com o seu público.

8 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados, algumas recomendações podem ser propostas para aprimorar a satisfação dos beneficiários e fortalecer a gestão do TRT6 Saúde:

1. Manutenção da qualidade no atendimento: O elevado índice de satisfação com o atendimento deve ser preservado por meio da contínua capacitação dos servidores e funcionários, garantindo que o padrão de respeito e cordialidade seja mantido em todas as interações com os beneficiários.

2. Reforço da comunicação institucional: Para melhorar a reputação do TRT6 Saúde, é essencial investir em estratégias de comunicação mais eficazes, enfatizando seus diferenciais em relação a outros planos. A criação de campanhas informativas, a ampliação da presença digital e a oferta de materiais explicativos sobre os serviços disponíveis podem contribuir para fortalecer a imagem do plano.

3. Segmentação de estratégias de atendimento: Como a percepção de atendimento e reputação varia entre diferentes perfis de beneficiários, recomenda-se o desenvolvimento de abordagens personalizadas. Ações específicas para públicos mais críticos, como os mais jovens, os pensionistas e os usuários eventuais, podem contribuir para uma experiência mais satisfatória.

4. Monitoramento contínuo da percepção dos beneficiários: A realização periódica de pesquisas de satisfação e a análise segmentada dos dados são fundamentais para identificar tendências e ajustar as estratégias do plano conforme as expectativas dos beneficiários.

A experiência do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região com a implantação e consolidação de seu Programa de Autogestão em Saúde (TRT6 Saúde) tem o potencial de oferecer importantes contribuições para o setor público brasileiro. Estruturado com base em princípios de eficiência administrativa, sustentabilidade financeira e qualidade no cuidado à saúde, o modelo do TRT6 demonstra que é possível alinhar o atendimento humanizado aos beneficiários com práticas inovadoras de gestão pública. Os dados evidenciam não apenas uma expansão contínua da cobertura e da satisfação dos usuários, como também a construção

de um modelo adaptável, transparente e comprometido com os princípios constitucionais da Administração Pública.

Diante disso, recomenda-se que outros tribunais e instituições públicas considerem a viabilidade de modelos próprios de autogestão em saúde, adaptando-os às suas realidades locais e institucionais. Para isso, é fundamental o desenvolvimento de estudos técnicos preliminares, com diagnóstico preciso do perfil dos servidores, realização de estudos atuariais e avaliação dos custos do modelo atual de assistência à saúde. Além disso, destaca-se a importância da criação de uma estrutura administrativa específica, com equipe técnica qualificada, além da implementação de ferramentas informatizadas para controle, auditoria e transparência dos serviços.

A experiência do TRT6 mostra que a autogestão em saúde não apenas fortalece o cuidado aos servidores e seus dependentes, mas também promove maior racionalidade nos gastos públicos, contribuindo para a valorização da força de trabalho e a melhoria do desempenho institucional. Com base nesse exemplo, é possível fomentar políticas públicas mais sustentáveis, eficientes e voltadas para o bem-estar coletivo no serviço público brasileiro.

Nesse sentido, propõe-se a construção de uma agenda de pesquisas que aprofunde a análise sobre os fatores que favorecem ou dificultam a adoção de modelos de autogestão em saúde no setor público. Um ponto de partida seria investigar por que apenas cinco dos 24 Tribunais Regionais do Trabalho ainda não implementaram esse tipo de programa, buscando compreender quais condições institucionais, orçamentárias, culturais ou políticas são determinantes para a adesão ao modelo. Essa investigação permitiria mapear boas práticas, identificar gargalos e propor estratégias de apoio técnico e normativo para ampliar o uso dessa alternativa em outros órgãos. Além disso, seria interessante explorar o impacto da autogestão na valorização dos servidores públicos, na redução do absenteísmo e na melhora dos indicadores institucionais, consolidando evidências que embasem futuras decisões políticas e administrativas no âmbito do serviço público brasileiro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS. **Sala de Situação**.

Disponível em:

<https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html>. Acesso em 12 out. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Dados gerais**. 2020.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 12 mai 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS define limite para o reajuste dos planos individuais e familiares. Ministério da Saúde, [s. l.], 13 jun. 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/beneficiario/ans-define-limite-para-o-reajuste-dos-planos-individuais-e-familiares>. Acesso em: 1 jun. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dados Gerais. Ministério da Saúde, [s. l.], jul. 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 31 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde. RDC de n. 39 de 30 de outubro de 2000. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id=159&id_original=0>. Acesso em: 27 abr. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. **Resolução Normativa – RN N. 137**, de 14 de novembro de 2006 . Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2006/res0137_14_11_2006.html. Acesso em: 31 jul. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Estabelece a forma de acompanhamento econômico-financeiro das autogestões e a forma de garantia dos riscos por suas entidades mantenedoras. IN nº 20, de 29 de abril de 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ans/2022/int0020_04_05_2022.html Acesso em: 1 jun. 2024.

BAHIA L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

BATISTA, M.; DOMINGOS, A.; VIEIRA, B. Políticas públicas: modelos clássicos e 40 anos de produção no Brasil. **BIB**, São Paulo, n. 94, 2021, pp. 1-25. Disponível em: <<https://doi.org/10.17666/bib9403/2021>>. Acesso em 18 jun 2024.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 9.797**, de 9 de setembro de 1946. Dispõe sobre a integração da Justiça do Trabalho ao Poder Judiciário. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 10 set. 1946. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del9797.htm. Acesso em: 16 abr. 2025.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 24**, de 9 de dezembro de 1999. Altera dispositivos da Constituição Federal referentes à Justiça do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 1999.

BRASIL. **Lei nº 10.185**, de 12.2.2001, Dispõe sobre a especialização das sociedades seguradoras em planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seç. 1-E, de 14.2.2001, p. 3.

BRASIL. **Lei nº 409**, de 25 de setembro de 1948. Dispõe sobre o quadro de pessoal da Justiça do Trabalho. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 27 set. 1948.

BRASIL. **Lei nº 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 10354, 16 dez. 1971

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, v. 128, n. 182, p. 18055, 19 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.112**, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8112cons.htm. Acesso em: 17 jan. 2025.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.656**, de 03 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Diário Oficial da União, Seção 1, Brasília, DF, v. 136, n. 105, p. 1, 03 jul. 1998.

CALÇADA, L.A.Z.; RECK, J.R. DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS. **Revista Jurídica Cesumar**, v. 20, n. 3, p. 425-443, 2020.

CARVALHO, L.; ARAGÃO, B. **Judicialização de planos de saúde cresce 60% desde 2020**. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/poder-saude/judicializacao-de-planos-de-saude-cresce-60-desde-2020/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Resolução nº 294** de 18 de dezembro de 2019. Regulamenta o Programa de Assistência à Saúde Suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário. Brasil, 2018. Disponível em: <<https://atos.cnj.jus.br/files/original131401201912195dfb7799b6cb7.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2025.

CONSELHO SUPERIOR DA JUSTIÇA DO TRABALHO (CSJT). **Resolução nº 294**, de 18 de dezembro de 2019. Regulamenta o programa de assistência à saúde suplementar para magistrados e servidores do Poder Judiciário. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/atos/detalhar/3129>. Acesso em: 16 abr. 2025.

DA SILVA TRINDADE, D. **Autogestão em Saúde Suplementar: um Modelo Estratégico de Assistência à Saúde Privada em Organizações Militares**. In: Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha – SPOLM 2005. Disponível em: <https://www.marinha.mil.br/spolm/sites/www.marinha.mil.br/spolm/files/arq0049_1.pdf> Acesso em: 23 mar. 2025.

DE MELLO VELOSO, R.; SHIMODA, E.; SHIMOYA, A. A confiabilidade em uma pesquisa sobre qualidade em serviços bancários: um estudo com o coeficiente alpha de Cronbach. **Revista Científica Linkania Master**, v. 5, n. 1, 2015.

DE MORAIS, A. C.; DE SEVILHA GOSLING, M.; DE SEVILHA GOSLING, I. T. SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE DA CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA UNIVERSIDADE – CASU/UFGM. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 15, n. 2, p. 122–142, ago. 2018.

GERTLER, P. J. et al. **Avaliação de Impacto na Prática**, Segunda edição. [s.l.] World Bank Publications, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos. *Agência de Notícias IBGE*, Rio de Janeiro, 27 out. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 23 mar. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). Quase 50 milhões de brasileiros têm alguma doença crônica diagnosticada. *Blog IESS*, São Paulo, maio. 2022. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/quase-50-milhoes-de-brasileiros-tem-alguma-doenca-cronica-diagnosticada#:~:text=No%20Brasil%2C%2047%2C7%20milh%C3%B5es,IBGE%20de%20novembro%20de%202020>. Acesso em: 23 mar. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E FARMACOECONOMIA (INAFF). Número de judicialização na saúde registra aumento. Instituto Nacional de Assistência Farmacêutica e Farmacoeconomia, Salvador, 29 jan. 2025. Disponível em: <https://www.inaff.org.br/noticias/numero-de-judicializacao-na-saude-registra-aumento/>. Acesso em: 23 mar. 2025.

MENDES, E. V. O SUS e a atenção primária de saúde – Entrevista. **Revista APS**, v. 8, n. 2, p. 218-219, jul./dez., 2005.

MILAN, G.S.; TREZ, G. PESQUISA DE SATISFAÇÃO: UM MODELO PARA PLANOS DE SAÚDE. **RAE-eletrônica**, São Paulo, v. 4, n. 2, jul.-dez., 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205114650002>. Acesso em: 23 mar. 2025.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 795-806, 2009.

PARANHOS, R. *et al.* Corra que o survey vem aí. Noções básicas para cientistas sociais. **Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social**, n. 6, p. 7-24, 2013.

ROSA, T. C.; FARIAS FILHO, J. R. Gestão dos Planos de Saúde na modalidade de Autogestão: Estudo de caso em uma Autarquia Federal. *In: XII SEGeT*, out. 2015, p. 1. Disponível: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/12622121.pdf>>. Acesso: 12 out. 2024.

SIMÕES, J.; MACEDO, M.; BABO, P. (2011). **Elinor Ostrom: Governar os comuns**. Dissertação (Mestrado em Economia e Política do Ambiente). Faculdade de Economia da Universidade do Porto. Janeiro 2011. 16 p. Disponível em: <http://www.fep.up.pt/docentes/cchaves/Simoes_Macedo_Babo_2011_Ostrom.pdf> Acesso em 25 nov 2024.

SOUSA, A. M. C. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 227-234, 2014.

TAVARES, J. B. **ANÁLISE DO PLANO DE SAÚDE DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE TOCANTINS**, 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas) — UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS, Palmas, 2021.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO (TRT6). **Portal Institucional**. Recife: TRT6, 2023. Disponível em: <https://www.trt6.jus.br>. Acesso em: 16 abr. 2025.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO (TRT6). **História do TRT-PE**. Recife: Memorial TRT6, [202-?]. Disponível em: <https://sites.google.com/trt6.jus.br/memorialtrt6/in%C3%ADcio/hist%C3%B3ria-do-trt-pe>. Acesso em: 16 abr. 2025.

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO (TRT6). **Resolução Administrativa n.º 13** de dezembro de 2018. Autoriza a implantação do Programa de Autogestão em Saúde do TRT da 6ª Região. Disponível em: <<https://www.trt6.jus.br/portal/institucional/normas-internas>>. Acesso em: 16 abr. 2025.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Vantagens da autogestão**. <<https://unidas.org.br/vantagens-da-auto-gestao/>>. Acesso em: 16 abr. 2025.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Pesquisa UNIDAS 2024**. Brasília, 2024. Disponível em: <https://www.unidas.org.br/wp-content/uploads/2024/11/PESQUISA-UNIDAS-2024.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2025.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Pesquisa Nacional UNIDAS 2023**. Disponível em: <https://unidas.org.br/wp-content/uploads/2024/04/PESQUISA-NACIONAL-UNIDAS-2023.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2025.

UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE (UNIDAS). **Autogestão: modelo ideal para a saúde corporativa**. São Paulo: UNIDAS, 2012. 81 p.

VIANA, N. Democracia e autogestão. **Revista de Ciência Política**, n. 37, 2007.

WILLY, T. **Prolegômenos à Teoria da Autogestão dos Trabalhadores**. Disponível em: <https://medium.com/@thizomatic/proleg%C3%B4menos-%C3%A0-teoria-da-autogest%C3%A3o-dos-trabalhadores-31453ab3f576>. Acesso em: 9 abr. 2025.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICE A – Carta de Anuência



PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA DO TRABALHO
TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 6ª REGIÃO
Cais do Apolo, 739, Bairro do Recife, Recife (PE), CEP: 50.030-902

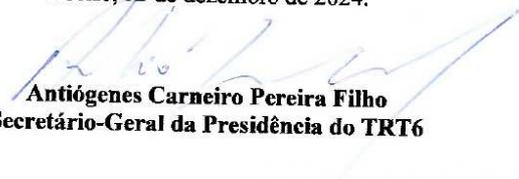
CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos que o mestrando Renatto Marcello de Araujo Pinto, do Curso de Mestrado Profissional em Políticas Públicas, da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE em parceria com a Escola Judicial do TRT6, desenvolva seu projeto de pesquisa: **“AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE DO TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DE PERNAMBUCO”** sob a orientação do Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto, cujo objetivo é analisar a implantação do Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho de Pernambuco (TRT6 Saúde – Pernambuco) na percepção dos seus beneficiários.

Esta autorização é restrita aos fins especificados, com o registro de que as perguntas a eles(as) direcionadas deverão abranger tão somente o objeto da pesquisa, e está condicionada ao cumprimento da pesquisadora aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Não haverá, em nenhuma hipótese, coleta e nem utilização de informações pessoais ou sensíveis dos que participarem da pesquisa, restringindo-se à captação de opinião, sem identificação.

Recife, 12 de dezembro de 2024.


Antiógenes Carneiro Pereira Filho
Secretário-Geral da Presidência do TRT6

APÊNDICE B – Questionário de Coleta de Dados

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

Avaliação do TRT6 Saúde

Este questionário é parte de uma **pesquisa realizada por Renatto Marcello de Araujo Pinto, aluno do Mestrado Profissional de Políticas Públicas da Universidade Federal de Pernambuco, com o objetivo de avaliar a satisfação dos beneficiários(as) titulares em relação ao Programa de Autogestão em Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 6ª Região (TRT6 Saúde)**. A pesquisa busca **identificar áreas de aprimoramento e promover melhorias contínuas dos serviços oferecidos**. A sua participação é fundamental para alcançarmos resultados precisos e relevantes.

Em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), todas as informações fornecidas serão tratadas de forma confidencial e utilizadas exclusivamente para fins de análise estatística desta pesquisa. Os dados pessoais serão protegidos e mantidos em segurança, garantindo o anonimato dos participantes.

Termo de Consentimento

Ao prosseguir com este questionário, você declara estar ciente e concordar com o tratamento dos dados fornecidos para os fins especificados acima. Ressaltamos que sua participação é voluntária e que você pode interromper o preenchimento a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Sua opinião é essencial para o compromisso com a qualidade desta pesquisa. Agradecemos desde já pela sua contribuição!

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Termo de Ciência e Consentimento *

Marque todas que se aplicam.

Declaro que estou ciente e concordo com o tratamento dos dados fornecidos para os fins especificados acima

O preenchimento deste questionário é exclusivo para os(as) beneficiários(as) titulares do TRT6 Saúde.

2. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Masculino

Feminino

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

3. Faixa Etária *

Marcar apenas uma oval.

- 00 a 18 anos
- 19 a 23 anos
- 24 a 28 anos
- 29 a 33 anos
- 34 a 38 anos
- 39 a 43 anos
- 44 a 48 anos
- 49 a 53 anos
- 54 a 58 anos
- 59 anos e mais

4. Tipo de Beneficiário(a) Titular *

Marcar apenas uma oval.

- Magistrado(a) Ativo(a)
- Magistrado(a) Aposentado(a)
- Servidor(a) Ativo(a)
- Servidor(a) Aposentado(a)
- Pensionista

5. Local de residência do titular *

Marcar apenas uma oval.

- Recife
- Região Metropolitana
- Interior do Estado de Pernambuco
- Outros Estados da Federação

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência você utilizou o TRT6 Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Sempre
- Muito frequentemente
- Frequentemente
- Às vezes
- Raramente
- Nunca

7. Sobre o TRT6 Saúde, você diria que o atendimento recebido por telefone funciona bem? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

8. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde *
têm boa localização?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

9. Você diria que o TRT6 Saúde oferece uma cobertura satisfatória (consultas, *
exames, procedimentos ambulatoriais e internações)?

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

10. Você diria que o preço cobrado pelo TRT6 Saúde, em comparação com os outros planos de saúde, faz o plano valer a pena? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

11. Sobre os médicos(as) credenciados(as) ao TRT6 Saúde, você diria que prestam bom atendimento? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

12. Você diria que, em geral, as informações recebidas ao se inscrever ao TRT6 Saúde foram suficientes? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

13. Você diria que o número de médicos(as) disponíveis no TRT6 Saúde nas diversas especialidades é adequado? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

14. Você diria que atendimento recebido nas clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde é eficiente? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

15. Você diria que a imagem do TRT6 Saúde é sólida? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

16. Você diria que a forma de reajuste de preços do TRT6 Saúde é justa? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

17. Você diria que o tempo de espera nos hospitais, laboratórios e clínicas credenciados ao TRT6 Saúde é adequado? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

18. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde trabalham sempre com pontualidade na entrega dos exames? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

19. Você diria que o TRT6 Saúde presta um serviço que atende bem às suas necessidades? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

20. Você diria que o TRT6 Saúde presta esclarecimentos adequados sobre suas coberturas? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

21. Sobre os(as) médicos(as) credenciados(as) ao TRT6 Saúde, você diria que são pontuais no atendimento? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

22. Você diria que o TRT6 Saúde oferece ampla rede de serviços complementares (fisioterapia, odontologia, psicologia etc.)? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

23. Sobre os(as) médicos(as) credenciados(as) ao TRT6 Saúde, você diria que são bastante competentes? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

24. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde oferecem conforto aos pacientes? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

25. Você diria que os servidores(as)/ funcionários(as) do TRT6 Saúde são atenciosos no atendimento? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

26. Sobre os médicos(as) credenciados(as) ao TRT6 Saúde, você diria que passam confiança? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

27. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde tem equipamentos adequados para a realização de exames e procedimentos? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

28. Você diria que é fácil marcar consultas nas consultórios médicos credenciados? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

29. Você diria que a administração do TRT6 Saúde sempre se mostra preocupada com seus beneficiários? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

30. Você está satisfeito(as) a com o TRT6 Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

31. Você diria que, em geral, as formas de comunicação do TRT6 Saúde com os(as) beneficiários(as) são adequadas? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

32. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde são muito limpos? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

33. Você diria que sempre recebe um tratamento com respeito por parte dos servidores(as)/ funcionários(as) do TRT6 Saúde? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

34. Você diria que a reputação do TRT6 Saúde é superior à dos demais planos? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

35. Você diria que é fácil obter informações sobre o que o TRT6 Saúde oferece ? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

36. Você diria o TRT6 Saúde sempre presta informações sobre os reajustes no valor das mensalidades? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

37. Você diria que o número de pessoas no atendimento das clínicas, laboratórios e hospitais credenciados ao TRT6 Saúde é adequado? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

38. O TRT6 Saúde sempre presta esclarecimentos e informações sobre taxas de coparticipação cobradas? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

39. Você diria que as clínicas, laboratórios e hospitais credenciados tem uma boa infraestrutura? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

20/04/25, 13:01

Avaliação do TRT6 Saúde

40. Você diria que o preço cobrado pelo TRT6 Saúde em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos é justo? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

41. Você diria que o TRT6 Saúde sempre presta informações sobre as mudanças ocorridas no plano? *

Marcar apenas uma oval.

- Concordo totalmente
- Concordo muito
- Concordo
- Indiferente
- Discordo
- Discordo muito
- Discordo totalmente

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários