



28 · 29 · 30  
de OUTUBRO

**XII SEGET**  
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA  
TEMA 2015  
Otimização de Recursos e Desenvolvimento



# **GESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE NA MODALIDADE DE AUTOGESTÃO: Estudo de Caso em uma Autarquia Federal**

**Tereza Cristina Rosa**  
**trosa@cnen.gov.br**  
CZEN

**José Rodrigues de Farias Filho, D. Sc.**  
**fariasfilho@gmail.com**  
UFF

**Resumo:** O objetivo da pesquisa foi analisar um plano de saúde, de uma autarquia federal, frente a algumas dimensões de gestão características da modalidade autogestão, tais como gestão participativa, flexibilidade, rede credenciada, custo e programas de prevenção de doenças e promoção à saúde dos servidores. O foco foi na modalidade de autogestão por ser a que possibilita maior facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores, atendimento mais eficiente às necessidades dos beneficiários, com custo compatível e, principalmente por garantir a participação dos beneficiários na gestão de seu próprio plano de saúde. Para isso, buscou-se identificar e analisar a estrutura de gestão do plano diante dessas dimensões, através da avaliação das respostas dadas em questionário elaborado para esse fim, aplicando-o a uma amostra de beneficiários ativos e aposentados do Plano Médico do Rio de Janeiro. Com os resultados obtidos com esta avaliação foi possível levantar os pontos positivos e negativos da modalidade de autogestão, como também possibilitou avaliar o referido plano médico e propor medidas de melhoria.

**Palavras Chave:** Saúde - Autogestão - Plano de Saúde - -



28 · 29 · 30  
de OUTUBRO

**XII SEGeT**  
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA  
TEMA 2015  
Otimização de Recursos e Desenvolvimento



## 1. INTRODUÇÃO

A Autogestão 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 como forma de organização social fundada nos princípios de solidariedade, cooperação, apoio mútuo, autonomia e auto-organização e representa uma mobilização social que nasce da consciência comunitária em determinado contexto.

Os planos de saúde, na modalidade de autogestão, possibilitam maior facilidade de comunicação entre beneficiários e gestores do plano. Dessa forma, permitem que os planos se moldem para atender às necessidades da população assistida, oferecem uma cobertura adequada ao perfil de seus beneficiários a um custo de acordo com suas possibilidades, além de garantir a participação dos beneficiários na gestão de seu próprio plano de saúde.

Para avaliar um plano de saúde frente às dimensões de gestão será utilizado o plano médico de uma Autarquia Federal.

O referido Plano Médico constitui-se em um sistema dentro da modalidade de autogestão, administrado diretamente pelo órgão. Destina-se a um grupo fechado de beneficiários (servidores ativos, inativos, seus dependentes e pensionistas) sem fins lucrativos, que conta com subsídios do Governo Federal, através de uma parcela orçamentária e outra parcela maior correspondente à participação dos próprios servidores.

Considerando essas reformulações e ajustes, a situação problema do presente trabalho será avaliar como esse plano médico se comporta frente às condicionantes de um plano de saúde na modalidade autogestão.

## 2. AUTOGESTÃO

A Autogestão não possui fins lucrativos, pois as próprias empresas administram os programas de assistência à saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e seus dependentes. É uma modalidade dominante em empresas estatais e órgãos da administração pública. Os custos são divididos com os beneficiários, geralmente, de forma proporcional ao salário e descontada diretamente em folha de pagamento.

Segundo Bahia (1999), as autogestões se diferenciam das medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras, basicamente, pelo grau de corporativismo, pelas atividades e pelo poder de barganha. O credenciamento de médicos, hospitais, laboratórios por especialidades e localidades é feita pelos próprios beneficiários, dessa forma, é possível escolher livremente os prestadores de serviços médicos que melhor se adequam às necessidades dos beneficiários.

Nas autogestões não há restrições quanto a problemas de saúde pré-existentes, incluindo aqui, não só o titular (empregado da empresa) como seus dependentes. O plano é igual para todos os níveis hierárquicos da empresa e, normalmente a contribuição é proporcional à remuneração dos empregados. Para racionalizar a utilização do plano, alguns utilizam a figura da coparticipação para os eventos de pequeno risco.

A participação dos empregados na gestão/administração do plano, de forma paritária com os indicados pela direção da empresa, visa principalmente à manutenção do plano sempre com a mesma qualidade.



28 · 29 · 30  
de OUTUBRO

**XII SEGET**  
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA  
TEMA 2015  
Otimização de Recursos e Desenvolvimento



Através da resolução RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000, a ANS classificou autogestão como a modalidade em que as entidades de autogestão que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo Plano Privado de Assistência à Saúde destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, bem como a seus respectivos grupos familiares definidos, limitado ao terceiro grau de parentesco consanguíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados.

Nas autogestões, os participantes do plano, necessariamente, possuem representação nos órgãos deliberativos dessas operadoras, sendo corresponsáveis pela própria gestão da operadora. O objetivo principal da autogestão é prestar assistência à saúde aos seus participantes sem visar o lucro. Com isso, além de ter um custo muito menor que as empresas abertas ao mercado de consumo, empregam recursos amealhados dos participantes e das empresas na medida justa para o sustento do plano, sem encargos de remuneração de negócio.

A autogestão é totalmente diferenciada das demais operadoras de saúde, atuando com real preocupação frente à qualidade de vida de seus participantes, que neste grupo fechado possuem voz ativa e decisiva na gestão do próprio Plano.

No presente trabalho serão analisadas algumas condicionantes de um plano de saúde na modalidade autogestão:

- 1) Gestão Participativa – As autogestões se diferenciam pela participação dos beneficiários nas decisões, sejam operacionais, sejam estratégicas.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) Rede Credenciada - As autogestões devem operar por meio de rede de profissionais e instituições diretamente credenciadas;
- 5) 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.

### **3. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

O presente trabalho pode ser caracterizado como uma pesquisa exploratória onde foram analisados dados, utilizando para isso um questionário elaborado a partir das condicionantes apresentadas como características de uma autogestão em planos de saúde.

Para o estudo de caso em questão foi escolhido o plano médico de uma autarquia federal com cerca de 8.000 beneficiários no total, sendo cerca de 3.300 beneficiários apenas no Rio de Janeiro.

É importante ressaltar que a amostra foi composta apenas pelos titulares do plano já que existe grande dificuldade de contato com os dependentes. Dessa forma, o total de beneficiários passou a ser de cerca de 750 pessoas, para as quais foi enviado o questionário.

O método escolhido para a pesquisa foi um questionário semiestruturado, elaborado com o objetivo de verificar a percepção dos beneficiários sobre as condicionantes de gestão escolhidas.

Foi realizado um pré-teste para identificar possíveis problemas, seja de entendimento, seja de inadequação das perguntas e, como é uma pesquisa exploratória, não havia necessidade de validação.

O questionário foi enviado, por meio eletrônico, para os beneficiários titulares do Plano (ativos, aposentados e pensionistas) que tinham seus dados atualizados. Como a amostra estava dispersa por vários estados, essa foi a forma mais rápida de conseguir as informações. Essa dispersão, juntamente com a ausência de endereço eletrônico dos dependentes no cadastro do Plano, justifica a ausência dos mesmos na amostra.

O questionário foi composto por 30 questões formuladas de acordo com cada uma das condicionantes da autogestão.

Foi dado um prazo de 13 (treze) dias para retorno das respostas e 87 titulares responderam.

Os dados foram analisados de forma quantitativa e qualitativa, já que havia espaço para comentários dos beneficiários.

A elaboração do questionário levou em conta as condicionantes que caracterizam de maneira mais forte a autogestão: Gestão Participativa, Custo, Flexibilidade, Rede Credenciada e Prevenção e Promoção à Saúde. Aproveitando o momento, foi pesquisado, também, como a Gestão do Plano estava sendo vista pelos beneficiários.

Os resultados, de forma quantitativa, foram analisados levando-se em conta a frequência com que apareceram e, de forma qualitativa, através dos comentários feitos.

Foram apresentadas 30 (trinta) afirmativas para que os beneficiários escolhessem a melhor opção dentre 5 (cinco), de acordo com a Escala Likert-Survey para uma pesquisa exploratória: Concordo Totalmente (9), Concordo (7), Indiferente (5), Discordo (3) e Discordo Totalmente (1), além de um espaço para comentários.

Foram devolvidos 87 (oitenta e sete) questionários sendo que algumas afirmativas vieram sem resposta. Como não foi um número significativo (cerca de 3 questionários), só foram consideradas as respostas completas.

As afirmativas foram agrupadas por condicionantes, assim divididas:

**Tabela 1:** Grupos de Condicionantes da pesquisa

**GRUPOS DAS CONDICIONANTES DA PESQUISA**

CONDICIONANTES	AFIRMATIVAS
Gestão Participativa	1, 2, 3, 4, 5
Custo	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Flexibilidade	13, 14, 15

Rede Credenciada	16, 17, 18, 19
Prevenção e Promoção à Saúde	20, 21

Outro grupo de afirmativas foi agregado ao questionário para avaliar a própria gestão do plano.

**Quadro 2: Avaliação da gestão do Plano**

**AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO PLANO**

VARIÁVEL	AFIRMATIVAS
Gestão do Plano	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30

Elaborado pela autora

**a. Gestão Participativa**

Nesse grupo, o objetivo foi avaliar se realmente a gestão do Plano é participativa, ou seja, se a Direção aproveita a participação dos beneficiários e se estes participam de forma direta na gestão do plano.

Pela discordância dos beneficiários em praticamente todas as afirmativas, pode-se concluir que não há participação dos beneficiários no plano. Os comentários indicam que, por parte da Direção, não há preocupação em informar e mobilizar os beneficiários para discutir as dificuldades enfrentadas pelo plano, tanto financeiras, quanto administrativas.

As informações fornecidas através de demonstrativos financeiros, publicados mensalmente, no Boletim Informativo, não são suficientes para esclarecer as dúvidas dos beneficiários. Para eles, as informações deveriam ser divulgadas de uma maneira que todos pudessem entender e de uma forma mais abrangente.

Segundo afirmam os beneficiários, a convocação para discussões só acontece quando a situação financeira do plano exige que haja algum aumento na contribuição. Em nenhuma outra situação há discussão sobre o plano.

Os beneficiários também demonstram desinteresse em participar ou discutir os problemas, pois segundo eles, as várias tentativas de participação não foram aproveitadas pela Direção o que acabou gerando grande desmotivação.

O Conselho Consultivo Regional que deveria ser o elo entre a gestão do Plano e os beneficiários, também não cumpre o seu papel. Embora seja um Conselho paritário, os representantes dos beneficiários são escolhidos pela Associação de Servidores o que, para a maioria, não corresponde à realidade. Somente agora, houve eleição para a escolha dos representantes e, mesmo não concordando com as pessoas que se candidataram, muitos consideram que esse foi um fator importante para a participação.

Os beneficiários concordam que existem mecanismos que possibilitam maior participação dos beneficiários, mas não são utilizados.

## **b. Custo**

Como não é um plano que visa lucro, foi importante avaliar a visão dos beneficiários sobre se esse custo é compatível com seus interesses e necessidades, se há equilíbrio financeiro no plano, através de mecanismos e regulação e, se isso interfere na relação custo/benefício e na qualidade dos serviços contratados.

Os beneficiários concordam que o valor da contribuição está muito alto para a qualidade do serviço oferecido.

Mesmo a maioria concordando com a afirmativa de que conhecem a situação financeira do plano, muitos ainda não sabem a situação atual.

Quando se fala sobre a forma de custeio do plano, as opiniões são bem divididas. Um grupo acredita que a forma atual (percentual sobre a remuneração de acordo com o tipo de beneficiário) ainda é a melhor. Já outro grupo considera que o custeio deveria ser por faixa etária.

Mesmo assim, as duas formas são questionadas. Pela remuneração, os servidores mais novos acabam conseguindo no mercado externo um valor melhor e com mais qualidade de serviço ocasionando uma evasão do plano médico. Por outro lado, quando se coloca a contribuição por faixa etária, os maiores prejudicados são os beneficiários com faixa etária mais alta que acabam pagando até mais do que em um plano externo.

A solução para muitos é a implantação de um plano diferenciado em que os beneficiários possam escolher a melhor opção.

Sobre a coparticipação, a maioria afirma que o valor de 30% é muito alto e que deveria ser escalonado de acordo com o valor do procedimento, diminuindo, assim, o custo da coparticipação.

Outro ponto levantado se refere à atuação da Auditoria Médica que, segundo os beneficiários, deveria ter uma participação mais ativa na auditoria das internações que possibilitasse a diminuição dos gastos. Além disso, deveria acompanhar e emitir relatórios sobre a situação do plano, apontando onde se concentram os maiores gastos e possíveis soluções.

Salientaram, também, a importância de um estudo atuarial, anual, que forneça subsídios para as decisões sobre o plano médico.

## **c. Flexibilidade**

A análise desse item permite verificar se a negociação direta com os prestadores de serviços melhora e/ou facilita o atendimento aos beneficiários.

Na condicionante Flexibilidade, os beneficiários não souberam dizer se o fato do plano ser administrado pelo órgão facilita a relação com os prestadores, mas concordaram que facilita bastante a relação com o beneficiário. Não há problemas para a realização de procedimentos cobertos pelo plano e quando não há cobertura, mesmo com dificuldades de diálogo com a Gestão, a equipe que trabalha no plano está sempre pronta a ajudar a resolver o problema. Como a relação é praticamente pessoal, as autorizações também são resolvidas rapidamente, ao contrário do que acontece com os planos privados.



28 · 29 · 30  
de OUTUBRO

**XII SEGET**  
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA  
TEMA 2015  
Otimização de Recursos e Desenvolvimento



#### **d. Rede Credenciada**

Aqui foi avaliado se a flexibilidade da autogestão facilitaria a criação de rede credenciada dentro das necessidades e perfil dos beneficiários.

A maioria afirmou que a atual rede não atende às necessidades dos beneficiários. Não há hospitais de primeira linha o que dificulta no momento de realizar algum procedimento cirúrgico, pois mesmo os médicos credenciados, não aceitam realizá-lo na maioria dos hospitais da rede.

Apontaram, também, a defasagem de credenciados entre as diversas zonas da cidade. Há mais hospitais, médicos e serviços na zona sul e centro enquanto que em outras, não há tanta quantidade de credenciados. Afirmaram que, na maioria das vezes, as solicitações de credenciamento não são atendidas sob a alegação que já há muitos credenciados naquela determinada região. Faltam hospitais de emergência de qualidade e, sobre esse tema, afirmaram, ainda, que falta informação sobre quais são os hospitais de emergência e que especialidades são atendidas.

A qualidade foi outro ponto importante citado pelos beneficiários, já que não adianta ter uma rede de credenciados extensa se não fornecer serviços dentro da qualidade esperada por todos.

#### **e. Prevenção e Promoção à Saúde**

Um plano de autogestão permite unir a assistência à saúde com a medicina ocupacional, assim, o objetivo desse item é foi verificar se essa união é realizada pelo Plano Médico, através de programas de prevenção à saúde.

Com relação à Prevenção e Promoção à Saúde, os beneficiários afirmaram que não há nenhum projeto nesse sentido e, que essa deveria ser uma preocupação da Instituição e não do plano médico.

#### **f. Gestão do Plano**

Buscou-se nesse grupo de afirmativas avaliar como a gestão do plano está sendo vista pelos beneficiários.

De uma maneira geral os beneficiários apresentaram várias críticas à gestão do plano médico. A primeira delas refere-se à administração feita por pessoas que não pertencem ao plano, fato que acaba gerando desconfiança quanto ao empenho da Chefia em buscar soluções que possam trazer melhorias para o plano, sejam administrativas, técnicas ou financeiras. Apontaram, também, a necessidade de capacitação para os servidores que trabalham na gestão do plano ou a contratação de uma empresa de administração de planos de saúde, auditada e supervisionada pelos servidores e beneficiários do plano.

A falta de transparência nos processos foi outro ponto levantado nas respostas, citando como exemplo o desconhecimento dos critérios utilizados para credenciamento de serviços, reuniões do Conselho Consultivo Regional sem que os beneficiários saibam o que vai ser discutido e que decisões foram tomadas, etc.



28 · 29 · 30  
de OUTUBRO

**XII SEGeT**  
SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA  
— TERM 2015 —  
Otimização de Recursos e Desenvolvimento



A implantação de um sistema informatizado em que o beneficiário tenha acesso a várias informações além da rede credenciada pode ser positivo para o plano, mas, infelizmente, não funciona assim. O sistema é de difícil acesso e está desatualizado.

O único ponto favorável apresentado refere-se à autorização de procedimentos diretamente pelo CALL CENTER, acabando com os deslocamentos dos beneficiários até o Médico Auditor. Mesmo assim, criticaram bastante o serviço que nem sempre funciona a contento.

#### **4. CONCLUSÃO**

Após análise das respostas fornecidas pelos beneficiários, pode-se dizer que a questão principal da presente pesquisa foi respondida, mesmo que de uma forma negativa, isto é, frente às condicionantes de gestão de um plano de saúde na modalidade de autogestão, o Plano Médico da Autarquia não garante uma boa qualidade de vida e não permite o acesso a um sistema de saúde que atenda às necessidades dos beneficiários.

O objetivo principal foi alcançado, na medida em que foi possível avaliar o Plano frente às condicionantes de gestão de um plano de saúde na modalidade de autogestão e à Lei nº 9.656/98, através de um modelo de questionário criado especificamente para esse fim.

Os objetivos específicos também foram atingidos, pois foi possível identificar e analisar a estrutura de gestão do Plano, através da criação desse modelo de avaliação e aplicá-lo em uma amostra de beneficiários.

Como resultado dessa avaliação, pode-se dizer que, a participação ou não existe ou ainda é muito tímida, consequência de um círculo vicioso: a Direção do plano não busca motivar e mobilizar os beneficiários em torno do objetivo comum (a melhora do plano), acarretando o desinteresse dos beneficiários em participar e conhecer a forma de gestão do mesmo.

A flexibilidade da autogestão só é reconhecida através do relacionamento pessoal dos beneficiários com o plano médico. Todos desconhecem como essa dimensão pode ou não facilitar o relacionamento com os prestadores de serviços médicos.

A falta de informação e participação transparece, também, na avaliação do custeio e na formação da rede credenciada, pontos críticos na gestão de um plano de saúde. A rede deveria ser composta de acordo com as necessidades dos beneficiários e o custeio deveria ser discutido entre os participantes através de um embasamento técnico, mas ao mesmo tempo, claro e transparente da situação do plano que possa subsidiar as discussões.

Não há integração com a área de Medicina Ocupacional o que poderia permitir o mapeamento de riscos e definição de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças para os beneficiários e seus dependentes, buscando a melhora na qualidade de vida, melhor desenvolvimento e performance dentro da Instituição.

De uma maneira geral e diante das considerações feitas pelos beneficiários pode-se determinar alguns pontos chave que prejudicam a gestão do plano:

- Informação
- Transparência
- Mobilização

- Participação
- Escolha da Chefia
- Capacitação dos servidores para trabalhar na área

Basicamente, falta informação sobre o plano. Reuniões nas quais fosse explicado, em detalhes, o funcionamento do plano, as dificuldades encontradas em todas as áreas, a necessidade e o processo de contratação de empresas terceirizadas para a realização dos serviços, os critérios utilizados para o credenciamento ou descredenciamento de serviços, etc., talvez servisse para mostrar aos beneficiários os problemas envolvidos na administração de um plano de saúde.

Essas informações não poderiam ser em uma linguagem técnica, mas sim acessível a qualquer tipo de beneficiário, de uma maneira clara e transparente.

Campanhas de mobilização poderiam ser bem vindas buscando maior participação dos beneficiários. Essa participação, no entanto, não pode se restringir apenas à participação nas reuniões. É necessário criar um canal de comunicação direta do beneficiário com a gestão do plano através do qual fosse possível enviar sugestões, elogios, críticas ou dúvidas, em que todos pudessem participar e tivessem retorno imediato, positivo ou negativo. Conhecendo e sempre sendo informado sobre o que acontece no plano médico, o beneficiário se interessaria mais em participar.

É preciso agilizar a divulgação de informações importantes como inclusões e exclusões de credenciados. Como colocado em suas considerações, os beneficiários se ressentem de uma relação de hospitais de emergência atualizada e de um sistema de busca de credenciados mais dinâmico, fácil e confiável.

Outro ponto bastante levantado pelos beneficiários foi com relação à escolha das Chefias para o plano médico. A escolha não pode ser política e sim, técnica. Não aceitam que a Chefia não faça parte do plano, como vem acontecendo. Esse fato acaba gerando desconfiança quanto ao empenho em buscar alternativas que favoreçam ao plano e, conseqüentemente, aos beneficiários. O pensamento é que essa Chefia não irá se preocupar com a melhora da rede credenciada, a diminuição do custo, a melhora da qualidade do plano, já que não faz parte dele.

A capacitação dos servidores que trabalham na área também é outro ponto importante e necessário. Com servidores capacitados para desenvolver todos os processos da administração de um plano de saúde, talvez alguns problemas pudessem ser resolvidos de uma forma mais produtiva para o plano.

Atualmente, a saúde não pode ser vista simplesmente como um benefício ou obrigação da empresa, mas sim como um fator determinante para o bem estar, produtividade e retenção de talentos do grupo de trabalhadores. Quando isso se dá, a saúde passa a ser uma estratégia alinhada com a visão macro da empresa, alterando o foco e transformando os gastos com a assistência em ganhos.

A empresa tem sua parte na responsabilidade de zelar pela saúde do trabalhador e, no momento em que isso é transferido apenas para ele, acontecem evasões do plano de assistência médica que prejudicam o trabalhador.

Com isso, os trabalhadores mais novos acabam seguindo o caminho das operadoras privadas de saúde que oferecem planos mais baratos para as faixas etárias menores que,

teoricamente, consomem menos em saúde. Por outro lado, os mais idosos acabam retornando ao SUS por falta de condições para custear uma saúde melhor.

Nesse cenário, a autogestão se destaca por não acompanhar essas práticas do mercado, com uma visão mais humanizada da saúde, deixando de prestar uma assistência simplesmente baseada em números para, efetivamente, gerir saúde.

A autogestão além de não ter fins lucrativos, distingue-se pela transparência de ações e pela gestão responsável dos recursos disponíveis, com a participação direta dos trabalhadores em todos os processos que envolvem a gestão do plano de saúde.

Essa gestão da assistência à saúde que envolve tanto os trabalhadores da empresa quanto seus dependentes, transforma-se em um importante instrumento para definição de programas de promoção à saúde e prevenção de doenças, específicos para a população assistida.

Em síntese, a sobrevivência de um modelo de autogestão está centralizada no equilíbrio da equação que submete os gastos à incorporação de novas tecnologias, mudanças epidemiológicas, surgimento de novas necessidades de saúde e melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores.

## 5. REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil.** Tese (Doutorado) - Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar.** Rio de Janeiro: ANS, mar. 2013, p. 36. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno\\_informacao\\_suplementar\\_mar2013.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/caderno_informacao_suplementar_mar2013.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2013.

CORRÊA, Luís O. R. Economia Popular, Solidária e Autogestão: o papel da educação de Adultos neste novo cenário. In: ECONOMIA SOLIDÁRIA. V. 1, p. 76-88. Disponível em: <<http://www.uff.br/incubadoraecosol/docs/ecosolv1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2012.

GAMA, Anete Maria. **Caracterização da Autogestão no processo de regulamentação do setor suplementar de saúde.** Dissertação (Mestre em Saúde Pública) - Curso de Saúde Pública, Departamento de Ciências Sociais, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GEHRING-JÚNIOR, Gilson; SOARES, Stuart Enes; CORRÊA-FILHO, Heleno Rodrigues. Serviços de Saúde do Trabalhador: a cogestão em universidade pública. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 1, p. 98-110, 2003.

KAUARK, F., MANHÃES C. F., MEDEIROS, H.C. **Metodologia da pesquisa: guia prático** – Itabuna: Via Litterarum, 2010.

LADEIA, Carlos R.; NATÁRIO, Elisete G. Autogestão no Capitalismo: uma equação complicada – Princípios da Economia Solidária. In: ENCONTRO DE ECONOMIA SOLIDÁRIA, 3. **Anais.** NESOL; USP, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. **Physis** - Revista de Saúde Coletiva, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

NASCIMENTO, Claudio. A Autogestão e o “Novo Cooperativismo”. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE AUTOGESTÃO, 2003. **Anais.** Brasília, maio 2004.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.