

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ  
ESCOLA DE NEGÓCIOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE COOPERATIVAS

ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA

**MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENTRE CONSUMIDORES E PLANO DE SAÚDE  
ATRAVÉS DAS NIPS: ESTUDO DE CASO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA**

CURITIBA-PR  
2019

ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA

**MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENTRE CONSUMIDORES E PLANO DE SAÚDE  
ATRAVÉS DAS NIPS: ESTUDO DE CASO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Gestão de Cooperativas da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de cooperativas.

Orientadora: Professora Doutora Leila  
Andressa Dissenha

CURITIBA-PR  
2019

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

### **MEDIAÇÃO DE CONFLITOS ENTRE CONSUMIDORES E PLANO DE SAÚDE ATRAVÉS DAS NIPS: ESTUDO DE CASO EM UMA COOPERATIVA MÉDICA**

Por

**ALEXSANDRO FERREIRA DA SILVA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas, área de concentração em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Prof. Dr. Alex Antônio Ferraressi  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas

Prof<sup>a</sup>. Dra. Leila Dissenha  
Orientadora

Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi  
Examinador

Prof. Dra. Andreza Cristina Baggio  
Examinador

Fabiano Pereira  
Examinador Profissional

A minha esposa Silvana Mara Raksa e a minha filha  
Letícia Raksa da Sillva toda minha gratidão pelo apoio recebido.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço a Deus por todos os obstáculos que coloca em meu caminho. Nos momentos de dificuldade posso não compreender, mas quando chego ao topo da montanha, reconheço na paisagem a lição que ele me deu.

Aos meus pais, Anísio Ferreira da Silva e Doraci Escolástica da Silva por me proporcionar uma educação digna, a qual me permitiu uma formação de base para chegar até esse momento.

A minha esposa, Silvana Mara Raksa, pela compreensão das minhas ausências, e também por todo o apoio que me deu durante o mestrado, destaco sua garra e resiliência que foram fundamentais na reta final desse trabalho, que me serviram como alicerce e fonte de inspiração para não desistir.

A minha filha Letícia Raksa da Silva nossa vestibulanda, menina doce soube me apoiar e servir de fonte de inspiração nos momentos em que dividimos a mesa para estudarmos juntos.

À minha orientadora professora Dra. Leila Andressa Dissenha, por todo o apoio recebido nessa jornada e também pelas conversas e apoio motivacional para continuar a caminhada mesmo nos momentos difíceis.

Ao SESCOOP/PR, pelo apoio institucional e financeiro e, à PUC-PR que abriu suas portas para a realização desse mestrado.

## RESUMO

A presente pesquisa descreve um estudo de caso aplicado em uma cooperativa de saúde brasileira. Existe na ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) um instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde chamado NIP (Notificação de Informação Preliminar). A pesquisa foi norteadada pela seguinte pergunta: o instrumento que visa a solução de conflitos contribui para mitigar o problema da judicialização na saúde suplementar, em específico nessa cooperativa? Para ampliar a visão sistêmica dos gestores e contribuir para tomada de decisão, o objetivo geral foi identificar os motivos que mesmo passando pelo processo de solução de conflitos estão sendo judicializados na cooperativa. A partir desse contexto, por concentrar-se em uma única organização e permitir um aprofundamento no tema, foi realizado um estudo de caso. Com relação a abordagem a pesquisa possui caráter qualitativo, com respeito ao método apresenta-se como explicativa. A fase da coleta de dados deu-se em 4 etapas: Primeira: observação participante e elaboração de relatório de observação; Segunda: questionário de pesquisa semiestruturado com os gestores da cooperativa, terceira: análise dos relatos dos beneficiários nas NIPS e por última análise do relatório das demandas judiciais. A análise dos questionários deu-se por meio da análise de conteúdo, realizada com a utilização do software Atlas.Ti 8. Os resultados mostraram que na percepção dos gestores pesquisados, os principais motivos que levam os beneficiários a registrarem (NIPS) para resolver o conflito extrajudicialmente são: falta de confiança nos canais tradicionais; falta de informações do regulamento do seu plano e negativas de cobertura. Por outro lado, na percepção dos gestores, os motivos de acionamentos no judiciário são negativas de cobertura; falta de informação e o fato de não se sentir ouvido. Os relatórios de controle da Assessoria Jurídica mostraram que de todos os fatores percebidos pelos gestores, as negativas de cobertura são o motivo que mais teve incidência de acionamentos judiciais, mesmo pós mediação de conflitos 3,49% dos beneficiários acionaram o judiciário. Destaca-se que em 97% dos casos que tiveram os conflitos solucionados pelas NIPS não seguiram para o Judiciário o que permite inferir que o processo está bem aderente na cooperativa.

**Palavras-chave:** NIPS. Negativa. Mediação. Conflito. Teoria Geral dos Sistemas

## ABSTRACT

This research describes a case study applied in a Brazilian health cooperative. There is in ANS (National Agency of Supplementary Health) an instrument that aims at the solution of conflicts between beneficiaries and operators of health plans called NIP (Notification of Preliminary Information). The research was guided by the following question: The instrument that aims at the solution of Do conflicts contribute to mitigate the problem of judicialization in private health, specifically in this cooperative? To broaden the systemic view of managers and contribute to decision-making, the general objective was to identify the reasons that even though the process of conflict resolution is being judicialized in the cooperative. From this context, by focusing on a single organization and allowing a deeper understanding of the theme, a case study was conducted. Regarding the approach the research has qualitative character, with respect to the method is presented as evaluative. The data collection phase took place in 4 stages: 1) Participant observation and elaboration of observation report; 2) Semi-structured Research Questionnaire with the cooperative managers, 3) Analysis of the beneficiaries' reports in the Nips 4) Analysis of the report of the judicial demands. The analysis of the questionnaires was done through content analysis, performed using the Atlas.Ti 8 software. It was found that in the perception of the surveyed managers, the main reasons that lead the beneficiaries to register (NIPS) to solve the problem. extrajudicial conflict is lack of trust in traditional channels; lack of information on its regulation and denial of coverage. On the other hand, in the perception of managers, the motives for legal action are negative coverage; lack of information and not feeling heard. The legal advisory documents control reports showed that of all factors perceived by managers, the negatives of coverage are the reason that had the highest incidence of lawsuits, even after conflict mediation 3.49% of beneficiaries filed the judiciary. It is noteworthy that in 97% of the cases that had the conflicts resolved by the NIPS did not go to the judiciary, which allows us to infer that the process is well adherent to all managers.

**Ky words:** NIPS.Negative. Mediation. Conflict. System General Theory

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo evolução NIP .....	31
Figura 2 – Resolução Extrajudicial de Conflito .....	32
Figura 3 – Fluxo Macro NIPS Assistenciais e não Assistenciais .....	33
Figura 4 – Esquema representativo de um Sistema.....	53
Figura 5 – Esquema representativo de um sistema aberto .....	54
Figura 6 - Principais pontos de observação direta .....	56
Figura 7- Percepção dos gestores judicialização .....	67
Figura 8 - Percepção dos gestores NIP .....	69

## LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Resumo Histórico da organização do setor de saúde .....	18
Quadro 2 – Beneficiários de planos de saúde por cobertura Assistencial .....	24
Quadro 3 – Beneficiários de planos de saúde por época de contratação .....	26
Gráfico 1 – Resumo do registro de Operadoras .....	27
Quadro 4 – Quantidade de Beneficiários por modalidade .....	28
Tabela 1 – Taxa de sinistralidade e receita média mensal.....	28
Gráfico 2 – Receita de contraprestação e receita assistencial .....	29
Gráfico 4 – Demandas dos consumidores por classificação .....	34
Gráfico 5 – Resolutividade de NIPS .....	35
Gráfico 6 – Demandas assistenciais por subtema .....	36
Gráfico 7 – Demandas não assistências por subtema .....	37
Tabela 6 – Tipos de planos contratos .....	42
Gráfico 8 – Número de processos por ano (1ª instância) .....	45
Gráfico 9 – Número de processos por ano (2ª instância) .....	45
Gráfico 10 – Número de processos de Saúde por assunto .....	46
Tabela 4 – Órgãos que responderam à pesquisa .....	47
Quadro 5 – Motivos de Acionamentos Judiciais .....	48
Quadro 6 - Fases da coleta e tratamento de dados .....	64
Gráfico 8 - Percepção gestores pergunta múltipla .....	70
Gráfico 9 - Percepção gestores pergunta múltipla .....	71
Quadro 7 - Visão Geral NIPS 2012 a 2014 .....	72
Quadro 8 - Motivo X Objeto de Judicialização.....	73

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACI – Aliança Cooperativista Internacional

ATLAS TI – Software utilizado na validação de dados em análise de conteúdo.

ABRAPP – Associação Brasileira de Previdência Privada

ART. – Artigo

CAPUT – Cabeça de artigo de lei

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

ANS – Agência Nacional de Saúde

CDC – Código de Defesa do Consumidor

NIP – Notificação de Investigação Preliminar

OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPS – Operadoras de Planos de Saúde

PROCON – Proteção e Defesa do Consumidor

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TGS – Teoria Geral dos Sistemas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	11
1.1.1 Pergunta de Pesquisa .....	12
1.2 Objetivos de Pesquisa.....	12
1.2.1 Objetivo geral .....	12
1.2.2 Objetivos específicos.....	13
1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS .....	13
1.3.1 Justificativa teórica .....	13
1.3.2 Justificativa prática .....	15
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	16
2.1 HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL .....	16
2.1.1 A criação do SUS e da ANS .....	23
2.1.2 Informações do Setor de Saúde suplementar .....	24
2.1.3 – Resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde (NIP) .....	29
2.2 A origem do Cooperativismo .....	37
2.3 O cooperativismo no Brasil.....	39
2.3.1 As cooperativas de saúde no Brasil .....	39
2.4 Judicialização da saúde: Impactos na saúde suplementar .....	41
2.4.1 O conflito e a Judicialização na saúde suplementar .....	48
2.5. Teoria Geral dos Sistemas .....	52
2.5.1 Classificação dos sistemas .....	54
<b>3 ASPECTOS METODOLÓGICOS</b> .....	56
3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....	58
3.1.1 Problema de pesquisa.....	58
3.1.2 Objetivos específicos.....	58
3.1.3 Apresentação das categorias de análise de estudo .....	58
3.2 DELINEAMENTO E CONTEXTO DA PESQUISA.....	59
3.2.1 Quanto ao escopo .....	60
3.2.2 Procedimentos de coleta de dados .....	61
3.2.3 Análise de dados.....	63
<b>4 RESULTADOS</b> .....	64
4.1 Análise dos dados da observação direta participante .....	65
4.2 Percepção dos gestores.....	66
4.3 Apresentação e análise dos dados documentais .....	71
<b>5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b> .....	74
<b>6 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	77

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o setor de saúde suplementar no Brasil movimentou no ano de 2018 o montante de R\$ 195 bilhões em receitas de mensalidades (ANS, 2019). Também conforme dados da Agência, existem em operação mais de 1.100 operadoras de saúde, com aproximadamente 47 milhões de clientes beneficiários de planos de saúde. Para (Bahia e Scheffer, 2010, p. 13) “plano de saúde é um termo genérico que é utilizado para definir o pacote de benefícios geralmente oferecidos por uma empresa, seguradoras ou cooperativas”. Dessa forma, o mercado de planos de saúde se caracteriza pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão (Reis, Andreazzi e Silveira, 2005). “Uma das características desse mercado é a quantidade de arranjos financeiros vinculados aos planos de saúde com reflexo na diversidade de coberturas e nas garantias assistenciais: existem desde planos de contribuição voluntária até planos compulsórios, que proporcionam maior liberdade de acesso” (Bahia e Scheffer, 2010, p.14). “Os anos 80 e 90 foram marcados pela expansão da comercialização de planos individuais e familiares, esse aumento em alguma medida se deu por dois fatores: aumento do mercado informal de trabalho e pela crise fiscal e financeira do Estado brasileiro (Gregori 2019, p.39) ”.

Vale destacar, que nesse período houve uma forte expansão de planos coletivos, tanto para empregados do setor privado, quanto para o funcionalismo público, incluindo funcionários da esfera Federal. Esse último, destaca-se planos de auto-gestão (planos geridos pela própria empresa), além dos contratados no mercado Bahia e Scheffer (2010).

Um dos tipos de organização que também opera no mercado de saúde suplementar são as cooperativas médicas. A primeira cooperativa de trabalho médico foi fundada no Brasil em 1967, um grupo de médicos filiados ao sindicato dos médicos de Santos (SP), insatisfeito com a situação e transformações da Previdência Social fundaram a primeira cooperativa norteada nos princípios cooperativistas (Unimed, 2019).

Atualmente existe uma diversidade de opções de planos de saúde no mercado, além da possibilidade de migrar de uma operadora a outra através de um processo chamado portabilidade de carência. A possibilidade de o consumidor

contratar um plano com empresas privadas, com a expectativa de acessar uma assistência médica de qualidade, possivelmente é um tema que está entre os desejos de grande parte dos consumidores. Evidente que as condições financeiras são um dos limitadores para a concretização desse desejo, mas havendo condições financeiras grande parte da população, celebram contratos e, incluem essa despesa mensal em seus orçamentos, isso quando o consumidor não possui plano oferecido pela empresa, ou alguma outra situação. O mercado ainda possui uma grande possibilidade de crescimento (Bahia e Scheffer, 2010, p.9) descreve que ainda para a maioria dos brasileiros o único contato com os planos ou seguros de saúde privado se dá por meio da propaganda das empresas que atuam nesse mercado.

De acordo com Varella (2015) os planos de saúde privados vêm ocupando espaço cada vez maior na assistência médica brasileira, esse grupo de pessoas formam a Saúde Suplementar. No entanto, na opinião de Ceschin (2015) existe uma dificuldade do consumidor de entender o papel da Saúde Suplementar, pois o papel dessa é complementar e não substituir o SUS, o que as vezes não é entendido dessa forma pelo consumidor. Teoricamente existe uma percepção que em razão da baixa qualidade do serviço, via de regra prestado pelo Estado, em seu sistema de saúde pública, o consumidor que possui condições de manter contrato de plano de saúde privado o faz, com expectativa de que que: quando necessitar de atendimento médico, seja qual for, poderá usufruir de atendimento de boa qualidade e cuidados, além de últimas tecnologias que contribuam com melhores chances de êxito em seu tratamento. De acordo com (Moreira Ricardo, 2012, p. 92), “o sistema de saúde privado ignorou o conceito de um sistema único de saúde para o Brasil e os contratos vem crescendo exponencialmente desde 1988. Um exemplo são as Unimed do Paraná que aumentaram de 65.000 para 1.284.485 clientes nos últimos 20 anos.”.

Considerando que existe um contrato e teoricamente estão acordados os direitos e obrigações das partes, a relação de consumo deveria ser a mais amistosa possível, no entanto a chamada judicialização da saúde tem crescido em ritmo acelerado nos últimos anos e gerado muitos debates entre as operadoras de saúde. Segundo dados do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), até 31/12/2017 existiam 1.778.269 processos registrados, sendo que 564.090 refere-se a ações contra operadoras de planos de saúde (Shullze e Salles, 2018). Da mesma forma que os

serviços públicos, as operadoras de planos de saúde também são obrigadas a cumprir sentenças judiciais, até mesmo em casos não previstos no rol de procedimentos da ANS.

Para Gregori (2019, p.39)

Com a entrada em vigor do Código de Defesa do Consumidor, em 1991, e a consequente atuação dos Procons, das entidades civis de defesa do consumidor e do Ministério Público na área de defesa dos consumidores, o setor de assistência privada à saúde passa a figurar como um dos assuntos de maior destaque nas denúncias por parte dos consumidores, crescendo o número de ações judiciais, inclusive coletivas, e reclamações nesses órgãos.

O atual cenário econômico tem exigido das organizações esforços extras no sentido de melhorar sua gestão, e implementar um planejamento estratégico com ações de mitigação de risco. Nesse cenário, as cooperativas de trabalho médico possuem desafios semelhantes, e alguns específico do setor. Um deles é reduzir as despesas com a judicialização através do aprimoramento e monitoramento dos seus processos. Em 2018, a cooperativa pesquisada, recebeu um total de 514 novas demandas judiciais, o que totalizou um montante de provisão de aproximadamente R\$ 22 milhões. Deste total de demandas recebidas, 513 foram oriundas das Varas Cíveis e Juizados Especiais Cíveis. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que têm por missão promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país, possui um instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde chamado NIP (Notificação de Informação Preliminar). Através das NIPS são feitos alguns acordos que evitam a instauração de processo administrativo na ANS e também no judiciário. Dentre esses acordos estão: Liberação de um procedimento; Adaptação de um contrato não reulamentado pela lei 9656/98 para um regulamentado; Consenso sobre o contrato do cliente e suas cláusulas; correção de um processo interno da operadora que resolva a reclamação inicial e mitigue futuras reclamações; situações em que o cliente teve a oportunidade de receber um contato através de ligação gravada para adaptar o seu contrato a lei 9656/98, e por estar ainda em contrato antigo está tendo conflito com a operadora, nesses casos mantêm-se a

negativa pois o cliente foi contactado pela operadora de forma preventiva. Na visão da (ANS, 2009) para os beneficiários de planos de saúde, a NIP possibilita uma resposta mais rápida para o seu problema, isso porque o processo é totalmente automático e as operadoras necessitam responder a ANS em até 5 dias no caso de NIP assistencial (assunto de cobertura) e, em até 10 dias no caso de NIP não assistencial (assuntos contratuais). Em alguns casos, isso não necessariamente significa a autorização imediata do procedimento solicitado por seu médico assistente, mas sim uma posição sobre a obrigatoriedade ou não de cobertura da sua operadora de plano de saúde.

Para Scalécio e Aguiar (2009, p.16),

Esse método é uma eficiente forma de se buscar consensualidade: o mediador induz as partes a compreenderem a situação que se apresenta, suas reais causas e possibilidades de equacionamento. Constitui-se um método extrajudicial de resolução de conflitos em que um terceiro, neutro e imparcial, mobiliza as partes para avaliarem objetivos e opções com vistas a um acerto, ou mesmo provoca o agente regulado a corrigir falhas e irregularidades. Isso possibilita a iniciativa de identificar, discutir e resolver as questões do conflito, e o estabelecimento ou retomada da comunicação entre ANS e os atores sociais, conduzindo a um termo de entendimento para mútua satisfação.

No trabalho realizado por Scalécio e Aguiar (2009), quando se avaliou o projeto piloto da NIP, muito ainda havia a se avançar, para efetivar isso, um aprimoramento da avaliação do projeto piloto seria de extrema relevância, como por exemplo a utilização de outros indicadores para avaliar sua efetividade na mediação de conflitos. É importante considerar, que o aumento na judicialização tem causado impactos significativos na Saúde Suplementar como um todo e de igual forma nas cooperativas médicas. Quando um cliente procura primeiramente os canais de atendimento da operadora para solução do conflito, ou até mesmo através de uma NIP, existe uma grande chance do caso ser solucionado sem seguir para o Judiciário. Ser solucionado, não significa dar cobertura para algo que não foi contratado, mas sim acordar de forma amigável, sobretudo estendendo o relacionamento.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

O aumento da judicialização na saúde amplamente divulgado pelo Ministério da Saúde, agência reguladora, debates, seminários e painéis de diversos congressos nacionais, a bastante tempo é conhecido e existe uma série de trabalhos a respeito. Para (Carlini, 2014, p.142), “dentre os litígios que se prodigalizam de forma crescente estão os que têm por objeto o direito universal à saúde”. Para a autora, os conflitos na área de saúde privada têm se avolumado e ocupando parte relevante da atenção do Judiciário. Por outro lado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possui um instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde chamado NIP (Notificação de Informação Preliminar) que conceitualmente é um processo totalmente automatizado, que objetiva a solução consensual de conflitos.

Nesse contexto, é importante ressaltar que a pesquisa não tem a intenção de entrar na discussão jurídica do aumento da judicialização, suas causas e discussões de papéis e responsabilidades, mas, sim, analisar as NIPS registradas na Cooperativa Médica, encontrar respostas sobre o entendimento do processo de mediação e seu índice de resolutividade, considerando não somente a resolutividade da ANS e mitigação de sanções administrativas, (esfera regulatória),mas olhar o instrumento sobre a ótica da esfera judicial, entendendo se não houve acionamentos judiciais nos 5 anos seguintes à mediação. Dessa forma, se busca observar o processo da NIP como um sistema dentro da organização.

### 1.1.1 Pergunta de Pesquisa

Considerando o problema de pesquisa citado anteriormente surge a seguinte pergunta de pesquisa: **O instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde (NIP) contribui para a mitigação do problema de judicialização na saúde suplementar em específico nessa Cooperativa Médica?**

## 1.2 OBJETIVOS DE PESQUISA

### 1.2.1 Objetivo geral

O objetivo geral da pesquisa consiste em compreender se o processo de resolutividade da mediação de conflitos de beneficiários de planos de saúde pelas NIPS (Notificação de Informação Preliminar), tem ajudado a mitigar o processo de judicialização na Cooperativa de trabalho médico.

#### 1.2.2 Objetivos específicos:

- a) Identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o beneficiário a entrar com uma demanda judicial contra a cooperativa de trabalho médico;
- b) Identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o beneficiário a registrar NIPS contra a cooperativa de trabalho médico;
- c) Identificar nos registros históricos dos indicadores de NIPS os motivos das reclamações relatados pelos beneficiários;
- d) Identificar nos registros históricos beneficiários que tiveram acionamentos judiciais nos anos seguintes;
- e) Identificar pelos quais motivos e tipos de conflito houveram acionamentos.

### 1.3 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS

Considerando que o estudo de caso desenvolvido parte de pressupostos acerca de um aumento considerável nas despesas de ações judiciais das operadoras de saúde, e que quanto mais se evitar essas despesas melhor será o resultado operacional das Cooperativas de saúde, considerando também que o processo de mediação de conflitos é uma das formas de se evitar a judicialização, compreender como o tema está contribuindo nesse sentido pode trazer resultados não somente de implicações teóricas mas também prática na busca de melhores resultados na gestão da Cooperativa de trabalho médico.

#### 1.3.1 Justificativa teórica

O serviço de assistência à saúde está, há muitos anos, entre os problemas mais citados do Brasil. Frequentemente figura na lista dos “vilões da sociedade” das organizações de defesa do consumidor, e é alvo constante de críticas de cidadãos, sejam eles usuários de serviços públicos ou privados (Varella e Ceschin, 2014, p. 7).

Segundo os mesmos autores:

As reclamações mais frequentes estão relacionadas à negativa de atendimento ou à dificuldade do usuário em obter autorização para a realização de determinado exame ou procedimento. Quando isso acontece, o usuário acha que a burocracia restringe o seu direito de acesso ao plano, o que gera conflito, além de fazer que ele não se sinta acolhido em um momento de fragilidade. (Varella e Ceschin 2014, p. 14).

Para (Moreira Ricardo, 2012, p. 259), “A judicialização da Medicina é um problema em evolução na nossa sociedade. As OPS estão trabalhando para melhorar o relacionamento com o judiciário e criar mecanismos para auxiliar os juízes a tomarem decisões fundamentadas no conhecimento médico e científico”.

Os conflitos decorrentes da relação entre os beneficiários e as operadoras em muitos casos, são solucionados somente na esfera do Poder Judiciário (Oliveira, 2017). As evidências foram divulgadas recentemente em um relatório sobre a judicialização na saúde, que aponta crescimento de aproximadamente 130% nas demandas de primeira instância entre 2008 e 2017 (Valor online, 2019). Os principais processos discutidos em primeira instância são plano de saúde (30,32%), seguro (21,17%), saúde pública (11,78%), tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos (7,8%). Nota-se uma participação muito elevada dos itens plano de saúde e seguro saúde.

De acordo com Scheffer (2006), professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e membro do conselho diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC, os conflitos envolvendo os beneficiários e as operadoras de planos de saúde estão divididos entre reclamações formuladas junto à ANS, processos judiciais, reclamações em órgãos de defesa do consumidor e na área de recursos humanos das empresas no caso de planos coletivos empresariais. Para Denova (2011), prestar um atendimento que atenda às necessidades de um cliente não se trata apenas de fornecer soluções para suas necessidades, mas também de atender as suas solicitações nos prazos previamente

acordados. Nessa visão Bohemer (2016), reforça que em empresas de saúde a transformação e melhoria requer mudanças no comportamento individual, nas interações das equipes e nas operações.

Por fim, como justificativa teórica é importante destacar que a maioria dos trabalhos relacionados ao tema da Judicialização estão voltados a saúde pública, como na obra de Mapelli (2019) que descreve o regime jurídico do SUS e intervenção na Administração Pública. Já na saúde privada, torna-se mais difícil encontrar pesquisa científica. O trabalho realizado por Trettel, Kozan e Sheffer (2017), destaca esse ponto e complementa que considerando que os planos de saúde assistem praticamente 25% da população brasileira, além da interface com o sistema público de saúde, é importante pesquisas que analisem o setor. Na visão de (Dias, 2014, p. 6) embora haja normas e regulamentações suficientes nesse setor para viabilizar as relações entre as operadoras e seus clientes, o Poder Judiciário encontra-se abarrotado de processos em que se discute exatamente o não cumprimento das normas (administrativas ou legais) por aquelas empresas. Já na pesquisa de Unes( 2018) foram avaliadas as estratégias adotadas pela ANS para a mudança de seus ritos internos, surgidos com a Resolução Normativa nº 388/2015 e as possíveis consequências em 3 dimensões: dimensão interna, no mercado e no consumidor. Nessa pesquisa, o objetivo é diferente. Alinhado com o objetivo geral e específico, foi considerado o período entre a RN nº 226/2010 e a RN nº 343/2013, justamente para ter um tempo hábil a ser observado no acionamento judicial.

### 1.3.2 Justificativa prática

A Resolução Normativa nº 226/2010, instituiu o procedimento de intermediação preliminar NIP, posteriormente, a RN nº 343/2013 regulamentou a forma de processamento das demandas, e atualmente a RN nº 388/2015 passou a estabelecer novas normas.

Recebida a demanda de reclamação pela ANS, a operadora é notificada para que adote as medidas necessárias para solução do conflito com o beneficiário nos seguintes prazos:

- a) Até 5 dias úteis, nos casos das NIPS assistenciais (aquelas demandas relacionadas a negativas de procedimentos);

- b) Até 10 dias úteis, nas NIPS não assistenciais (aquelas relacionadas a cláusulas contratuais, reajustes etc.);

A resposta da operadora deverá ser anexada no endereço eletrônico da ANS, acompanhado de todos os documentos para análise da demanda, incluindo a comprovação de contato com o beneficiário ou seu interlocutor. A documentação anexada pela operadora, deverá demonstrar de forma inequívoca a solução da demanda, comprovando, no prazo previsto, por qualquer meio hábil, que o beneficiário foi cientificado da solução do conflito.

Trata-se de um processo que deve ser gerenciado para evitar as sanções administrativas da Agência, pois cada multa imposta por quaisquer irregularidades chega a R\$ 80.000,00 por multa. No entanto, essa pesquisa parte de um pressuposto que somente gerenciar a eficiência desse processo, porque trata-se de um ato normativo, sem considerar outros desdobramentos, talvez seja pouco pelo que o processo já pode ter contribuído desde a sua concepção. Considerando não somente evitar sanções administrativas da Agência, mas também um olhar e monitoramento de mitigação das ações judiciais, poderá trazer outras respostas à Cooperativa sobre esse processo, como uma ferramenta de gestão.

## **2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

No sentido de compreender melhor a forma com que a pesquisa foi estruturada, são descritos os principais embasamentos teóricos que serviram de sustentação. Primeiramente, é feito um resgate do contexto histórico dos planos e seguros de saúde no Brasil, destacando as mudanças legais, o surgimento do órgão regulador e fiscalizador e os conflitos em cada período histórico. No capítulo seguinte, é abordada a história do cooperativismo, destacando o cooperativismo médico do surgimento até os dias atuais, na sequência é apresentada a discussão da questão da judicialização da saúde e a mediação de conflito como instrumento de resolução extrajudicial de conflitos. E, por fim, apresenta-se a teoria geral dos sistemas destacando a importância da visão sistêmica entre todos os participantes do sistema da organização.

## 2.1 HISTÓRIA DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

“O sistema de saúde do Brasil tem suas origens em Portugal. Em 1498, dois anos antes das caravelas de Cabral aportarem no nosso litoral, foi criada a primeira instituição de atendimento aos enfermos por D. Leonor de Lencastre, viúva do rei D. João II e cunhada do monarca da época, D. Manoel, o Venturoso”. (Moreira Ricardo, 2012, p.84).

Esse sistema é formado por uma grande quantidade de organizações públicas e privadas. Cada uma delas, de acordo com seus períodos históricos, nasceram e se desenvolveram se adaptando e evoluindo dentro da realidade acessível em cada momento. Alguns exemplos desses períodos: a industrialização do país, a partir dos anos 1950, no governo de Juscelino Kubitschek, momento em que as corporações estrangeiras contrataram assistência privada para seus empregados; decretos do governo militar de 1964 que viabilizaram a contratação, pelo Estado, de empresas médicas e serviços privados de saúde, a recessão econômica dos anos 80, são apenas alguns dos exemplos dentre vários outros momentos que serão vistos adiante. Antes de existir o SUS, a saúde pública era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social o INAMPS, criado em 1977 o INAMPS era ligado ao ministério da Previdência e Assistência Social.

“Os destaques nesse modelo, vigente no Brasil seguindo o artigo 158, inciso XV da constituição de 1967, eram: insuficiência de recursos, disputa de comando entre o INAMPS e o Ministério da Saúde, restrição do acesso e oferta de tratamentos especializados segundo lógica do mercado” (Mapelli, 2017, p. 1). Nesse momento, a saúde é vista como um serviço decorrente de um direito trabalhista, ou como um serviço privado conforme destaca Dutra (2010). Nesse sentido, (Moreira Ricardo 2012, p. 86) descreve que “só tinham direito à assistência médica os trabalhadores que efetivamente contribuíam com parte dos seus salários para o custeio do sistema. Os demais, ou pagavam do seu próprio bolso ou eram atendidos nos hospitais filantrópicos sem pagar nada, como indigentes” (Souza, 2002, p.12). Descreve-se que nessa época os brasileiros, com relação a assistência à saúde estavam divididos em 3 categorias, a saber: os que podiam pagar pelos serviços, os que tinham direito pelo INAMPS e os que não tinham nenhum direito.

O quadro abaixo mostra um resumo por períodos, contexto político e os principais desafios enfrentados pela área da saúde.

**Quadro1 - O processo histórico da organização do setor da saúde e o antecedente para o sistema brasileiro de cuidado da saúde.**

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
<b>Colonialismo português (1500-1822)<sup>24</sup></b>	Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	Controle político e cultural de Portugal	Século XVI: <ul style="list-style-type: none"> <li>Criação de hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda</li> <li>Organização sanitária incipiente</li> </ul>	Doenças pestilenciais e assistência à saúde para a população
<b>Império (1822-89)<sup>25</sup></b>	Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária</li> <li>Administração da saúde centrada nos municípios</li> <li>Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)</li> </ul>	Doenças pestilenciais e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
<b>República Velha (1889-1930)<sup>26</sup></b>	Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897)</li> <li>Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz; 1907)</li> <li>Caixas de Aposentadoria e Pensão (Lei Eloy Chaves; 1923)</li> <li>Incipiente assistência à saúde pela previdência social</li> <li>Dicotomia entre saúde pública e previdência social</li> </ul>	Doenças pestilenciais (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p. ex., tuberculose, sífilis, endemias rurais)
<b>Ditadura Vargas (1930-45)<sup>27</sup></b>	Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	"Estado Novo" - Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública</li> <li>Previdência social e saúde ocupacional institucionalizadas pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio</li> <li>Campanhas de saúde pública contra febre amarela e a tuberculose</li> <li>Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbanos (1933-38)</li> </ul>	Predominância de endemias rurais (p. ex., doença de Chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais
<b>Instabilidade democrática (1945-64)<sup>28</sup></b>	Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional	Governos liberais e populistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criação do Ministério da Saúde (1953)</li> <li>Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960)</li> <li>Expansão da assistência hospitalar</li> <li>Surgimento de empresas de saúde</li> </ul>	Emergência de doenças modernas (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
<b>Ditadura militar (1964-85)<sup>29</sup></b>	Internacionalização da economia  Milagre econômico (1968-73)  Final do milagre econômico	<ul style="list-style-type: none"> <li>Golpe militar, ditadura (1964)</li> <li>Reforma administrativa (1966)</li> <li>Crise política (eleições de 1974)</li> </ul> Abertura política lenta, segura e gradual (1974-79)	Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (1966)	Predominância da morbidade moderna (p. ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
		Liberalização Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais 1º. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) Transição política (1974-84)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Capitalização da medicina pela previdência social</li> <li>Crise do sistema de saúde</li> <li>Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes</li> <li>Crise na previdência social</li> <li>Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS; 1977)</li> <li>Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado</li> <li>INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura</li> </ul>	Persistência de endemias rurais com urbanização  Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste

	Penetração do capitalismo no campo em serviços	Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979)		
<b>Transição democrática (1985-88)<sup>30</sup></b>	Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início da "Nova República" (1985)</li> <li>• Saúde incluída na agenda política</li> <li>• 8ª Conferência Nacional de Saúde</li> <li>• Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária</li> <li>• Assembleia Nacional Constituinte</li> <li>• Nova Constituição (1988)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INAMPS continua a financiar estados e municípios</li> <li>• Expansão das AIS</li> <li>• Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde - SUDS (1987)</li> <li>• Contenção das políticas privatizantes</li> <li>• Novos canais de participação popular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização</li> <li>• Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres</li> <li>• Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS</li> <li>• Epidemia de dengue</li> </ul>
<b>Democracia (1988-2010)<sup>31</sup></b>	<p>Crise econômica (hiperinflação)</p> <p>Ajuste macroeconômico (Plano Real; 1994)</p> <p>Estabilidade econômica, recuperação dos níveis de renda, movimento cíclico (altos e baixos), persistência das desigualdades, continuidade da política monetarista</p>	<p>Presidente Fernando Collor de Mello eleito e submetido a <i>impeachment</i></p> <p>Restante do mandato presidencial (1993-94) exercido pelo Vice-Presidente Itamar Franco</p> <p>Governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) — Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)</p> <p>Reforma do Estado (1995)</p> <p>Governos de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-06 e 2007-10) — Partido dos Trabalhadores<sup>32</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação do SUS</li> <li>• Descentralização do sistema de saúde</li> </ul> <p>9ª Conferência Nacional de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Extinção do INAMPS (1993)</li> <li>• Criação do Programa de Saúde da Família (1994)</li> <li>• Crise de financiamento e criação da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (1996)</li> <li>• Tratamento gratuito para HIV/AIDS pelo SUS</li> <li>• Financiamento via Piso da Atenção Básica (1998)</li> <li>• 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Normas Operacionais Básicas (NOB) e de assistência à saúde (regionalização)</li> <li>• Regulamentação dos planos de saúde privados</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (1999)</li> <li>• Criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar para regulamentar e supervisionar os planos de saúde privados (2000)</li> <li>• Criada a lei dos medicamentos genéricos</li> <li>• Lei Arouca institui a saúde do indígena como parte do SUS</li> <li>• Emenda Constitucional 29 visando à estabilidade de financiamento do SUS definiu as responsabilidades da União, estados e municípios (2000)</li> <li>• Aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica (2001)</li> <li>• Expansão e consolidação do PHC</li> <li>• Criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (2003)</li> <li>• Estabelecido o Pacto pela Saúde (Pacto de Defesa do SUS, Pacto de Gestão, Pacto pela Vida; 2006)</li> <li>• Política Nacional de Atenção Básica (2006)</li> <li>• Política Nacional de Promoção da Saúde (2006)</li> <li>• 12ª e 13ª Conferências Nacionais de Saúde</li> <li>• Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde e Política Nacional de Saúde Bucal (<i>Brasil Sorridente</i>; 2006)</li> <li>• Unidades de Pronto-Atendimento (UPA 24h) criadas em municípios com populações &gt; 100.000 (2008)</li> <li>• Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) junto ao PSF (2008)</li> </ul>	<p>Epidemias de cólera e dengue, mortalidade por causas externas (sobretudo homicídios e acidentes de trânsito)</p> <p>Doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, seguidas por causas externas e cânceres</p> <p>Redução na mortalidade infantil, prevalência inalterada de tuberculose, estabilização da prevalência de AIDS, aumento na prevalência de dengue e aumento na incidência de leishmaniose visceral e malária</p> <p>Expectativa de vida em torno de 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres) no início do século XXI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mortalidade infantil de 20,7 por 1.000 nascidos vivos (2006)</li> <li>• Redução na prevalência de hanseníase e doenças preveníveis pela imunização</li> <li>• Expectativa de vida sobe para 72,8 anos (69,6 para homens e 76,7 para mulheres; 2008)</li> </ul>

Fonte: O sistema de saúde Brasileiro história, avanços e desafios. Jamilson Pain

A partir da década de 60, o regime militar produziu reformas profundas no sistema público de assistência à saúde, 25 anos depois, os reflexos desencadeariam na criação do SUS. Para Bahia e Sheffer (2010), “o SUS foi criado como consequência de duas circunstâncias: o acúmulo de discussões anteriores sobre o sistema de saúde e atuação de técnicos que realizaram uma reforma burocrática.”. “Além de se tornar mais atraente aos investimentos de grupos econômicos, o segmento também passou a implicar o reposicionamento das burocracias governamentais que discutiam a necessidade dos planos de saúde” (Bahia e Scheffer, 2010, p. 25). De acordo com registros históricos, em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou o conceito da saúde como um direito do cidadão e delineou os fundamentos do SUS, com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais. (Para Pain, 2011) essas mudanças administrativas estabeleceram os alicerces para a construção do SUS.

Durante essa Conferência, foram discutidos os princípios que deveriam orientar a nova proposta de sistema de saúde, sendo:

[...] O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios: a) referente à organização dos serviços: Descentralização na gestão dos serviços; Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo; Unidade na condução das políticas setoriais; Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; Participação da população (...); Fortalecimento do papel do município; Introdução de práticas alternativas de assistência (...) b) atinentes às condições de acesso e qualidade Universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas; Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção; Atendimento oportuno segundo as necessidades; Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública; Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis; Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças; Direito à assistência psicológica (CONASS, 2009, p.18-19).

Após esse fato, durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), o movimento da reforma sanitária e seus aliados aprovaram a reforma, mesmo diante de uma forte oposição do setor privado. Asensi (2010), reforça que com a Constituição de 1988 e as intensas reivindicações de uma diversidade de grupos sociais e políticos, a saúde foi alçada à categoria de direito fundamental. Gregori

(2019), concorda que a Constituição de 1988 seguiu os passos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, situando-se como um marco jurídico da institucionalização da democracia e dos direitos humanos no Brasil. Dallari (2009) ressalta que, a carta de 1988 cuida ainda da saúde quando ao tratar do Ministério Público, instituição essencial a função do Estado, afirma que eles têm o dever de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e das ações e serviços de saúde aos direitos constitucionalmente assegurados, promovendo os direitos necessários à sua garantia (CF, art.129, II). No entanto, (Mapelli, 2017) alerta que a exigibilidade judicial de direitos sociais, porém, enfrente o problema da escassez dos recursos orçamentários.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu os fundamentos do direito à saúde no Brasil, garantindo o acesso Universal e integral às ações de saúde a serem promovidas pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Nesse sentido, estabelece a Carta Maior:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção e recuperação (BRASIL, 1988).

Desta forma, a Constituição de 1988 declarou, expressamente, o compromisso do Estado de propiciar a toda a população um acesso pleno e igualitário à saúde, ilustrando o dever do Estado de prover tal garantia. Convém transcrever a excelente ponderação feita por Marcos Salles, representante da Associação dos Magistrados Brasileiros, no primeiro dia da audiência da Saúde Pública realizada pelo STF:

A busca da cura é uma das situações da condição humana em que por infelicidade se procura e por felicidade se encontra. Mas a vida, por mais fé que se tenha em alguma dogmática religiosa, não pode, no estado democrático de direito, ser entregue a própria sorte (SALLES, 2001).

Para o cumprimento dessa imposição, a própria Constituição Federal traçou diretrizes a serem seguidas pelo Poder Público, estando estampadas nos incisos 1 a 3 do artigo 198 que assim previu:

Artigo 198. As ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I)Descentralização com direção única em cada esfera de governo;

II)Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais;

III)Participação da comunidade (BRASIL, 1988)

O sistema de saúde brasileiro é, por vezes, entendido como uma rede de alta complexidade entre seus agentes envolvidos, dentre os quais: prestadores de serviços, fornecedores, compradores de serviços, cooperados, órgãos reguladores que em muitas situações competem entre si, gerando uma série de conflitos dentro do setor e dificultando o entendimento de soluções aplicáveis de curto prazo.

Na perspectiva de Paim *et al* (2016, p.19), complementa:

O sistema de saúde tem três subsectores: o subsector público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsector privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsector de saúde suplementar, com diferentes tipos de planos privados de saúde e de apólices de seguro, além de subsídios fiscais. Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços de todos os três subsectores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

No fechamento deste tópico, vale a pena destacar que simultaneamente o outro lado do sistema de saúde no Brasil ,o setor privado, já vinha se desenvolvendo influenciado, pelo movimento econômico e migratório, conforme descreve (Moreira Ricardo, 2012) “a prática liberal da medicina existia desde o período imperial, mas foram o progresso econômico e a influência dos imigrantes europeus que estimularam o desenvolvimento do setor médico composto por consultórios, clínicas e hospitais particulares.”.

### **2.1.1 A criação do SUS e da ANS**

No ano de 1990, teve início a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) e, também nesse mesmo ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), a qual especifica as atribuições e a organização do SUS.

Em janeiro de 2000, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Seu marco legal encontra-se na Lei nº 9656 de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e na Lei nº 9.961, de 2000. Para (Gregori 2019, p. 48) "a criação da ANS foi um marco importante para o mercado de saúde suplementar, pois veio suprir a necessidade de regular um mercado seguindo princípios constitucionais da ordem econômica, da livre iniciativa e da livre competição". A ANS é um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades das operadoras de planos de saúde Moreira Ricardo (2012). De maneira geral o papel da ANS é harmonizar o interesse de consumidores e operadoras de planos de saúde, contribuir para a melhoria de ações em saúde no Brasil para que haja um equilíbrio no mercado.

O poder normativo da ANS é materializado por meio da Resolução Normativa, também conhecida como "RN". Contudo, os textos normativos da ANS devem respeitar os limites da lei que o criou, para isso existe a realização das consultas públicas pela Agência, esse procedimento permite a participação da sociedade e de empresas do setor na contribuição para elaboração de atos normativos Salvatori & Ventura (2012). De acordo com dados da ANS, em março/2019 o total de beneficiários da saúde suplementar era de 71 milhões, sendo 48 milhões de assistência médica, com ou sem odontologia e 21 milhões exclusivamente odontológico:

**Quadro-2 Beneficiários de planos privados de saúde, por cobertura assistencial (Brasil – 2009-2019)**

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia	Beneficiários em planos privados exclusivamente odontológicos
Dez /2009	42.561.398	13.253.744
Dez /2010	44.937.350	14.514.074
Dez /2011	46.025.814	16.669.935
Dez /2012	47.846.092	18.538.837
Dez /2013	49.491.826	19.561.930
Dez /2014	50.493.206	20.156.850
Dez /2015	49.259.101	20.931.380
Dez /2016	47.657.169	21.323.950
Dez /2017	47.154.344	22.557.918
Dez /2018	47.264.010	24.326.761
Mar /2019	47.071.010	24.503.678

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS dados atualizados até 05/2019.

### 2.1.2 Informações do Setor de Saúde Suplementar

A redução, na quantidade de beneficiários, ultrapassa 3 milhões de vínculos entre os planos de assistência médica com ou sem odontologia, ou seja, uma queda de 9%, ao passo que, entre os planos exclusivamente odontológicos, houve um

crescimento de 3.8 milhões de beneficiários, que representa um crescimento de 20%, ambos analisando os últimos 5 anos dos dados acima. Existem os planos coletivos empresariais, que prestam assistência à saúde aos funcionários da empresa contratante, graças ao vínculo empregatício ou estatutário, e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como: conselhos, sindicatos e associações profissionais. Além do plano de contratação direta, podendo ser individual ou um plano familiar. Seja por contratação direta, ou através do vínculo empregatício com uma empresa, ou órgão de classe, a perspectiva gerada ao consumidor é de acesso a uma medicina de qualidade, de acesso rápido e com grande variedade de serviços a sua disposição (Moreira Ricardo 2012). Nesse sentido, o consumidor quando têm alguma situação que contraria às suas expectativas, possivelmente procurará outras formas de solução. “Em suma, as expectativas do consumidor mudaram, mas a oferta de serviços não acompanhou inteiramente essa mudança. O atendimento continua sendo reativo ou muito pouco pró ativo. Apesar dos avanços da Medicina, não houve progresso no modelo assistencial de saúde” (Ceschim, 2014, p. 14).

**Quadro 3 - Beneficiários de planos privados de saúde, por época de contratação do plano.**

Cobertura assistencial e tipo de contratação do plano	Planos		
	Plano Novo	Plano Antigo	Total
<b>Assistência médica com ou sem odontologia</b>	<b>43.073.061</b>	<b>3.997.949</b>	<b>47.071.010</b>
Individual ou Familiar	8.008.538	1.033.474	9.042.012
Coletivo Empresarial	30.071.130	1.476.954	31.548.084
Coletivo por adesão	4.991.960	1.368.358	6.360.318
Coletivo não identificado	1.165	0	1.165
Não Informado	268	119.163	119.431
<b>Exclusivamente odontológicos</b>	<b>24.208.099</b>	<b>295.579</b>	<b>24.503.678</b>
Individual ou Familiar	4.350.867	2.844	4.353.711
Coletivo Empresarial	17.559.121	248.268	17.807.389
Coletivo por adesão	2.294.052	30.731	2.324.783
Coletivo não identificado	3.960	0	3.960
Não Informado	99	13.736	13.835

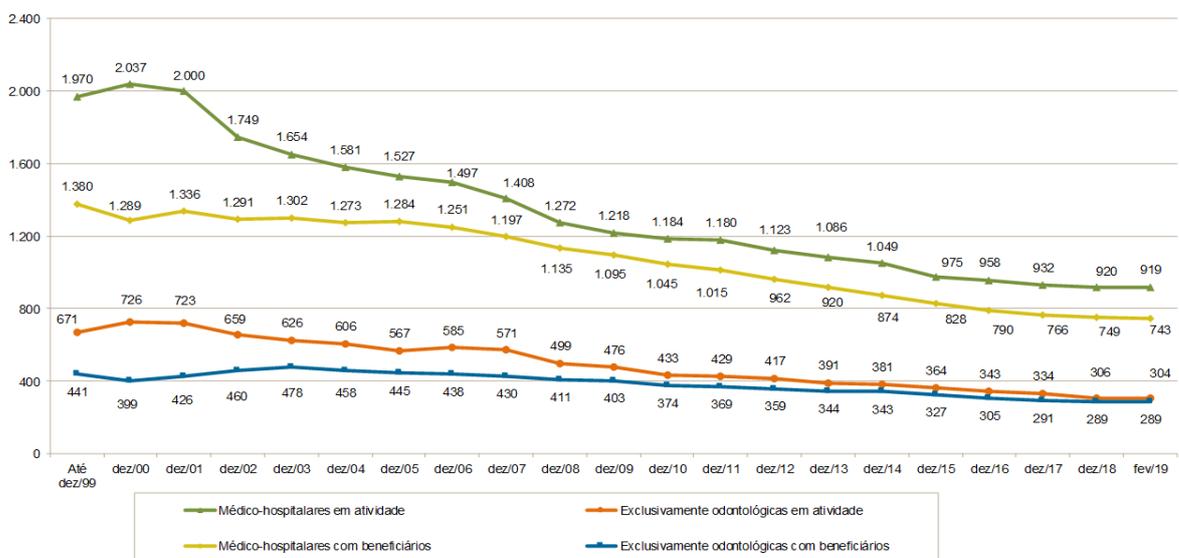
**Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS  
Dados atualizados até 05/2019**

De acordo com (Moreira Ricardo, 2012, p. 258), “ao adquirir um plano de saúde, o cliente assina um contrato detalhado em que constam os direitos e as obrigações

entre ele e a operadora.”. Esses contratos de planos privados de assistência à saúde, por serem contratos de natureza de consumo, submetem-se às regras do Código de Defesa do Consumidor, mas em razão de sua particularidade merecem uma legislação específica Gregori (2019). Quanto ao tipo de contratação, os contratos de planos coletivos são a maioria representando 81%. Bahia e Schefer (2010) ressalta que há algumas diferenças entre os planos coletivos e individuais, dentre as principais podem ser citadas: o reajuste da mensalidade e a rescisão contratual. Para os autores, não há dados adequados da quantidade de clientes principalmente planos antigos, nesse caso estão se referindo aos planos antes da regulamentação. Na visão de Leal e Matos (2009), nos planos coletivos há uma regulação menos intensa por possuírem uma negociação livre, já nos planos individuais a ANS define um percentual máximo de reajuste com base na evolução do mercado. Varella e Ceschin (2015) reforça a visão de que no plano de saúde individual, o indivíduo se relaciona diretamente com a operadora. Na ótica da Agência, é uma relação assimétrica, e esse indivíduo precisa de maior proteção.

Segundo ANS (2019), o número de operadoras em saúde em fevereiro de 2019 era de 1.223 sendo, 919 médico-hospitalares e 304 exclusivamente odontológicas em atividade.

**Gráfico 1- Resumo do registro de operadoras (Brasil – fevereiro de 2019)**



**Fontes: CADOP/ANS/MS - 02/2019 e SIB/ANS/MS – 02/2019**

**Nota: Operadoras com beneficiários, por modalidade da operadora.**

Segundo Gregori (2019) as operadoras após normatização e regulação editada pela ANS, passaram a ser classificadas conforme as modalidades descritas no quadro abaixo:

**Quadro-4 Quantidade de Beneficiários por modalidade.**

Modalidade	Operadoras (%)	Beneficiários (%)
Administradora de Benefícios	12%	0%
Auto Gestão	13%	7%
Cooperativa Médica	24%	25%
Cooperativa Odontológica	8%	5%
Filantropia	4%	2%
Medicina de Grupo	21%	34%
Odontologia de Grupo	17%	17%
Seguradora especializada em saúde	1%	10%
Total	100%	100%

**Fonte: Sistema de Informações de beneficiários – SIB/ANS/MS e Cadastro de Operadoras – CADOP/ANS/MS – 12/2018.**

A relação entre as receitas e despesas assistenciais se dá por meio da taxa de sinistralidade das operadoras. A taxa de sinistralidade é definida como a relação expressa em porcentagem, entre: a despesa assistencial e a receita de contraprestações das operadoras (ANS,2009). De acordo com o caderno de informações da Saúde Suplementar, a taxa de sinistralidade das operadoras 81,4% referente ao primeiro trimestre do ano. Significa dizer, que a cada R\$ 100,00 de receita, são gastos R\$ 81,40 com despesas assistenciais.

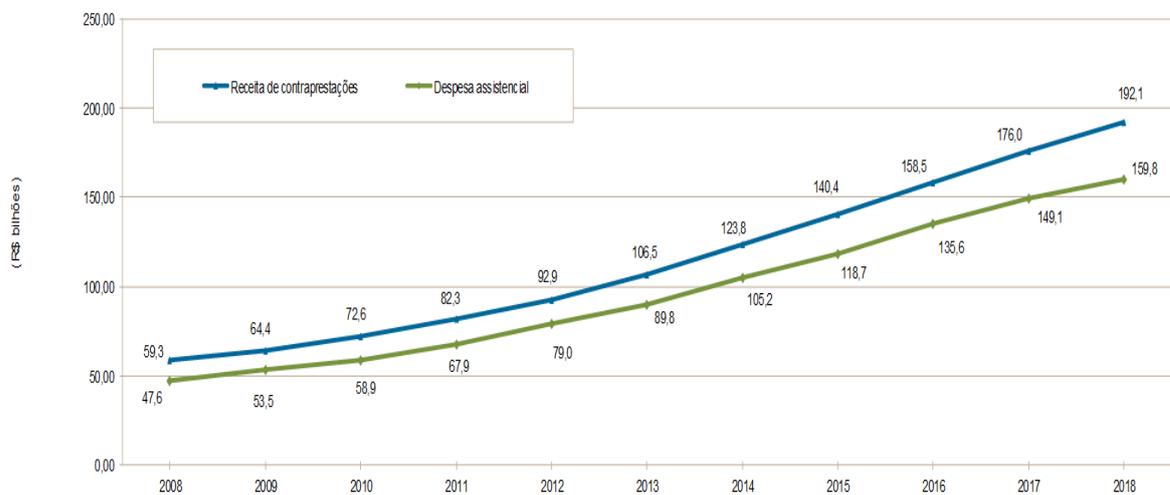
**Tabela 1 – Taxa de Sinistralidade e receita média mensal (2018-2019)**

Porte da operadora	2018		1º trimestre 2018		1º trimestre 2019	
	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)	Taxa de sinistralidade (%)	Receita média mensal (R\$)
<b>Total</b>	<b>84,0%</b>	<b>208,71</b>	<b>81,4%</b>	<b>218,03</b>	<b>81,4%</b>	<b>212,61</b>
<b>Operadoras médico-hospitalares</b>	<b>84,7%</b>	<b>310,39</b>	<b>82,1%</b>	<b>317,95</b>	<b>82,1%</b>	<b>317,73</b>
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	83,7%	278,83	79,8%	277,48	77,2%	304,76
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	85,3%	250,15	80,6%	264,83	79,6%	292,01
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	84,6%	334,11	82,7%	341,02	80,9%	379,07
<b>Operadoras exclusivamente odontológicas</b>	<b>46,9%</b>	<b>11,17</b>	<b>42,4%</b>	<b>11,50</b>	<b>42,4%</b>	<b>10,68</b>
Pequeno porte (até 20.000 beneficiários)	48,1%	20,89	30,9%	0,22	42,8%	0,19
Médio porte (20.000 a 100.000 beneficiários)	55,9%	18,31	56,9%	19,17	46,4%	20,83
Grande porte (Acima de 100.000 beneficiários)	45,0%	9,84	39,0%	11,18	39,2%	11,36

**Fonte: DIOPS/ANS/MS-DADOS PRELIMINARES**

O gráfico abaixo permite entender a relação da receita e da despesa assistencial no mercado de saúde suplementar. A linha azul significa a receita média por beneficiário de planos de saúde, enquanto a linha verde representa a despesa média por beneficiário. Em 2018, por exemplo a cada beneficiário que contribuía em média R\$ 192,10, havia uma despesa média de R\$ 159,80. A diferença dessa relação não é exatamente lucro, pois posterior a isso têm administrativas (estrutura, pessoas, insumos etc.).

**Gráfico 2- Receita de contraprestação e Receita Assistencial (2008-2018)**



**Fonte: Diops/Ans/MS-04/06/2019**

A ANS disponibiliza uma série de dados abertos em seu portal, onde o consumidor além de entender um pouco mais sobre o mercado de saúde suplementar, também pode utilizar os canais para atendimento às suas reclamações, ou até mesmo acompanhamento de alguma outra demanda. Já as operadoras conseguem através do portal, acompanhar seu desempenho, IDSS que é o Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar e acessar o espaço NIP, que é um tópico exclusivo para acompanhamento desse instrumento de mediação.

### **2.1.3 – Resolução extrajudicial de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde (NIP)**

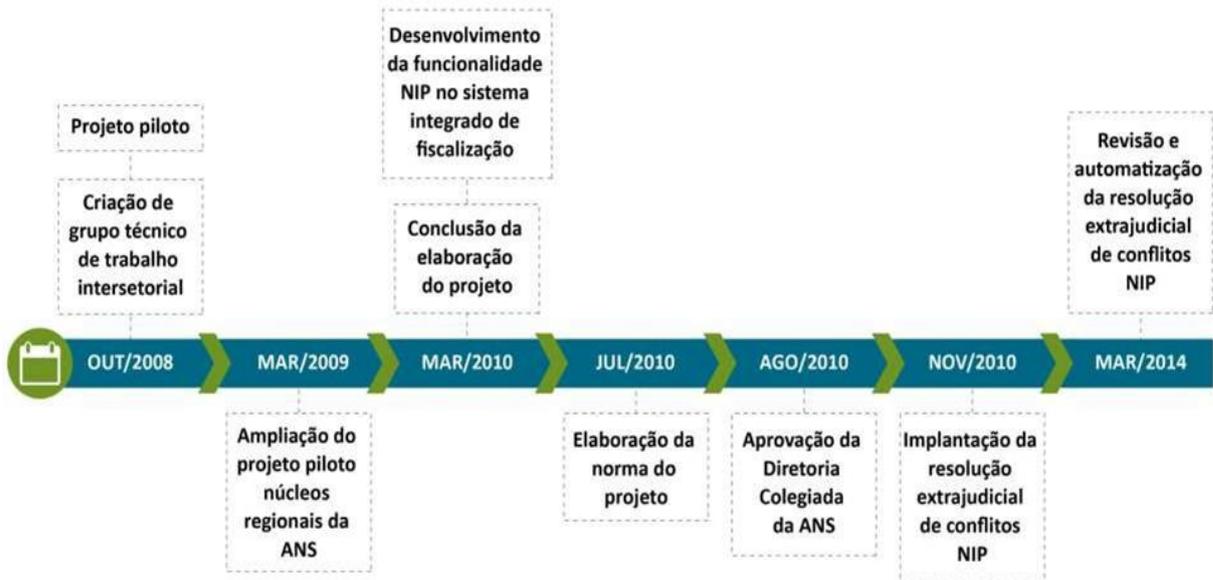
Dentre os conflitos que são mediados pelas NIPS estão os atendimentos relacionados a autorização de procedimentos, cobertura contratual, índice de reajuste, carências contratuais para procedimentos, rede assistencial e outros. As

NIPS, também contribuem para a otimização do processo regulatório, uma vez que com a visão desses conflitos a agência tem evidências para embasar a tomada de decisão no processo fiscalizatório Scalécio e Aguiar (2009). Já para as operadoras de planos de assistência à saúde, representa a possibilidade de equacionamento de problemas decorrentes de situações particulares, com repercussão coletiva e a efetivação da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), como forma menos conflituosa de resolver questões contratuais de cobertura com seus beneficiários (ANS, 2009).

Para Miraldo (2016) um dos objetivos da ANS é ajudar os consumidores na avaliação do desempenho das operadoras de planos privados de saúde. O cálculo do índice das reclamações considera a relação entre o total de reclamações recebidas, divididas pelas solucionadas, assim permitindo comparar a taxa de resolatividade das operadoras. Já para a (ANS 2009), aos beneficiários de planos de saúde a NIP possibilita uma resposta mais rápida para o seu problema.

Para as operadoras de planos de assistência à saúde, representa a possibilidade de equacionamento de problemas decorrentes de situações particulares, com repercussão coletiva e a efetivação da Reparação Voluntária e Eficaz (RVE), como forma menos conflituosa de resolver questões contratuais de cobertura com seus beneficiários (ANS, 2009). Abaixo, podemos observar a evolução do processo da NIP, que teve início em outubro de 2008 como projeto piloto, até a revisão e automatização do processo em 2014, quando passou a ser chamado de Resolução Extrajudicial de Conflitos. Lembrando, que em sua fase inicial eram tratadas somente as demandas relacionadas a utilização do plano e, em 2014 passaram-se a tratar também as questões contratuais pelas NIPS.

**Figura- 1 Linha do Tempo – Evolução NIPS**

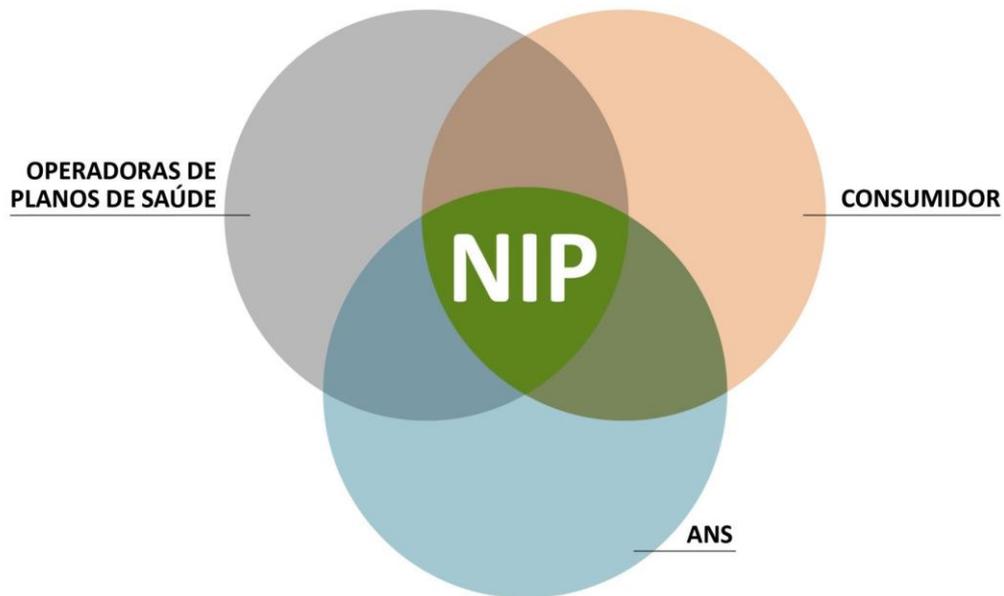


**Fonte: Caderno Resolução Extrajudicial de Conflitos/Ans/Difis-Diretoria de Fiscalização outubro/2015**

(Fiorelli e Malhadas, 2008, p. 76), descreve por meio da teoria, que um processo de mediação de conflitos deve compreender um conjunto de atividades distribuídas em etapas em uma sequência lógica: atendimento; pré mediação; mediação propriamente dita; encerramento; acompanhamento dos resultados.

Nesse sentido, observa-se que o modelo implantado pela ANS está bastante aderente ao proposto pelos autores, pois contempla todas as fases descritas conforme pode ser observado. Além disso, no caso desse processo de mediação de conflitos, também está contemplado uma fase fiscalizatória de um outro departamento da Agência.

**Figura 2- Resolução Extrajudicial de Conflitos:**



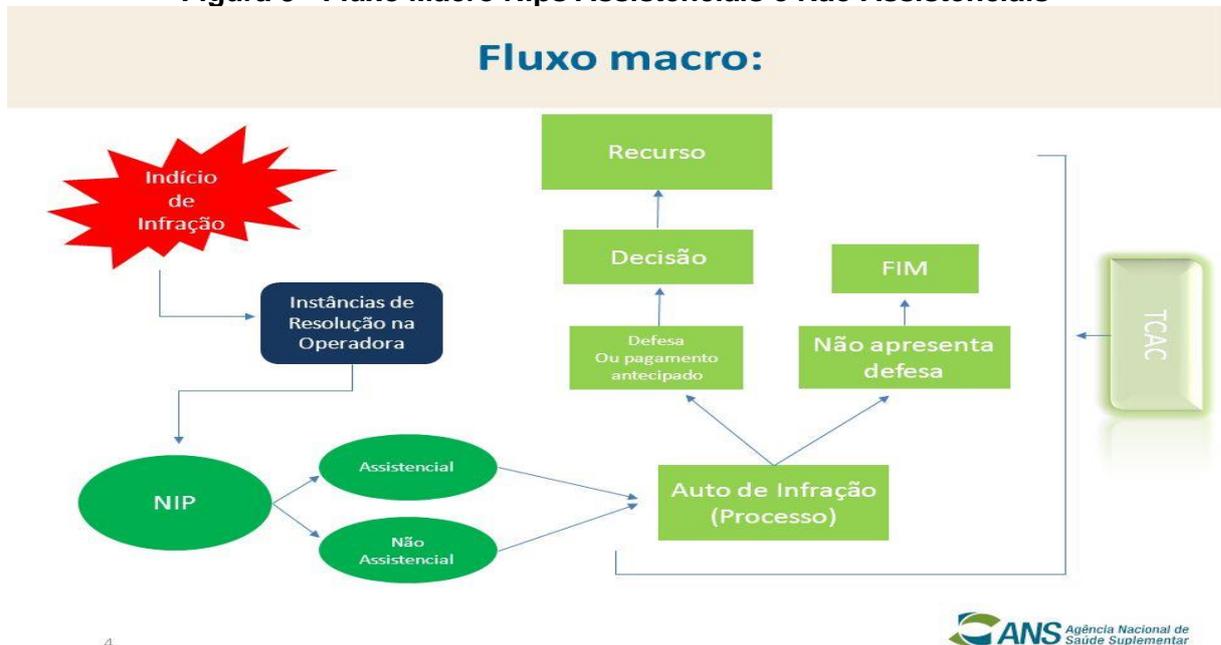
**Fonte: Difis/Ans (2018)**

O procedimento de uma NIP segue as seguintes fases: primeiramente o consumidor cadastra sua demanda diretamente no site da ANS ou através do canal telefônico, posteriormente é feita a publicação da NIP no espaço da operadora no site da ANS, a operadora consulta no seu espaço e elabora resposta à ANS, essa contacta com o consumidor para saber se a reclamação foi resolvida, na sequência se a demanda foi resolvida a ANS faz o encerramento automático no sistema das demandas inativas não assistenciais e demandas inativas assistenciais.

Caso a reclamação não tenha sido resolvida, segue para a fase de análise fiscalizatória que ocorre ainda no âmbito da NIP, se aplica somente às NIPS assistenciais que atenderem aos seguintes critérios (Art.11) nos seguintes casos: demandas com retorno do consumidor informando que a questão não foi solucionada pela operadora; demandas sem respostas da OPS; demandas com relatos de realização no SUS; demandas com relato de realização por liminar judicial; demandas institucionais.

As demandas consideradas resolvidas ou inativas nessa fase podem ser reabertas a qualquer tempo, caso o consumidor apresente fatos que o justifique (ANS 2015).

**Figura 3 - Fluxo Macro Nips Assistenciais e Não Assistenciais**



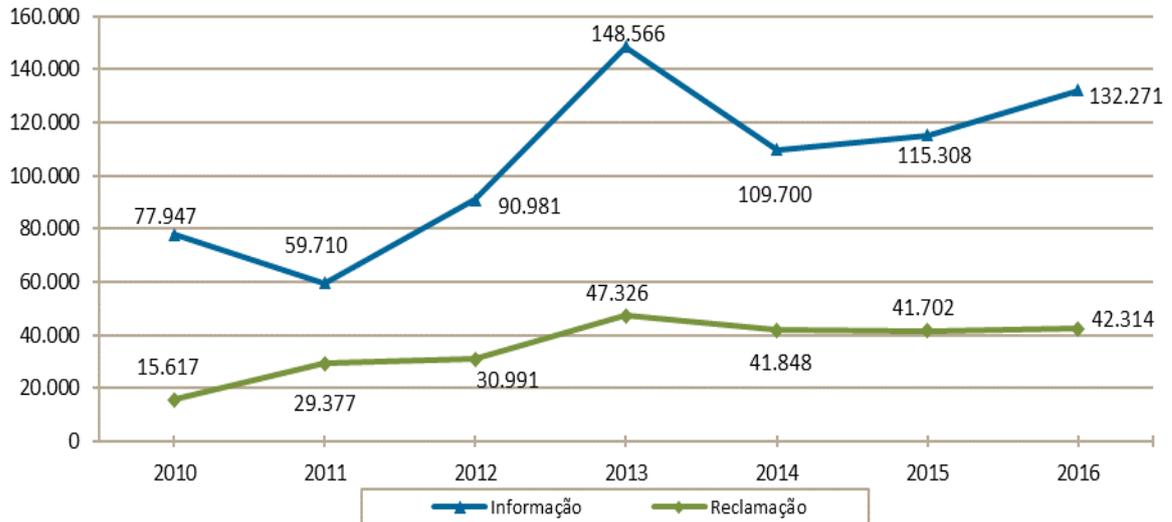
4

Fonte: Difis/Ans (maio 2018)

Segundo a (ANS 2018), dentre as principais características da NIP, vale destacar os seguintes pontos: no âmbito da NIP não são feitas diligências para o prestador; o usuário não é instaurado a juntar documentação comprobatória e só tem a possibilidade de juntá-la na abertura da demanda quando esta é aberta presencialmente (cerca de 80% das demandas são abertas de forma não presencial através do disque ANS ou do formulário eletrônico disponível no site da ANS). Nesse sentido, não há no âmbito da NIP finalização de demanda por impossibilidade de comprovação. Quando não fica configurado que a demanda não se aplica, que não se trata de não procedência nos termos da RN nº 388/2015, esta é direcionada ao núcleo para atuação. No gráfico abaixo, podemos observar o volume de manifestações feitas pelos consumidores de planos de saúde junto a Agência Reguladora, com um aumento acima de 150% no volume de reclamações no período de 2010 a 2016. Isso nos leva a pensar que o consumidor de planos de saúde está cada vez mais consciente dos canais disponibilizados pela ANS. Na visão de Varella e Ceschin (2014), os números são expressivos e é preciso reconhecer que há pontos importantes a serem enfrentados pelo setor para mitigá-los. Para a (ANS 2015), o objetivo é que a NIP além de ser um instrumento eficaz na mediação de conflitos, possa subsidiar com segurança, monitoramentos, índices e

acompanhamentos. O quadro abaixo representa todos os acionamentos que foram feitos pelos consumidores a ANS e, está dividido entre reclamações e informações:

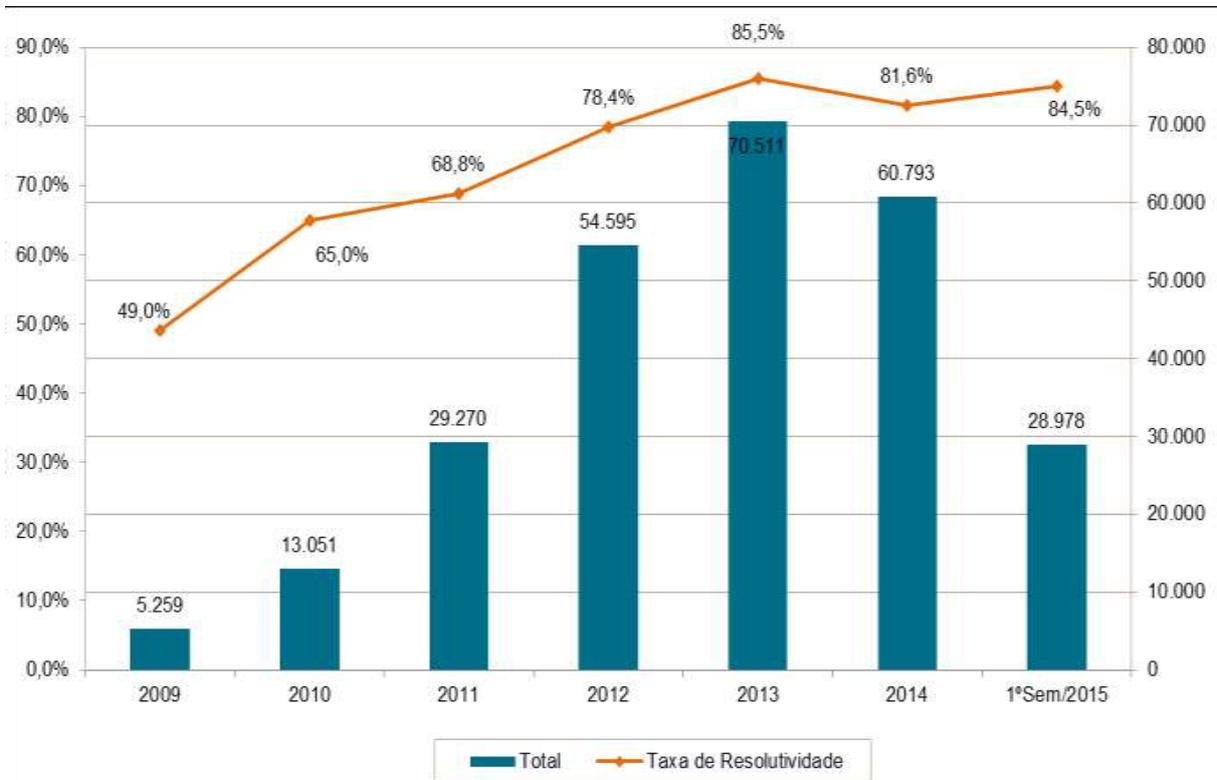
**Gráfico 4 – Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-junho/2010-janeiro-junho/2016)**



**Fonte: ANS (2016)**

Todas as demandas recebidas pela ANS, por quaisquer de seus canais de atendimento, serão automaticamente registradas no procedimento da NIP, sendo consideradas demandas de reclamações aquelas em que o beneficiário ou seu interlocutor informe o descumprimento de normas legais, regulamentares ou contratuais obrigatórias por parte de operadora Unes( 2018).

Resolutividade da NIP é a medida do total de reclamações de consumidores que são finalizados no âmbito da NIP, sem necessidade de abertura de processo Administrativo Sancionador (ANS, 2015). O processo administrativo sancionador é o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de sanções no âmbito da ANS RN 48/2003. O gráfico abaixo, informa que em 2009 somente 49% das NIPS foram resolvidas, enquanto no primeiro semestre de 2015, o índice alcançado foi de 84,5%. O gráfico também evidencia que apesar da quantidade de NIPS ter aumentado em mais de 5 vezes o volume, o índice de resolutividade aumentou exponencialmente evidenciando uma curva de amadurecimento do processo.

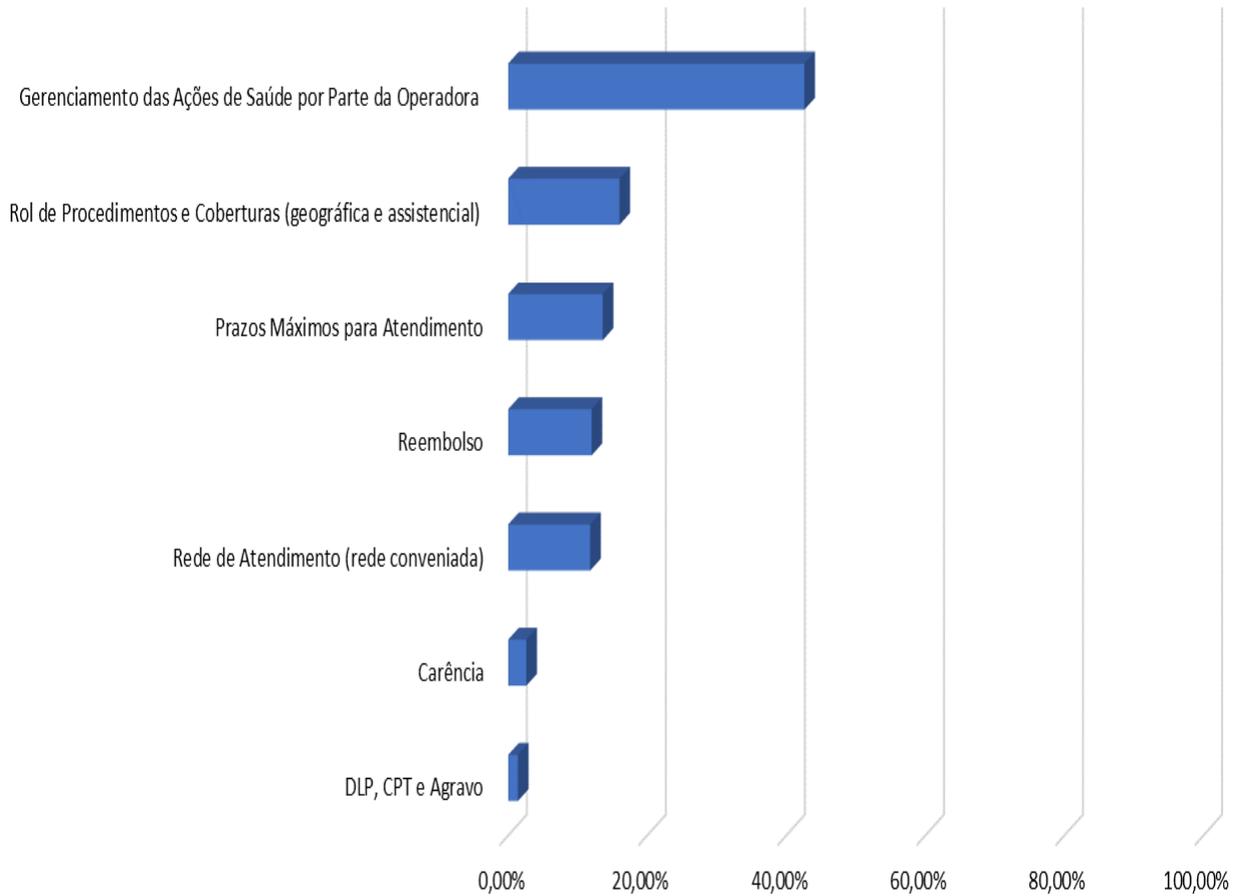
**Gráfico 5 – Resolutividade de NIPS (Brasil - janeiro-junho/2009-janeiro-junho/2015)**

**Fonte: SIF/ANS/MS Data da Extração: 06/08/2015**

De acordo com a Resolução Normativa nº 388/2015, a NIP é classificada em: NIP Assistencial que é a notificação que terá como referência toda e qualquer restrição de acesso a cobertura assistencial; NIP não assistencial que têm como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Analisando o volume de notificações assistenciais recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, no gráfico 6, verifica-se que os maiores volumes de manifestações de clientes às operadoras de saúde são referentes aos conflitos relacionados a gerenciamento das ações de saúde por parte da operadora (autorizações prévias, franquia; co-participação e outros) que representou no acumulado de 2013 a 2017 o volume de 40% dos contatos. Na sequência, outro fator de questionamento é o rol de procedimentos o qual representa 17% das manifestações de beneficiários.

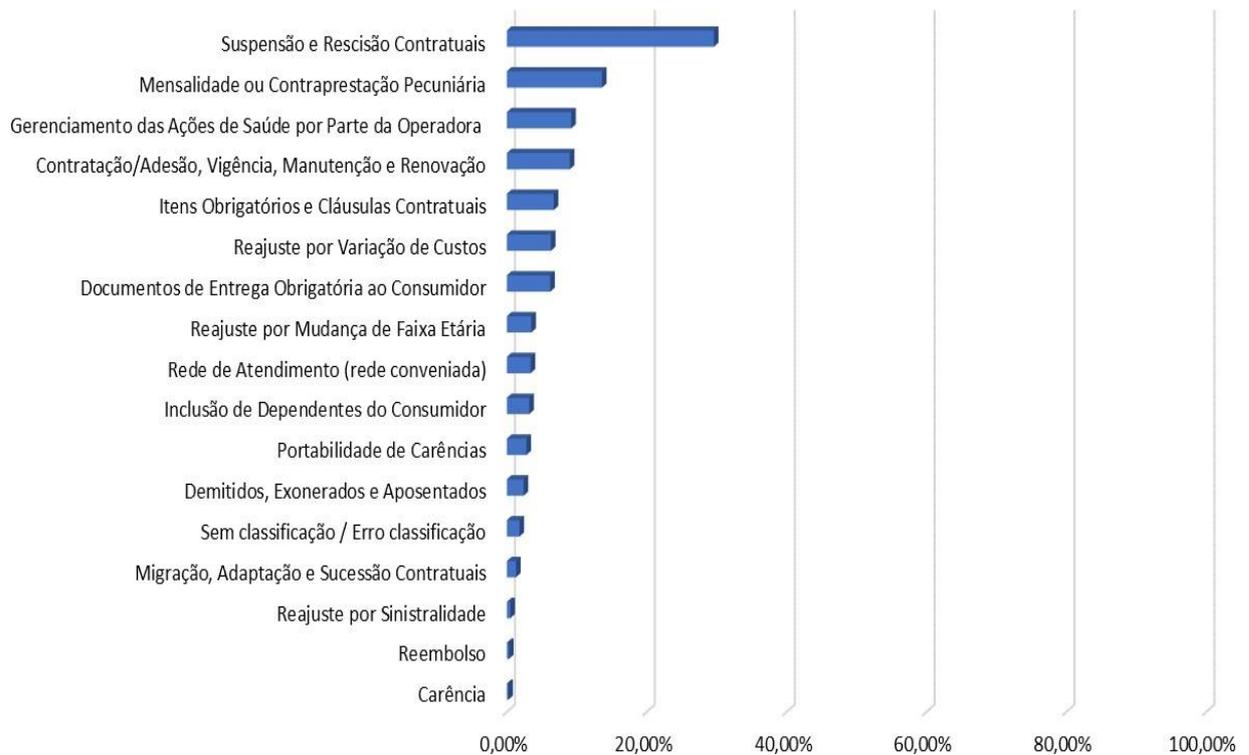
**Gráfico 6 – Percentual de demandas assistenciais por Subtema**



**Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS) – Data de extração: 13/02/2017 – Data de atualização: 29/01/2018**

Analisando o volume de notificações não assistenciais recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar no gráfico 7, verifica-se que o maior volume de manifestações de clientes às operadoras de saúde é referente aos conflitos relacionados à suspensão e rescisão contratual, que representou no acumulado de 2013 a 2017 o volume de 23% dos contatos. Na sequência, outro fator de questionamento é o valor das mensalidades ou contraprestação pecuniária 18%.

### Gráfico 7 – Percentual de demandas não assistenciais por Subtema



**Fonte: Sistema Integrado de Fiscalização (SIF/ANS) – Data de extração: 13/02/2017 – Data de atualização: 29/01/2018**

Segundo a (ANS2018), em razão da necessidade de aprimorar os direcionamentos de entrada de demandas, foram definidos temas/matérias/assuntos que reflitam o exercício das atividades das Operadoras e Administradoras. Isso considerando que o beneficiário, na maioria das vezes, desconhece as normas da ANS, não podendo ser exigido dele que saiba as diferenças entre os papéis exercidos pela Administradora e pela Operadora.

## 2.2 A ORIGEM DO COOPERATIVISMO

Desde muito cedo o homem percebeu as vantagens da cooperação para poder ter melhores condições de vida. Logo percebeu que a caça se tornava mais fácil, a construção de abrigos e a defesa era fortalecida pelo envolvimento cooperativo dos indivíduos que formavam as primeiras comunidades Begnis, Arend e Estivaletes (2014). O cooperativismo, faz reviver velhas práticas: a da ajuda mútua, a da solidariedade. E da simples ajuda ocasional passou a cooperação organizada, constante, duradoura. Essa é, uma sociedade espontânea, nascida dos pequenos

produtores ou consumidores que, desassistidos, sem ajuda, não tendo a quem recorrer, uniram-se para resolver seus problemas em comum (Ministério da Educação, nd). O surgimento do cooperativismo liga-se ao desenvolvimento do capitalismo industrial na Europa do século XVIII, como expressão de um movimento operário, reagindo a condições de extrema exploração então existente. Neste contexto até mesmo crianças trabalhavam das seis da manhã as seis da noite (Rios, 1987, p.149).

Para Bialokorski Neto (2006) o principal marco mundial do cooperativismo é o registro histórico dos “Pioneiros” que, após uma sofrida greve por melhores salários, que acabou não vitoriosa, um grupo de operários, tecelões ingleses tentava desesperadamente fugir do estado de miséria ao qual estava subjugado, sem saber o que fazer, começaram a juntar dinheiro e a registrar a adesão dos colegas criando um fundo de subsistência.

Na visão de (Holyouake, 1933, p.3), “Os 28 tecelões de Rochdale são a mais forte representação da propaganda cooperativista. Pelo reduzido grupo e pela modéstia de sua condução social (operários) que a história desses 28 tecelões deve conter muitas coisas maravilhosas, pois desde 1844, são citados como um símbolo de cooperação e a curiosidade de todos aqueles que se interessam.”. Para o autor as cooperativas surgem num momento em que o espírito de solidariedade havia desaparecido quase por completo, na fase mais voraz e selvagem do começo do capitalismo industrial. Segundo Polonio (1973), o congresso de Praga, em 1948, definiu a sociedade cooperativa nos seguintes termos:

Será considerada como cooperativa, seja qual for a constituição legal, toda a associação de pessoas que tenha por fim a melhoria econômica e social pela exploração de uma empresa baseada na ajuda mútua e que observa os princípios de Rochdale (Polonio Walmor, 1973, p.47).

São sete os princípios de Rochdale a que se refere a definição apresentada:

Adesão Livre; Administração Democrática; Retorno na Proporção das Compras; Juro limitado ao Capital; Neutralidade Política e Religiosa; pagamento em dinheiro à vista; fomento da Educação Cooperativista.

Para Sheneider (2012), o cooperativismo deve sua origem ao movimento operário e a um movimento de ideias”. Os aspectos econômicos, administrativos e

técnicos são extremamente importantes em qualquer contexto, também no contexto cooperativo, encarar a situação econômica do momento e estar aberto ao processo de melhoria, é inerente a todas as organizações. No caso das organizações cooperativas a maioria dos fracassos nas organizações cooperativas não se deveu, provavelmente, à falta de espírito cooperativo, mas sim, à falta de visão empresarial, de conhecimento do mercado e de visão técnico- administrativa Schneider *et al*, (2012).

### **2.3 O Cooperativismo no Brasil**

Segundo a OCB (Organização das Cooperativas do Brasil), no Brasil a cultura da cooperação é observada desde a época da colonização Portuguesa, estimulada por funcionários públicos, militares, profissionais liberais, operários e imigrantes europeus. O movimento iniciou-se na área urbana, com a criação da primeira cooperativa de consumo de que se tem registro no Brasil, em Ouro Preto (MG) no ano de 1889. Em 1903, o Decreto nº 799, de 06 de janeiro de 1903, pode ser caracterizado como o marco inicial do cooperativismo. No entanto, o grande marco que se fez a consolidação do cooperativismo no Brasil, foi a promulgação do Decreto nº 22239 de 19 de dezembro de 1932, a primeira lei orgânica do cooperativismo brasileiro Reisdorfer ( 2014).

A Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, instituiu a política nacional do cooperativismo, estabelecendo o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. Em 1995, o cooperativismo brasileiro ganhou o reconhecimento internacional. Roberto Rodrigues ex presidente da organização das cooperativas brasileiras, foi eleito o primeiro não europeu para presidência da ACI. Este fato contribuiu para o desenvolvimento das cooperativas brasileira (Copremon,2019). No Paraná, de acordo com a (Ocepar, 2016), há 220 cooperativas, com mais de 1.300.000 cooperados, com um faturamento de R\$ 60,40 bilhões.

#### **2.3.1 As cooperativas de Saúde no Brasil**

No Brasil, o cooperativismo possui duas vertentes: uma rural, representada por cooperativas agropecuárias com forte participação na economia e estrutura

relativamente boa para oferecer alternativas viáveis à organização dos produtores. A outra é a urbana, voltada à organização dos consumidores, assalariados e categorias profissionais que buscam uma colaboração mais incisiva da sociedade (Ocepar, 2017). Já a primeira cooperativa de trabalho médico do Brasil, chamada de Unimed foi fundada em 1967 na cidade de Santos. Segundo (Duarte, 2001) a fundação partiu da mobilização de dirigentes do sindicato de classe, como uma reação ao surgimento das primeiras empresas de medicina de grupo criadas por advogados, empresários ou grupos de médicos não vinculados ao movimento da categoria. (Moreira Ricardo, 2012) destaca que além das Unimeds, existem outras cooperativas formadas exclusivamente por médicos que não são Unimeds.

Em 1975, foi criada a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas – Unimed do Brasil, entidade máxima do sistema Unimed, que congrega federações e singulares de todo o país. A Unimed é a maior experiência cooperativista na área de saúde de todo o mundo e a maior rede de assistência médica do Brasil, está presente em 83% do território nacional, possui 367 cooperativas médicas, 18 milhões de clientes ([www.unimed.coop.br](http://www.unimed.coop.br)). Para (Bahia e Scheffer, 2010), na sua concepção original as Unimeds são empresas sem fins lucrativos. Porém, deve ser observado que se trata de cooperativas um pouco diferente dos outros modelos, pois na prática, além de gerar trabalho e renda aos seus cooperados, o cooperado acaba sendo a própria prestação do serviço, diferente de um modelo onde se têm um produto a ser comercializado. Nesse sentido, a equação de aumentar a receita de seus sócios, mas ao mesmo tempo reduzir os custos assistenciais torna-se mais desafiador nesse modelo de cooperativa.

Para (Moreira Ricardo, 2012, p. 259):

As causas dos custos assistenciais crescentes são conhecidas da maioria dos estudiosos, o controle das despesas administrativas tem sido bem sucedido nas cooperativas médicas, o desafio está nos custos operacionais o qual o autor sugere algumas medidas: assinar contratos realistas com prestadores de serviços; redimensionamento de rede, desvincular os custos de materiais e medicamentos de tabelas indexadas, instalação de serviços próprios de acordo com a realidade de cada cooperativa.

Do outro lado dessa relação encontra-se o cliente e/ou beneficiário, conforme termo técnico que define a pessoa tomadora do serviço de planos de saúde. Amparado pela mesma Lei nº 9656/98 que regulamenta os planos de saúde e seguros privados de assistência à saúde no Brasil, esse consumidor está cada vez mais exigente, e em busca de seus direitos.

#### **2.4 Judicialização da Saúde: Impactos na Saúde Suplementar**

As discussões acerca da judicialização da saúde nos últimos anos têm tomado enormes proporções e, seus conteúdos podem ser acessados pelos canais de comunicação, livros, Internet, artigos, diários entre outros. É de conhecimento da população que os serviços de assistência à saúde há muito tempo em nosso país vêm sendo citado entre os principais problemas sociais. No entanto, o mercado de serviços de saúde privada, vem recebendo crescente atenção do poder judiciário em diversas situações, ora a favor das empresas que fornecem esse serviço e ora aos consumidores (Cunha et al, 2018). Não há consenso na literatura sobre o termo para designar as empresas desse setor. O termo operadora de planos de saúde padroniza sob um mesmo rótulo modalidades empresariais, mas não reflete a diversidade do segmento. Até 1999, existia um grande volume de contratos variados que continham cláusulas de exclusão de cobertura de determinadas doenças e procedimentos médicos. Para (Moreira Ricardo, 2012, p. 258), a Lei dos planos de saúde veio disciplinar esses contratos, proibindo a exclusão de qualquer doença e obrigando as operadoras a cobrir vários atos médicos, que passaram a formar o rol de procedimentos da ANS. Na visão de Gregori (2019), a Lei não se limitou a apenas normatizar a regulação econômica do mercado de saúde suplementar, mas também disciplinou aspectos de manutenção e qualidade das coberturas assistenciais. Nesse sentido Bahia e Scheffer (2010) complementa que ao oferecer um plano de saúde, seja ela individual ou coletivo, as operadoras tendem a observar essas normas. A Lei nº 9656/98, que ficou conhecida como a lei dos planos de saúde, foi uma tentativa de harmonizar os interesses dos clientes (ou usuários) com os interesses dos “convênios” privados de saúde, mediados por uma Agência Regulatória Federal Moreira Ricardo( 2012).

Abaixo o quadro comparativo entre os tipos de planos existentes:

**Tabela 6 – Tipos de plano / Contratos.**

	Plano Individual ou Familiar	Plano Coletivo por Adesão	Plano Coletivo Empresarial
Quem pode contratar?	Qualquer pessoa	Pessoa que mantenha vínculo com determinada pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial.	Grupo de pessoas vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.
Carência*	Até: 24 horas para urgência e emergência; 180 dias para demais casos (por exemplo: procedimentos e internação); e 300 dias para parto a termo.	Se o beneficiário ingressar no plano em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou do aniversário, para os novos filiados, não há carência.	Se o número de participantes for igual ou superior a trinta beneficiários e o ingresso no plano se dê em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não há carência.
Cobertura Parcial Temporária em caso de Doença ou Lesão Preexistente*	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Pode haver estabelecimento de suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos nos casos de DLP por 24 meses.	Desde que o número de participantes seja igual ou superior a trinta beneficiários e que beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato ou da vinculação à Pessoa Jurídica, não pode haver.
Cobrança	Diretamente ao beneficiário, pela operadora.	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.**	À Pessoa Jurídica e esta (ou uma administradora) cobra do beneficiário.***
Rescisão Imotivada pela Operadora	Só pode por fraude ou não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o consumidor seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência.	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.	Pode haver desde que haja previsão em contrato e que seja para o contrato coletivo como um todo. A pessoa jurídica deve ser notificada com pelo menos 60 dias de antecedência.
Participação de Administradora	Não	Facultativa	Facultativa

**Fonte: ANS 2015 Rn 360**

Vale lembrar, que o mercado de planos de saúde ficou dividido, existe um marco temporal fixado em 1º de janeiro de 1999, onde denomina-se que os contratos adquiridos até essa data são os chamados contratos antigos. Nesse sentido (Carlini, 2014), reforça a afirmação ressaltando que os contratos de saúde passaram a ser classificados em dois tipos: contratos antigos, firmados antes da Lei nº 9656/98 e contratos novos firmados após essa data. Esse fato já é motivo de vários conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde. Muitas vezes o consumidor só toma conhecimento de que o seu contrato é antigo, quando necessita de algum procedimento que é negado por ser um contrato não

regulamentado e, até a entrada da Lei dos planos de saúde, não havia uma padronização nesse sentido: as coberturas eram determinadas pelos contratos individuais ou coletivos com cláusulas definidas pelas operadoras. Segundo (Bahia e Scheffer, 2010, p. 90) mais de 10 milhões de pessoas, 25% do total de contratos, possuíam, em 2009 planos antigos. Assinados anteriormente, esses contratos mantêm cláusulas restritivas e adotam termos abrangentes para a exclusão de “doenças preexistentes”, “doenças infectocontagiosas”, entre outros.

Há também aspectos de judicialização específicas de determinados planos, como exemplo, nos planos coletivos. (Trettel; Kozan e Sheffer 2018, p.170) ressalta que “além das exclusões e negativas de coberturas assistenciais, conflitos próprios desses contratos chegam cada vez mais ao Poder Judiciário, como problemas de reajuste, manutenção de ex empregado no plano.” Os conflitos de reajuste são aqueles referentes ao aumento no valor das mensalidades que ocorre geralmente quando a despesa sobrepõe a receita, e por esse motivo é feito o reajuste para trazer o plano para um ponto de equilíbrio entre receita e despesa, ocorre que em muitos casos esse momento desdobra para uma situação de conflito.

Outro conflito bastante observado no ambiente jurídico refere-se às negativas de coberturas. Estas podem estar ligadas ao fato de ser um contrato não regulamentado e, por esse motivo, não ter cobertura contratada, ou ainda, pertencer a um contrato regulamentado e estar cumprindo carência, ou prazo referente a uma doença pré-existente, entre outros motivos. Nesse sentido Scheffer (2012) esclarece que a restrição na cobertura é um tema recorrente nos tribunais, com repercussão na vida e na saúde da população usuária, igualmente nos custos administrativos das empresas de planos e seguros de saúde. Bahia e Scheffer (2010), reforça que as doenças mais excluídas pelos planos de saúde segundo dados de ações judiciais, são: câncer, doenças cardiovasculares, Aids, meningite, acidentes e causas externas, hérnias, diabetes e doenças congênitas.

Para Carlini (2014) um setor como a saúde suplementar não pode ter conflitos solucionados apenas pelas regras de mercado. Trata-se de um setor sensível que impõe a presença do Estado na medida em que a contratação de serviços de saúde é diferente de outros serviços.

Cabe ressaltar, que tanto as operadoras como as cooperativas médicas que fornecem o serviço de planos de saúde a seus beneficiários, além da exposição

perante a Agência Reguladora, também, estão sujeitas no âmbito do Código de Defesa do Consumidor. Gregori (2019) explica que os contratos de planos privados de assistência à saúde, por serem contratos de natureza de consumo, também submetem-se às regras do Código de Defesa do Consumidor.

Nesse sentido, é importante destacar o art. 197 da Constituição Federal de 1988, "in verbis":

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Tendo em vista as funções que foram designadas ao Estado, esse editou e publicou, em 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde, a fim de regular tal setor, e criou, por Medida Provisória nº 1.928, reeditada pelas Medidas Provisórias nº 2.003-1 e nº 2.012, todas de 1999, e posteriormente convertida na Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, para atuar em todo o território nacional como órgão de regulação, normatização controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (Werneck, 2010).

Com relação à aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor na relação jurídica entre a operadora e o cidadão que contratou o plano, é importante esclarecermos o conceito de fornecedor e consumidor de acordo com o que preconiza o artigo 2º do referido Código:

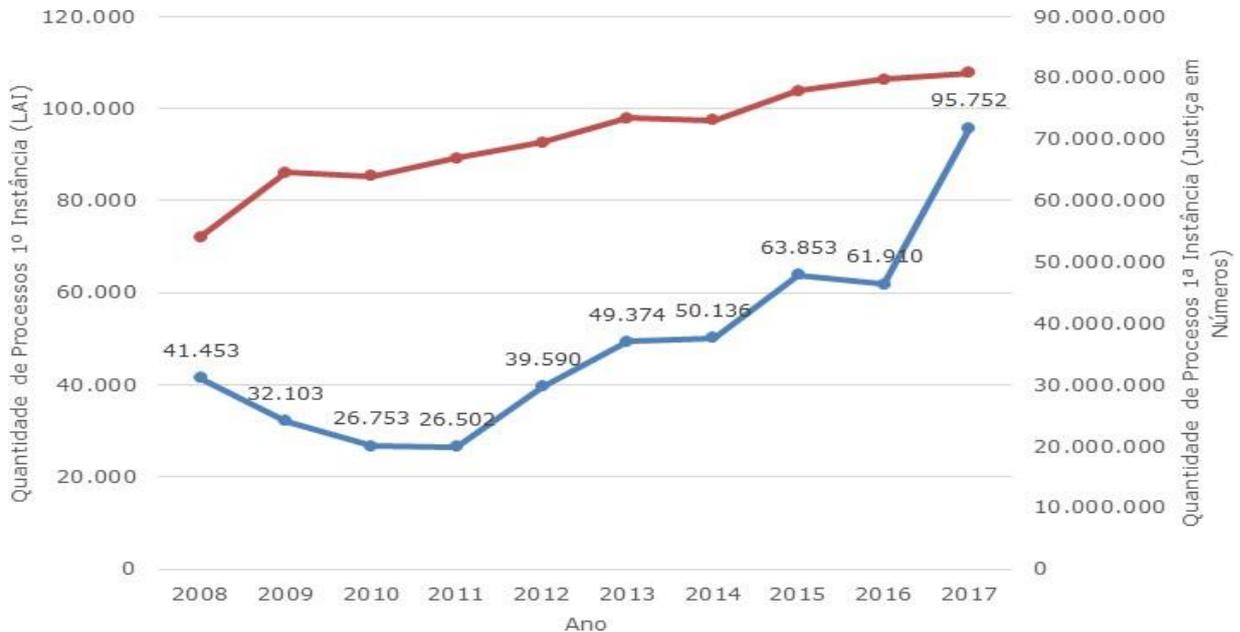
Art. 2º. Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

(Gregori, 2019) destaca que a Lei nº 9656/1998 por sua vez, é a Lei especial que regula planos privados de assistência à saúde e expressamente menciona a aplicabilidade do código de defesa do consumidor em seu art .35.

Analisando o ano de distribuição dos processos, o que se verifica na evolução ano a ano é que há um crescimento de 130% nos últimos 10 anos.

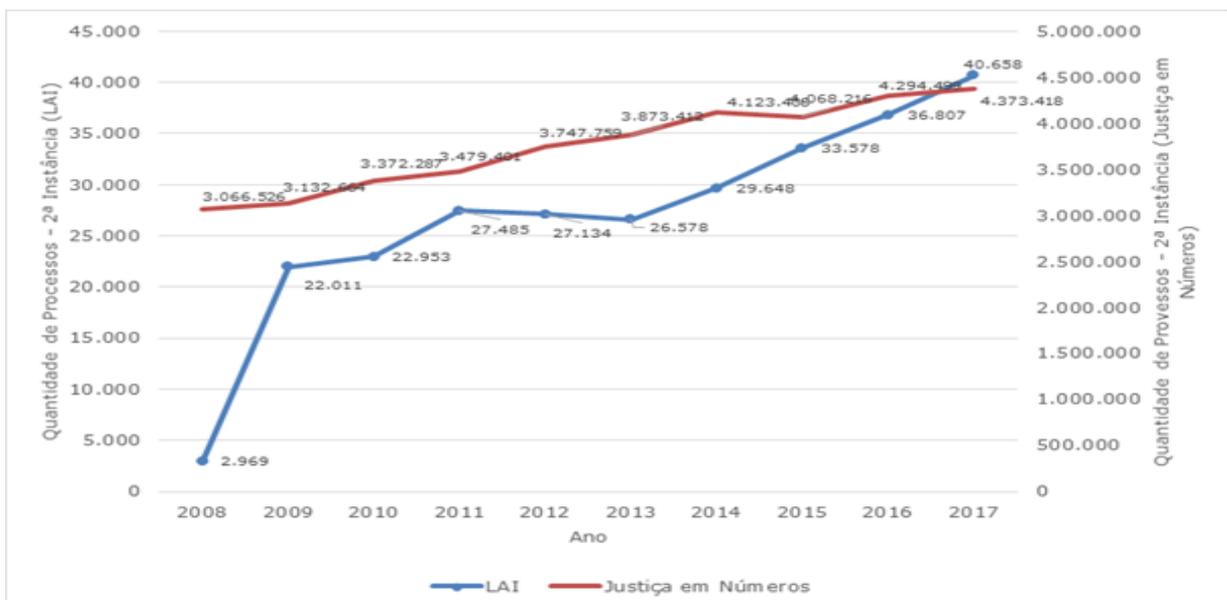
**Gráfico 8: Evolução Número de Processos de Saúde Distribuídos por Ano (1ª Instância)**



**Fonte: Instituto de Ensino e Pesquisa Insper – 2019 Relatório Analítico: A judicialização de Saúde no Brasil.**

Analisando o número de processos dos tribunais de segunda instância, observa-se que para o ano de 2008 foram informados 2.969 processos, já para os anos seguintes o número passa de vinte mil.

**Gráfico 9 – Evolução Número de processos de Saúde distribuídos por ano 2ª Instância**

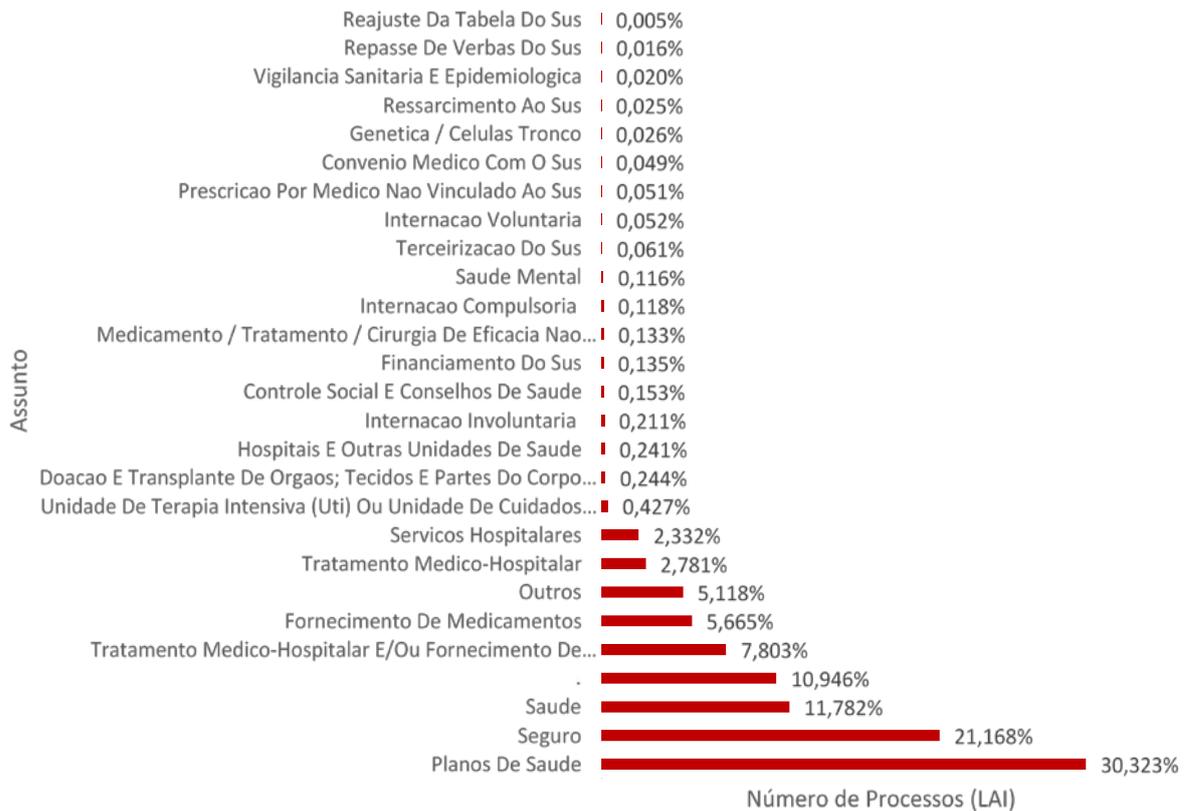


**Fonte: Instituto de Ensino e Pesquisa Insper – 2019 Relatório Analítico: A judicialização de Saúde no Brasil.**

O gráfico 9, demonstra os principais assuntos discutidos nos processos em primeira instância são: “Plano de Saúde”, “Seguro “e “Saúde “, seguidos de tratamento médico

hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos. No campo da saúde suplementar, as empresas que prestam serviços privados de saúde assumem posição de réu nas demandas, da mesma forma como o Estado é chamado em demandas contra o Sistema Único de Saúde – SUS. Passam a suportar o ônus dos eventos não cobertos, ou em alguns casos além dos limites definidos pela regulamentação da ANS Cunha et al (2006). Na visão de Carlini (2014), a judicialização do direito a saúde vem ganhando maior relevância teórica e prática que envolve não apenas os operadores do direito, mas também, os gestores públicos, os profissionais da área de saúde e a sociedade civil como um todo.

### Gráfico - 10 Número de processos de Saúde por Assunto 2008-2018



**Fonte: Instituto de Ensino e Pesquisa Insper – 2019 Relatório Analítico: A Judicialização de Saúde no Brasil.**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS, possui um programa “chamado parceiros da cidadania”. Dentro desse programa, uma das ações realizadas foi a realização de uma pesquisa sobre a judicialização na saúde suplementar. O objetivo era de estreitar o relacionamento institucional da ANS com

os órgãos públicos e conhecer o perfil das demandas judicializadas no setor da saúde suplementar. O público alvo envolvido nesse trabalho foi: órgãos integrantes do poder Judiciário; Ministério Públicos; Defensorias Públicas; Procons. O trabalho foi realizado na fase de coleta de dados através de duas perguntas:

- a) Levando em consideração as demandas relacionadas apenas ao mercado de saúde suplementar e planos privados de assistência à saúde, quais os temas mais judicializado na situação desses órgãos?
- b) Para cada um dos temas apontados no item anterior, qual o número de demandas/reclamações registradas neste órgão?

Internamente na ANS foi definido um período interno de 4 meses para os órgãos retornarem as respostas para fins de consolidação dos dados, o quadro abaixo mostra a diversidade de órgãos de diversos Estados da Federação que responderam à pesquisa:

**Tabela – 4 Órgãos que responderam a Pesquisa**

Representação	Órgão	Respondeu?
<b>Ministério Público</b>	MP Rio de Janeiro	Sim
	MP São Paulo	Sim
	MP Rio Grande do Norte	Sim
	MP Ceará	Sim
	MP Goiás	Sim
	MP Pará	Sim
	MP Amazonas	Sim
<b>Defensoria Pública</b>	DP São Paulo	Sim
	DP Rio de Janeiro	Sim
<b>Judiciário</b>	TJ São Paulo	Sim
	TJ Bahia	Sim
	TJ Sergipe	Sim
<b>Procon</b>	PROCON Amapá	Sim
	PROCON Rio Grande do Sul	Sim
	PROCON Paulistano	Sim
	PROCON Santos	Sim
<b>Tota</b>		<b>16</b>

**Fonte: ANS Pesquisa realizada no âmbito do programa agentes da cidadania.**

Os temas que apareceram com maior de frequência de acionamentos judiciais foram:

- a) Cobertura e rol (3.559 demandas) destacando-se os casos relacionados a negativa de cobertura de procedimentos/eventos em saúde;

- b) Cláusulas contratuais irregulares e abusivas (305 demandas);  
 c) Reajustes contratuais (224 demandas).

### Quadro – 5 Motivos de Acionamentos Judiciais

Órgão / Entidade	Operação Irregular de plano de saúde	Problemas com SAC e outros canais de atendimento	Gerenciamento de Ações de Saúde (autorização prévia, franquia, coparticipação, outros)	Cláusulas contratuais	Mensalidade ou contraprestação pecuniária/Problemas com cobrança/Cobrança indevida	Portabilidade de Carências	Reajuste (Faixa Etária/ Variação de Custos / Sinistralidade)	Rede de atendimento	Carência	Reembolso	Cancelamento, Suspensão e Rescisão de contratos	Rol e Coberturas	Doença ou Lesão Pré-existente	Prazos máximos de atendimento	Outros	Total	Observações
MP Rio de Janeiro	1	-	1	-	-	1	10**	1	-	-	-	9**	-	-	-	23	Período: 2018
MP São Paulo	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	2	Período: últimos 6 meses
MP Rio Grande do Norte	-	2	10	5	-	-	14	21	1	-	1	15	1	1	4	75	Período: últimos 5 anos
MP Ceará	-	14	-	118	1	-	104	-	-	-	35	25	-	-	61	358	Período: 2017 e 2018
MP Goiás	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	24	-	-	-	26	Período: 2018
MP Pará	-	-	10	-	-	-	-	8	-	-	-	9	-	3	7	37	Período: 2017 e 2018
MP Amazonas	1	-	-	-	-	-	-	24	-	-	-	11	-	-	3	39	Período: tramitando atualmente
DP São Paulo	-	-	-	175	-	-	-	-	-	-	-	3.231	-	-	-	3.406	Período: desde 2014
DP Rio de Janeiro	-	-	68	-	7	7	83	-	24	18	53	214	-	-	3	477	Período: jul a dez/2017
TJ Bahia ****	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TJ São Paulo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.950**	Período: 2017
TJ Sergipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	246***	Período: jan a jun/2018
PROCON Amapá	-	9	-	3	-	-	4	-	-	-	-	3	-	-	-	19	Período: 1º tri 2018
PROCON Rio Grande do Sul	-	1	-	-	4	-	-	-	-	-	2	4	-	-	-	11	Período: último ano
PROCON Paulistano	-	-	-	-	9	-	2	-	-	-	5	-	-	-	-	16	Período: até o dia 05/06/18
PROCON Santos	-	-	-	4	3	-	5	-	-	-	2	14	-	-	2	30	Não informou período

Fonte: ANS Pesquisa realizada no âmbito do programa agentes da cidadania.

Os dados apresentados nesse capítulo mostram um pouco da dimensão do tema em números. Conforme ratificado por alguns autores, há pouca pesquisa acerca do fenômeno da judicialização da saúde suplementar, por isso é tão importante a construção de pesquisas que venham, ainda que de forma superficial, conhecer e contribuir um pouco com o setor.

#### 2.4.1 O conflito e a Judicialização na Saúde suplementar

A convivência entre os indivíduos em sociedade, na sua essência, está assentada na pluralidade de interesses, o que conseqüentemente gera em determinados momentos situações de conflito. Nesse contexto, é possível conceber

que o conflito faz parte da vida social, ou seja, o ser humano sempre esteve e sempre estará em conflito Garanhani (2019).

(Stephen Robbins, 2005, p. 326) “define o conflito como um processo no qual o esforço é propositalmente desenvolvido por um indivíduo A no sentido de eliminar os esforços de um indivíduo B para alcançar um determinado objetivo”.

Para Vezzula (1998), quando se fala em conflito surge, de forma geral, uma imagem negativa e assustadora, um claro alerta de perigo próximo do qual é necessário se defender. No entanto os conflitos, dos quais se originam os litígios, encontram-se em todos os tipos de relacionamentos: na família, no emprego, na vida social e no lazer (Fiorelli e Malhadas, 2008, p. 5). Destaca-se que litígios são as pendências pertinentes a uma ação. São as divergências entre as partes que compõe um processo judicial.

Em uma visão mais pragmática, (Reimann, 2004, p.2) alerta que usar o termo gestão de conflitos para tudo é lamentável, isso porque pode incluir abordagens como a transformação de conflitos que vão além da lógica de “gestão de conflitos.” Como se observa, existe uma série de definições sobre o fenômeno do conflito, baseado na reflexão das teorias acima apresentadas, a Escola Nacional de Arbitragem e Mediação sintetiza de forma geral e para um entendimento mais claro:

Para (ENAM 2018, pg10):

O conflito é um impasse que ocorre naturalmente nas nossas relações. Ele pode resultar na satisfação dos envolvidos caso as suas necessidades sejam atendidas. É comum que se busque soluções apenas a partir dos elementos manifestos dos conflitos. Mas isso restringe as possibilidades de superação, pois grande parte do conflito não aparece na sua manifestação.

Para (Fiorelli, Malhadas e Moraes 2004 p. 6), “a causa raiz de todo conflito é a mudança, sendo ela real ou apenas percebida, ou a inda a perspectiva de que ele venha ocorrer”. A palavra conflito é derivada do latim “conflictus”, que, por sua vez, é particípio passado do verbo “confligere”, composto do prefixo “con” – que significa junto – e “fligere”, que quer dizer colidir, chocar-se, trombar. De acordo com Sampaio e Neto (2004), um dos vários métodos alternativos, ou seja, sem procurar a Justiça para solução de conflitos, é a mediação de conflitos. Embora remonte a tempos antigos, após muitos estudos e pesquisas, que resultaram em uma nova formatação teórica e prática, o conhecimento foi adaptado à realidade das últimas

décadas e ainda nos dias de hoje continua sendo constantemente aperfeiçoado. No entanto, Spengler e Neto (2016) entende que mediação é uma atividade privada, alheia ao poder público e distante do Poder Judiciário, na visão do autor não têm por escopo evitar processos judiciais. Sampaio e Neto (2004) reforça que a mediação não visa pura e simplesmente o acordo, mas a atingir a satisfação dos interesses e das necessidades dos envolvidos nos conflitos. Carlini (2014) reforça que o entendimento que as soluções de conflitos por mecanismos não judiciais, pode ser interpretada como sinal de maturidade de uma sociedade organizada, por considerar a importância do diálogo ante a decisão de um magistrado. Na visão de Miraldo (2018) a mediação ativa de conflitos foi definida como um conceito e um método de solução de conflitos que visa o consenso e a facilitação do diálogo entre as partes envolvidas. A judicialização dos planos de saúde é assim denominada pela busca do judiciário como a última alternativa para solução de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde geralmente relacionados a questões contratuais de negativas pela operadora de plano de saúde. Meier et.al (2011) ressalta que os consumidores também reclamam das linguagens específicas e complexidade de termos. Vale esclarecer, que o poder competente para solucionar e decidir sobre possíveis descumprimentos de atos normativos pelas operadoras é o executivo, por meio da ANS. Contudo, na visão de Silva (2013) várias vezes os consumidores optam por acionar o poder judiciário por entenderem que a ANS teria aplicado sanções desproporcionais e/ou injustas.

Os conflitos que envolvem o mercado de saúde suplementar exigem bastante dos órgãos reguladores principalmente da ANS. Para (Bahia e Scheffer, 2010, p. 42) considerando a intensidade desses conflitos, espera-se dessas agências *expertise* e estabilidade do corpo técnico, isenção dos dirigentes e integridade da imagem institucional para dessa forma manter o equilíbrio dos agentes envolvidos. Dentro desse entendimento, a Mediação de conflitos da ANS (NIP) parecer ser um desses esforços no sentido de estabelecer uma comunicação adequada e ágil entre consumidores de planos de saúde e operadoras, e contribuir para o equilíbrio da relação. O método da mediação de conflitos é tão importante que possui uma resolução própria Lei nº 13.140 de 26 de junho de 2015 (Lei da Mediação) é a possibilidade de solução extrajudicial, este método é indicado quando houver relacionamento anterior entre as partes conforme ressalta Sampaio e Neto (2004).

Vale destacar que a ANS iniciou o projeto piloto da mediação extrajudicial de conflitos (NIP) em 2008, foi normatizada pela resolução normativa RN nº 226/2010 e, posteriormente, retificada pela RN nº 343 /2013, por último teve seu texto alterado pela RN nº 388/2015, ou seja antes da Lei nº 13.140/2015 da mediação. Com relação à referida Lei e o porquê da sua existência, na opinião de (Spengler e Neto, 2016, p.140) a razão é mostrar para o Brasil que esse mecanismo existe. Para os autores o brasileiro “só enxerga as coisas quando há lei”.

Na opinião do ministro Luiz Felipe Salomão, do STJ Supremo Tribunal de Justiça, os conflitos que envolvem o acesso da população à saúde, tanto no sistema público quanto no sistema privado, podem ser resolvidos por meio de soluções extrajudiciais, como exemplo a conciliação. Segundo o ministro, como esta solução só trata os litígios já existentes, é importante tratar os conflitos antes da judicialização. Nesse sentido o Ministro reforça que temos um ambiente favorável para as soluções extrajudiciais destacando-se: o Código do Processo Civil, a Lei da Mediação e a Lei da Arbitragem. Há de se considerar que conflitos geram prejuízos financeiros e emocionais às partes envolvidas. As pessoas são movidas por sentimentos e, por vezes, estes dominam a razão, impedindo o diálogo e, conseqüentemente, uma ação consciente. De acordo com a Lei 13140/15 e o Código do Processo Civil (Lei nº 13.105/15) deve-se estimular a autocomposição das partes antes de um processo. Com relação às vantagens do processo de mediação, é praticamente consenso entre os pesquisadores, que são elas: a rapidez, a economia, a criação de uma relação amistosa, o desentrelaçamento do poder judiciário, a possibilidade do envolvimento de múltiplas partes, a economia financeira.

Embora o Art. 1º da Lei 13.140/2015 conceituar que “considera-se mediação a atividade técnica exercida por terceiro imparcial, sem poder decisório, que, escolhido ou aceito pelas partes, as auxilia e estimula a identificar ou desenvolver soluções consensuais para a controvérsias” Brasil (2015). É importante esclarecer que nesse artigo, apesar de contextualizar a mediação de forma abrangente, existem dois tipos de mediação:

- a) A mediação extrajudicial
- b) A mediação judicial

A mediação judicial, ocorre dentro do processo e é ofertada por um profissional designado pelo Judiciário, enquanto a mediação extrajudicial é conduzida por entidade privada, independente da existência de processo judicial. (OAB BA 2016)

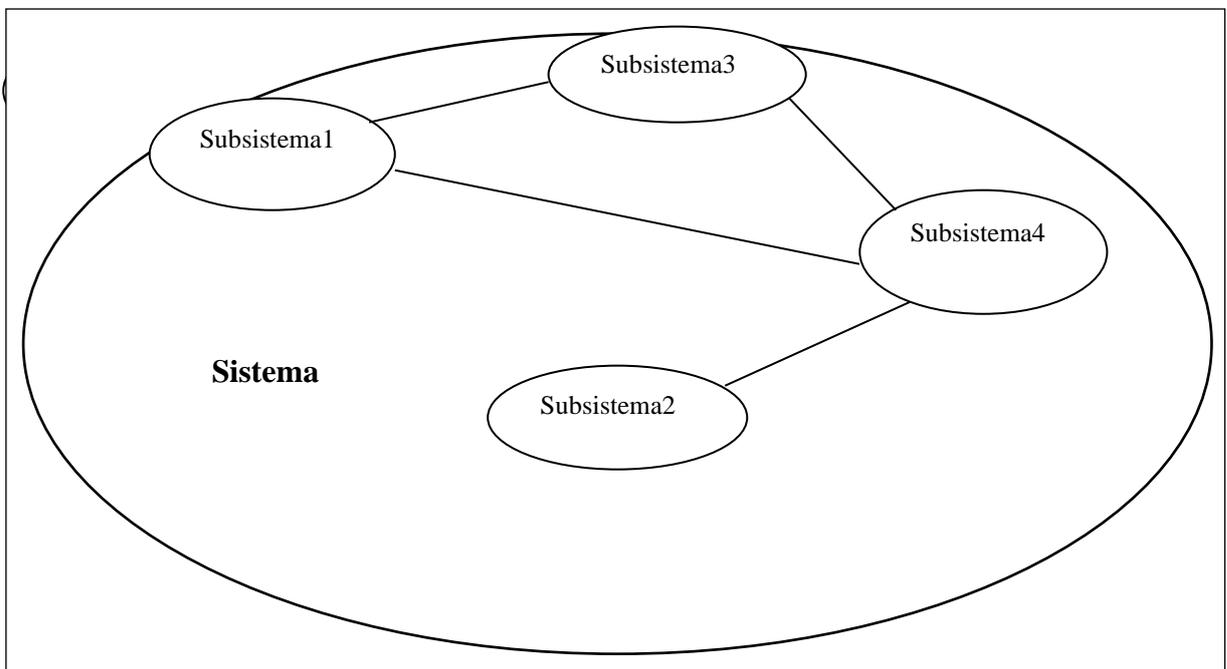
## **2.5 – Teoria Geral dos Sistemas**

Por meio das informações apresentadas até esse momento, é possível observar que se está diante de um sistema complexo, o qual passa por uma série de agentes e ambientes que se relacionam entre si. Antes de adentrar na teoria dos sistemas no ambiente organizacional, destaca-se que o surgimento da abordagem sistêmica se deve à necessidade de explicações complexas que anteriormente não eram muito pensadas. Bertalanffy, na Biologia e Boulding, na Economia e nas Ciências Sociais, por meio de amplas generalizações em suas pesquisas, trataram o problema como um todo, explicando suas partes e inter-relações, dando início à Teoria Geral dos Sistemas Martinelli e Ventura org. (2006). A teoria geral dos sistemas foi elaborada, em 1937, por Ludwig Von Bertalanffy para preencher uma lacuna na pesquisa e na teoria da Biologia: é uma teoria amplamente conhecida na Administração da década de 60. O cientista criticou a visão de que o mundo era dividido em diferentes áreas, pelo contrário sugeria que os sistemas deveriam ser estudados globalmente. O modelo conceitual de Bertalanffy (1968) é o modelo de um organismo vivo como um sistema aberto, uma entidade em contínua interação com o ambiente. Então, tal modelo continha implicações revolucionárias para a Ciência Social e comportamental. Martinelli e Ventura org (2006) reforçam que, mais que uma metodologia, a TGS é um esqueleto, um modelo de análise do mundo empírico, um modelo de como analisar fenômenos complexos enquanto sistemas, um todo com partes interrelacionadas. Outro cientista que também foi considerado junto com Bertalanffy um dos nomes principais da Escola Sistêmica foi Kenneth Boulding. Segundo Martinelli e Ventura org (2006) esse cientista sentiu a necessidade de criar um quadro sistêmico, teórico, que contivesse os relacionamentos reais do mundo empírico, esclarecendo, no entanto, que não tinha a intenção de estabelecer uma teoria, diferentemente de Bertalanffy. Em linhas gerais esses cientistas trazem a contribuição para o ambiente organizacional que um sistema é composto por uma série de partes, que poderiam ser chamados de

subsistemas. Ainda que de forma metafórica, o corpo humano seria um exemplo de um grande sistema, sendo que as partes desse corpo seriam os subsistemas. Nas palavras de Stafford Beer (1979) “Um sistema é um conjunto de elementos independentes em interação, com vistas a atingir um objetivo. Existe um ponto a se destacar que todo sistema têm um propósito.”.

A figura abaixo representa de forma ilustrativa que se trata de um conceito simples, de certa forma simplificando a apresentação introdutória da teoria dos sistemas.

**Figura-4 Esquema representativo de um sistema**



**Fonte: Livro Visão Sistêmica e Administração 2006**

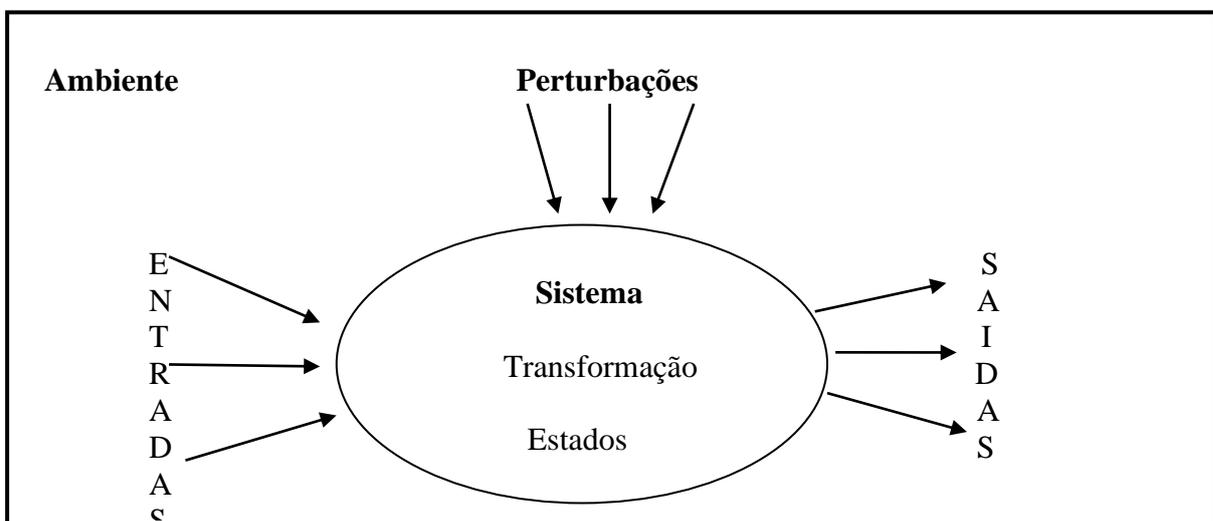
No entendimento de Oliveira (2002) “um sistema é um conjunto de partes interagentes e interdependentes que, conjuntamente, formam um todo unitário com determinado objetivo e efetuam determinada função. Na análise de Churchman (1972) as partes dependem uma das outras, e se alguns dos nossos esforços ficarem atrasados, alguns dos outros nossos esforços serão uma perda de tempo. O mesmo autor reforça que, como nunca teremos certeza que um plano ou aspiração chegará a dar certo, necessitaremos, além disso, sempre de algo a mais. Churchman com a publicação da sua obra em 1972 “Introdução a teoria dos sistemas” propõe um novo enfoque da realidade com a adoção da teoria dos sistemas, principalmente no âmbito das organizações que no seu dia a dia lidam

com seres humanos. Por meio da teoria de Churchman (1972) e, também, pela representação da figura, podemos inferir que os setores dentro de uma organização seriam os subsistemas enquanto a organização seria o sistema. No estudo de Silva; Santos e Conrad (2016) o entendimento é que as empresas são sistemas compostos por muitos sistemas e cada subsistema também é um sistema. Os gestores das empresas devem ter a visão do conjunto e de suas partes bem como do inter-relacionamento entre as mesmas. Martinelli e Ventura (2006) destacam que existem três elementos que são essenciais na conceituação de sistemas: subsistemas, relações e propósito. Destaca-se que o propósito do sistema pode revelar fatos decisivos acerca da sua identidade, sendo ela um dos aspectos mais importantes, uma vez que os sistemas buscam a sobrevivência, eles o fazem sempre para manter sua integridade, afirmar e reafirmar a sua identidade.

### 2.5.1- Classificação dos sistemas

Existe uma série de formas com relação a classificação dos sistemas. Para efeito dessa pesquisa serão descritas apenas as duas classificações principais que são: sistemas abertos e sistemas fechados. De acordo com Padovese (1997) “Os sistemas fechados não interagem com o ambiente externo, enquanto os sistemas abertos se caracterizam pela interação com o ambiente externo, suas entidades e variáveis. Martinelli e Ventura org. (2016) destaca que ao se identificar um sistema, divide-se o universo ou o domínio de estudo em duas partes complementares: o sistema e o ambiente.

**Figura- 5 Esquema representativo de um sistema aberto**



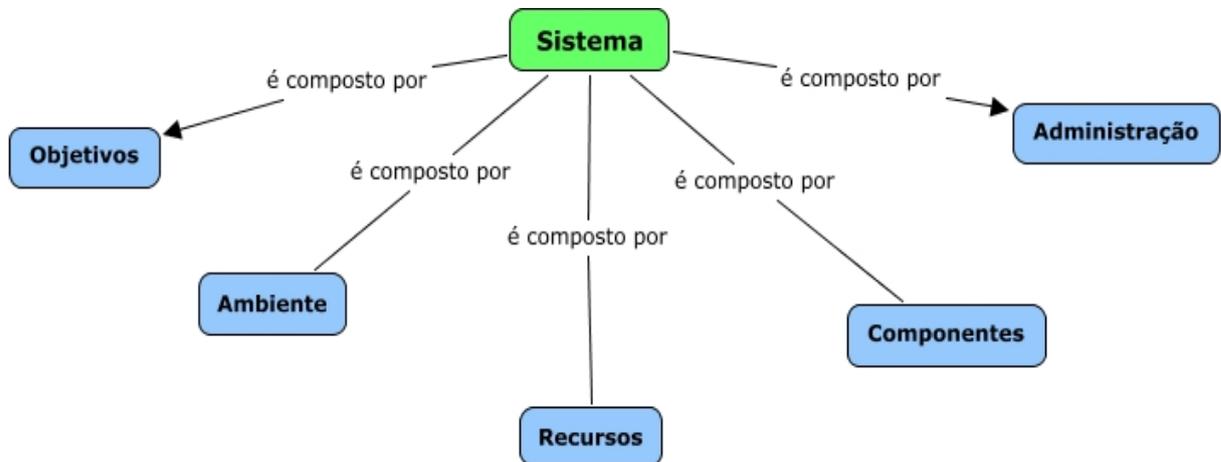
Fonte: Livro *Visão Sistêmica e Administração* 2006

De forma bastante geral, é correto afirmar que os sistemas aplicam alguma transformação as suas entradas, produzindo as suas saídas. Os estados internos do sistema interferem no processo de transformação, enquanto eles mesmos sofrem mudanças, perturbações originárias do ambiente podem impactá-la de forma adversa nesse processo. Segundo Martinelli e Ventura org. (2016) a representação da figura acima deixa claro que está se tratando de sistemas abertos. Com esse entendimento, e partindo do pressuposto que a Cooperativa Médica a qual o estudo de caso foi aplicado trata-se de uma organização (um sistema) que sofre impacto de ambientes externos, dentre os quais fornecedores, rede credenciada, Agência Reguladora entre outros, optou-se em não descrever os sistemas fechados nessa pesquisa. O trabalho de Silva; Santos e Conrad (2016) aponta que o conhecimento da TGS é um diferencial organizacional que viabiliza o pleno entendimento da empresa o que acaba por gerar vantagens competitivas e agregar valores não somente nos processos interempresariais, mas também como seu posicionamento mercadológico.

No sentido de melhor entender a abordagem sistêmica, a pesquisa foca a definição de Schucman (1972) o qual interpreta sistema como um conjunto de partes coordenadas para realização de um conjunto de finalidades as quais estão divididas da seguinte forma:

- I) O objetivo central do sistema e as respectivas medidas de rendimento;
- II) O ambiente do sistema;
- III) Os recursos do sistema;
- IV) Os componentes do sistema;
- V) A administração do sistema.

**Figura - 6 Cinco elementos de análise de sistemas**



**Fonte:** Ventura; Ferreira e Telini 2011

Segundo Martinelli e Ventura org. (2006) as características do sistema conforme estabelecidas por Churchman são descritas da seguinte forma:

*1- O objetivo central do sistema e as respectivas medidas de rendimento*

Os objetivos significam as metas ou as finalidades que direcionam o sistema.

*2- O ambiente do sistema*

O ambiente do sistema constitui o que está fixo, do ponto de vista do sistema, ou o que está fora dele. O ambiente está fora do controle do sistema, no entanto poderá determinar o seu desempenho. Sistemas abertos trocam informações com o ambiente e desenvolve-se a partir dessas interações.

*3- Os recursos do sistema*

Os recursos significam tudo o que está disponível no sistema para executar as atividades e para atingir os objetivos, pode-se dizer que são os meios utilizados para a realização das tarefas.

*4- Os componentes do sistema, suas atividades, finalidades e medidas de rendimento.*

Os compromissos são a missão, os trabalhos e as atividades que o sistema pode desempenhar para realizar objetivos, ou seja, atividades que podem contribuir para a realização de seus objetivos.

### *5- A administração do sistema*

Na administração do sistema estão incluídas as funções de planejamento e de controle. O planejamento envolve as metas, o ambiente a utilização dos recursos. O controle abrange o exame e a execução dos planos.

No estudo em questão, será feito a análise da cooperativa médica sob a ótica da teoria dos sistemas. Os sistemas são essenciais em nossa realidade, pois existe uma inter-relação entre os seus elementos, que faz com que a visão cartesiana das coisas acabe ficando um pouco para trás. A cooperativa médica estudada é um sistema que sofre forte influência do ambiente externo, principalmente pela agência reguladora ANS, pois é ela que têm a missão de regular e controlar esse mercado, portanto, trata-se de um ambiente externo que impacta diretamente na forma de atuação da Cooperativa aqui definida como sistema. No entanto, os ambientes externos da Cooperativa também passam feedbacks que contribuem para o aprimoramento e melhoria contínua dos processos. É possível que o processo de mediação NIPS seja um desses que contribui, veremos no próximo capítulo da pesquisa.

## **3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Pode-se entender que “Pesquisa” em seu sentido amplo, refere-se a um conjunto de atividades orientadas na busca de um determinado conhecimento. “Pesquisa é a atividade científica pelo qual descobrimos a realidade, partimos de pressupostos de que a realidade não se desvenda na superfície, que não é o que se aparenta à primeira vista” (Demo, 1985, p.23). “A pesquisa coloca-se como elemento estratégico indispensável para o desenvolvimento de bases sólidas que permitam uma ação coordenada rumo a novos cenários futuros” (Dencker e Viá 2001 p. 17). “Em termos científicos, a investigação dos fenômenos nas ciências humanas e sociais é uma atividade relativamente recente, embora grande parte dos autores identifiquem sua origem nos estudos da antiguidade grega, em destaque nos estudos de Platão, Aristóteles entre outros” (Dencker e Viá, 2001 p.21). Feita essa introdução, o capítulo é dedicado à descrição dos procedimentos metodológicos que nortearam a estratégia e a metodologia adotada para a realização da pesquisa, além das técnicas aplicadas na coleta de dados e a condução da abordagem para

obtenção das informações que estavam relacionadas aos objetivos específicos desta pesquisa.

“A pesquisa em Ciências Sociais aplicadas pode ser conduzida de diversas formas, todas com vantagens e desvantagens. A escolha de uma delas, depende do problema ao qual o pesquisador pretende dar uma solução, do controle do ambiente pesquisado e do foco em fenômenos históricos, em oposição a fenômenos contemporâneos” (Yin 2005, p.19).

Com essa definição e feita as devidas reflexões iniciais do tema em que se pretendia realizar a pesquisa, chegou-se ao projeto de pesquisa. Analisou-se que o problema de pesquisa é específico de um determinado setor da Economia, o estudo foi delimitado em uma única organização (cooperativa) e trata-se de um problema contemporâneo com vários precedentes históricos. Entendeu-se ser adequada a estratégia de pesquisa de um estudo de caso. “

A opção pelo estudo de caso depende do problema de pesquisa que orienta o processo investigativo. Geralmente são problemas que podem surgir de situações cotidianas, ou seja, serem identificadas a partir do desejo do pesquisador de explicar alguma situação a partir da prática” (Godoi, Mello e Silva 2010, p. 127).

Essa definição dos autores, evidencia o desejo do pesquisador na busca do entendimento em explicar se as NIPS contribuem para a mitigação das ações judiciais.

### **3.1 ESPECIFICAÇÃO DO PROBLEMA**

#### **3.1.1 Problema de pesquisa**

No capítulo introdutório desta pesquisa, no objetivo geral e, posteriormente, nos objetivos específicos, com a finalidade de dar um direcionamento ao trabalho de coleta de dados, apresenta-se a questão norteadora deste trabalho: **O instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de**

**saúde contribui para a mitigação do problema de judicialização na saúde suplementar em específico nessa Cooperativa Médica?**

### **3.1.2 – Objetivos Específicos:**

- a) Identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o beneficiário a entrar com uma demanda judicial contra a cooperativa de trabalho.
- b) Identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o beneficiário a registrar NIPS contra a cooperativa de trabalho.
- c) Identificar se os gestores entendem que uma melhor divulgação do instrumento (NIP) ajudaria a reduzir a judicialização;
- d) Identificar nos registros históricos dos indicadores de NIPS os motivos das reclamações relatados pelos próprios beneficiários;
- e) Identificar nos registros históricos beneficiários que tiveram acionamentos judiciais nos anos seguintes pelo mesmo conflito;
- f) Identificar quais motivos, tipos de conflito.

### **3.1.3 Apresentação das categorias de análise de estudo:**

De acordo com (Kerlinger,1980 p.46), “existem duas definições para as categorias de análise: a constitutiva e a operacional. Uma definição constitutiva define palavras com outras palavras: “peso” é a “qualidade de um objeto pesado”. Definições constitutivas são definições de dicionário e, naturalmente são usadas por todo mundo, inclusive pelos cientistas”.

Para uma melhor organização do trabalho e considerando o método da pesquisa, os fenômenos estudados são tratados como categorias de análise. As definições constitutivas (DC) e as definições operacionais (DO) referentes às categorias de análise do trabalho são descritas abaixo:

DC: A mediação é um processo voluntário para solução de conflitos na qual as partes se encontram na presença de um mediador e podem chegar a um acordo. Ressalte-se que se trata de um processo externo ao judiciário.

DO: Refere-se ao processo instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar chamado de NIP (Notificação de Informação Preliminar).

### Percepção dos gestores referente ao instrumento de mediação

DC: A teoria Geral dos Sistemas parte do princípio que a Ciência Moderna é caracterizada por sua crescente especialização, pela enorme soma de dados, pela complexidade das técnicas e das estruturas teóricas de campo (Bertalanffy, 2008 p. 54).

A teoria Geral dos sistemas desenvolvida pelo autor, estipula que um sistema, entendido como um conjunto de elementos interdependentes ou um todo organizado onde: o todo possui qualidades que nenhuma das partes possui; as qualidades do todo refletem-se em cada uma das partes; o que acontece com cada parte influencia o todo e todas as outras partes; cada uma das partes reflete o todo e todas as interações, de alguma forma. (Fiorelli e Malhadas, 2008, p.79).

DO = Refere-se à percepção dos gestores referente ao instrumento de mediação o qual é conduzido do ambiente externo da Cooperativa para o ambiente interno.

## **3.2 DELINEAMENTO E CONTEXTO DA PESQUISA**

Babbie (1999) explica que o delineamento da pesquisa envolve vários tipos que são estudados em uma população específica e, para isto, utiliza-se de métodos de pesquisa que facilitam o entendimento do tema a ser estudado.

O presente trabalho de pesquisa é um estudo de caso, sendo adotada a metodologia qualitativa. O método é usado porque permite o aprofundamento no estudo das informações e processos obtidos.

### **3.2.1 – Quanto ao Escopo**

“Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, especialmente quando os

limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2001, p.32).

A pesquisa usa dados primários e secundários, com a utilização de questionários estruturados com gestores e documentos. Para Godoi, Mello e Silva (2010), a palavra “documentos” deve ser entendida de forma ampla, incluindo os materiais escritos (como recortes de jornais e outros textos publicados na mídia, cartas, memorandos, relatórios internos), as estatísticas e outros tipos de registro organizados em bancos de dados. Segundo Yin (2001), o uso mais importante dos documentos dá-se em função da corroboração e ampliação das evidências oriundas de outras fontes. Embora o acesso à base de dados e a outros tipos de registros públicos seja relativamente fácil, existe muita dificuldade para acessar a documentação interna das organizações.

Nesse estudo de caso houve a grande ajuda da cooperativa, que dentro das políticas internas de proteção de dados e termo de confidencialidade das informações, gentilmente permitiu acesso aos dados secundários exclusivamente para a utilização neste estudo de caso.

No sentido de dar referência ao estudo buscou-se a escolha de um referencial teórico compatível com o tema pesquisado, bem como a seleção dos casos e o desenvolvimento dos protocolos junto à cooperativa para a coleta de dados.

É importante enfatizar que o estudo de caso qualitativo é multimétodo por excelência e utiliza variadas fontes de informações. Para (Yin 2005, p.113), “a coleta de dados no estudo de caso pode ser feita a partir de seis fontes de evidência: documentos, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos”.

Para (Godoi, Mello e Silva 2010, p.133), “partindo das fontes de evidências citadas por Yin (2005), é possível reuni-las ainda em 3 grupos principais: observação, entrevista e documentos.”.

### **3.2.2 Procedimentos de coleta de dados**

Seguindo os pressupostos citados, a coleta de dados ocorreu da seguinte forma:

- a) **Observação:** Em conversas informais com os gestores dos setores envolvidos no processo e participação em reuniões, foram realizadas observações com foco no tema de interesse da pesquisa. Segundo Yin (2010), a observação pode ser: de caráter participante ou não participante. Nesta pesquisa, a observação foi participante, que é o método em que o pesquisador deixa de ser um mero expectador, podendo assumir uma variedade de funções dentro do caso e participar dos eventos que estão sendo estudados Godoi, Mello e Silva (2010). Apesar do pesquisador estar participando diretamente, houve um rigor nas anotações e coleta de dados, para garantir que assuntos relevantes ao tema da pesquisa não passassem despercebidos.
- b) **Questionário:** Na sequência foi aplicado um questionário com perguntas semiestruturadas, sendo: 2 perguntas abertas e 2 de múltipla escolha aos gestores, com o objetivo de compreender a percepção dos gestores sob a visão do processo de mediação extrajudicial de conflitos (NIPS).

Foi criada uma *Survey* com 2 perguntas semiestruturadas e 2 perguntas de múltipla escolha; através de um texto que antecedeu a mensagem, foi explicado do que se tratava o questionário e também que a pesquisa estava dentro dos protocolos e políticas da cooperativa, para envio do questionário foi utilizado a ferramenta de comunicação Watts up. Dos 40 gestores da cooperativa, que receberam a mensagem com o link do questionário a ser respondido, 30 gestores responderam à pesquisa.

Em cada entrevista foi solicitado que o entrevistado (gestor) manifestasse sua opinião acerca dos tópicos abaixo:

1. Na sua opinião, quais são os fatores que levam o beneficiário a procurar o poder judiciário contra a cooperativa médica?
2. Na sua opinião, quais os fatores que levam o beneficiário a procurar a agência reguladora para registro de notificação preliminar NIP?

3. Na sua opinião, é possível que clientes que registraram NIPS e, mesmo após resposta da cooperativa com a solução do conflito dessa reclamação, tenham acionado o judiciário pelo mesmo conflito?
  4. Na sua opinião, uma maior divulgação do processo de mediação ativa de conflitos (NIP) para a sociedade poderia contribuir para a redução da judicialização?
- c) **Documentos:** Uma outra etapa que ocorreu entre julho de 2018 e abril de 2019, foi a coleta de dados por meio de documentos (banco de dados planilhados, apresentações da agências reguladoras, documentos e normas da Agência Reguladora, documentos de divulgação interna da cooperativa estudada entre outros) em que constavam as informações sobre as NIPS (motivo, data, descrição, classificação, sub motivo, texto conforme site da ANS, motivo da queixa junto à ANS, fluxogramas do processo, etc.) no período de 01/01/2012 a 30/12/2014. Concomitantemente, foram utilizados os documentos (banco de dados planilhado) das ações judiciais recebidas no período de 01/01/2014 a 30/11/2018. Vale destacar, que o primeiro período (base NIPS) refere-se à mediação do conflito, e o segundo foi necessário observar um período maior de 4 anos devido ao prazo que o beneficiário tem legalmente para entrar na justiça.

Na última etapa, com base nas fontes de evidências e referencial teórico, chegou-se à etapa da interpretação dos dados, por meio de comparativos, gerando assim os resultados da pesquisa, fechando o ciclo das três fases do estudo proposto por Yin (2010).

### 3.2.3 Análise de dados

Para análise dos dados dos questionários da pesquisa, foram utilizadas técnicas de análise de conteúdo com o software Atlas.ti, com a finalidade de buscar, categorizar e registrar interpretações.

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo deve ser realizada em três fases: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento de resultados, inferência e interpretação. De acordo com a autora, de maneira geral o desenvolvimento, a coleta e a análise dos dados pretendem atender às fases da pesquisa e, nesse sentido o quadro abaixo demonstra o caminho percorrido:

**Quadro 6 – Fases da coleta e tratamento de dados.**

Fases	Objetivos	Materiais de apoio	Período
Análise documental	Identificar materiais constantes disponíveis publicamente e materiais da Cooperativa que pudessem auxiliar na pesquisa.	Materiais de apresentação da ANS, Relatórios das áreas de Ouvidoria e Assessoria Jurídica da Cooperativa	Julho a dezembro de 2018
Observação Direta Participante	Registrar observações relevantes ao tema de Pesquisa.	Visita in loco.	Dezembro 2018 a abril 2019.
Realização do questionário semiestruturado	Entrevista com os gestores da cooperativa pesquisada	Survey	Abril a maio de 2019
Análise dos dados	Análise e interpretação dos dados a fim de responder o resultado da pesquisa.	Atlas.ti	Maior a agosto de 2019

**Fonte: Elaborado pelo autor, 2019**

De acordo com (Yin 2005, p.40), “os objetivos e o projeto originais do estudo de caso, basearam-se em três estratégias gerais: conjunto de questões da pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas proposições ou hipóteses que possam surgir.”.

#### **4 RESULTADOS**

Os resultados da pesquisa são apresentados em tópicos:

- a) Relatório de observação do pesquisador;

- b) Identificação da percepção dos gestores que trabalham na cooperativa pesquisada acerca dos fatores que levam à judicialização da saúde e fatores que levam à mediação de conflitos via NIP;
- c) Análise dos dados (documentos) de NIP em confronto com os processos judicializados (o que de fato ocorreu na prática) evidência documental.

#### **4.1 Análise dos dados da observação direta participante**

As informações coletadas na observação direta, dividiu-se em 2 momentos: observação direta através de conversas informais sobre o processo das NIPS sendo realizadas com 4 gestores, e participação direta do pesquisador em 1 reunião denominadas Comitê de NIPS, cabe informar que seguindo os protocolos da pesquisa e também as normas da cooperativa, não serão informados nomes e cargos dos participantes. Com relação a observação direta os principais destaques foram:

Conversas Informais: As conversas foram conduzidas pelo pesquisador de forma informal, e tinham o objetivo de identificar uma percepção geral dos gestores, se havia relação do processo de mediação de conflitos (NIP) com as ações ajuizadas. Ou seja, se era possível medir de alguma forma se casos mediados via (NIP) poderiam estar sendo judicializados. Abaixo destaca-se as principais percepções consideradas:

- a) “São processos diferentes, um não substitui o outro”;
- b) “Os beneficiários que entram no judiciário a maioria é para conseguir liminar”;
- c) “Acredito que possam ter beneficiários que alternem os acionamentos”;
- d) “O processo de gestão de NIPS evolui muito desde 2014”;
- e) “Interessante que você consiga levantar esses dados”;
- f) “Evoluímos muito nesse processo nos últimos anos”;
- g) “Um processo não substitui o outro”;
- h) “O beneficiário sabe que um processo não substitui o outro”;
- i) “Os motivos são semelhantes, negativas de cobertura”;

- j) “Alguns beneficiários não aceitarão a negativa, mesmo com todas as explicações evidências”.

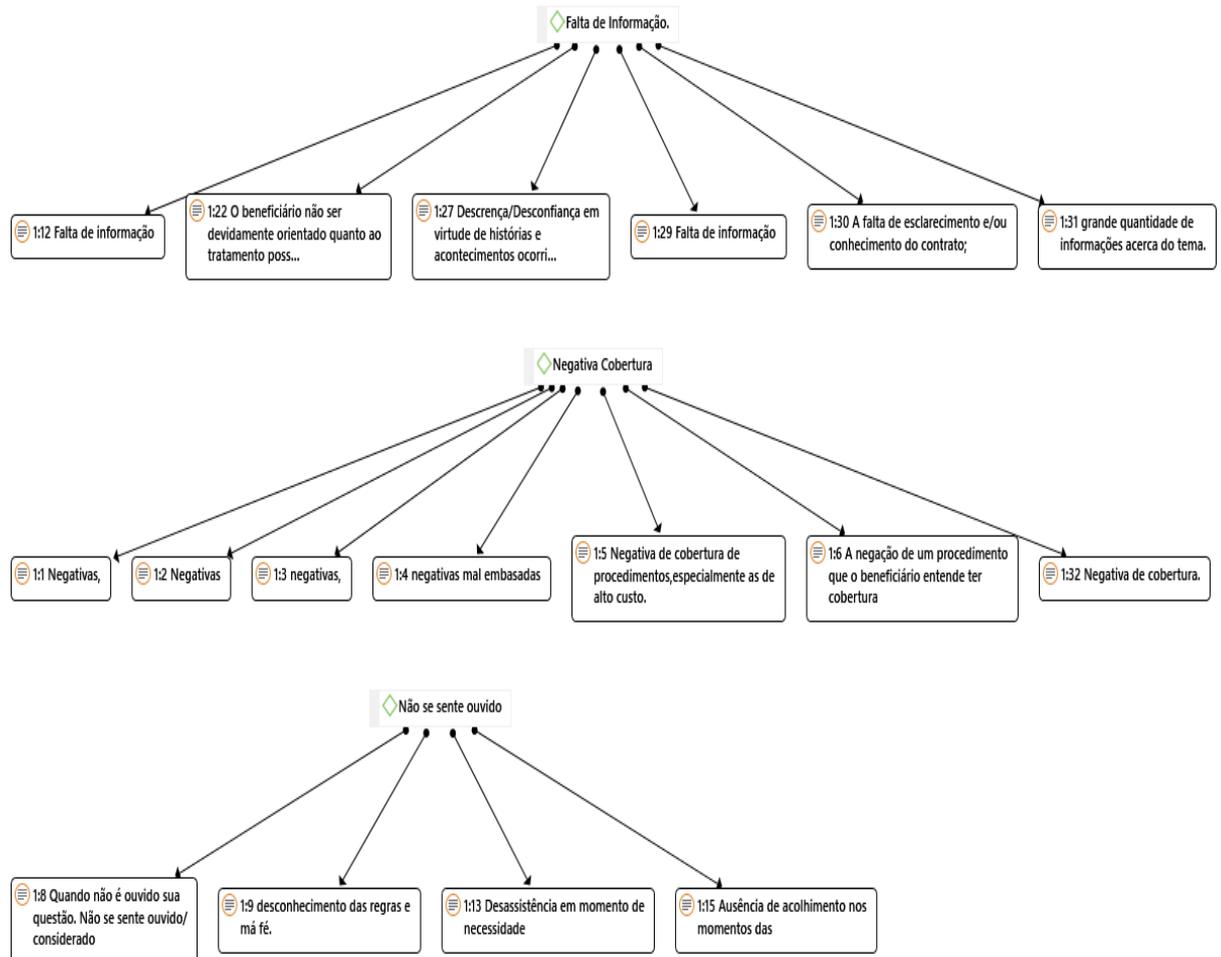
Observação através de Participação em Reunião:

A participação na reunião intitulada “Comitee de NIP”, foi realizada no 2º trimestre de 2019, e observou-se que representantes de todas as áreas da Cooperativa estavam presentes, o que demonstra o engajamento da equipe com o tema. Outro ponto observado é que o objetivo da reunião era a apresentação de um plano de ação para redução de NIPS, tendo em vista que quando há um aumento significativo a OPS pode sofrer sanções pela ANS. O tempo da reunião foi de aproximadamente uma hora, e ficou claro que o foco era totalmente em NIPS, não identificado nesse encontro interrelação com ações judiciais, no sentido de fazer o cruzamento para entendimento se os mesmos clientes das NIPS estavam acionando judicialmente a cooperativa. Terminado a reunião, registrou-se em ata os próximos passos e responsabilidades de cada integrante.

#### **4.2 Percepção dos gestores:**

Foi aplicado um questionário (Survey) para 40 gestores da cooperativa, tendo 30 respostas de gestores às 4 perguntas da survey. A primeira pergunta foi: **“Na sua opinião, quais são os fatores que levam o beneficiário a procurar o poder judiciário contra a cooperativa médica?”**

**Figura 7 - Percepção dos gestores motivos de judicialização:**



**Fonte: Dados da pesquisa 2019**

Na percepção dos gestores com relação aos fatores que os beneficiários acionam o judiciário para solução dos conflitos estão: negativas de cobertura; falta de informação; e o fato do beneficiário não se sentir ouvido. Recapitulando o referencial teórico, vemos que a literatura apresentada de fato alerta que as OPS não estão expostas somente à agência reguladora, mas também ao judiciário, isso porque além da exposição perante a agência reguladora, estão sujeitas no âmbito do código de defesa do consumidor à responsabilidade objetiva solidária em face do seu beneficiário caso o mesmo venha a ser lesado. Destaca-se também a premissas da teoria do sistema, no sentido de explicar como cada parte está envolvido diretamente com o todo:

A teoria Geral dos sistemas desenvolvida pelo autor, estipula que um sistema, entendido como um conjunto de elementos interdependentes ou um todo organizado onde: o todo possui qualidades que nenhuma das partes possui; as

qualidades do todo refletem-se em cada uma das partes; o que acontece com cada parte influencia o todo e todas as outras partes; cada uma das partes reflete o todo e todas as interações, de alguma forma. (Fiorelli e Malhadas, 2008, p.79).

Para dar mais clareza aos precedentes da teoria geral dos sistemas, abaixo o modelo proposto por Churchman que se baseia em 5 subsistemas: Objetivo central do sistema e as respectivas medidas de rendimento; o ambiente do sistema; os recursos do sistema; os compromissos do sistema e a administração do sistema. Nesse sentido pode-se dizer que a Cooperativa é o sistema, o objetivo central é gerar trabalho ao cooperado e resultado à cooperativa, o ambiente é o que está acontecendo lá fora, por exemplo as judicializações que impactam no ambiente interno, os recursos do sistema são as ferramentas de trabalho, os componentes do sistema é tudo que pode ser feito pelos integrantes para realizar os objetivos da Cooperativa e por fim a administração do sistema, as funções de planejamento e de controle da Cooperativa. Dos 3 motivos apontados pelos gestores, o fato do cliente não se sentir ouvido e falta de informação pode ser uma oportunidade aos componentes do sistema, diante de que o ambiente do sistema está impactando o sistema inteiro, conforme embasamento teórico apresentado.

A segunda pergunta realizada aos gestores foi: **“Na sua opinião, quais são os fatores que levam o beneficiário a procurar a agência reguladora para registro de notificação de informação preliminar (NIP)?”**

Para Scarlécio e Aguiar (2009, p. 16),

Esse método é uma eficiente forma de se buscar consensualidade: o mediador induz as partes a compreenderem a situação que se apresenta, suas reais causas e possibilidades de equacionamento. Constitui-se um método extrajudicial de resolução de conflitos em que um terceiro, neutro e imparcial, mobiliza as partes para avaliarem objetivos e opções com vistas a um acerto, ou mesmo provoca o agente regulado a corrigir falhas e irregularidades. Isso possibilita a iniciativa de identificar, discutir e resolver as questões do conflito, e o estabelecimento ou retomada da comunicação entre ANS e os atores sociais, conduzindo a um termo de entendimento para mútua satisfação.

**Figura 8 - Percepção dos gestores fatores que levam o beneficiário a abrir NIP**



**Fonte: Dados da pesquisa (2019)**

O resultado da pesquisa com relação à percepção dos gestores referente aos fatores que levam o beneficiário a abrir NIP foram: falta de confiança nos canais tradicionais; falta de informações do seu regulamento e por último negativas de cobertura.

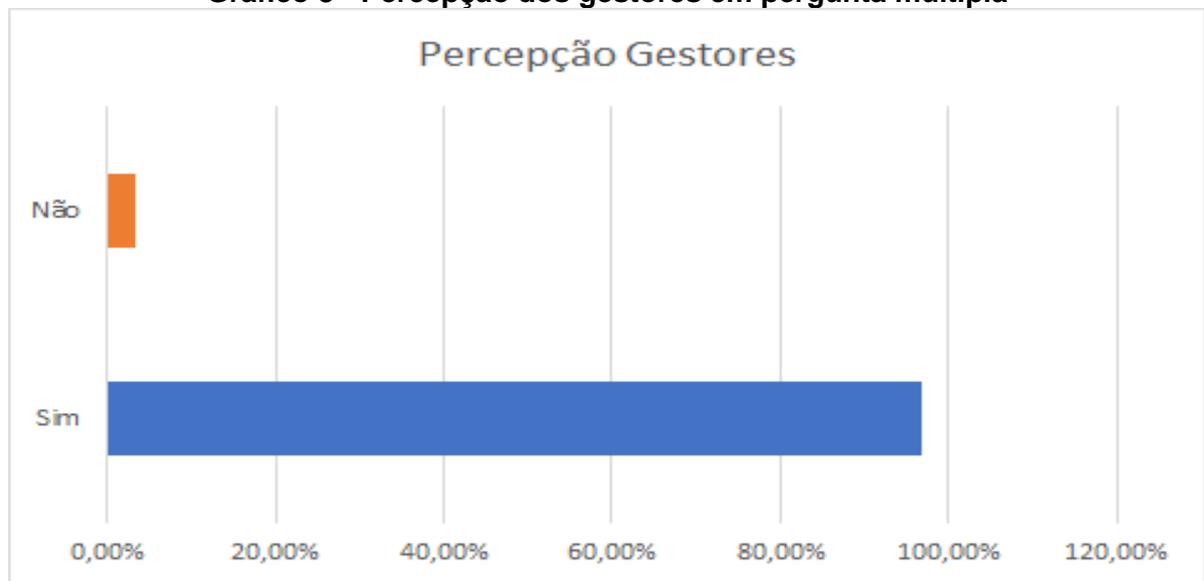
Martinelli e Ventura (2006) reforça que ambiente é o que está fora do sistema, contudo não inclui apenas o que está fora do controle, mas também aquilo que pode determinar seu desempenho. O ambiente externo foi estabelecido, fixado e nada tem a ver com o sistema em si, mas o ambiente interno tem significativa influência no desempenho do sistema. A informação gerada nessa pergunta com relação a falta de confiança dos canais tradicionais pode ter sido gerado pelo ambiente interno, nesse sentido é possível ter pontos de melhoria nos processos para

atendimento do consumidor a ser implementado para que essa percepção seja revertida.

Por último, foram realizadas duas perguntas de múltipla escolha aos gestores que também estavam ligadas diretamente aos objetivos da pesquisa:

**“Na sua opinião, é possível que clientes que registraram NIPS e, mesmo após resposta da cooperativa com a solução do conflito dessa reclamação, tenham acionado o judiciário pelo mesmo conflito?”**

**Gráfico 8 - Percepção dos gestores em pergunta múltipla**



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

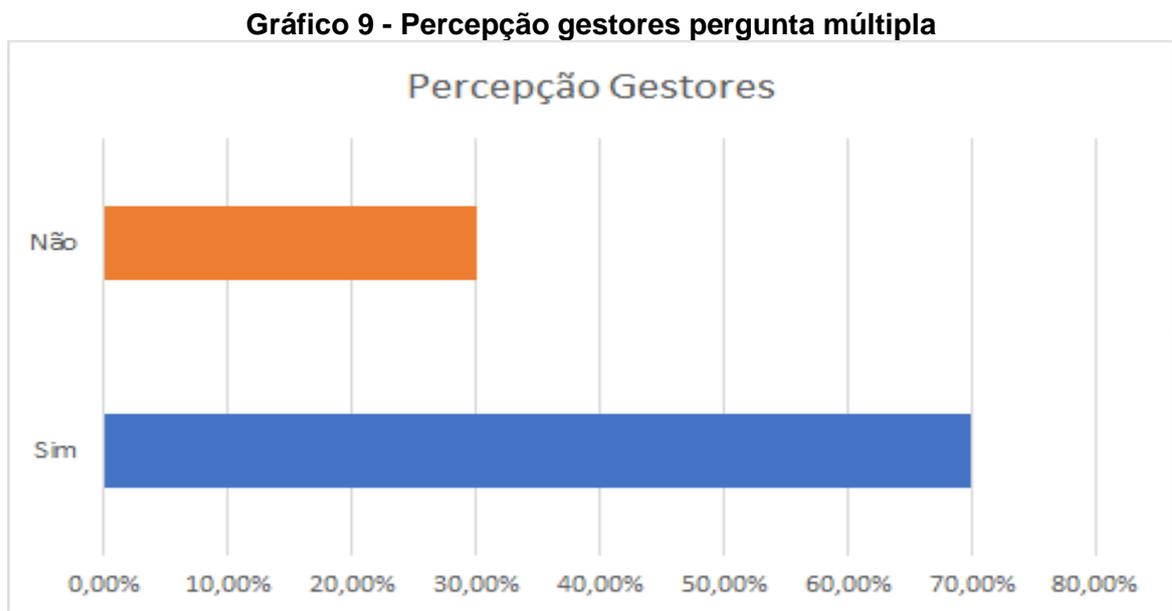
Na visão de (Spengler e Neto 2015.p. 249)

A sociedade alimenta a “cultura do litígio” pois alcançou o ponto em que qualquer pequeno desentendimento entre vizinhos é levado ao Judiciário, para que o juiz decida a situação e declare o vencedor e o perdedor, de uma forma geral se foge da possibilidade de realizar um acordo ou aceitar qualquer outro meio consensual.

Interessante observar que na fase de observação participante, também apareceram frases que retroalimentam essa percepção, com por exemplo a citação “que são processos diferentes, um não substitui o outro. Ressalta-se também que conforme a teoria geral dos

sistemas o ambiente externo está fixado e nada tem a ver com o sistema em si. Isso significa inferir que o fato do cliente estar entrando com ação judicial não necessariamente tenha relação com o processo de mediação.

**Na sua opinião, uma maior divulgação do processo de mediação ativa de conflitos (NIP) para a sociedade poderia contribuir para a redução da judicialização na saúde?”**



**Fonte: dados da pesquisa (2018)**

Percebe-se nessa pergunta que para 70% dos gestores uma melhor divulgação do processo de NIP poderia contribuir para a redução de acionamentos no judiciário. Informação interessante, considerando que trata-se de uma ação do ambiente externo ( ANS e Cliente) impactando diretamente o ambiente interno.

### **4.3 Apresentação e análise dos dados documentais**

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos com a coleta, análise e interpretação dos dados referentes às mediações extrajudiciais de conflitos (NIPS) recebidas pela Cooperativa de Saúde, bem como seus respectivos acionamentos judiciais observadas nos documentos. É importante ressaltar que esses dados reportam o que aconteceu de fato no período mencionado. Para Godoi, Mello e Silva, a palavra “documentos” deve ser entendida de forma ampla, incluindo os materiais escritos (como recortes de jornais e outros textos publicados na mídia,

cartas, memorandos, relatórios internos), as estatísticas e outros tipos de registro organizados em bancos de dados. No sentido de entender os motivos que os beneficiários registravam NIPS na cooperativa, foi solicitado uma planilha em excel ao setor responsável pelo processo, onde se observou que no período de 2012 a 2014 houveram 2.185 clientes que abriram NIP contra a cooperativa, o equivalente a uma média de 90 NIPS mês. Posteriormente houve a leitura das NIPS para certificar que a classificação dos motivos estava corretas. Na etapa seguinte foi solicitado à assessoria jurídica da Cooperativa também em Excel o controle de todas as ações ajuizadas de 2014 a 2018, esse período foi necessário considerando que o beneficiário tem um tempo de aproximadamente 5 anos para poder acionar judicialmente. Após essa etapa, foi realizado o cruzamento entre as duas bases onde obteve-se os seguintes resultados:

**Quadro 7 - Visão geral NIPS 2012 a 2014**  
**Visão Geral NIPS Período 2012 a 2014**

Beneficiários Únicos	2185
Índice de Resolutividade	81,50%
Total de beneficiários únicos que Judicializaram	120
Percentual de beneficiários únicos que judicializaram	5,49%
Total de beneficiários únicos que Judicializaram pelo mesmo motivo da NIP	74
Percentual de beneficiários únicos que judicializaram	3,39%

**Fonte: dados da pesquisa (2018)**

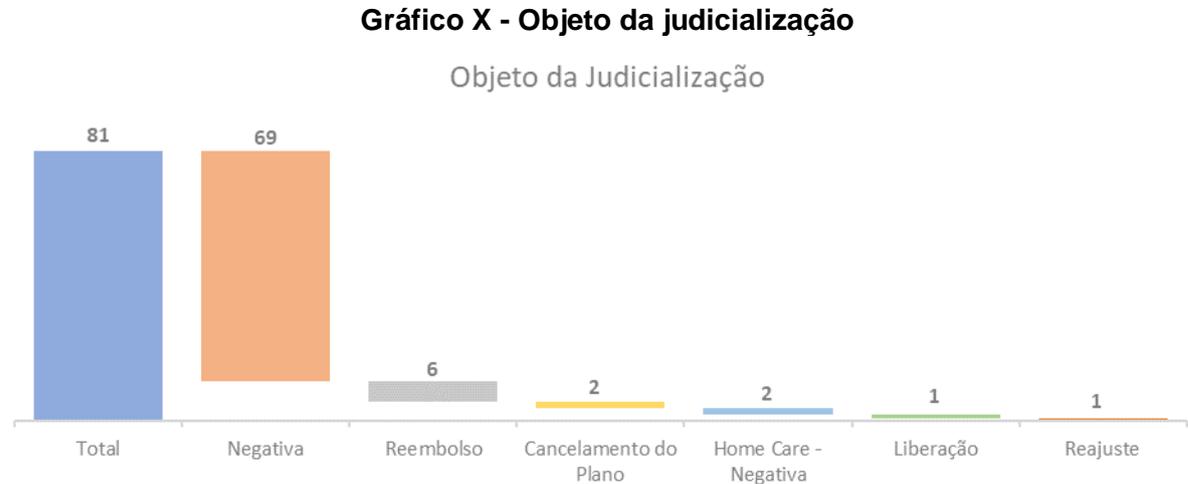
Observa-se que 5,49% dos beneficiários que tiveram reclamações solucionadas na esfera da mediação de conflitos (NIP) acionaram a Cooperativa na esfera judicial, mesmo já tendo conhecimento do processo de mediação. Também merece ser destacado que 3,39% acionaram judicialmente pelo mesmo motivo, ou seja, conheciam os motivos da negativa acordados com a agência e mesmo assim procuraram o judiciário. No entanto em 94,51% dos casos aparentemente, as soluções ocorreram no Universo da NIP. A análise documental também permitiu entender quais os tipos de conflitos que foram judicializados mesmo passando pelo processo de mediação. Por ordem do conflito que mais teve acionamentos ficou: 16,05% negativa de medicamentos diversos; 14,81% negativa de cobertura de procedimento; 8,64% negativa de radioterapia; 7,41% terapias diversas e 3,7% negativa de cirurgia bariátrica.

**Quadro 8 - Motivo NIP X Objeto de Judicialização**

Motivo da Reclamação NIP	Volume	%	Objeto da Judicialização
Processo de Liberação de Eventos - negativa	13	16,05%	NEGATIVA - MEDICAMENTOS DIVERSOS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	12	14,81%	NEGATIVA DE COBERTURA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	7	8,64%	NEGATIVA - RADIOTERAPIA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	6	7,41%	NEGATIVA - TERAPIAS DIVERSAS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	3	3,70%	NEGATIVA - CIRURGIA BARIÁTRICA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	3	3,70%	NEGATIVA - INTERV BUCOMAXILOFACIAIS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	3	3,70%	NEGATIVA - PROCEDIMENTOS DE IMAGEM
Processo de Liberação de Eventos - negativa	3	3,70%	NEGATIVA - PROCEDIMENTOS DIVERSOS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	3	3,70%	NEGATIVA - QUIMIO OCULAR ANTIGIOGÊNICO
Processo de Liberação de Eventos - negativa	2	2,47%	NEGATIVA - INTERV NA COLUNA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	2	2,47%	NEGATIVA - INTERV NEUROLÓGICAS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	2	2,47%	NEGATIVA - PET CT
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - ALIMENTAÇÃO ENTERAL/PARENTERA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - HEMODIÁLISE
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - INTERV CARDÍACAS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - INTERV OTORRINOLARINGOLÓGICAS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - INTERV REPARADORA/ESTÉTICA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - MEDICAMENTO AVASTIN
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - QUIMIOTERAPIA
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - TRATAMENTOS ONCOLÓGICOS
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	NEGATIVA - UTI
Processo de Liberação de Eventos - negativa	1	1,23%	OPME'S - DIVERSAS
Cancelamento do plano	2	2,47%	CANCELAMENTO DE CONTRATO - INADIMPLÊNCIA
Home Care - negativa	2	2,47%	HOME CARE
Liberação	1	1,23%	CONDIÇÕES CONTRATUAIS PF
Reajuste	1	1,23%	REAJUSTES (ANUAL/FAIXA ETÁRIA)
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - DIU
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - EXAMES DE GENÉTICA
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - INTERNAMENTOS DIVERSOS
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - PET CT
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - PROCEDIMENTOS DE IMAGEM
Reembolso	1	1,23%	REEMBOLSO - PSQUIATRIA

**Fonte: dados da pesquisa (2018)**

O gráfico abaixo demonstra de uma forma sintetizada que as negativas são o maior motivo dos acionamentos judiciais mesmo passando por NIP:



**Fonte: dados da pesquisa (2018)**

## 5- CONCLUSÕES

O trabalho mostrou um estudo de caso qualitativo que tinha como objetivo geral compreender se o instrumento de mediação de conflitos de beneficiários de planos de saúde NIPS (Notificação de informação Preliminar) tem ajudado a mitigar o processo de judicialização em uma Cooperativa médica. Antes de adentrarmos nas evidências apontadas no trabalho, vale a pena destacar que o instrumento nunca teve essa finalidade desde a sua concepção até os dias atuais. Ocorre que ele sendo um instrumento de mediação, existe uma possibilidade de estar contribuindo de forma a mitigar o risco de um eventual acionamento judicial, quando bem gerenciado entre todos os envolvidos em um sistema como esse da Cooperativa médica, toda forma de acordo extrajudicial têm como finalidade evitar uma futura ação. O instrumento das NIPS demonstrou nesse estudo ser uma forma de realizar acordos extrajudicial nas seguintes situações de conflitos entre consumidores e operadoras de planos de saúde: liberação de um procedimento que eventualmente tenha sido negado na autorização inicial; adaptação de um contrato firmado antes da regulamentação e com limitações de cobertura para um contrato regulamentado com uma abrangência maior de cobertura; esclarecimento das cláusulas contratuais ao

cliente referente ao plano que esse tenha contratado evitando dessa forma desencontro de informações, correção de um processo interno da operadora que resolva a reclamação inicial e mitigue futuras reclamações; O consenso entre cliente e operadora nas situações em que a operadora já ofereceu através de ligação gravada a adaptação a um plano regulamentado e o motivo da reclamação estar relacionado a evento não coberto. Nesse caso mantêm-se a negativa haja vista que o cliente teve a oportunidade de fazer a adaptação.

As fontes de evidência dessa pesquisa apontaram que alguns gestores acreditam que um processo não substitui o outro, mas para 70% deles uma maior divulgação do processo de mediação extrajudicial de conflitos poderia contribuir para a redução de acionamentos judiciais. Essa visão dos gestores parece bastante coerente com o que acontece na prática, o fato do cliente utilizar um canal da ANS e ter a resposta da sua reclamação por esse canal, não garantirá que o cliente não vá até uma instância superior atrás de uma resposta diferente da inicial. Importante também destacar que para 70% dos gestores da cooperativa se houvesse uma melhor divulgação por parte da ANS do Canal destinado as NIPS, poderia haver uma diminuição no número de ações judiciais Este posicionamento mostra que os gestores acreditam e compraram a idéia do canal, evidenciando um elevado nível de engajamento com a resolução extrajudicial através dessa ferramenta. Um ponto de reflexão apenas é porque então não há essa divulgação? Ocorre que o instrumento implementado pela ANS ainda têm caráter punitivo, com penalidades e multas pesadas às operadoras quando são julgadas procedentes ou até mesmo em situações de perda de prazo de resposta.

Os documentos comprovaram que em 95% dos casos que passaram pelo processo da NIP no período de 2012 a 2014, não houve acionamento judicial nos 4 anos seguintes. Dessa forma pode-se inferir que possivelmente o processo da NIP contribui para redução da judicialização tanto na percepção dos gestores quanto na evidência dos documentos. Novamente reforça-se que não é possível afirmar se foi em função da NIP que esses 95% dos clientes não entraram com ações, pois isso demandaria praticamente uma nova pesquisa focada no consumidor e talvez uma comparação com períodos anteriores à implantação do instrumento, nesse sentido deixa-se essa proposta para pesquisadores que queiram realizar estudos futuros sobre o tema. Constatou-se também que 5,49% dos beneficiários acionaram

judicialmente a cooperativa mesmo depois de conhecer o canal de mediação de conflitos da agência através das NIPS, mas apenas 3,39% acionaram judicialmente pelo mesmo motivo da NIP, ou seja, conheciam os motivos da negativa acordados com a agência e mesmo assim procuraram o judiciário. Esse resultado corrobora com a percepção dos gestores onde 96% responderam que acreditava na possibilidade de acionamentos judiciais mesmo em casos posteriores a NIP.

Outro ponto de reflexão que a pesquisa gerou é com relação a negativas de cobertura; 69 clientes, que já haviam passado pelo processo de mediação, ou seja, receberam posicionamento via NIP, acionaram a mediação judicial. Esse resultado também corrobora a percepção dos gestores da cooperativa, que responderam na pesquisa que a negativa de cobertura, falta de informações e a sensação de não ser ouvido seriam os principais motivos de acionamento judicial.

Talvez haja a oportunidade operacional de se criar uma célula especialista em negativas de cobertura ou algo semelhante, vale ressaltar que a pesquisa da percepção dos gestores também aponta para a falta de informações, e muitas ações são movidas pelo fato de os clientes não conhecerem o regulamento de seus produtos e por isso acabam acionando o judiciário justamente por essa falta de conhecimento .

Observa-se pelos documentos estudados nesta pesquisa que, com relação ao tema indicadores, muito pouco se evoluiu nesse processo desde o projeto piloto citado pelos autores. Não necessariamente relacionado ao índice de resolatividade, que é o índice que mede a quantidade de reclamações divididas pela solucionadas, pois esse evoluiu bastante conforme gráfico apresentado anteriormente. Talvez seria importante que as OPS levantassem uma proposta de fortalecimento das NIPS a fim de reduzir a judicialização. Para isso, um primeiro passo seria a criação de um indicador parecido com o modelo desta pesquisa, em que seria acompanhado o índice de NIPS que tiveram acionamentos judiciais.

De forma geral a ausência de acolhimento nos momentos das negativas de cobertura ou ainda, negativas mal embasadas em decorrência da complexidade e grande volume de regras muitas vezes mal definidas, geram uma maior complexidade de operacionalização e artefatos sistêmicos, a revisão contínua desses processos de interface com o cliente torna-se praticamente uma das principais estratégias para que os processos sejam cada vez melhores estruturados

e aderentes a um modelo de eficiência que cada vez mais contribua para mitigação de ações judiciais.

## **5 - Implicações Gerenciais**

No formato em que o instrumento é utilizado hoje, há penalidades para as operadoras conforme descrito na teoria dessa pesquisa, mas por outro lado não há nenhum incentivo. Entende-se com isso que ao deixar de responder uma NIP, a operadora corre o risco de ter uma despesa, no entanto a contrapartida de um excelente resultado não garante nenhuma bonificação às operadoras. Buscou-se nessa pesquisa gerar uma reflexão se a NIP não deve ser encarada como uma solução para reduzir a judicialização na saúde privada, evidente que se trata de um passo bastante pequeno diante do enorme mercado de saúde suplementar. Acredita-se que essa pesquisa sirva de base para outros pesquisadores que tenham interesse no assunto.

No ambiente interno da cooperativa pesquisada, também apareceram oportunidades. O estudo apontou algumas reflexões de cunho operacional, como a otimização do processo de retorno e o aprimoramento dos canais de atendimentos de modo que eles sejam mais atrativos que os canais externos. É possível que em algum momento essa estratégia não foi priorizada, e os reflexos agora permeiam no dia a dia da operação.

O grande volume de informações que a indústria de planos de saúde possui, e da forma dinâmica que funciona esse mercado, exige uma base de conhecimento única, de fácil acesso e de entendimento de todos os envolvidos no sistema. A pesquisa mostrou através dos relatos dos gestores a necessidade de se gerenciar melhor esse arcabouço de informações de modo a contribuir que a comunicação transite de forma mais ordenada na cadeia desse sistema.

Também ficou identificado que as negativas de medicamentos são as que mais tiveram ações judiciais, uma iniciativa onde o cliente tenha a oportunidade de comprar esse medicamento por um preço mais acessível direto da operadora, poderia ser estudado como uma ação mitigatória desse conflito, lógico que não podemos desconsiderar que tiveram clientes com esse mesmo conflito que não

entrou com ação, logo a pesquisa mais uma vez deixa uma oportunidade de estudos futuros com um maior aprofundamento nessa análise de custos e viabilidade de ações mitigatórias. Encerra-se esse capítulo esclarecendo que o tema não é tão simples assim de ser resolvido, mas por outro lado ações que estão dando resultado necessitam urgentemente ser aprimoradas e compartilhadas com o mercado.

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional De Saúde Suplementar (2015). **Resolução Normativa - RR388, de 25 de novembro.** Recuperado de: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzEzNg>.

Asensi, Dutra.Felipe (2010) **Indo além da Judicialização: O Ministério Público e a saúde no Brasil** – Rio de Janeiro Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Gentúlio Vargas.

Bahia.L, Sheffer.M (2010) **Planos e Seguros de Saúde.**

Babbie, E. (1999). **Métodos de pesquisa de survey.** Belo Horizonte, UFMG.

Bardin L. (2016) **Análise de Conteúdo.**

Begnis, Heron Sergio Moreira, Arend, Silvio Cezar, & Estivaleta, Vania de Fatima Barros. (2014). **Em frente ao espelho: a produção do conhecimento em cooperativas na Revista de Economia e Sociologia Rural. Revista de Economia e Sociologia Rural, 52(1), 99-116.**

Bialokorski Neto, Sigismundo (2006). **Aspectos Econômicos das Cooperativas.** Belo Horizonte: Mandamentos.

Bohmer, Richard (2016). **The hard work health care transformation. New England Journal of Medicine, (375) (8), 709-711.**

Brasil (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial, Brasília, 1988.** Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm);

Carlini, Angélica (2014). **Judicialização da Saúde Pública e Privada.** Porto Alegre: Livraria do Advogado.

Churchman, C.W **Introdução a teoria dos sistemas 2ª edição**- Editora Vozes Ltda 1972

Copremon Cooperativa de Economia e Crédito Mútuo - **O Cooperativismo no Brasil** recuperado de <http://www.copremon.coop.br/cooperativismo.php?id=10> consulta em 28/07/2019

Dencker, Maneti,F.A e Viá,C.S **Pesquisa empírica em ciências humanas.**

Demo, Pedro **Introdução a Metodologia Científica** Editora Atlas 1985

Duarte, Cristina Maria Rabelais. (2001). **UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil.** *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 999-1008.

Fiorelli, O. José; Rosa, Maria; Malhadas, Junior; Olivé, J. Marcos (2010). **Mediação e Solução de conflitos.** São Paulo: Atlas.

Godoi, K. Christiane; Mello, B. Rodrigo & Silva B. Anielson (2010). **Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos.** (2 ed). São Paulo: Saraiva.

Gregori, S Maria (2019) **Planos de Saúde a ótica da proteção do consumidor** 4ª edição.

Kerlinger, Fred N (1980) **Metodologia da pesquisa em ciências sociais** EPU-Editora Pedagógica e Universitária Ltda. São Paulo

*Lei nº 9.961/2000, de 28 de janeiro* (2000). **Diário Oficial, Brasília, DF.** Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm)

*Lei nº 9656/98, Lei dos Planos de saúde, de 3 de junho* (1998). **Diário Oficial,Brasília, DF.** Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm)

Martinelli, Pinheiro. D, Ventura, Arena, A.C **Visão sistêmica e administração Conceitos, Metodologias e aplicações** 2006 Editora Saraiva

Mendes, Leal Rodrigo e Boaventura Branco de Matos, João Planos de Saúde: **Uma análise dos custos assistenciais e seus componentes, RAE revista de administração de empresas**, vol. 49, núm.4 2009. Fundação Getúlio Vargas

Miraldo, Cláudio (2016). **A utilização de sistema de informação para gestão das demandas dos beneficiários de operadoras de saúde suplementar, como estratégia frente a regulação do setor e a notificação de intermediação preliminar NIP** (Dissertação de Mestrado). UNINOVE, São Paulo, SP, Brasil.

Moreira, Ricardo (2012). **Conhecendo a Unimed. (2 ed)**. Rio de Janeiro: Kairos.

Ocepar(2017). **Marcos Históricos**. Recuperado de: <http://www.paranacooperativo.coop.br/ppc/index.php/19-portal>.

Oliveira, C. D. Paulo (2017). **A regulamentação do setor da Saúde Suplementar (Dissertação de Mestrado)**. UNIP, São Paulo, SP, Brasil.

Paim, J. N. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br.pdf>>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

Piovesan, Flávia (2013). **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. (14 ed). São Paulo: Saraiva.

Polonio, A. Wilson (1998). **Manual das Sociedades Cooperativas. (2 ed)**. São Paulo: Atlas.

Souza, R. Renilson (2002) **O sistema Público de Saúde Brasileiro**

REIMANN, C. Towards Conflict Transformation: Assessing the State-of-the-Art in Conflict Management— **Reflections from a Theoretical Perspective**, 2001. Acesso em 02 de agosto de 2018.

RIO GRANDE DO SUL. **Tribunal de Justiça. 21ª Câmara Cível.** Des. Genaro Baroni

Reisdorfer, Vitor Kochlann (2014). **Introdução ao Cooperativismo**. Santa Maria: e -TEC Universidade Federal de Santa Maria 2014

Salles, Pedro (2004). **História da Medicina no Brasil. (2 ed)**. Belo Horizonte: COOPMED.

Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. (2012). **A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. Organizações & Sociedade**, 19(62), 471-487.

Sampaio, C. R. Lia & Neto B. Adolfo (2017). **O que é mediação de conflitos?** São Paulo: Editora Brasiliense.

Scarlécio, S. Graziela & Aguiar, J. R. Maria (2010). **Mediação de Conflitos uma resposta para a questão Assistencial na Saúde Suplementar. Congresso Consad de Gestão Pública**. Brasília, DF, Brasil, 3. Recuperado de: [http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material\\_%20CONSAD/paineis\\_III\\_congresso\\_consad/painel\\_27/mediacao\\_de\\_conflitos\\_uma\\_resposta\\_para\\_a\\_quest\\_ao\\_assistencial\\_na\\_saude\\_suplementar.pdf](http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congresso_consad/painel_27/mediacao_de_conflitos_uma_resposta_para_a_quest_ao_assistencial_na_saude_suplementar.pdf).

Scheffer, M. C. (2006). **Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Schneider, José Odelso (2012). **A Doutrina do Cooperativismo: Análise do Alcance, do Sentido e da Atualidade dos seus Valores, Princípios e Normas nos Tempos Atuais. *Cadernos Gestão Social*, 3(2), 251-273.**

Spengler, M. Fabiana e Neto, S. Theobaldo **Mediação Conciliação e Arbitragem artigo por artigo de acordo com a lei nº 13.140/2015, Lei nº 9.307/1996, Lei nº 13.105/2015 e com a Resolução no 125/2010 do CNJ (emendas 1 e 2) – Rio de Janeiro: FGV Editora, 2016.**

Silva, C. Liliane (2013). **Judicialização da Saúde: em busca de uma contenção saudável.** Recuperado de: [http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13182&revista\\_caderno=9](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13182&revista_caderno=9).

Kozan J.F; Sheffer M.C **Judicialização em planos de saúde coletivos: Os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras.** Universidade de São Paulo – 2018.

Unes Fortes, Luiz André – **Porque mudar? A “virada de Jogo “ na fiscalização da ANS.** Dissertação apresentada à Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas Rio de Janeiro 2018.

Valor Online (2019). **Judicialização na saúde cresce 130% em quase 10 anos.** Recuperado de: <https://www.valor.com.br/brasil/6165599/judicializacao-na-saude-cresce-130-em-quase-10-anos-aponta-cnj>.

Varella, Drauzio & Ceschin, Mauricio (2014). **A Saúde dos Planos de Saúde os desafios da Assistência Privada no Brasil.** São Paulo: Editora Paralela.

Vezzulla, J. C (1998). **Teoria e Prática da Mediação.** Curitiba: Instituto de Mediação e Arbitragem do Brasil.

Werneck, Ana Carla A (2010). ***A responsabilidade civil das operadoras de plano privado de assistência à saúde.*** Recuperado de: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=8514](http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8514)

Yin, K. Robert (2001). ***Estudo de caso Planejamento e Métodos.*** (2 ed). Porto Alegre: Bookman.

Yin K. Robert (2005). ***Estudo de caso Planejamento e Métodos.*** ( 3 ed).



***Estudo de Caso Planejamento e Métodos.*** (5 ed). Porto Alegre: Editora Bookman.

<http://memoria.unimed.coop.br/memoria/historias/detalhes/60> extraído de  
consulta realizada em 17/08/2019