

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE COOPERATIVAS -
PPGCOOP**

MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS

Monica Cristina Garanhani

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELAÇÃO DE CONFLITO ENTRE COOPERADOS
E COOPERATIVA MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ**

CURITIBA

2018

MONICA CRISTINA GARANHANI

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELAÇÃO DE CONFLITO ENTRE COOPERADOS
E COOPERATIVA MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, área de concentração: 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: Prof. Dra. Leila Dissenha

CURITIBA

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELAÇÃO DE CONFLITO ENTRE COOPERADOS E COOPERATIVA MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ

Por

MONICA CRISTINA GARANHANI

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^a. Dra. Leila Dissenha

Orientadora

Prof. Dr. Eduardo Damião

Examinador

Prof. Dra

Examinador

MONICA CRISTINA GARANHANI

**JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: RELAÇÃO DE CONFLITO ENTRE COOPERADOS
E COOPERATIVA MÉDICA DO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Área de concentração: Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Administração.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dra. Leila Dissenha (Orientadora)

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr.

Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr.

Universidade Federal do Paraná

Curitiba, _____ de _____ de 2018.

A meu esposo Alex Evandro
Gonçalves e aos meus filhos amados Gabriela e Vitor.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sueli Garanhani e João Garanhani, por me proporcionar uma base educacional e sempre incentivar na continuidade e nos aprimoramentos dos meus estudos.

Ao meu esposo, Alex Evandro Gonçalves, pela compreensão, por cuidar dos nossos filhos quando precisei ficar ausente, em virtude de atividades relacionadas ao mestrado.

À professora Leila Dissenha, minha orientadora, por identificar a possibilidade de realização deste trabalho, motivando-me a continuar, mesmo em momentos difíceis.

À minha amiga Priscila Franqui, que além de colega de trabalho e de turma, compartilhou e possibilitou troca de conhecimentos durante toda a jornada do mestrado.

À Unimed Paraná, nas pessoas do Dr. Paulo Faria, Dr. Faustino Alferez Garcia, Dr. Willian Procópio, Dr. Luís Francisco da Costa e Dr. Alexandre Bley, pelo apoio para a realização deste estudo.

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

RESUMO

Esse trabalho descreve um estudo de caso aplicado numa cooperativa de saúde no estado do Paraná. A presente pesquisa se propôs a buscar a resposta para a seguinte problemática: quais as principais motivações que direcionam o cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas? Para isto, o objetivo geral foi identificar os principais fatores que levam ao cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas. Para viabilizar a pesquisa, o procedimento metodológico possui característica de um estudo de caso, por concentrar-se numa única organização, permitindo assim o aprofundamento no contexto pesquisado. Quanto a abordagem, possui um caráter qualitativo, com respeito ao método é exploratório. A fase da coleta para os dados deu-se em três etapas: 1) Entrevistas semiestruturadas com os cooperados que possuem demanda assistencial judicial contra a cooperativa; 2) Questionário semiestruturado com os gestores que atuam na Unimed Paraná; e, 3) Análise do relatório de demandas judiciais elaborado pela Assessoria Jurídica da cooperativa pesquisada. A análise das entrevistas e questionários deu-se por meio da análise de conteúdo, realizada com a utilização do software Atlas.Ti 8. Verificou-se o resultado na percepção dos gestores pesquisados que atuam na cooperativa, que o cooperado procura o Poder Judiciário contra o plano de assistência ao cooperado em virtude de priorizar os interesses pessoais em detrimento ao coletivo e pelo desconhecimento das coberturas contratuais do seu plano de saúde. Na perspectiva do cooperado o resultado obtido para a procura do Judiciário é a negativa do tratamento de saúde pela operadora de saúde, a ausência de uma comunicação efetiva, os custos elevados dos tratamentos de saúde e a burocracia no processo administrativo e regulatório da cooperativa. Ao considerar as percepções do cooperado e da cooperativa é evidenciado a necessidade de um gerenciamento de conflito e a resolução por meio de soluções extrajudiciais e de conciliação.

Palavras-chave: judicialização da saúde, cooperativismo e conflito de agência.

ABSTRACT

This paper describes a case study applied in a health cooperative in the state of Paraná. The present research aimed to find the answer to the following problem: what are the main motivations that direct the cooperative to seek judicial power against medical cooperatives? For this, the general objective was to identify the main factors that lead the cooperative to seek judicial power against medical cooperatives. To make the research feasible, the methodological procedure has the characteristic of a case study that, by concentrating on a single organization, allows a deepening in the researched context. As for the approach, it has a qualitative character, with respect to the method is exploratory. The data collection phase took place in three stages: 1) Semi-structured interviews with the cooperative who have judicial assistance demand against the cooperative; 2) Semi-structured questionnaire with the managers who work at Unimed Paraná; and, 3) Analysis of the report on legal claims prepared by the Legal Counsel of the cooperative researched. The analysis of the interviews and questionnaires was made through the content analysis, carried out using the software Atlas.Ti. We verified the result in the perception of the researched managers who work in the cooperative, that the cooperative seeks the Judiciary against the plan of assistance to the cooperative by virtue of prioritizing personal interests to the detriment of the collective and by the lack of knowledge of the contractual coverage of his plan Cheers. From the perspective of the cooperative, the result obtained for the demand of the Judiciary is the denial of health treatment by the health care provider, the absence of effective communication, the high costs of health treatments and the bureaucracy in the administrative and regulatory process of the cooperative. When considering the cooperative's and cooperative's perceptions, the need for conflict management and resolution through out-of-court and conciliation solutions is evidenced.

Keywords: health judicialization, cooperativism and conflict theory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	PROBLEMA DA PESQUISA.....	16
1.2	OBJETIVOS DA PESQUISA.....	16
1.3	JUSTIFICATIVA DA PESQUISA.....	17
1.4	ESTRUTURAÇÃO DA DISSERTAÇÃO.....	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1	CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL.....	19
2.2	COOPERATIVISMO.....	28
2.2.1	Histórico das cooperativa.....	29
2.2.2	O cooperativismo no Brasil e no Paraná.....	30
2.2.3	Cooperativismo na Paraná.....	32
2.3	JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPACTOS E CONFLITOS.....	33
2.3.1	Cooperativas médicas: saúde como objeto na relação de consumo.....	38
2.3.2	Teoria do Conflito.....	41
2.3.3	Teoria de agência.....	44
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	49
3.1	ESPECIFICAÇÕES DO PROBLEMA	50
3.1.1	Apresentação das categorias de análise de estudo.....	51
3.2	DELINEAMENTO E CONTEXTO DA PESQUISA.....	52
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	53
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	54
3.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	55
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	58
4	ANÁLISE DE DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
4.1	DESCRIÇÃO DO CASO OBJETO DA PESQUISA.....	61
4.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	62
4.3	FATORES QUE LEVAM O COOPERADO A PROCURAR O PODER JUDICIÁRIO.....	66
4.4	PERCPÇÃO DOS GESTORES.....	76
4.4.1	Fatores que levam ao Cooperado procurar o Poder Judiciário	79

4.4.2	Impactos que a judicialização da Saúde tem ocasionado na cooperativa.....	82
4.4.3	Ações gerencias adotadas pela cooperativa para reduzir as demandas judiciais.....	84
4.4.4	Como os gestores da cooperativa visualizam a judicialização pelo cooperado.....	86
5	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	92
5.1	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS.....	94
5.2	CAMINHOS PARA PESQUISAS FUTURAS.....	95
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	96
	APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO.....	101
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	103
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-junho/2016).....	22
Gráfico 2	Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-junho/2016).....	23
Gráfico 3	Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2014-2016).....	24
Gráfico 4	Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-junho/2010-janeiro-junho/2016).....	25
Gráfico 5	Distribuição percentual de demandas NIP assistenciais, por subtema da demanda (Brasil - janeiro-junho/2015 e janeiro-junho/2016).....	26
Gráfico 6	Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2016).....	27
Gráfico 7	Origens das demandas judiciais.....	62
Gráfico 8	Demanda do PAC por Unimed.....	63
Gráfico 9	Distribuição da amostra por gênero.....	64
Gráfico 10	Distribuição da amostra por faixa etária.....	66
Gráfico 11	Distribuição da amostra por tempo do Plano PAC.....	66
Gráfico 12	Incentivo de terceiro para procurar o Judiciário.....	69
Gráfico 13	Distribuição da amostra por sexo.....	71
Gráfico 14	Distribuição da amostra por idade.....	71
Gráfico 15	Distribuição da amostra por escolarização.....	72
Gráfico 16	Distribuição da amostra por tempo de empresa.....	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Desigualdades regionais nos gastos com assistência médica no Brasil.....	20
Tabela 2	Fases da coleta e tratamento de dados.....	57
Tabela 3	Volume de demandas judiciais recebidas em 2017.....	62
Tabela 4	Origens das demandas judiciais.....	62
Tabela 5	Distribuição das demandas judiciais por especialidade.....	63
Tabela 6	Demanda do PAC por Unimed.....	64
Tabela 7	Demanda do PAC por Especialidade.....	64
Tabela 8	Distribuição de gestores por sexo.....	70

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	A relação entre agente e principal.....	44
Figura 2	Análise de conteúdo.....	58
Figura 3	Códigos dos fatores que motivam o cooperado a procurar o Judiciário	67
Figura 4	Códigos do momento que o cooperado decide pela demanda judicial	68
Figura 5	Percepção do cooperado acerca dos impactos da judicialização.....	70
Figura 6	Fatores que levam ao Cooperado procurar o Poder Judiciário.....	74
Figura 7	Impactos da judicialização da saúde na cooperativa.....	77
Figura 8	Ações gerenciais adotadas pela cooperativa.....	78
Figura 9	Como a cooperativa visualiza a judicialização pelo cooperado.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DGSP - Diretoria Geral de Saúde Pública

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NIP – Notificação de Investigação Preliminar

OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras

OCEPAR - Organização das Cooperativas do Paraná

OPME – Órtese, Prótese e Material Especial

PAC – Plano de Assistência ao Cooperado

PEC - Programas de Extensão de Cobertura

PSF – Programa Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA - Unidades de Pronto Atendimento

1. INTRODUÇÃO

É amplamente reconhecido que as cooperativas médicas foram criadas com o propósito de possibilitar benefícios e recursos em comuns aos médicos cooperados. O grande objetivo destas cooperativas foi de reorganizar a classe e se desvincular de grandes organizações mercadológicas.

Nesse contexto, no final da década de 1960, a fundação da primeira cooperativa Unimed ocorreu a partir da mobilização de dirigentes do sindicato de classe, em Santos, São Paulo, como uma represaria ao surgimento das primeiras organizações de medicina criadas por profissionais de outras classes. Em 1967, foi criada a primeira Unimed, assentada em princípios éticos e de respeito aos clientes.

A partir desta primeira cooperativa de trabalho médico, várias Unimeds foram criadas e, em 1977, eram 60 em todo o Brasil. No início da década de 70, surgiram as primeiras Federações: São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. A Confederação foi criada em 1972.

Segundo o site da Unimed do Brasil, <https://www.unimed.coop.br>, hoje, o Sistema Unimed está pertencente em 84% do território nacional, formado por cerca de 348 cooperativas médicas, mais de 114 mil médicos cooperados e 18 milhões de beneficiários.

Como as demais organizações que se desenvolvem as cooperativas de trabalho médico necessitam de planejamento estratégico e uma gestão eficaz, para que possam se manter competitivas e sustentáveis.

Nos últimos anos, um dos grandes desafios das cooperativas médicas tem sido o aumento de demandas na justiça decorrentes de situações envolvendo à área de saúde, contemplando solicitações de tratamentos médicos ou fornecimentos de materiais e medicamentos de alto custo, os quais não possuem previsão ou indicação técnica de cobertura contratual pelas operadoras de planos de saúde.

Em 2017, a cooperativa pesquisada, Unimed Paraná, recebeu um total de 156 novas demandas judiciais, o que totalizou um montante em custo de R\$ 9.792.569,22. Deste total de demandas recebidas, 134 foram oriundas das Varas Cíveis e Juizados Especiais Cíveis. As especialidades que mais geraram demandas foram: cancerologia

(32); Ginecologia e Obstetrícia (16); Oftalmologia (10); Ortopedia (07) e Cardiologia (05). Com relação a distribuição das demandas judiciais 122 foram dentro do estado do Paraná, sendo 58 concentradas na cidade de Curitiba.

O acesso a informação aos clientes das operadoras de saúde aliadas as carências na prestação dos serviços de saúde, são responsáveis por um novo cenário no judiciário conhecido como: judicialização na área de saúde.

É importante considerar, que tal judicialização tem causado impactos nas cooperativas médicas, haja vista o aumento nos custos assistenciais. Quando um cliente é beneficiado com algum tratamento de alto valor, este custo vai refletir nos gastos assistenciais de outros indivíduos. Dessa maneira, os fornecimentos de certos tratamentos são tão onerosos, que prejudicam a regulação e a gestão destas cooperativas.

É amplamente reconhecido que hoje ocorre uma crescente demanda via esfera judicial com solicitações envolvendo tratamentos em saúde, sendo pedidos de tratamentos envolvendo materiais e medicamentos de alto custo, muitas vezes sem indicação ou cobertura contratual para o procedimento.

1.1 PROBLEMA DA PESQUISA

Dessa maneira, a partir das fundamentações teóricas, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: **quais as principais motivações que direcionam o cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas?**

1.2 OBJETIVOS DA PESQUISA

Ao se fundamentar na temática da pesquisa e nos impactos que a judicialização tem gerado às cooperativas de saúde, destaca-se o seguinte objetivo geral: identificar os principais fatores que levam ao cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas.

Os objetivos específicos foram construídos como extensão do objetivo geral da pesquisa, conforme elencado abaixo:

- Averiguar os fatores e os motivos que influenciam o cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas.
- Identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o cooperado entrar com uma demanda judicial contra a cooperativa de trabalho médico.
- Analisar os reflexos da judicialização em saúde nas atividades e na gestão das cooperativas de trabalho médico.
- Identificar os principais impactos que a judicialização na área de saúde tem ocasionado em cooperativas médicas.

1.3 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

A pesquisa justifica-se pelo volume de solicitações de tratamentos de saúde que chegam as operadoras de planos de saúde por meio de demandas judiciais, impossibilitando que estas organizações possam fazer a regulação desses processos.

A autorização de tratamentos de saúde via demanda judicial em grande parte sem indicação técnica para a patologia do paciente, sem cobertura contratual, ou até em situações de valores em desacordo com o mercado, faz com que a utilização demasiada deste recurso, afete diretamente a gestão e o planejamento das organizações de operadoras de saúde, e ocasiona uma questão extremamente delicada, que é atender a necessidade de um indivíduo causa prejuízos ou impactos a outros, ou seja, ao se gastar um valor alto em um tratamento médico de um paciente indiretamente afeta a de tantos outros.

Considerando as premissas supracitadas, justifica-se a Unimed Paraná como objeto de estudo, por ser considerada uma grande operadora de saúde pela ANS (Agência Nacional de Saúde), com um número considerável de clientes, os quais estão distribuídos pelo estado.

Em suma, no aspecto teórico, procura-se estabelecer relações entre a temática a ser pesquisada, sendo eles: (1) Judicialização em saúde, por meio de definições e características; (2) cooperativismo em saúde, por meio de definições e conceitos e

aspecto de gestão; (3) Impactos da judicialização em cooperativas de saúde, por meio da relação de conflitos e interesses.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O trabalho está estruturado da seguinte forma: na primeira seção foi apresentada a introdução, com a finalidade de demonstrar a problematização da pesquisa, os objetivos geral e específicos, as justificativas teórica e prática, assim como a estrutura da dissertação.

Na segunda seção foi abordado o referencial teórico, na qual foi apresentado a questão da judicialização, procurando relacionar a conceituação da temática da saúde. Portanto, neste capítulo a finalidade é demonstrar ao leitor como a judicialização tem afetado as decisões e as estratégias das cooperativas médicas, por meio das teorias do conflito e da agência.

A terceira seção destaca os procedimentos metodológicos que fundamentaram a pesquisa e as questões de pesquisa, delimitação do campo de pesquisa, as variáveis, as definições constitutivas e operacionais. O delineamento da pesquisa, a definição da população e da amostra em estudo, bem como as fontes e o tratamento dos dados coletados.

A quarta seção são apresentados os resultados da pesquisa, os quais foram obtidos por meio de entrevistas com os cooperados com demanda assistencial judicial e questionários com os gestores da Unimed Paraná, visando identificar as suas percepções e fatores da judicialização da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A seguir, para compreender melhor a temática desta pesquisa, é preciso inicialmente compreender as principais perspectivas teóricas. Primeiramente, é apresentada uma revisão acerca do contexto do Sistema de Saúde brasileiro. Na sequência será feita uma abordagem histórica referente a Judicialização de Saúde e seus impactos na gestão das cooperativas de trabalho médico. E, por fim, a judicialização da saúde, os seus impactos na gestão e regulação das operadoras e os fatores que levam os indivíduos a entrar com processos judiciais contra os planos de saúde.

2.1 CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde do Brasil é formado por uma grande diversidade de organizações públicas e privadas, as quais foram consagrados durante diferentes períodos históricos. Dessa maneira, o serviço de saúde brasileiro é derivado dos seguintes sistemas: o público (acesso gratuito e universal) e o privado.

Anteriormente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, desenvolvia ações restritas a prevenção de doenças, objetivando campanhas de vacinação e controle de endemias. Na regulação e assistência à saúde, o Ministério da Saúde restringia a sua atuação em hospitais especializados, como por exemplo psiquiátrico.

O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado pela previdência social. A maior atuação do poder público nesta área ocorria por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o qual passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INAMPS beneficiava restritamente os trabalhadores formais, ou seja, aqueles que possuíam carteira assinada, e seus dependentes. Dessa maneira, não tinha um caráter universal, e o seu financiamento ocorria para os estados com maior volume de arrecadação e volume de trabalhadores inscritos.

Portanto, neste período a população, referente a assistência à saúde, estavam divididos nas seguintes categorias:

- As pessoas que tinham condições financeiras para pagar por um serviço de saúde;
- As pessoas que tinham direito à assistência por meio do INAMPS;
- Aqueles que não tinham nenhum direito e acesso à saúde.

Na tabela abaixo é possível observar como era a distribuição dos recursos gastos pelo INAMPS no ano de 1986:

Tabela 1: Desigualdades regionais nos gastos com assistência médica no Brasil em 1986

Região	Gasto da região sobre total do País (%)	População da Região sobre total do País(%)
Norte	2,27	5,48
Nordeste	18,10	28,82
Sudeste	59,28	43,79
Sul	15,14	15,12
Centro-Oeste	5,02	6,78
Brasil	100,00	100,00

Fonte: INAMPS/ Secretaria de Planejamento / DIS -1987

Ao considerar a tabela acima, pode-se concluir que as regiões mais desenvolvidas a população tinham maior acesso ao sistema de saúde. Os estados Norte e Centro – Oeste, as com maiores índices de pobreza, foram as que receberam o menor financiamento.

Baseado nos pressupostos supracitados, a saúde no Brasil, no decorrer da sua história demonstrou ser excludente e injusto, na medida que apenas uma parcela da população tinha acessibilidade, ou seja, tinham acesso apenas aos benefícios aqueles trabalhadores formais.

Neste período, a saúde era concebida como um complemento dos benefícios da Previdência Social, e suas ações e serviços foram administrados por gestores de outras políticas públicas. Cada serviço atendia a uma clientela específica. Os reflexos disto podem ser observados na crescente e constante privatização dos serviços de

saúde, embora ele agora seja um direito fundamental constitucionalmente assegurado (VIAL e OLIVEIRA, 2008).

Segundo Paim (2016, p.17), com os financiamentos dos estados e municípios, visando expandir as coberturas e um mercado de saúde assentado em pagamentos à prestadores de serviços privados com base nos serviços realizados (*fee for service*), ocasionaram uma grave crise na previdência social, que associada à recessão econômica da década de 1980, alimentou anseios de reforma.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência de Saúde, realizada no período da Nova República, marca um dos principais momentos da luta pela universalização da saúde no Brasil. Convocada pelo ministro Carlos Santanna (Decreto n.91.466 de 23/07/1985) e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, teve sua comissão organizadora presidida por Sérgio Arouca. O evento contou com a participação de acadêmicos, profissionais ligados à área de saúde, movimentos populares, sindicatos, e grupos de indivíduos não vinculados a saúde. A temática desta Conferência foi: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) Financiamento do setor.

Durante a referida 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).

Neste contexto, a partir de 1988 a Previdência Social passa ter atribuições relativas as aposentadorias, pensões e seguros de acidentes de trabalho. Até a Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88), a saúde no Brasil nem sempre foi concebida como um direito fundamental

A Carta de 1988 preconiza um novo modelo de saúde no Brasil, haja vista que possibilitou separar a área de saúde e a previdência, ou seja, a nova Constituição proporcionou a ruptura do modelo de saúde da Era Vargas, no qual o Ministério da Saúde era responsável basicamente para o controle de epidemias.

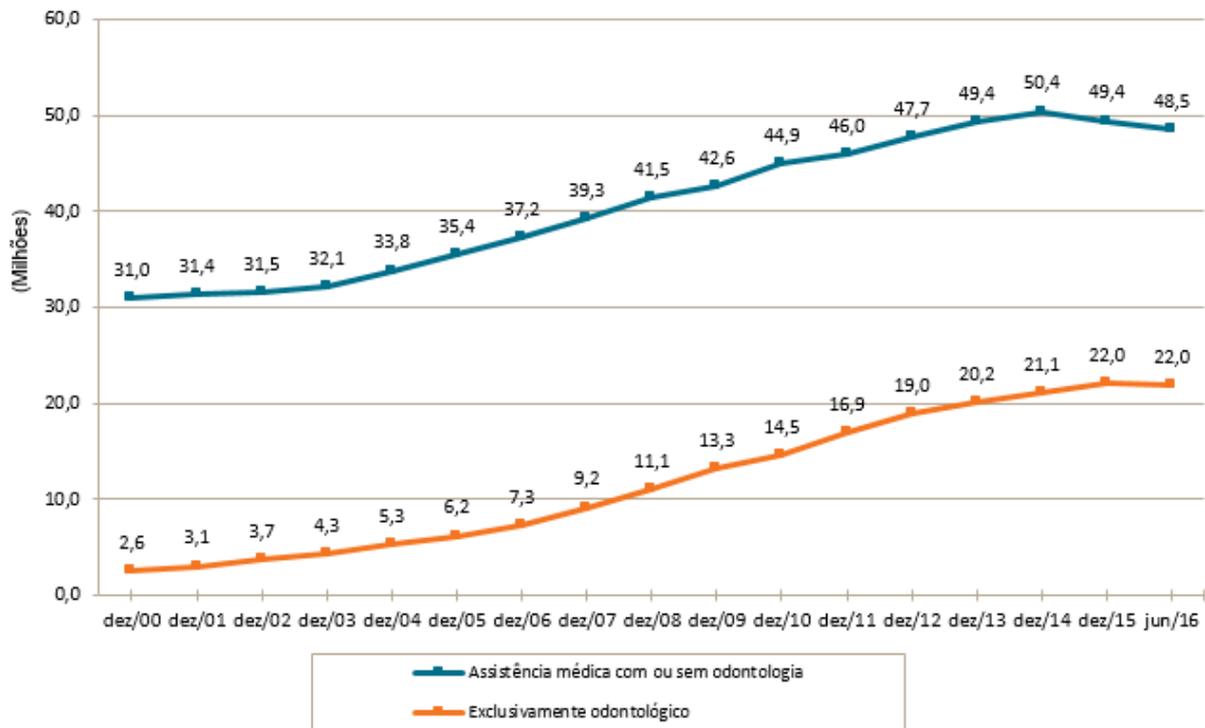
O sistema de atual de saúde no Brasil é compreendido como por uma rede complexa, envolvendo prestadores e compradores de serviços que competem entre si. Na perspectiva de Paim et al (2016, p.19), complementa:

O sistema de saúde tem três subsetores: o subsetor público, no qual os serviços são financiados e providos pelo Estado nos níveis federal, estadual e municipal, incluindo os serviços de saúde militares; o subsetor privado (com fins lucrativos ou não), no qual os serviços são financiados de diversas maneiras com recursos públicos ou privados; e, por último, o subsetor 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 subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento.

No ano de 1990, começou a implementação do Sistema Único de Saúde e neste ano foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual especificou as atribuições do SUS. Em 2000, foi instituída a ANS (Agência Nacional de Saúde), por meio da lei 9.961/2000, com a finalidade de institucional de promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. A lei 9.656/98, tornou ilegal a negação de cobertura, por parte dos planos de saúde privados, a pacientes com doenças e lesões preexistentes e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos. (ANS, 2014)

De acordo com dados da ANS, em junho/2016 o total de beneficiários da saúde suplementar era de 70 milhões, sendo 48 milhões de assistência médica com ou sem odontologia e 21 milhões exclusivamente odontológico.

Gráfico 1 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil - dezembro/2000-junho/2016)



Fonte: SIB/ANS/MS (2016)

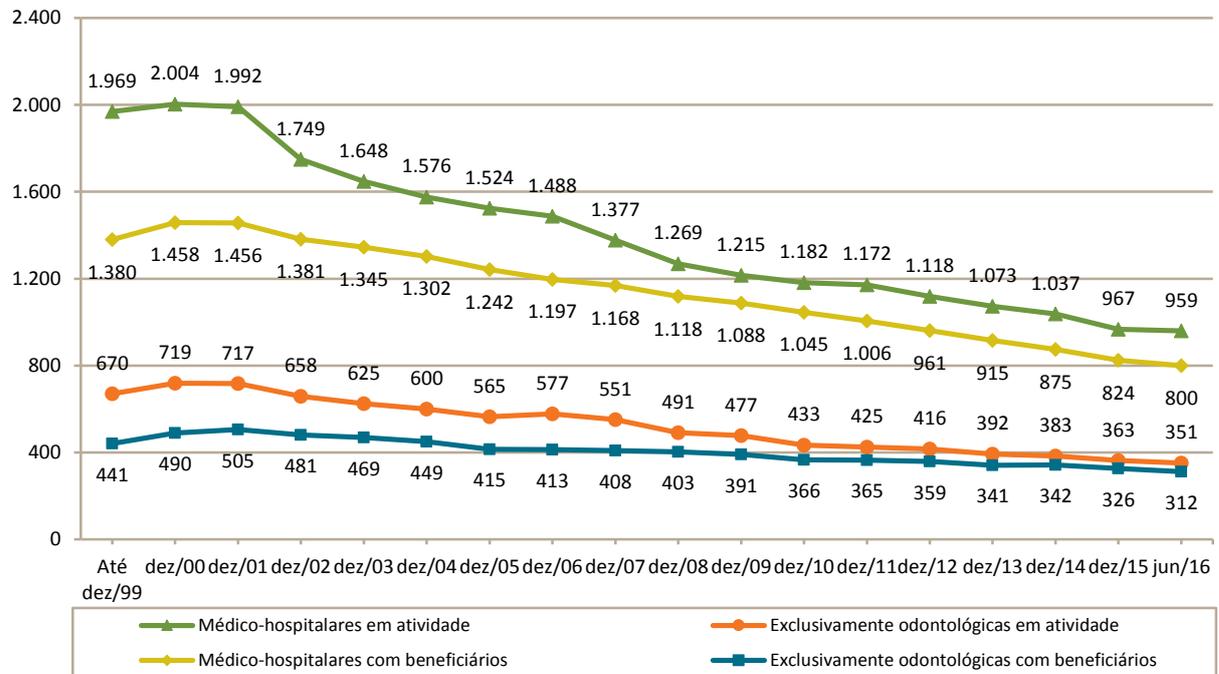
A redução, no ano, ultrapassa 900 mil vínculos entre os planos de assistência médica com ou sem odontologia, ao passo que entre os planos exclusivamente odontológicos a diferença, para menos, no momento é de quase 50 mil vínculos no mesmo período.

Quanto ao tipo de contratação, os beneficiários em planos coletivos são maioria tanto entre os planos de assistência médica quanto entre os planos exclusivamente odontológicos. Os beneficiários de planos coletivos empresariais representam 66,3% do total dos planos de assistência médica e 73,8% entre os planos odontológicos. Destaca-se que a participação de beneficiários em planos individuais é maior nos planos de assistência médica (19,6%) do que nos planos exclusivamente odontológicos (16,7%). (ANS, 2016)

Segundo ANS (2016), o número de operadoras em saúde em junho de 2016 era de 1.310 sendo 959 médico-hospitalares e 351 exclusivamente odontológicos em atividade. No primeiro semestre de 2016, permaneceu a tendência à redução do número de operadoras em atividade. Após alcançar 2.004 operadoras médico-

hospitalares em atividade em 2000, fechou-se o primeiro semestre de 2016 com o total equivalente a 959 operadoras, das quais 800 contavam com beneficiários.

Gráfico 2 - Operadoras de planos privados de saúde em atividade (Brasil - dezembro/1999-junho/2016)

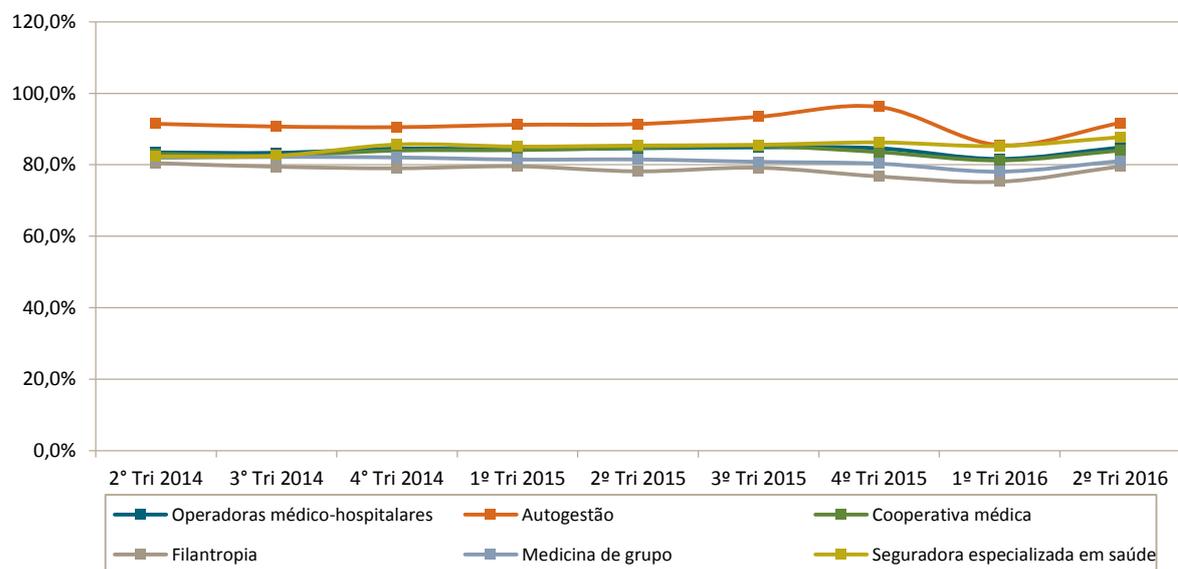


Fonte: SIB/ANS/MS (2016)

Em relação a questão econômico-financeira, segundo dados da agência no primeiro semestre, o setor da saúde suplementar contabilizou, no primeiro semestre de 2016, R\$ 77 bilhões em receitas de contraprestações, entre operadoras de planos médico-hospitalares e odontológicos, o que representa mais de 90% do total das receitas do setor (quando contabilizadas as outras receitas operacionais). No entanto, analisando-se por modalidade de operadora, esse percentual apresenta uma importante variação, pois enquanto na modalidade das Filantropias as receitas das contraprestações representam apenas 36% do total, nas seguradoras especializadas em saúde, por exemplo, elas correspondem a mais de 99% do total de receitas. Por sua vez, as despesas assistenciais contabilizaram um montante equivalente a R\$ 65 bilhões no mesmo período, correspondentes a aproximadamente 77% do total das despesas.

A relação entre as receitas e despesas assistenciais se dá por meio da taxa de sinistralidade das operadoras. Sendo que os planos médico-hospitalares, as autogestões, que historicamente apresentavam uma maior taxa de sinistralidade, alcançaram valores equivalentes às seguradoras especializadas em saúde. Ressalta-se que, no primeiro semestre de 2016, houve aumento na taxa de sinistralidade para todas as modalidades de operadoras médico-hospitalares e exclusivamente odontológicas. (ANS, 2016)

Gráfico 3 - Taxa de sinistralidade das operadoras médico-hospitalares, por modalidade da operadora (Brasil - 2014-2016)



Fonte: SIB/ANS/MS (2016)

Quadro 2 - Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2013-2015)

Modalidade	2º Tri 2014	3º Tri 2014	4º Tri 2014	1º Tri 2015	2º Tri 2015	3º Tri 2015	4º Tri 2015	1º Tri 2016	2º Tri 2016
Operadoras médico-hospitalares	83,5%	83,3%	84,5%	84,3%	84,6%	84,9%	84,6%	81,6%	84,8%
Autogestão	91,5%	90,7%	90,5%	91,2%	91,4%	93,4%	96,2%	85,5%	91,7%
Cooperativa médica	83,0%	82,6%	84,0%	84,1%	84,8%	85,2%	83,6%	81,2%	84,0%
Filantropia	80,5%	79,4%	79,0%	79,6%	78,2%	79,2%	76,7%	75,2%	79,5%
Medicina de grupo	81,9%	82,2%	82,0%	81,5%	81,5%	80,8%	80,3%	78,1%	81,0%
Seguradora especializada em saúde	82,3%	82,5%	85,7%	85,1%	85,4%	85,6%	86,3%	85,2%	87,7%
Operadoras exclusivamente odontológicas	45,2%	45,4%	45,8%	45,2%	45,6%	46,2%	46,8%	43,6%	47,4%
Cooperativa odontológica	61,1%	61,3%	60,9%	59,6%	60,2%	61,3%	62,5%	60,2%	62,6%
Odontologia de grupo	41,6%	41,8%	42,2%	41,7%	42,1%	42,5%	42,4%	39,7%	43,8%

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 05/09/2016

Considerando o volume de operadoras e beneficiários da saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde, por meio da resolução normativa 388/2015, instituiu um procedimento chamado de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), cuja possibilita à agência mediar conflitos entre beneficiários e a operadora de saúde.

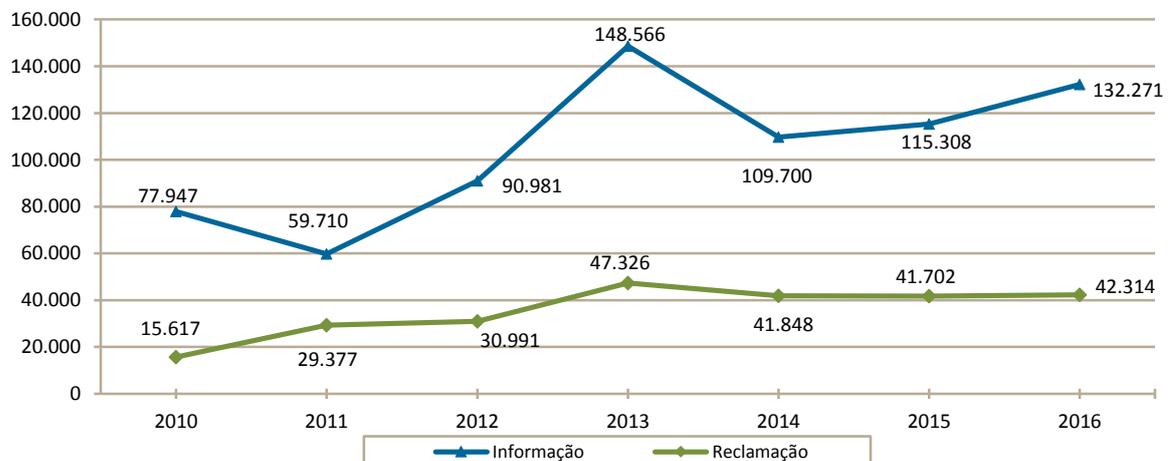
Dessa maneira, por meio da NIP é possível resolver conflitos de situações relacionadas a autorização de procedimentos, cobertura contratual, índice de reajuste, carências contratuais para procedimentos, rede assistencial e outros.

Segundo a ANS (2016), o número de demandas recepcionadas no primeiro semestre do ano, no período compreendido entre o ano de 2010 e ano de 2016, por classificação do atendimento – se pedido de informação ou reclamação. No ano de 2016, o número de reclamações cresceu 1,5% em relação ao mesmo período do ano anterior. Já as solicitações de informação apresentaram um crescimento mais robusto, aumentando 14,7% em 2016 em relação a 2015.

Conforme o gráfico 4, é possível visualizar que o número de reclamações registradas na ANS em 2010 foi de 15.617, em 2016 este número aumentou para 42.314 reclamações, o que representou um aumento de 63%. No cenário das informações o volume em 2010 foi 77.947, em 2016 este índice foi para 132.271 registros, que representou um aumento de 41%.

No gráfico abaixo consegue-se verificar o volume de notificações feitos pelos beneficiários referentes as operadoras de saúde.

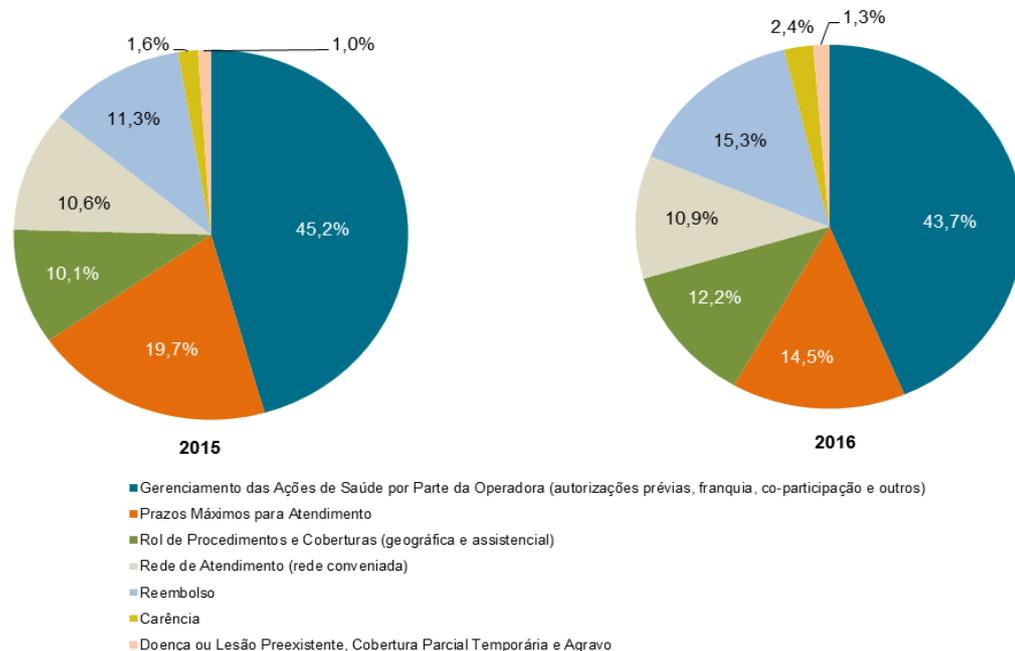
Gráfico 4 – Demandas dos consumidores, por classificação do atendimento (Brasil - janeiro-junho/2010-janeiro-junho/2016)



Fonte: ANS (2016)

Considerando o volume de notificações recebidas pela agência, no gráfico 5, constata-se que o maior volume de manifestações de clientes às operadoras de saúde é referente aos conflitos relacionados a autorização de procedimentos, que representou no primeiro semestre de 2016, o número de 43,6% dos contatos. Na sequência, outro fator de questionamento é o prazo máximo de atendimento, o qual representa 14,5% das manifestações de beneficiários.

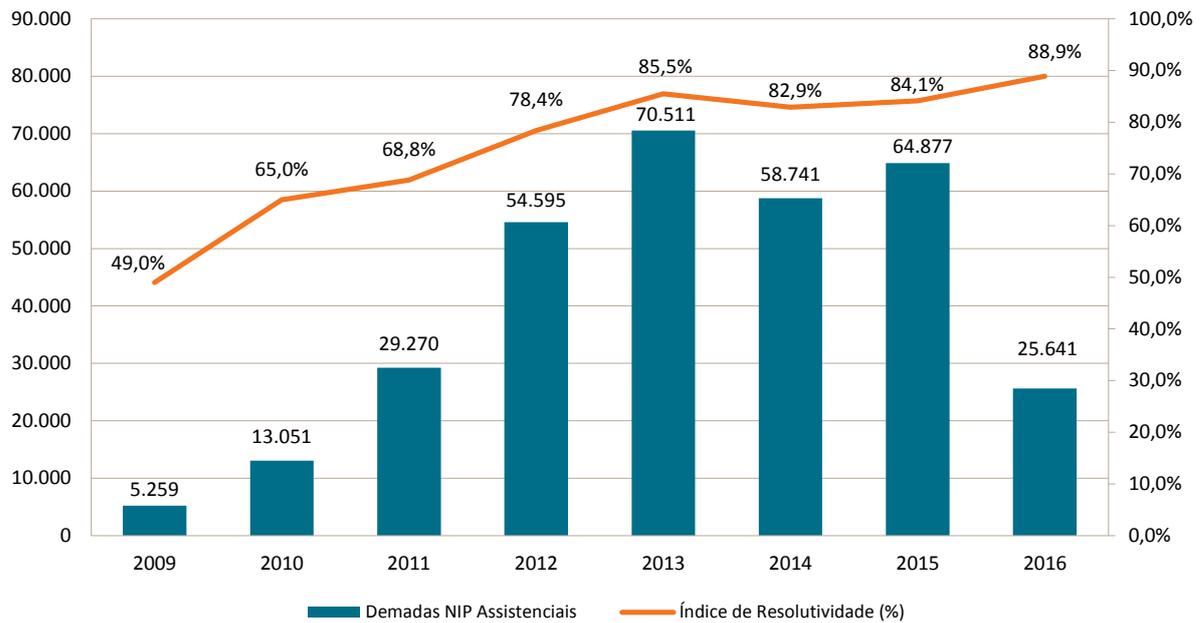
Gráfico 5 -Distribuição percentual de demandas NIP assistenciais, por subtema da demanda (Brasil - janeiro-junho/2015 e janeiro-junho/2016)



Fonte: ANS (2016)

É relevante considerar que em relação as referidas manifestações a Agência Nacional de Saúde monitoram o índice de resolutividade destas notificações. Ao analisar o gráfico 6, visualiza que as operadoras de saúde no decorrer dos anos aumentaram os seus percentuais de resolutividade, no ano de 2010 este índice era de 49%, sendo que em 2016 este número aumentou para 88,9%.

Gráfico 6- Demandas NIP assistenciais e Índice de Resolutividade (Brasil - 2009-2016)



Fonte: ANS (2016)

Segundo a ANS (2016), ao longo dos últimos anos, o índice de resolutividade das demandas encaminhadas para a NIP, que afere o percentual de reclamações de natureza assistencial que foram resolvidas por meio da mediação, sem a necessidade de instauração de processo administrativo sancionador, observou uma tendência ascendente mantendo-se em patamares superiores a 80% desde 2013.

2.2 COOPERATIVISMO

O cooperativismo pode ser caracterizado como um movimento econômico e social entre um determinado grupo de indivíduos, assentado nos princípios da cooperação e objetivos que visam atingir o bem comum, objetivando promover a reforma social dentro do capitalismo.

Na perspectiva de Pinho (1982) o termo de cooperação, cooperativa e cooperativa derivam etimologicamente do mesmo verbo (cooperar), cujo significa trabalhar junto com alguém que busca o mesmo objetivo.

Na perspectiva da OCB, o cooperativismo é “uma organização dessa natureza se caracteriza por ser gerida de forma democrática e participativa, de acordo com aquilo que pretendem seus associados.

Segundo Valadares (2003), os indivíduos buscam satisfazer seus interesses econômicos por meio de cooperativas, quando verificam que a ação solidária é mais vantajosa do que a ação individual. Não se prioriza o indivíduo em detrimento do coletivo: ambos são importantes na cooperativa.

Bialoskorski Neto (2012) salienta que o cooperativismo é um dos principais instrumentos para a promoção do desenvolvimento econômico e social. Ao gerar, distribuir renda e promover condições de trabalho nas comunidades, a cooperativa propicia a cidadania por meio da participação democrática.

As cooperativas são constituídas por combinações de interesses de seus cooperados para um fim comum, no Brasil, a legislação n. 5.764 foi a norma jurídica que definiu a política nacional do cooperativismo no país.

2.2.1 Histórico das cooperativas

A história do cooperativismo iniciou em 1844, na cidade de Rochdale-Manchester, na Inglaterra. De acordo com Bialoskorski Neto (2012), durante a Revolução Industrial um grupo de tecelões desempregados começou a abordar possíveis formas para combater o estado de miséria e, reunindo o pouco dinheiro que tinham, em torno de 28 libras, idealizaram comprar o básico para sobreviver nos mercadinhos da região, um grupo de 28 trabalhadores (27 homens e uma mulher) se uniram para montar seu próprio armazém.

Nascia então, a “a Rochdale Society of Equitable Pioneers” (Sociedade dos Justos Pioneiros de Rochdale), a primeira cooperativa moderna, a qual estava assentada nos princípios e valores morais que são considerados a base do cooperativismo.

2.2.2 O cooperativismo no Brasil e no Paraná

No Brasil, os princípios do cooperativismo são percebidos desde a colonização portuguesa. Segundo SESCOOP (Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo), esse processo emergiu no Movimento Cooperativista Brasileiro surgido no final do século XVIII, estimulado por trabalhadores públicos, militares, profissionais liberais e operários, para atender às suas necessidades, evoluindo para a criação da primeira cooperativa de consumo, em Ouro Preto (MG), no ano de 1889, a Sociedade Cooperativista Econômica dos Funcionários Públicos de Ouro Preto.

Em 1903, por meio do Decreto 799, de 06 de janeiro de 1903, pode ser caracterizado como o marco inicial do cooperativismo. O segundo período, o de consolidação parcial, é definido pela publicação do Decreto 22.239, de 19 de dezembro de 1932, o qual menciona as atribuições das cooperativas e consagra princípios doutrinários. Tal Decreto que possibilitou às cooperativas, margem razoável de liberdade de constituição e funcionamento, sendo que nesse período, as cooperativas gozaram de alguns incentivos fiscais (PINHO, 1982).

A Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971, institui a política nacional do cooperativismo, estabelecendo o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências.

O cooperativismo de trabalho no Brasil nasceu de uma classe trabalhadora ligada à burguesia – os médicos – para então conscientizarem numerosos trabalhadores, desde os intelectuais, aos operários (CARNEIRO, 1981).

Segundo Morato e Costa (2001), o cooperativismo é uma das formas avançadas de organização da sociedade civil, haja vista que proporciona o desenvolvimento socioeconômico aos seus integrantes e à comunidade e resgata a cidadania por meio da participação, do exercício da democracia, da liberdade e autonomia.

O cooperativismo brasileiro é representado pela Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), a qual foi criada em 02 de dezembro de 1969. Os principais objetivos da OCB estão intrinsecamente relacionados com a promoção, fomento e defesa do cooperativismo brasileiro, em todas as instâncias políticas e institucionais.

Aliado aos objetivos, vale ressaltar o seu comprometimento com a preservação e o aprimoramento do sistema, o incentivo e a orientação das organizações cooperativas (FUNDACE, 2006).

O cooperativismo brasileiro possui 13 (treze) ramos de atividades econômicas, sendo elas: agropecuário, consumo, crédito, educacional, especial, habitacional, infraestrutura, mineral, produção, saúde, trabalho, transporte e turismo.

No Paraná, de acordo com Ocepar, os primeiros movimentos foram marcados pela ela cooperação surgiram no ano de 1829, com a chegada do primeiro grupo de 248 imigrantes alemães que fundaram a Colônia Rio Negro, hoje município. Estes imigrantes já traziam entre seus valores a prática da cooperação e logo procuraram organizar sua vida comunitária em estruturas baseadas em atividades em comum, tanto na prática de compra e venda de produtos, quanto em suas necessidades de educação e lazer.

De acordo com Santos (1998), o movimento cooperativista no Brasil teve início no ano de 1847 quando o francês Jean Maurice Faivre, fundou com um grupo de europeus, nos sertões do Paraná, a colônia Teresa Cristina, organizada em bases cooperativas. Essa organização, apesar de sua breve existência, contribuiu para a memória coletiva como elemento formador do florescente cooperativismo brasileiro.

Entre as experiências mais importantes realizadas no terreno cooperativo destaca-se a da "Colônia Cecília", em 1890, no município de Palmeira, no Paraná, idealizada pelo agrônomo Giovanni Rossi, líder do grupo de italianos chamados de "anarquistas". Seguiram-se vários outros movimentos de cooperação, como por exemplo: a fundação, em 1906, da Associação Beneficente 26 de Outubro, por ferroviários de Ponta Grossa, a qual se transformou em Cooperativa Mista 26 de Outubro, mais tarde; em 1909, indústrias madeireiras se reúnem e fundam a Cooperativa Florestal Paranaense; a fundação da Colônia Muricy com a constituição em 1912, da Sociedade Agrícola Polonesa, transformada em Cooperativa Mista Agropecuária São José Ltda, em 1945. Sob a liderança do ferroviário ucraniano Valentin Cuts, surgiram outros movimentos cooperativistas, como a Sociedade Cooperativa Svitlo (luz) em Carazinho, União da Vitória, em janeiro de 1920, e a Cooperativa Agrária de Consumo de Responsabilidade Ltda, "Liberdade", em Vera Guarani, município de Paulo Frontin, surgida no ano de 1930. Esta foi a primeira cooperativa registrada conforme o Decreto-Lei 581/38, tendo o registro sido feito no dia 19 de maio de 1942, recebendo o nº 1. Houve ainda uma curiosa experiência realizada no lugar chamado SantAna, atual município de Cruz Machado, com a criação em 3 de maio de 1920, da Sociedade Cooperativa de Comércio "União Lavoura" pelo padre Teodoro Drapienski, com cunho político confessional. (RITZMANN, 2016)

É importante frisar a importância dos holandeses, que no ano de 1911, na cidade de Carambeí, fundaram uma próspera colônia de imigrantes, constituindo, em 1925, a Sociedade Cooperativa Hollandeza de Laticínios Batavo.

De acordo com a Ocepar (2016), no Paraná contamos com 220 cooperativas, com mais de 1.300.000 cooperados, o que gera um número de 2,6 milhões de trabalhos, com um faturamento de 60,40 bilhões de reais.

2.2.3 Cooperativas de saúde

Em consonância com a OCB, as cooperativas de saúde podem ser caracterizadas como aquelas que se dedicam à preservação e a promoção da saúde humana.

As cooperativas médicas existiam há três décadas quando o ramo, genuinamente brasileiro, foi desmembrado do ramo Trabalho, em 1996, devido à sua força e representatividade. Reúne profissionais especializados na promoção da saúde humana, como médicos, dentistas, psicólogos e outros profissionais. Um dos maiores convênios de saúde do país é um Sistema Cooperativo (Unimed).

De acordo com a Unimed do Brasil (2010), no final da década de 1960, o sistema de saúde atravessava por mudanças, o que ocasionou a queda no padrão de atendimento ao paciente. Tais mudanças levaram ao surgimento de seguradoras de saúde, à mercantilização da medicina e à proletarização do profissional médico. É em resposta a este cenário, que surge a primeira cooperativa de trabalho na área de medicina no país, Unimed, fundada na cidade de Santos, no estado de São Paulo, no ano de 1967.

Segundo Carneiro (1981), a socialização da medicina, começada em 1924, para se transformar em proletarização em 1980, sem uma política sócio educacional, leva a uma elitização da profissão, sem respaldo no meio social. Essa foi a origem inicial do cooperativismo de trabalho médico.

A cooperativa médica segue as diretrizes do cooperativismo mundial, é registrada e fiscalizada pelo órgão específico do Governo Federal (INCRA) e está sob a égide da Lei 5.764 de 16/12/1971, que disciplina o cooperativismo brasileiro.

Na década 70, surgem as Federações Unimed - as chamadas cooperativas de segundo grau, formadas por no mínimo três singulares -, visando padronizar procedimentos operacionais e estimular a troca de experiências entre as cooperativas de um mesmo estado. Em 28 de novembro de 1975 foi criada a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas - Unimed do Brasil, entidade máxima do Sistema Unimed, que congrega todas as federações e singulares.

O Sistema Unimed passou a competir com as organizações mercantilistas, também, em sistema empresarial cooperativo, com uma dimensão nacional. Assim, foram estruturadas as federações, que englobam cooperativas singulares de regiões, reunindo-se essas federações em uma confederação, de porte nacional (CARNEIRO, 1981).

Atualmente o Sistema Unimed tem 37% de participação no mercado nacional de planos de saúde, atendendo 15,1 milhões de clientes. São 348 cooperativas médicas com abrangência em 74,9% do território nacional, nas quais 114 mil médicos cooperados desenvolvem suas atividades, com 2.719 hospitais credenciados e 132 hospitais próprios.

2.3 JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPACTOS E CONFLITOS

Nos últimos anos, principalmente a partir da promulgação da Lei n. 9.656, de 1998, a qual regulamentou os planos privados, aumentou relativamente o número de demandas judiciais envolvendo consumidores (clientes) e cooperativas médicas. Ao referido fenômeno foi dado o nome de judicialização da saúde suplementar, cuja por intermédio do Poder Judiciário para acesso a insumos e serviços de saúde.

É amplamente reconhecido que a convivência entre os indivíduos em sociedade conceba na sua essência a pluralidade de interesses, cujos nem sempre são caminham na mesma direção. Portanto, diante deste pressuposto os conflitos são inevitáveis.

A judicialização da saúde suplementar tem acontecido com uma intensidade cada vez mais abrangente em nosso país, o que tem ocasionado grandes impactos financeiros. Uma operadora de saúde, por exemplo, com a aquisição de medicamentos antineoplásicos ordenados por meio da esfera judicial tem crescido

significativamente, e seus valores impactam nos custos assistenciais e estão longe de serem inexpressivos.

Segundo Cintra (2000, p.20), “o conflito não solucionado tem por consequência a insatisfação que desencadeia a instabilidade social sendo fator de sofrimento e infelicidade, que deve ser necessariamente superado”.

Diante deste cenário, na perspectiva de Carnelutti (1973, p.28), para que se restabeleça a harmonia e a paz social, o conflito de interesses, qualificado pela pretensão resistida de um dos interessados deve ser solucionado.

Os conflitos encontram-se nos diferentes tipos de relacionamentos, como por exemplo, no ambiente familiar, social, lazer e trabalho (FIORELLI, FIORELLI e MALHADAS, 2008). O conflito é uma indústria em crescimento para a qual contribuem inúmeros fatores (FISHER, PATTON e URY, 1992).

Diante deste pressuposto, o conflito pode ser concebido como um conjunto de propósitos, métodos ou condutas divergentes em que seu oposto é a convergência: objetivos, processos, métodos ou condutas que criam ordem, estabilidade e unidade de direção (FOLBERG e TAYLOR, 1984).

A temática saúde como um direito do cidadão não é objeto de estudo recente, a sua conquista como um dever do estado está garantida por meio art. 196 da Constituição Federal, promulgada em 1988 (BRASIL, 2012). Nos primeiros anos de década de 90, a procura ao Judiciário na área de saúde estava concentrada a medicamentos como os antirretrovirais.

Com a Lei nº 9.313/96, criada para garantir a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, foi prevista a redução da interferência do Poder Judiciário na área da saúde. Todavia, ao analisar o número de demandas judiciais neste campo, observa-se que ocorreu o oposto.

Nesse sentido, a discussão acerca das ações judiciais relacionadas ao direito à saúde vem se expandindo concomitante ao aumento da utilização deste acesso para o fornecimento de produtos e serviços de saúde.

Posterior a criação de uma legislação específica à saúde suplementar (Lei nº 9.656, de 1998) e da lei de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (Lei nº 9.961, de 2000), ocorreu um importante e significativo divisor de águas, haja vista que passou a existir os contratos regulamentados (novos contratos) e contratos não regulamentados. Vale ressaltar que tal divisão é usada pelo Supremo Tribunal

Federal (STF), no julgamento de questões envolvendo questões contratuais (reajustes e coberturas).

Em virtude da judicialização na saúde suplementar, é possível ter acesso a decisões judiciais sem uma fundamentação constitucional assertiva, ou seja, em determinadas situações a legislação é ignorada. Entretanto, em algumas situações é notório a ação tímida do Judiciário frente a comportamento inadequado de algumas operadoras de planos de saúde, as quais não respeitam as normativas do setor e principalmente o seu cliente.

Com a redemocratização do Brasil, posterior à ditadura militar, percebeu-se que a sociedade, as autoridades públicas e os movimentos sociais sensibilizaram-se para a construção de um novo modelo de país, assentado em princípios democráticos e com a necessidade da construção de uma nova Constituição. Baseado nesses pressupostos, o movimento sanitarista, que ocorreu na década 80, ganhou expressividade por meio de profissionais da saúde, beneficiários, políticos e lideranças, objetivando a reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

O marco do movimento sanitarista foi em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília. Em 1988, foi promulgada a **Nova Constituição Brasileira**, a qual passou a garantir a todos os brasileiros o direito à saúde, com acesso igualitário e universal, com programas voltados para atenção à saúde. Foi instituído, nesse momento, o Sistema Único de Saúde.

A garantia do direito à saúde está prevista nos artigos 196 e 197 da Constituição Brasileira de 1988, *in verbis*:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

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.

Ao considerar o contexto acima, é imprescindível conceber o direito à saúde em toda a sua amplitude. Portanto, faz-se necessário contextualizar a sua evolução, objetivando averiguar a sua incorporação no poder judiciário.

A Constituição Federal de 1988, por vezes está assentada na dignidade humana ao patamar de fundamento democrático de Direito, em consonância com o art. 1, inc. III:

A república Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático do Direito e tem como fundamento:

(...) III – a dignidade humana; (...) (BRASIL, 1998)

Nesse contexto, é possível afirmar que o sistema judiciário brasileiro está impregnado por este princípio, ou seja, fundamentado na referida perspectiva o ser humano deve ser concebido e tratado de forma diferenciada, haja vista a sua natureza racional.

Segundo Andrade (2001, p. 111):

[...] preceitos relativos fundamentais não podem ser pensados apenas do ponto de vista dos indivíduos, enquanto posições jurídicas de que estes são titulares perante o Estado, designadamente para dele se defenderem, antes valem juridicamente também do ponto de vista da comunidade, como valores ou fins que está se propõe prosseguir, em grande medida, através da ação estadual. Por outro lado, no âmbito de cada um dos direitos fundamentais, em volta deles ou nas relações entre eles, os preceitos constitucionais determinam espaços normativos, preenchidos por valores ou interesses humanos afirmados como bases objetivas de ordenação da vida social.

O direito à saúde, com supracitado anteriormente foi consagrado a partir do artigo 6º da Constituição Federal, foi caracterizado ao *status* do direito fundamental, desta maneira, o entendimento do judiciário, com consonância com o Supremo Tribunal Federal, tem sido o necessário para fundamentar as solicitações individuais deduzidas nos últimos anos.

Vale ressaltar que o direito à saúde é abordado de forma semelhante no artigo 196 da Constituição da República, o qual preconiza: “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 e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Nesse sentido, o direito à saúde pode ser postulado tanto pela instância individual como coletiva. É o que se conclui da expressão “direito de todos”, no início do *caput* do art.196 da Constituição.

Segundo Maurício Jr (2009, p.271),

Tenha-se em conta que, por sua natureza, o direito à saúde pode ser satisfeito em maior ou menor medida, de maneira diversa para cada indivíduo dele necessitado. Trata-se de um direito subjetivo passível de controle pelo órgão jurisdicional em caso de descumprimento pelos demais poderes instituídos.

A judicialização na área da saúde é um fenômeno recente e constante expansão, o que vem impondo debates e reflexões entre os gestores das operadoras de saúde e as autoridades judiciárias, objetivando encontrar um ponto de equilíbrio nesta relação. Portanto, a judicialização é um reflexo da luta entre o indivíduo que entende que determinado direito deve ser garantido e a organização de saúde que oferece de forma insatisfatória.

Na esfera judiciária, a judicialização, pode ser concebida como uma forma de efetivação dos direitos do cidadão previstos na Constituição, desta maneira, transfere-se para o poder judiciário a obrigação de garantia dos seus referidos direitos, os quais já são previstos e assegurados legalmente. Na perspectiva de Barroso (2011), afirma que a judicialização ocorre porque existe uma norma constitucional permitindo que dela se deduza uma pretensão subjetiva ou objetiva, e ao juiz cabe o dever de conhecer a norma, para assim decidir sobre a matéria.

Cappelletti e Garth (2008) afirmam que:

O acesso à justiça pode, portanto, ser encarado como requisito fundamental – o mais básico dos direitos humanos – de um sistema jurídico moderno e igualitário que pretenda garantir, e não apenas proclamar os direitos de todos.

A temática saúde, na Constituição da República de 1988, possui duas características primordiais, sendo elas: a inclusão como um direito essencial e princípios ao encaminhamento destas prerrogativas nas políticas públicas.

A judicialização da saúde é uma problemática aos gestores da saúde pública e suplementar, haja vista que muitas vezes as decisões tomadas pelos juízes comprometem a sustentabilidade destas organizações. Os recursos financeiros nesta área são finitos e muitas vezes são comprometidos com a aquisição de materiais e medicamentos extremamente caros, em algumas situações com eficácia duvidosa, tratamentos experimentais e, conseqüentemente com riscos desconhecidos.

Vale ressaltar que estamos na frente de um dilema, ou seja, a judicialização em si tem aspectos positivos e negativos. Apesar de ser concebida em diversas situações com uma problemática, em virtude de envolver a disputa de poder, mas em determinados casos também pode apresentar benefícios.

Nesse contexto, Neto (2014, p.49) complementa:

A judicialização em si não é boa nem ruim. Pode ser vista como problema, envolve manipulação e disputa entre poderes, mas apresenta também muitos benefícios, grandes e pequenos. Daí a natural dificuldade com que se defronta o profissional da mídia em suas atividades de comunicação em saúde. As notícias podem estimular a medicalização, a pressão por incorporação tecnológica e a desqualificação dos protocolos clínicos oficiais ou, conduzidas de outra forma, ampliar a consciência comum a respeito dos processos de saúde e doença, do bem-estar e do cuidar, nas várias tradições e culturas, estimular democracia e participação.

Na opinião do Desembargador da 21^a Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, Genaro Baroni Borges:

O sistema da saúde se tornou 'judicializado' porque chegam ao TJ questões que não deveriam chegar, e a consequência é que o judiciário, tanto quanto o paciente é vítima da situação carente do Estado e se vê incumbido de administrar a escassez de recursos públicos, quando essa não é a sua função.

Dessa maneira, uma das características evidenciadas pelos autores que vêm estudando o fenômeno da judicialização da saúde tem questionado o conhecimento dos juízes e a sua legitimidade democrática para decidir sobre alocação de recursos escassos, existem alguns estudos que demonstram como a tutela do direito à saúde, de forma que ocorre recentemente, não gera equidade na distribuição dos recursos na área de saúde.

2.3.1 Cooperativas médicas: saúde como objeto na relação de consumo

As cooperativas médicas são sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, e que são constituídas a partir do disposto na legislação n. 5.764/71, a qual dispõe acerca do funcionamento das sociedades cooperativas que operam planos privados à saúde (CAMPOS, 2004, p. 38). Vale ressaltar que tais cooperativas surgiram em oposição às medicinas de grupo. Todavia a fundamentação contrária – a

mercantilização da medicina, que tinha sido procedida pelas empresas de medicina de grupo – as cooperativas disputam a mesma clientela, adotando o modelo do convênio-empresa (GAMA, 2003, p. 15).

Com o intuito de dar mais segurança ao contratante de um plano de saúde, foi criada a lei n. 9656/98, o qual preconizou às operadoras de plano de saúde a cobrir qualquer necessidade imperiosa e urgente na qual se encontre o aderente, como se pode extrair da redação da referida Lei, em seu art. 35-C, inc. I, com a redação dada pela Medida Provisória n° 2.177-44/01, em que expressamente se determina:

Art. 35 – C – É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:
I – de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizada em declaração do médico assistente; (BRASIL, 1998a)

Dessa maneira, o beneficiário (cliente) ao contratar um plano de saúde, tem direito a todas as informações acerca dos seus direitos e deveres, ou seja, deve constar os serviços cobertos, tempo de carência, como solicitar procedimentos e maneira para efetivar sua reclamação perante à organização.

Em virtude do mundo globalizado, um dos grandes desafios das organizações é o fornecimento de serviços de qualidade e que gerem satisfação nos seus clientes. Sabendo que o cliente é o indivíduo de grande relevância para as empresas, atualmente se tornou crucial buscar soluções para a sua clientela. Nesse sentido, ao conceber operadoras de saúde é primordial e um diferencial trabalhar a humanização e o acolhimento no atendimento ao Cliente.

Segundo Shioyaza (1993), quando o atendimento ao cliente é executado de maneira estratégica, torna-se uma das principais vantagens competitivas da organização, garantindo assim a sua fidelização.

Diversos estudos e dados disponíveis no site da Agência Nacional de Saúde mostram que os motivos de maior incidência de demandas judiciais contra as operadoras de planos de saúde são de indivíduos que tiveram os seus procedimentos negados.

A obrigatoriedade de se informar ao beneficiário (consumidor) quando algum serviço é negado de forma clara e objetiva decorre da necessidade da qualidade do fornecedor no mercado de consumo. A Resolução n° 08/1998, do Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU), impôs às operadoras de planos de saúde, por meio

do art. 4º, o dever de “fornecer ao consumidor laudo circunstanciado, quando solicitado, bem como cópia de toda a documentação relativa às questões de impasse que possam surgir no curso do contrato [...]” (BRASIL, 1998c).

O beneficiário (cliente) tem direito a informações e são essenciais para que possa realmente apurar se realmente o contrato está sendo cumprido pela operadora de saúde. Além disso, o beneficiário tem o direito a receber tais informações por escrito, já que isso é medida que permite que ele possa buscar a proteção jurisdicional de seus direitos, de forma adequada e eficaz, conforme garante o art. 6º, VII e VIII, do Código de Defesa do Consumidor (BRASIL, 1990b).

Em 2010, a Segunda Seção do STJ editou a Súmula nº 469, segundo a qual “Aplica-se o Código de Defesa do Consumidor aos contratos de plano de saúde” (BRASIL, 2010). Essa súmula consolida o entendimento já pacificado no STJ e nos demais tribunais do País, no sentido de que a operadora de plano de saúde, que presta serviços remunerados de assistência à saúde à população, tem sua atividade regida pelo CDC (Conselho Nacional de Saúde). Com a edição dessa súmula, fica mais evidente e premente a necessidade de a ANS incorporar o CDC na regulação dos planos de saúde.

Ao tratar de judicialização da saúde, o leque motivações dos beneficiários abrange os mais diversos aspectos, tais como, limitação contratual, reajuste por faixa etária, cobertura contratual, etc.

Além dos fatores mencionados acima, nos dados da ANS (2016), os clientes reclamam do descaso e condutas inadequadas das operadoras de planos de saúde. Entre os maiores motivos de reclamações podemos elencar os seguintes:

- Ausência no cumprimento das obrigações e cláusulas contratuais;
- Negativa de procedimentos e serviços sem embasamento técnico adequado;
- Falta de notificação e comunicação assertiva por parte da operadora de plano de saúde;
- Cobranças e reajustes abusivos nos valores das mensalidades;
- Recusa em cobrir tratamento médico hospitalar.

Portanto, um fenômeno na área da saúde, observável nas últimas décadas em nosso país, é a conhecida judicialização da saúde. É o fenômeno da judicialização da

saúde pode ser concebido por diferentes óticas e entendimentos distintos do direito à saúde, promulgada pela legislação em 1988. Sob o ponto de vista dos gestores da área de saúde, os recursos financeiros da área de limitados e finitos e a saúde não pode se restringir apenas a cuidados médicos e acesso as novas tecnologias. Nesse sentido, o sistema de saúde engloba diversos aspectos, tais como, social, político, econômico, cultural e biológico. Sob o pressuposto do Judiciário, a visão ultrapassa as questões financeiras, a grande maioria dos juízes tem o entendimento que a garantia a vida desqualifica qualquer argumento reducionista.

2.3.2 Gestão do Conflito

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.

Na perspectiva de VEZZULLA (1998, p. 22), o conflito é uma situação de concorrência, onde as partes estão conscientes da incompatibilidade de futuras posições potenciais, e na qual cada uma delas deseja ocupar uma posição incompatível com o desejo da outra.

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.

“Uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso à distribuição de bens escassos”; Norberto Bobbio, em seu livro Dicionário de política, discorrendo sobre conflitos sociais.

A abordagem de Reimann (2004) compreende o conflito como uma questão essencialmente de ordem política e orientada ao *status quo* e na abordagem terapêutica para a Resolução do Conflito;

Na Visão interacionista de Weber (1999) propõe o estudo do conflito a partir da ação cotidiana e histórica resultante da concorrência de bens escassos. Segundo o autor, o conflito é casual, em condições históricas e não é resultado inevitável e invariável da desigualdade, além disto, relacionou poder com conflito e resistência e não com violência quando conceituou “poder”.

Para Weber (1999, p.14),

A ação social (incluindo omissão ou tolerância) orienta-se pelo comportamento de outros, seja este passado, presente ou esperado como futuro (vingança por ataques anteriores, defesa contra-ataques presentes ou medidas de defesa para enfrentar ataques futuros). Os “outros” podem ser indivíduos e conhecidos ou uma multiplicidade indeterminada de pessoas completamente desconhecidas. (WEBER, 1999, p.14)

Portanto, as ações individuais são muitas vezes influenciadas pelas ações de outras pessoas, e para análise das ações sociais buscou as explicações na Sociologia, pois em consonância com Weber (1999, p.15), “constrói conceitos de tipos e procura regras gerais de acontecimentos, buscando a univocidade dos conceitos pela adequação dos sentidos”.

Todas as qualidades imagináveis de uma pessoa e todas as espécies de constelações possíveis podem pôr alguém em condições de impor a sua vontade numa situação dada. Por isso, o conceito sociológico de “dominação” deve ser mais preciso e só pode significar a probabilidade de encontrar obediência a uma ordem. (WEBER, 1999, p. 33).

Em consonância com as definições de Weber, “uma relação social denomina-se luta quando as ações sociais se orientam pelo propósito de impor a própria vontade contra a resistência do ou dos parceiros” (1999, p.23).

Para Zapparoli (2009), “o conflito é um desacordo e, em geral, as pessoas entram em conflito por divergência (incompatibilidade) de valores, necessidades, opiniões e desejos de uma ou de ambas as partes”.

Além da conceitualização do conflito por Weber, outros sociólogos estudaram a questão do conflito social, tais como, Georg Simmel (1983), Norbert Elias (1994 e 2005), Ralf Dharendorf (1959) e Lewis Coser (1996 e 1998).

A visão interacionista de Simmel fundamenta-se em ações sociais estabelecidas por indivíduos, grupos, estados e nações, acerca da cultura e poder. É uma perspectiva referente teoria e metodologia, cuja tem sua origem e indagações

assentadas em questões sociológicas que busca responder e compreender a realidade social.

Nesse sentido, é importante destacar em nossa abordagem do conflito: não existe uma realidade única e objetiva do conflito, mas diferentes visões de realidade sobre a situação em questão.

Na perspectiva interacionista de Elias (2005) o conflito social se apresenta quando há a sobreposição entre as necessidades e inclinações pessoais e as exigências da vida social, ou vice-versa. Portanto, afirma que: só pode haver uma vida comunitária livre de perturbações e conflitos se todos os indivíduos dentro dela gozarem de satisfação suficiente; e só pode haver uma existência individual satisfatória se a estrutura social for mais livre de tensão, perturbação e conflito.

Do ponto de vista dos grupos que se entrecruzam, podem por vezes considerar-se como expressões de uma animosidade pessoal, outras como consequência da ideologia de um ou de outro lado. E, no entanto, trata-se antes de conflitos e tensões estruturados. Em muitos casos, eles e os seus resultados constituem o centro de um processo de evolução. (ELIAS, 2005, p.189).

Segundo Dharendorf (1959) não existe sociedade sem conflito e consenso, ambos se completam da existência do outro e a origem do conflito está assentado na estruturação social. Na sua teoria de conflito esclarece a possibilidade da formação de grupos e como estes são responsáveis pelas mudanças no sistema social.

O cientista social não pode se deslumbrar com um equilíbrio temporário deve, antes, sensibilizar-se à probabilidade de que onde existe conflito e divisão também haverá forças pressionando para o estabelecimento de novos tipos de equilíbrio, devendo prestar atenção às forças conflitantes que levaram ao seu estabelecimento. (COSER, 1996, p.122).

Na perspectiva de Coser (1996), o conflito é uma perspectiva de preservação da ordem social, haja vista agir como uma válvula de escape, visando fortalecer a organização da sociedade.

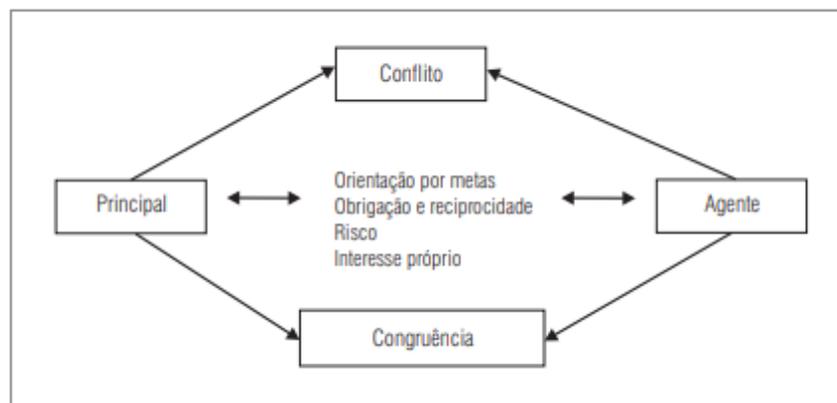
Ao considerar todos os pressupostos e a teoria sociológica acima, é possível conceber que à prestação oferecida pelo Sistema Judiciário, pelo qual as decisões judiciais, procuram pela resolução dos conflitos.

2.3.3 Judicialização e a Teoria de agência

A teoria da agência é uma fundamentação teórica assentada nas relações entre os diversos participantes de um sistema, cujo controle é executado por indivíduos distintos, o que pode contribuir na geração de conflitos entre as pessoas.

Os autores Jensen e Meckling (1976), definem uma relação de agência como sendo um contrato, no qual uma ou mais pessoas (principal), emprega outra pessoa (agente) para execução de algum serviço ou trabalho a seu favor, envolvendo a delegação de alguma autoridade de decisão para o agente. Salieta que, se ambas as partes são maximizadoras de utilidade, existe uma boa razão para acreditar que o agente não irá atuar conforme os interesses do principal.

Figura 01 – a relação entre agente e principal



Fonte: Sato (2007)

A teoria da agência, em consonância com Eisenhardt (1989), está preocupada com a solução e resolução de duas temáticas que podem ser oriundas do relacionamento entre o principal e o agente. A primeira questão do problema de agência surge quando os desejos, necessidades e objetivos do principal são conflitantes com os do agente. A segunda questão é o problema de compartilhamento de risco, cuja surge quando o principal e o agente preferem ações divergentes em virtude de suas diferentes perspectivas.

Vale ressaltar, que além dos conflitos de agência, temos um outro fator de extrema importância a ser considerado, ou seja, os custos da transação. Dessa maneira, na perspectiva de Williamson (1981, 1991), a avaliação dos custos de

transação pode ser utilizada para a escolha de estruturas de governança mais eficientes entre alternativas de hierarquia e mercado: empresas que elaboram determinado componente internamente (hierarquia) ou que compram esse componente de um fornecedor autônomo (mercado).

Na concepção de Jensen e Meckling (1976) a Teoria da Agência se estruturou embasada em três elementos essenciais:

- Despesas de monitoramento do principal,
- Despesas relacionadas a garantir que o agente não prejudicará o principal com as suas ações, e caso o faça, que compense o principal e,
- Perdas residuais ou de bem-estar, resultantes da diferença entre as reais decisões do agente e a decisão que teria maximizado o bem-estar do principal.

Szczerbacki (2010), menciona que o custo de agência pode ser decomposto em três partes:

- Gastos incorridos pelos principais com monitoramento, com objetivo de restringir a possibilidade dos sócios gerentes capturarem benefícios não pecuniários;
- Gastos suportados pelos sócios gerentes (*bonding costs*) para garantir aos acionistas externos a limitação de suas atividades sobre a firma;
- Perda de valor residual, representada pela divergência entre o comportamento do administrador e a melhor conduta para o acionista (SZCZERBACKI, 2010, p. 31-2).

A premissa básica da teoria da agência, para Fontes Filho (2004, p.3) é que, “se ambas as partes em um relacionamento principal-agente buscam maximizar sua função utilidade, nem sempre o agente vai agir em conformidade com o interesse do principal”. De acordo com Fama e Jensen (1983), um importante fator para a sobrevivência das formas organizacionais é o controle dos problemas de agência.

Na perspectiva de Mendes (2001, p. 13) a literatura do Agente-Principal (*agency*) surge da necessidade para lidar com os problemas de incentivos e monitoramentos emergentes da organização da produção em equipe. De acordo com Siffert Filho (1998, p. 5), as questões relativas ao agente principal são, então, um problema central da economia dos incentivos.

Ao considerar as premissas da teoria da agência, é possível identificar que um dos grandes desafios das cooperativas médicas, em virtude de suas peculiaridades de regulamentação e gestão, pode-se visualizar que a relação entre beneficiários, cooperados e a cooperativa é uma das chaves para o desenvolvimento sustentável da cooperativa.

Para Bursztyn e Bursztyn (2010) a sustentabilidade na gestão das cooperativas pode ser ameaçada pela combinação de problemas de *freeriders* (caroneiros), de horizonte e de agência.

Nesse sentido, Cook e Tong (1997), demonstram em seus trabalhos cinco problemas que surgem na gestão de cooperativas, sendo eles:

1. **Problemas de carona** – Cook (2005) cita que o problema de carona ocorre quando os direitos de propriedade são negociáveis. Na situação de cooperativa, o problema ocorre quando o cooperado prefere não investir ou participar, mas continua vinculado a cooperativa para usufruir de algum benefício gerado pela mesma.
2. **Problema de horizonte** – Cook (2005) menciona que este problema acontece quando os direitos sobre os benefícios de um ativo são menores que sua vida produtiva. Para Krumpelman- Farmer (2005) divide o problema de horizonte em dois, sendo o primeiro vinculado ao agente de controle e ocorre quando o gestor é incentivado a desenvolver atividades que não estão alinhados aos interesses dos cooperados. O segundo problema é relacionado ao investimento e a área de finanças, no qual o cooperado não tem interesse de contribuir para o crescimento do coletivo.
3. **Problema de portfólio**- o problema ocorre quando a cooperativa não consegue alinhar suas estratégias aos interesses dos cooperados. Os autores Jensen e Meckling (1976) afirmam que em virtude do problema de horizonte origina o problema de portfólio, haja vista não ter incentivos aos cooperados, para aprovar com investimentos a longo prazo.
4. **Problema de controle** – um outro problema na gestão das cooperativas é conflito de interesses entre o principal e o agente. Eisenhardt (1988) salienta que os problemas de agência se originam da separação da propriedade e da gestão nas organizações cooperativas. Segundo Cook (1995), quando a gestão da cooperativa é exercida por um agente não especializado, surgem problemas

na ineficiência a gestão. Nesta linha, a participação do cooperado na gestão pode levar à ineficiência na cooperativa, pois pode tender a se posicionar como usuário da cooperativa e não como proprietário (Bialoskorski Neto, 2012).

5. **Problema de custo de influência** – as decisões políticas tomadas pela cooperativa podem gerar conflitos entre cooperados. Nesta perspectiva, Cook (2005) reforça que os custos de influência decorre do fato de que as decisões dos órgãos de administração afetam a distribuição de riquezas e outros benefícios entre os associados.

Baseado nos pressupostos acima e nos conceitos da teoria da agência, um dos desafios para as cooperativas médicas é a resolução de conflitos de interesse existente entre agente e principal, cujos podem fazer uso da informação e do poder de coerção para influenciar contratos que estejam demasiadamente favoráveis a uma determinada parte.

Na situação das cooperativas médicas, além da divergência de interesse entre cooperado e cooperativas, existe um outro fenômeno que gera conflito, que é judicialização da saúde, sendo desafio destas cooperativas proporcionar o equilíbrio entre os interesses do Poder Judiciário e da Agência Nacional de Saúde (representante legal dos beneficiários) e os interesses da operadora de plano de saúde.

O setor da saúde suplementar é extremamente complexo e com diversos atores e motivações, as quais em grande parte são distintas entre si. Diante deste cenário, é possível encontrar inúmeros conflitos de interesse no setor, principalmente quando se tratam de cooperativas médicas, que operam como operadoras de plano de saúde. A partir destes conflitos e divergências, começa a surgir o problema de agência. De um lado o principal (a cooperativa médica e/ou operadora de saúde) com seus mecanismos de regulação passam a controlar o comportamento de seus agentes (beneficiários e cooperados). Neste relacionamento passa a ocorrer o controle dos custos da agência.

Os custos da agência deve ser pensado no setor da saúde, haja vista que existe uma demanda reprimida em virtude da escassez da oferta oriunda de fatores de restrições do sistema público de saúde. Dessa maneira, um dos grandes desafios na gestão das cooperativa médicas é o estabelecimento de estratégias para a redução

dos custos de agência e maximização de seus resultados e benefícios para todos os atores do processo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresenta-se a estratégia e a metodologia adotada nesta pesquisa, além das técnicas aplicadas para a coleta de dados e como ocorreu a abordagem para obtenção das informações relacionadas a cada objetivo específico desta pesquisa.

É importante ressaltar que a presente pesquisa é caracterizada para atender uma demanda por meio de um tratamento científico, haja vista que é possível averiguar a construção de saberes e aplicações práticas a partir destes conhecimentos. Na perspectiva de Goldman (1979), a pesquisa justifica-se na medida que nos permite conhecer melhor os acontecimentos que as pesquisas se propõe a estudar.

A estratégia adotada nesta pesquisa foi por meio de estudo de caso. Segundo Yin (2010), este tipo de estratégia possibilita esclarecer fatos encontrados em determinados setores ou estruturas a serem investigadas. Dessa maneira, é um método que propicia identificar características holísticas de determinados fenômenos. Saliencia que o estudo de caso se caracteriza pela oportunidade de lidar como uma gama de evidências e observações.

Baseado nos pressupostos acima, Yin (2010) reforça que os objetivos de um estudo de caso, são: “1) capturar o esquema de referência e a definição da situação de um dado participante; 2) permitir um exame detalhado do processo organizacional; e, 3) esclarecer aqueles fatores particulares ao caso que podem levar a um maior entendimento da causalidade”.

Referente à abordagem, a pesquisa possui caráter qualitativo, haja vista que Richardson et.al (2008), cita que a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como uma tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados.

3.1 ESPECIFICAÇÕES DO PROBLEMA

Ao se assentar na problematização desta pesquisa, no objetivo geral e, principalmente, nos objetivos específicos supracitados na parte introdutória, e com a premissa de direcionar o trabalho de coleta de dados, apresenta-se a questão norteadora deste trabalho: **quais as principais motivações que direcionam o beneficiário a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas?**

Segundo Mascareno (2006) afirma que uma pesquisa somente é válida quando fornece conclusões corretas e é verdadeira quando seus resultados são replicáveis. A presente pesquisa é caracterizada para atender uma demanda por meio de um tratamento científico, pois assim, é possível identificar a produção de conhecimento e aplicação de ações para essas demandas.

Dentre as perguntas que contribuíram para a resposta do objetivo geral, buscou-se compreender:

1. Quais os motivos e fatores que levam ao Cooperado a procurar o Poder Judiciário contra a Cooperativa?
2. Qual momento que o Cooperado tomou a decisão de entrar com a demanda judicial contra a Cooperativa?
3. Houve algum incentivo de terceiro para judicializar contra a Unimed Paraná?
4. Como o Cooperado se sente como médico cooperado e entrando com uma demanda judicial contra a Cooperativa?
5. Como cooperado percebe os efeitos da judicialização nos resultados da sua Cooperativa?
6. Quais as ações gerenciais internas e com o beneficiário que a Cooperativa tem promovido para reduzir as demandas judiciais?

3.1.1 Apresentação das categorias de análise de estudo

Para avaliar as categorias da análise a serem estudadas, elas devem ser conceitualizadas e operacionalizadas (Richardson, 2009). Existem duas definições para as categorias de análise: a constitutiva e a operacional.

Em virtude do caráter do método da pesquisa, os fenômenos aqui estudados são tratados como categorias de análise. As definições constitutivas (DC) e definições operacionais (DO) relativas às categorias de análise do trabalho são apresentadas abaixo:

Fatores e conflitos que levam o Cooperado ao Poder Judiciário

DC: 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.

DO: Refere-se aos motivos e fatores pelo quais os médicos cooperados acessam ao poder Judiciário contra a Cooperativa.

Percepção dos gestores referente ao fenômeno da Judicialização da Saúde

DC: A teoria da agência, em consonância com Eisenhardt (1989), está preocupada com a solução e resolução de duas temáticas que podem ser oriundas do relacionamento entre o principal e o agente. A primeira questão do problema de agência surge quando os desejos, necessidades e objetivos do principal são conflitantes com os do agente. A segunda questão é o problema de compartilhamento de risco, cuja surge quando o principal e o agente preferem ações divergentes em virtude de suas diferentes perspectivas.

DO: Refere-se à percepção dos gestores que trabalham na Cooperativa pesquisa acerca dos motivos que levam ao médico cooperado judicializar contra a Cooperativa.

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.

A presente pesquisa apresenta-se como um estudo de caso, sendo adotada a metodologia qualitativa. O referido método é usado principalmente pela possibilidade de aprofundamento no estudo das informações e processos obtidos. É importante salientar que a pesquisa se apresenta como explicativa, de tipologia de estudo de caso, que ocorreu em julho de 2018. É de natureza explicativa, haja vista que procura compreender os motivos e fatores que levam ao Cooperado na figura de consumidor procurar o Poder Judiciário contra as cooperativas de trabalho médico.

Do ponto de vista da sua natureza, a referida pesquisa classificou-se como explicativa, haja vista estudos explicativos, na percepção de Gray (2012), procuram responder questões do tipo “como”, ou ainda enfatizam a descoberta entre relações causais entre variáveis, caracterizando, enquanto proposta de pesquisa, uma das metodologias que mais aprofunda o conhecimento da realidade.

A pesquisa usa dados primários com a utilização de questionários estruturados e entrevistas semiestruturadas com cooperados e gestores. Como estratégia de condução, a pesquisa assumiu o caráter de estudo de caso. Na visão de Yin (2010), este modo de condução é adequado quando pretende entender “como” ocorrem os fenômenos, o que converge para a pergunta que norteia o trabalho da pesquisa.

Para operacionalizar o estudo de caso, optou-se por um referencial compatível com o tema pesquisado, bem como a seleção dos casos e o desenvolvimento dos protocolos para a coleta de dados.

Na fase seguinte, ocorreu a condução do estudo de caso, na qual foi feita a coleta de dados por meio de entrevistas e aplicação de questionários com perguntas abertas, voltadas para compreender o fenômeno de judicialização contra cooperativas médicas.

Na última etapa, com base nas análises obtidas por meio de entrevistas, chegou-se à etapa da interpretação dos dados obtidos por meio de comparativos com

o referencial teórico, gerando assim os resultados da pesquisa, fechando o ciclo das três fases do estudo proposto por Yin (2010).

O estudo de caso desta pesquisa partiu de um desafio enfrentado pelas cooperativas de saúde, referente a judicialização da saúde, o que tem ocasionado o aumento dos custos assistenciais e um desafio para os dirigentes e gestores deste segmento de mercado. A cooperativa pesquisada é uma singular de segundo grau, possui aproximadamente 140 mil beneficiários e 485 colaboradores.

Diante de um fenômeno de judicialização da saúde, e pensando nos alicerces de sustentabilidade, a cooperativa pesquisada tem procurado estruturar ações, para minimizar os efeitos destas demandas judiciais.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Malhotra (2001) é o agregado ou a soma de todos os elementos que compartilhar algum conjunto de características comuns, conformando o universo para a problemática da pesquisa. Portanto, é possível afirmar, que a população pode ser concebida como o universo, pelo qual o pesquisador pretende obter com os resultados da sua pesquisa.

Nesta pesquisa, a população foi definida como sendo os 13 médicos que possuem o plano do médico do cooperado, que geraram demanda judicial no ano de 2017, os quais se dispuseram a responder questionário aplicado presencialmente aos que residem na cidade de Curitiba e por telefone aos que residem em outras localidades do estado do Paraná. Na população também foram considerados 35 gestores que atuam na Unimed Paraná, para identificar a percepção destes acerca dos fatores que levam ao Cooperado a procurar o poder Judiciário contra a Cooperativa. Em relação aos gestores, a pesquisa ocorreu por meio de questionário estruturado, cujo foi disponibilizado por e-mail.

A amostra poder ser caracterizada por julgamento, ou seja, o pesquisador julga se aqueles respondentes são os mais representativos e adequados para a pesquisa. Para Malhotra (2001), fica a critério do entrevistador a seleção das unidades amostrais. A escolha da população depende diretamente do propósito da pesquisa.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Uma vez definido o contexto da pesquisa, avançou-se para a etapa de coleta de dados para efetivar a análise qualitativa que ocorreu nas seguintes etapas: entrevista, análise documental e aplicação de questionário.

A primeira etapa ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, as quais foram aplicadas com os Cooperados, que possuem o plano do médico e que geraram demanda judicial à Cooperativa pesquisada, que somam um total de 13, com o objetivo de conhecer os motivos que levam o cliente a procurar o poder Judiciário. Na perspectiva de Szymanski (2002) ressalta que a coleta de dados por meio da entrevista semiestruturada é fundamentalmente importante para avaliar o comportamento por meio da interação, pois além das respostas às perguntas é possível perceber as expectativas, sentimentos, preconceitos e interpretações de quem está envolvido nessa interlocução.

A segunda etapa da pesquisa foi feita com os gestores que atuam na Cooperativa pesquisa, por meio de questionário, visando identificar as suas percepções acerca dos motivos que levam ao Cooperado procurar o poder Judiciário, para a resolução de conflitos com a Cooperativa. O questionário foi composto de 04 (quatro) questões.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O procedimento metodológico usado para estudo de caso, em conformidade com o autor Yin (2010), pressupõe a existências de diversas variáveis, ou seja, o estudo fundamentou-se em várias fontes de evidências, convergindo dados em formato de triângulo e beneficiando-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para realização de dados.

De acordo com Yin (2010) existem 06 (seis) possíveis fontes de evidência para realização de estudo de caso, os quais são:

- Documentação;

- Registro em arquivos;
- Entrevistas;
- Observação direta;
- Observação de participante;
- Artefatos físicos.

Nesta pesquisa foram usados procedimentos distintos para a coleta dos dados. Para obtenção dos dados secundários, foram analisados documentos internos da Cooperativa pesquisada, que retratam o seu cenário acerca das demandas judiciais contra a organização. Vale ressaltar que este levantamento foi feito pela autora, que por atuar na instituição pesquisada obteve autorização para acessar tais informações, para subsidiar a referida pesquisa.

Os dados secundários, na percepção de Ferraresi (2002), são dados obtidos por meio de consultas a documentos oficiais da organização, publicações e impressos internos, além de outros documentos oficiais da organização, de origem comprovada e fidedigna que possam conter informações relacionadas ao tema de pesquisa.

Os dados secundários utilizados nesta pesquisa foram aquelas de origem interna de caráter descritivo (autorizados pela organização), disponíveis em apresentações institucionais e relatórios elaborados internamente pela organização.

De acordo com a perspectiva de Ferraresi (2002), os dados primários são aqueles originados pelo pesquisador com o objetivo de abordar o problema de estudo. Para levantamento dos dados primários, na primeira etapa, foram entrevistados os Cooperados que entraram com demandas judiciais contra a Cooperativa pesquisada, no ano de 2017. Para Babbie (1999), a entrevista reunir dados sobre algumas características, ações ou opiniões de um determinado grupo de pessoas. A condição dos pesquisados responderem as mesmas questões permitem a distribuição de determinadas características populacionais seja estudada e as relações entre si sejam exploradas.

Segundo Fontana e Frey (1994), a entrevista é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer.

Os dados foram coletados no período de junho a julho de 2018. Os cooperados que residem em Curitiba, num total de 06 (seis), foram aplicadas presencialmente, utilizando perguntas semiestruturadas (apêndice 1). As entrevistas foram gravadas e transcritas para análise de conteúdo, conforme metodologia adotada por Bardin (2009). Em cada entrevista foi solicitado que o entrevistado se manifestasse sua opinião acerca dos aspectos abaixo:

- 1) Quais os motivos e os fatores que levaram a procurar o poder Judiciário contra a Unimed Paraná?
- 2) Em qual momento tomou a decisão de entrar com a demanda judicial contra a Cooperativa?
- 3) Houve algum incentivo de terceiro para judicializar contra a Unimed Paraná?
- 4) Como se sente como médico cooperado e entrando com uma demanda judicial contra a Cooperativa?
- 5) Como percebe os efeitos da judicialização nos resultados da sua Cooperativa?

Na segunda etapa da pesquisa, foram enviados questionários (apêndice 2) para os gestores que trabalham na Cooperativa pesquisada, os quais foram aplicados por e-mail. Ao receber os questionários respondidos, a pesquisadora avaliou se todas as questões foram respondidas. Na sequência foram importadas para o software Atlas.ti, para execução da análise dos dados obtidos, por meio da análise de conteúdo.

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 a orientação da autora, de maneira geral o desenvolvimento, coleta e análise dos dados pretende atender as fases da pesquisa, conforme demonstra o quadro abaixo:

Tabela 2 – Fases da coleta e tratamento de dados

Fases	Objetivos	Materiais de apoio	Período
Análise documental	Identificar materiais constantes na Cooperativa que pudessem auxiliar na pesquisa	Relatórios das áreas da Cooperativa: Gestão de Clientes	Abril e maio de 2018

		e Assessoria Jurídica	
Formulação da entrevista e questionário	Formular e organizar as questões, com o objetivo de mapear a percepção do Cooperado e gestor da Cooperativa pesquisada acerca do problema pesquisado	Revisão teórica	Junho de 2018
Aplicação do pré-teste	Identificar possíveis falhas no entendimento das questões	Aplicado a colegas que atuam na cooperativa pesquisada	Julho de 2018
Realização da entrevista semiestruturada	Entrevista presencial com os Cooperados que residem na cidade de Curitiba. Entrevista por telefone para aqueles que residem em outras localidades do estado do Paraná	Gravação de áudio	Julho de 2018
Realização do questionário semiestruturado	Entrevista com os gestores da cooperativa pesquisada	E-mail	Julho de 2018
Análise dos dados	Triangulação de informações a fim de responder aos questionamentos da pesquisa	Atlas.ti	Agosto de 2018

Fonte: elaborado pelo autor, 2018

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise de dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2007), a análise de conteúdo é largamente usada em pesquisas qualitativas caracterizadas pela inferência que, sempre ao ser realizada, fundamenta-se na presença do índice (um tema, uma palavra, um personagem, por exemplo) e não na frequência de sua aparição, apesar desta não ser rejeitada. Aliás, a quantificação pode ser realizada para se verificar, por exemplo, a aparição de índices similares em discursos semelhantes.

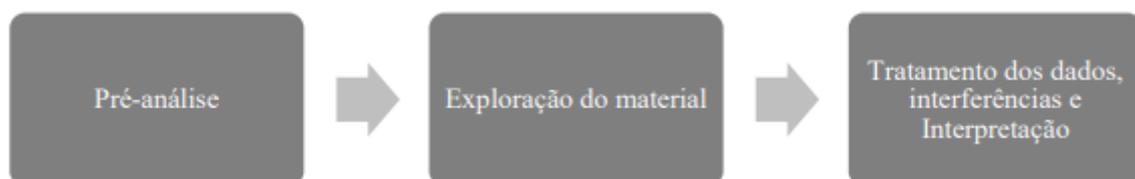
Nesse sentido, este tipo de técnica possibilita ao pesquisador codificar o texto (conteúdo) em vários agrupamentos (categorias). Para Bardin (2009), a análise de conteúdo, é um recurso que funciona para interpretar informações dos dados qualitativos presentes neste estudo e contemplou o uso de entrevistas.

Destaca, Freitas e Janissek (2000), que as categorias são o coração da análise de conteúdo e podem ser definidas como “marcas significativas” em função das quais o conteúdo é classificado.

Para operacionalizar a pesquisa, os dados foram importados para o software Atlas.ti, a qual auxiliou na categorização das informações obtidas durante ao processo de coleta de dados, permitindo assim a aferição dos resultados obtidos.

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo pode ser representada pelas seguintes fases:

Figura 2- Análise de conteúdo



Fonte: Bardin, 2004, p. 61

A primeira fase da pré-análise refere-se à formulação do plano de análise. Segundo Bardin (2011), a fase compreende a leitura geral do material direcionado para análise, no caso de entrevistas, estas já deverão estar transcritas. De forma geral, efetua-se a organização do material a ser investigado, tal sistematização serve para que o pesquisador possa conduzir a análise. Sendo que esta fase compreende:

- a) **Leitura flutuante:** é o primeiro contato com os documentos coletados durante a aplicação da pesquisa. Nesta etapa, é o momento em que se começa a conhecer o conteúdo das entrevistas;
- b) **Escolha de documentos:** consiste na definição do *corpus* de análise;
- c) **Formulação das hipóteses e objetivos:** a partir da leitura inicial dos dados;
- d) **Elaboração de indicadores:** a fim de interpretar o material coletado.

A segunda fase condiz à codificação e na transformação dos dados brutos em representações de conteúdo. Segundo Bardin (2004), nesta etapa, ocorrem três sub-etapas, sendo: recorte ou escolha das unidades de análise; enumeração ou escolha de regras de contagem ou; classificação e agregação das categorias.

A terceira fase de Bardin (2004) se assenta no tratamento dos dados, inferências e interpretação. Nesta etapa, as categorias são agrupadas como um conjunto de elementos que possuem características em comum.

Para análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo com o auxílio do *software* Atlas.ti, versão 8.0, por meio da identificação das unidades de significação (citação) e atribuição de códigos. Para Bardin (2010), a codificação consiste na transformação de dados brutos, o que, por meio de um recorte, permite atingir uma representação do conteúdo capaz de evidenciar para o pesquisador características presentes no material analisado.

O apêndice C, assentado nas prerrogativas de análise de conteúdo de Bardin (2010), representa de forma estruturada como se formou as categorias, subcategorias e unidades de registro que contribuiriam para as análises efetuadas nesta pesquisa.

4 ANÁLISE DOS DADOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A técnica de análise de conteúdo possibilitou estudar os principais pontos relacionados ao problema e ao objetivo desta pesquisa, a qual procurou identificar os motivos e fatores que levam o cooperado a entrar com uma demanda judicial contra o plano assistencial para o médico cooperado.

Os resultados da pesquisa são apresentados em dois tópicos:

- a) Identificação dos motivos e fatores que levam os cooperados procurar o Poder Judiciário contra a cooperativa, feito por meio da análise de conteúdo das entrevistas;
- b) Identificação da percepção dos gestores que trabalham na cooperativa pesquisada acerca dos fatores da judicialização da saúde.

A constituição de 1988 inovou as normas voltadas direcionadas para a proteção social. A expressão “direitos fundamentais” não é a única usada pela jurisprudência e pelos doutrinadores. A proposição de uma Constituição como documento formal capaz de garantir proteção aos cidadãos surge, na própria Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (“Art. 16. A sociedade em que não esteja assegurada a garantia dos direitos nem estabelecida a separação dos poderes não tem Constituição”) e retrata bem a preocupação com a configuração jurídica referente as conquistas políticas.

O fenômeno da judicialização da saúde é um dos grandes desafios para as cooperativas médicas, haja vista num ambiente de democrático e participativo, é preciso gerenciar os interesses metaindividuais, para não prejudicar os anseios coletivos e a sustentabilidade da organização.

De acordo com a definição trazida pelo Código de Defesa do Consumidor, os direitos ou interesses coletivos também se referem a bens jurídicos indivisíveis, mas com uma nota específica: sua titularidade é determinável na medida em que tais bens jurídicos se vinculam a grupos, categorias ou classes de pessoas ligadas entre si ou com a parte contrária por uma relação jurídica base.

Daí a afirmação de Grinover (2011) ao citar que

O conceito de 'coletivo' do Código é mais amplo do que o sustentado pela doutrina corrente, pois abrange os interesses ou direitos não organizados, mas em outro sentido é mais restrito, certo é que apenas os interesses ou direitos indivisíveis estão nele abrangidos. GRINOVER (2011, p.75)

Nesse sentido, o Poder Judiciário deve ser cuidadoso, visando averiguar se a pretensão judicial realmente trará benefícios reais para toda a coletividade. Não devem os Tribunais, a luz de darem razão à cidadania, colocar em segundo planos os aspectos técnicos, econômicos e científicos.

Considerando os pressupostos supracitados, percebeu-se que as demandas judiciais contra a cooperativa pesquisa têm aumentado significativamente, o que tem gerado impacto financeira na cooperativa. Além dos clientes pessoa física e jurídica, percebe-se um volume considerável de demandas feitas pelos cooperados que possuem o plano do PAC (Plano Assistencial do Cooperado).

4.1 DESCRIÇÃO DO CASO OBJETO DA PESQUISA

A trajetória da Unimed Paraná começou em Ponta Grossa/PR dia 18 de agosto de 1979, pelas Unimeds Londrina, Curitiba, Guarapuava e Ponta Grossa. Desde sua criação até hoje a Federação se preocupa em aperfeiçoar os serviços prestados às Cooperativas Paranaenses, assessorando suas necessidades atuais e projetando, a cada dia, um futuro ascendente. Atualmente o Sistema Paranaense é composto por 22 Singulares, 9.652 cooperados, 1.511.624 beneficiários. (UNIMED PARANÁ, 2018)

O plano de Assistência ao Cooperado (PAC) foi criado em 1993, e regulamentado em 1999, o PAC da Unimed Paraná, surgiu em virtude da necessidade de contar com um mecanismo que oferecesse segurança aos médicos cooperados do Sistema estadual, protegendo a sua saúde e a de seus familiares.

Além disso, ele pôs fim a um antigo impasse entre os médicos. Era regra, naquela época, o atendimento gratuito entre médicos e aos familiares destes. Com isso, o médico atendido sentia-se pouco à vontade. Esta situação causava constrangimento para ambos os lados e falta de liberdade para aquele que precisava

buscar o serviço. Hoje em dia, quem atende é devidamente remunerado, sem qualquer tipo de melindre.

O Plano de Assistência ao Cooperado – PAC é administrado pela Unimed Paraná. Trata-se de um plano adaptado às exigências da regulamentação do setor de saúde suplementar e com abrangência nacional. Os dados de julho de 2018 indicam 25.211 beneficiários, sendo 8.038 cooperados titulares.

4.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Judicialização da Saúde tem sido um dos grandes desafios para as cooperativas do ramo médico. Além dos clientes do plano de saúde que procuram o Judiciário, os próprios cooperados que possuem o plano do PAC, para questões assistenciais entram com demandas judiciais contra a sua cooperativa.

Dessa maneira, um dos objetivos desta pesquisa foi procurar compreender os fatores que levam o médico cooperado a procurar o Judiciário, para resolução de questões envolvendo tratamento de saúde para si ou para algum indivíduo da sua família.

Para compreender tais atritos entre a cooperativa e os cooperados, a teoria da agência visa analisar os conflitos e os custos resultantes. Segundo Jensen e Meckling (1976) nenhum indivíduo pode desejar maximizar uma função que não seja a sua, pois o seu comportamento está fundamentado no conjunto de suas preferências e em seus objetivos. Dessa maneira, ao caracterizar o “conflito de agência”, o IBGC (2007) salienta que a hipótese fundamental é que a agente e principal são indivíduos distintos e, sendo assim, os interesses daquele que administra a propriedade nem sempre estão alinhados com os de seu titular. Nesse contexto, no “conflito de agência” acontece a desarmonia entre o comportamento desejado pelo principal e as atitudes apresentadas pelo agente.

Historicamente, a relação entre cooperativas de saúde, prestadores de serviços e os usuários do plano de saúde não é na sua totalidade harmoniosa. Cada agente da relação apresenta seus anseios e interesses individuais que moldam a maneira de

agir e, os conflitos aumentam a busca pelo Poder Judiciário para a resolução de demandas da área assistencial da saúde.

No ano de 2017 a Unimed Paraná recebeu um total de 156 novas demandas judiciais, conforme a distribuição abaixo.

Tabela 3: Volume de demandas judiciais recebidas em 2017

Mês	Qtde. de Demandas	Valor Total Pedido
Janeiro	11	R\$ 584.502,06
Fevereiro	12	R\$ 277.087,27
Março	16	R\$ 642.037,09
Abril	07	R\$ 625.882,37
Maio	15	R\$ 627.298,11
Junho	14	R\$ 3.046.562,96
Julho	19	R\$ 528.937,51
Agosto	21	R\$ 620.043,52
Setembro	07	R\$ 290.420,00
Outubro	13	R\$ 989.396,30
Novembro	09	R\$ 491.312,96
Dezembro	12	R\$ 1.069.089,07
TOTAL	156	R\$ 9.792.569,22

Fonte: dados secundários (2018)

Das 156 demandas recebidas em 2017, 134 são oriundas das Varas Cíveis e Juizados Especiais Cíveis, conforme demonstrado na tabela 03.

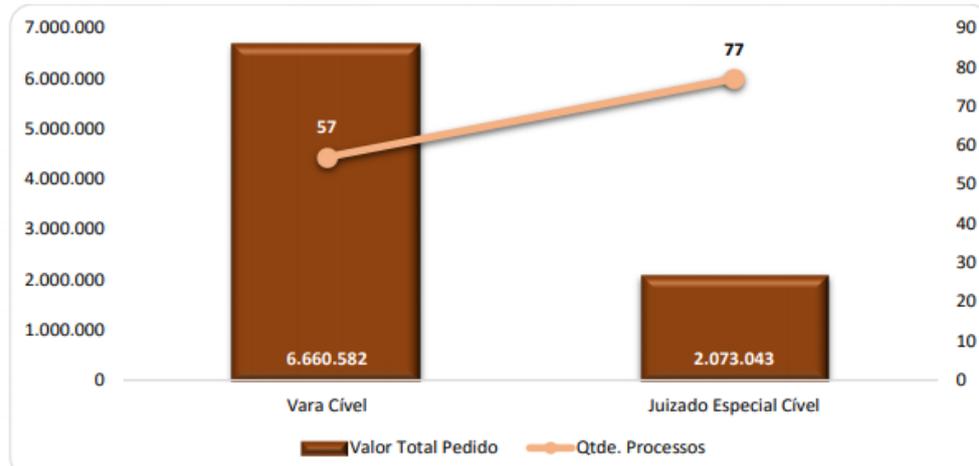
Tabela 4: Origens das demandas judiciais

Mês	Qtde. de Demandas	Valor Total Pedido
Janeiro	09	R\$ 494.502,06
Fevereiro	10	R\$ 235.921,06
Março	15	R\$ 632.037,09
Abril	05	R\$ 544.682,37
Maio	12	R\$ 387.298,11
Junho	13	R\$ 2.966.562,96
Julho	17	R\$ 512.821,83
Agosto	17	R\$ 449.580,88
Setembro	07	R\$ 290.420,00
Outubro	10	R\$ 819.396,30
Novembro	08	R\$ 411.312,96
Dezembro	11	R\$ 989.089,07
TOTAL	134	R\$ 8.733.624,69

Fonte: dados secundários (2018)

No gráfico 07 é possível identificar a quantidade e o impacto financeiro ao comparar o órgão do Poder Judiciário que origina a demanda judicial.

Gráfico 07: Origens das demandas judiciais



Fonte: dados secundários (2018)

Tabela 5: Distribuição das demandas judiciais por especialidades

Especialidade	Qtde. de Demandas	Valor Total Pedido
Cancerologia	32	R\$ 2.645.270,51
Ginecologia e Obstetrícia	16	R\$ 703.608,61
Home care	02	R\$ 432.000,00
Oftalmologia	10	R\$ 269.300,00
Ortopedia	07	R\$ 214.661,69
Neurologia	04	R\$ 200.659,99
Cardiologia	05	R\$ 121.678,81
Hematologia e Hemoterapia	01	R\$ 121.000,00
Neurocirurgia	01	R\$ 119.964,00
Cirurgia Plástica	03	R\$ 114.347,00
Cirurgia Geral	03	R\$ 93.827,37
Reumatologia	03	R\$ 90.800,00
Endocrinologia	02	R\$ 83.595,52
Cirurgia da Cabeça e Pescoço	01	R\$ 79.980,00
Genética Médica	02	R\$ 68.500,00
Hepatologia	02	R\$ 60.000,00
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	01	R\$ 55.000,00
Gastroenterologia	01	R\$ 35.000,00
Psiquiatria	02	R\$ 28.125,00
Pneumologia	01	R\$ 22.000,00
Angiologia e Cirurgia vascular	01	R\$ 20.095,00
Otorrinolaringologia	01	R\$ 15.300,00
Clínica Médica	01	R\$ 5.780,00
Nutrologia	01	R\$ 4.519,00
-	31 (*)	R\$ 3.128.612,19
Total	134	R\$ 8.733.624,69

Fonte: dados secundários (2018)

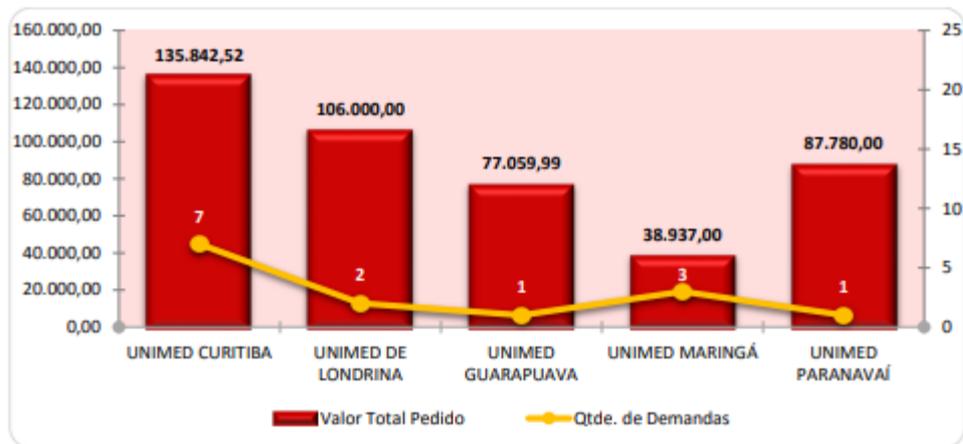
Ao analisar o relatório interno da Assessoria Jurídica da Unimed Paraná, das 134 demandas recebidas no ano de 2017, o total de 13 demandas foram feitas por cooperados, que possuem o plano do médico cooperado (PAC). Na tabela e no gráfico abaixo é possível visualizar de quais singulares tais cooperados são pertencentes.

Tabela 6: Demanda do PAC por Unimed

Contratante	Qtde. de Demandas	Valor Total Pedido
Unimed Curitiba	06	R\$ 134.842,52
Unimed de Londrina	02	R\$ 106.000,00
Unimed Guarapuava	01	R\$ 77.059,99
Unimed Maringá	03	R\$ 38.937,00
Unimed Paranaíba	01	R\$ 87.780,00
TOTAL	13	R\$ 444.619,51

Fonte: dados secundários (2018)

Gráfico 8: Demanda do PAC por Unimed



Fonte: dados secundários (2018)

Tabela 7: Demanda do PAC por Especialidade

Especialidade	Qtde. de Demandas	Valor Total Pedido
Cancerologia	05	R\$ 285.507,00
Neurologia	01	R\$ 77.059,99
Endocrinologia	01	R\$ 35.795,52
Oftalmologia	01	R\$ 22.500,00
Psiquiatria	01	R\$ 15.000,00
Administrativo	03	R\$ 7.757,00
Financeiro	01	R\$ 1.000,00
TOTAL	14	R\$ 445.619,51

Fonte: dados secundários (2018)

Os principais assuntos envolvidos nas demandas do Plano Assistencial do Médico Cooperado foram:

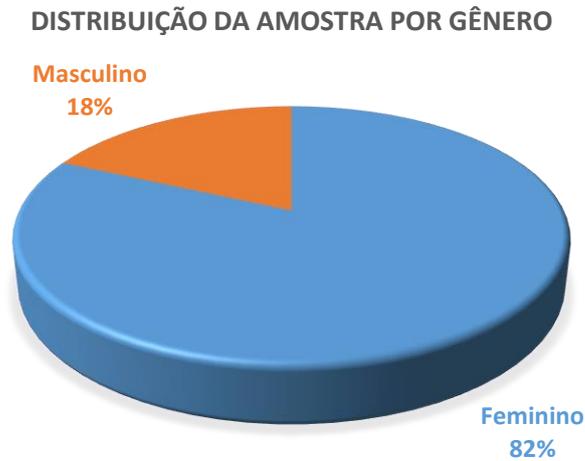
- Cobertura para o exame Pet-Scan, o qual é também conhecido como uma tomografia computadorizada por emissão de pósitrons. É um procedimento de imagem com a finalidade de diagnosticar precocemente o câncer, com custo alto e possui diretriz de utilização pela Agência Nacional de Saúde. Para algumas patologias não possui cobertura contratual.
- Inclusão de ex-esposa no plano de saúde;
- Medicamentos oncológicos;
- Divergência na indicação técnica do tratamento proposto pelo médico assistente;
- Reembolso de cirurgia realizada no exterior;
- Reinclusão no plano após o falecimento do titular.

Considerando a importância da temática e a expressividade das ações originadas pelo próprio cooperado, foram realizadas entrevistas com estes médicos, para compreender os fatores que levam a procurar o Poder Judiciário, para a resolução de questões assistenciais.

4.3 FATORES QUE LEVAM COOPERADO A PROCURAR O PODER JUDICIÁRIO

A seguir serão apresentados os resultados obtidos com a aplicação do instrumento de coleta de dados. Foi pesquisada uma cooperativa de saúde, situada no estado do Paraná. O resultado das entrevistas feitas com os médicos será apresentada na sequência deste capítulo. Foram convidados 13 cooperados para participar desta pesquisa. Contudo, apenas 11 (84%) aceitaram a participar, 01 cooperado não aceitou e 01 foi a óbito. Dos cooperados participantes da pesquisa, 82% são do sexo feminino e 18% do sexo masculino, conforme observado no gráfico 09:

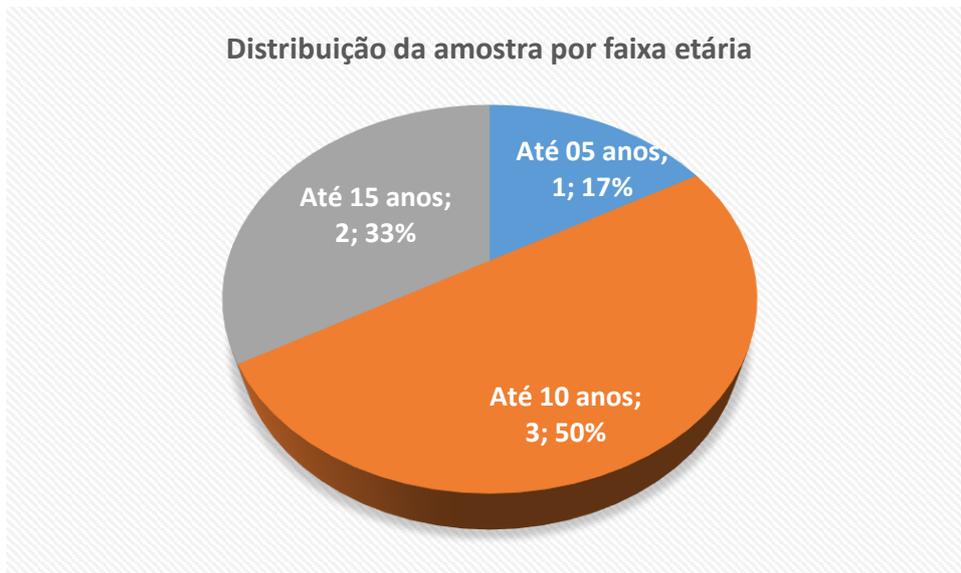
Gráfico 9: Distribuição da amostra



Fonte: elaborado pela autora (2018)

No gráfico 10, é possível identificar que 46% dos participantes da pesquisa estão alocados na faixa etária de 36 a 49 anos, 36% são maiores de 50 anos e 18% estão na faixa de 26 a 35 anos.

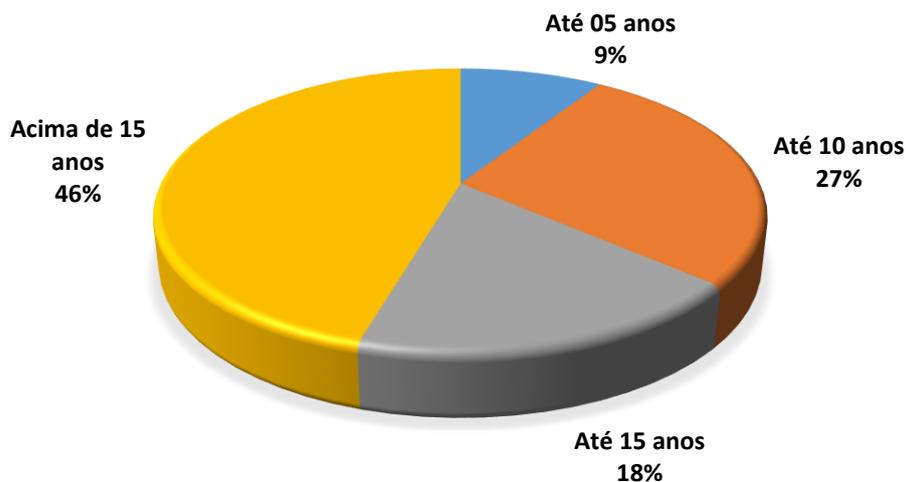
Gráfico 10: Distribuição da amostra por faixa etária



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Dos pesquisados 46% possuem o plano do médico cooperado (PAC) acima de 15 anos, 27% possuem acima de 10 anos e 9% até 05 anos, conforme demonstrado no gráfico 11.

Gráfico 11: Distribuição da amostra por tempo que possui o plano PAC



Fonte: elaborado pela autora (2018)

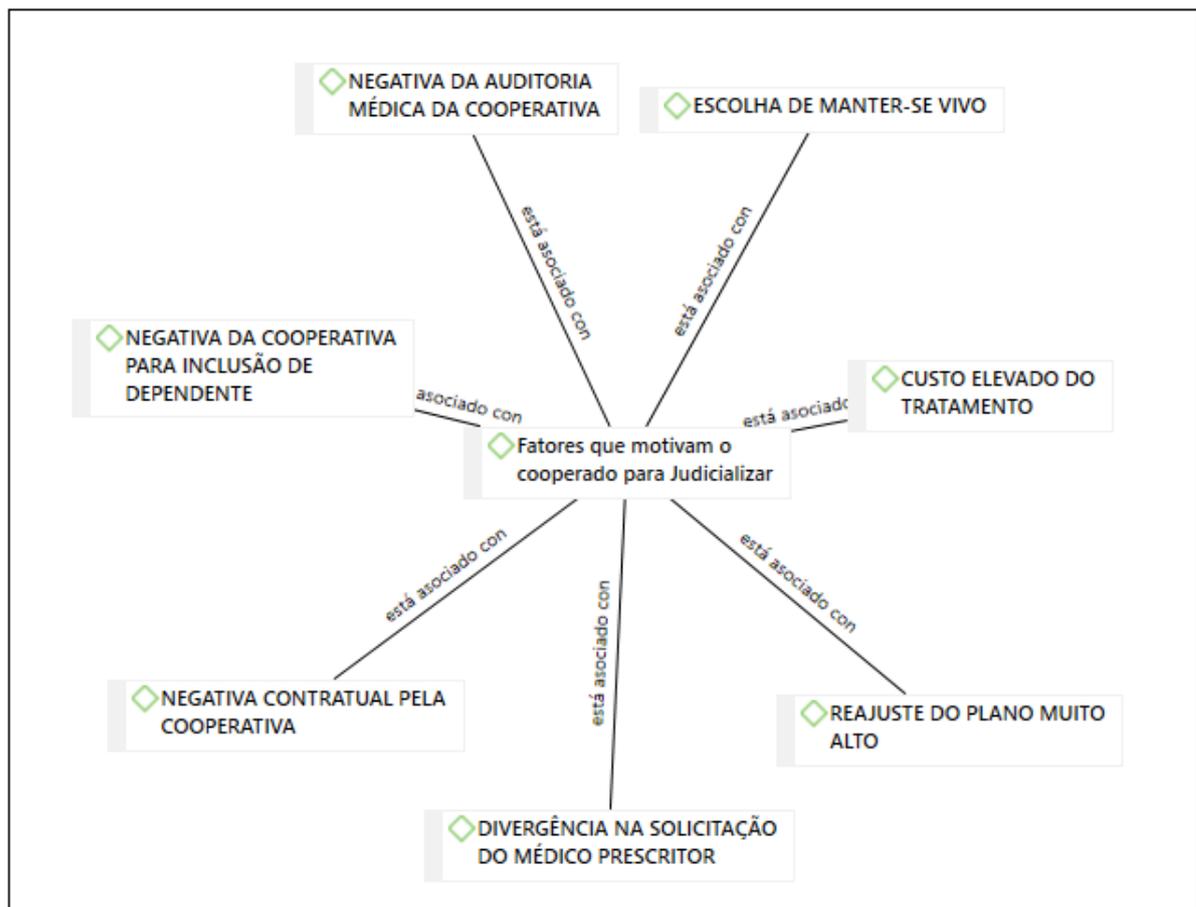
Essa etapa da pesquisa contribuiu para a resposta do objetivo geral e do primeiro objetivo específico traçados neste trabalho, que é averiguar os fatores e os motivos que influenciam o cooperado a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas e influências de conflitos da agência que levam a Judicialização da Saúde, e por meio da entrevista pode-se buscar a percepção dos agentes acerca do conflito.

Foram definidas diversas categorias agrupadas em grupos de categorias (termo usado na metodologia de pesquisa na ferramenta ATLAS.ti), sendo denominadas como: fatores que motivam o cooperado a judicializar (categorias para identificar os fatores), momento da decisão da judicialização (quando o cooperado na figura de consumidor tomou a decisão de procurar o poder Judiciário), agentes de conflitos (com categorias definidas para identificar na fala dos cooperados se teve influência de terceiros na demanda judicial). As categorias foram definidas em consonâncias com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico.

Durante a pesquisa, foi questionado aos cooperados quais os fatores que levam a procurar o Poder Judiciário na resolução de conflitos relacionados ao plano do PAC. Observou-se que a maioria dos respondentes informou que o fator que motiva a procurar da esfera judicial é a negativa de um tratamento médico (exame, cirurgia, medicamento e outros). Um outro apontamento frequente que se percebeu foi o valor do tratamento não autorizado pela operadora, em virtude deste custo, o cooperado é obrigado a procurar a Justiça, para garantir o acesso ao tratamento proposto pelo médico assistente.

Na figura 3, é possível averiguar tais afirmações em conformidade com as observações feitas durante as entrevistas.

Figura 3: Códigos dos fatores que motivam o cooperado a procurar o Judiciário contra o Plano de Assistência



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Segundo dados da ANS (2018) o grande motivador de reclamações de beneficiários na Agência, por meio das NIPs (Notificação de Investigação Preliminar) é a negativa de procedimento pela operadora do plano de saúde. Destaca a ANS que atua fortemente na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras. Em 2017, os canais de atendimento da Agência receberam cerca de 358,4 mil demandas de consumidores. Dessas, 268,1 mil (o equivalente a 75%) foram para esclarecimento de dúvidas e 90,3 mil foram queixas.

No que aponta para o fator principal da procura ao Judiciário, conforme apresentado em caixa alta na Figura 3, por meio da codificação pelo software, expressam as ponderações dos entrevistados ao falarem a respeito do questionamento “fatores que motivam o cooperado procurar o Judiciário contra a cooperativa. Foram definidas

É importante ressaltar que um dos elementos constitutivos dos vínculos organizacionais foram associados à questão das motivações que levam o cooperado a judicializar questões assistenciais contra o plano de saúde e, conseqüentemente contra a Unimed do Paraná.

Ao se referir aos fatores desta busca ao Poder Judiciário, os comentários dos entrevistados foram:

O cooperado (E7) mencionou que, com a negativa da cooperativa para o medicamento prescrito, teve que procurar a Justiça, em virtude do valor do custo do tratamento, pois este medicamento era imprescindível para manter se viva e não tinha condições financeiras para custear.

Nesta mesma linha, a médica entrevistada (E5), relatou que o fator da Judicialização foi contexto que estava passando, sua filha necessitava de um tratamento para retirada de tumor e não havia o tratamento no Brasil. O tratamento foi nos Estados Unidos e custo era muito elevado e não tinha condições para arcar com todo o valor. Dessa maneira, a família optou por buscar apoio no Judiciário uma vez que o tratamento não possui cobertura pelo plano.

A cooperada (E2), afirmou que não concorda com o posicionamento da cooperativa, haja vista que o seu médico assistente também era cooperado e, se prescreveu o atendimento, é porque tinha indicação. Não concorda com o

posicionamento e a negativa da Auditoria Médica da cooperativa, pois na sua opinião, pensam apenas na questão financeira e deixam a questão técnica para segundo plano.

Também foi ressaltado por outro entrevistado (E10), que procurou o Poder Judiciário, pois não concorda com o reajuste do seu plano de saúde, em virtude da mudança de faixa etária. Salienta que o plano do PAC foi criado para ser um benefício ao cooperado, porém, hoje percebe que a essência foi perdida e os atuais dirigentes da cooperativa focam as estratégias no lucro e esquecem o cooperado.

De acordo a Sociologia, o conflito mencionado acima, pode ser entendido na perspectiva interacionista de Elias (2005), pois o conflito social se apresenta quando há a sobreposição entre as necessidades e inclinações pessoais e as exigências da vida social, ou vice-versa. Portanto, afirma que: só pode haver uma vida comunitária livre de perturbações e conflitos se todos os indivíduos dentro dela gozarem de satisfação suficiente; e só pode haver uma existência individual satisfatória se a estrutura social for mais livre de tensão, perturbação e conflito.

Em consonância com a teoria da agência, o relacionamento entre os agentes do sistema de saúde é extremamente complexo, sendo caracterizado por uma complexa relação de conflitos de interesse e de poder. À luz da teoria da agência, é possível visualizar diversos elementos sociais e econômicos, principalmente relacionadas a figura de consumidor. Ao analisar o cenário das cooperativas de saúde, pode-se averiguar que inúmeros atores, exercem ao mesmo tempo os papéis de principal e agente.

Podemos reforçar que tal dualidade é um dos pontos que geram conflitos, segundo Hatch (1997), envolve o risco de o agente agir de acordo com seus interesses em vez dos do principal. Para evitar os problemas de divergência de interesses, são realizados contratos, cujo objetivo é alinhar os interesses dos agentes com os de seus principais.

Percebeu-se durante as entrevistas, que um ponto de conflito entre o cooperado que possui o plano PAC e a cooperativa pesquisada, é quando ocorre uma negativa de uma demanda de saúde, seja por motivos contratuais e/ou técnicos. A percepção é que o plano não deve ter restrição para os cooperados.

Dando sequência na pesquisa, foi solicitado aos pesquisados para informar qual foi o momento que decidiu efetivar uma demanda judicial contra a cooperativa. De acordo com a Figura 4, podemos observar que o momento decisivo para optar pela demanda judicial é quando a cooperativa, após análise faz a negativa formal pela não autorização do tratamento ou demanda relacionada ao tratamento assistencial do cooperado ou seu dependente.

Figura 4: Códigos do momento que o cooperado tomou a decisão pela judicializar contra a Cooperativa



Fonte: elaborado pela autora (2018)

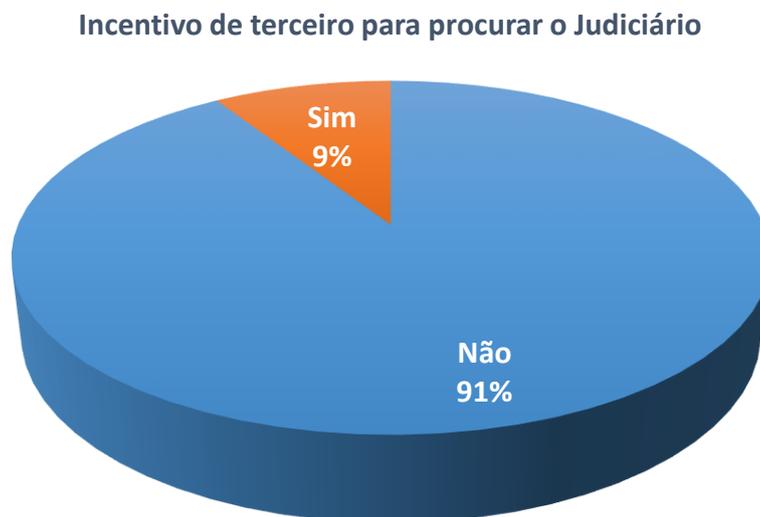
Além dos fatores mencionados acima, nos dados da ANS (2016), os clientes reclamam do descaso e condutas inadequadas das operadoras de planos de saúde. Entre os maiores motivos de reclamações podemos elencar os seguintes:

- Ausência no cumprimento das obrigações e cláusulas contratuais;
- Negativa de procedimentos e serviços sem embasamento técnico adequado;
- Falta de notificação e comunicação assertiva por parte da operadora de plano de saúde;
- Cobranças e reajustes abusivos nos valores das mensalidades;
- Recusa em cobrir tratamento médico hospitalar.

Constatou-se que além da negativa contratual ou técnica pela Cooperativa para o médico para uma demanda assistencial, um outro fator apontado pelos entrevistados foi a questão da comunicação e a divergência no retorno final da demanda. O entrevistado (E14), ressaltou que quando a Unimed negou o tratamento e as terapias para o seu filho, com informação que não possui cobertura pelo plano, ele se sentiu injustiçado, pois conhece outros cooperados que seus filhos tiveram um tratamento similar autorizado pelo plano.

Na literatura acerca do fenômeno da judicialização da saúde, é possível constatar em várias afirmações que o beneficiário em determinadas situações busca o Judiciário por incentivo de um terceiro (advogado, médico assistente e/ou a indústria de insumos de saúde). Nesse contexto, foi questionado aos cooperados pesquisados, houve incentivo de algum terceiro no seu processo de tomada de decisão acerca da judicialização contra a Cooperativa. Dos 11 cooperados pesquisados, 10 (91%) responderam informaram que a decisão não teve incentivo de terceiros, conforme demonstra o gráfico 17:

Gráfico 12: Incentivo de terceiro para procurar o Judiciário

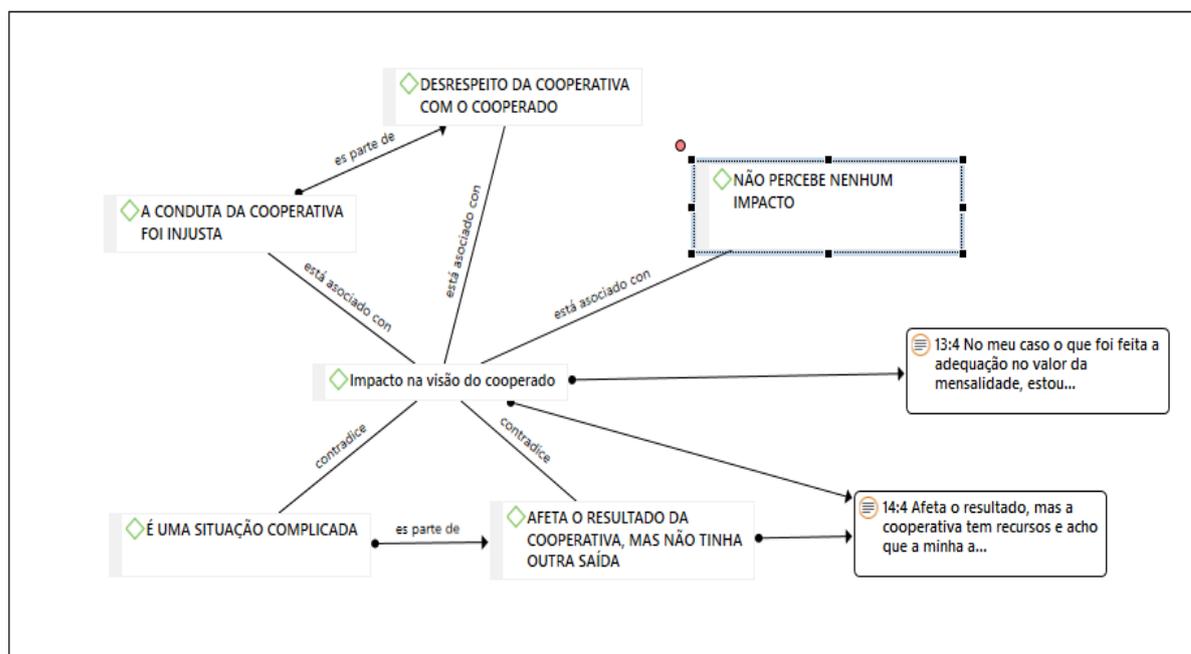


Fonte: elaborado pela autora (2018)

Por fim, foi perguntado aos pesquisados durante a entrevista, como o cooperado se sente ao entrar com a demanda judicial contra a cooperativa e, foi

possível averiguar que principalmente nas demandas envolvendo questões administrativas (mensalidade, inclusão de dependentes e outros), o cooperado não visualiza que a sua atitude pode gerar impactos para a cooperativa. Outros pesquisados consideram a questão complicada, haja vista o conflito de interesses, pois de um lado tem os compromissos com a cooperativa e do outro lado uma questão de saúde envolvendo a si mesmo e/ou um familiar, conforme demonstrado na Figura 5 a seguir:

Figura 5: códigos da percepção do cooperado acerca dos impactos da judicialização



Fonte: elaborado pela autora (2018)

As respostas referentes as perguntas 05 e 06 do questionário da entrevista semiestruturada, evidenciaram que os cooperados que estão no plano PAC e procuram o Judiciário, para garantir o tratamento de saúde, não possuem conhecimento acerca dos impactos que a judicialização ocasiona no resultado da cooperativa.

Durante as entrevistas, percebeu-se até um desconforto dos entrevistados nestas duas questões. Os participantes E5 e E8 inclusive não quiseram responder as duas perguntas.

Outro fator importante, para ressaltar, em relação aos cooperados entrevistados foi possível evidenciar durante a conversa que não participam e não acompanham as ações da Cooperativa.

Neste viés, o E7 reconheceu que não tem percepção do impacto da judicialização no resultado da Unimed, pois não participa ativamente das reuniões da Unimed e não se lembra da última assembleia que participou. Não gosta destas questões políticas.

Segundo Cook (1995), quando a gestão da cooperativa é exercida por um agente não especializado, surgem problemas na ineficiência a gestão. Nesta linha, a participação do cooperado na gestão pode levar à ineficiência na cooperativa, pois pode tender a se posicionar como usuário da cooperativa e não como proprietário (Bialoskorski Neto, 2012).

O resultado das entrevistas, além de revelar os conflitos de agência que influenciam a cooperativa a adotar mecanismos para mitigar as notificações na Agência Nacional de Saúde e as demandas judiciais. Vale ressaltar que o principal conflito que o cooperado não tem a visão que ele é dono do negócio e os impactos que as suas ações podem ocasionar no resultado da organização.

O cooperado na figura de consumidor do plano PAC, no momento que ele é cliente e eventualmente tem uma solicitação negada, usa o direito dele, de requerer o atendimento que não está sendo entregue. O entrevistado (E4), citou a importância de a cooperativa esclarecer e instruir o cooperado acerca dos direitos contratuais do plano PAC, como uma ação para minimizar o conflito.

4.4 PERCEPÇÃO DOS GESTORES ACERCA DA JUDICIALIZAÇÃO PELO COOPERADO

Essa etapa da pesquisa contribuiu para a resposta do segundo e terceiro dos objetivos específicos, ou seja, identificar a percepção dos gestores acerca dos fatores que levam o cooperado entrar com uma demanda judicial contra a cooperativa de trabalho médico e, analisar os reflexos da judicialização em saúde nas atividades e na gestão das cooperativas de trabalho médico.

Para conseguir estabelecer a triangulação desta pesquisa, foi essencial compreender os fatores que motivam ao cooperado aderiu ao plano PAC procurar o Judiciário para resolução de demanda de saúde. Na contrapartida verificar a percepção dos gestores acerca destes fatores e quais são os impactos deste fenômeno na sustentabilidade da cooperativa.

A Tabela 8 apresenta, de uma maneira sintetizada e objetiva, a relação entre a amostra e a população. Dessa maneira, por meio destas tabelas um comparativo da população estudada e sua relação com a amostra de 13 pesquisados com relação a sexo, escolaridade, idade e tempo de atuação na organização. A amostra representa 37,14% de todos os gestores que atuam na Unimed Paraná.

Tabela 8: Distribuição dos gestores por sexo

Sexo	Masculino	Feminino	Total
População	21	14	35
% População	60%	40%	100%
Amostra	6	7	13
% Amostra	46%	54%	100%

Fonte: elaborado pela autora (2018)

A amostra estudada dos pesquisados que atuam na Unimed Paraná são um total de 35. A distribuição dos participantes da pesquisa segundo sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação na organização. O gráfico 13 demonstra que os profissionais do sexo masculino representam 60% dos gestores, enquanto na amostra pesquisada este percentual é de 46,15%.

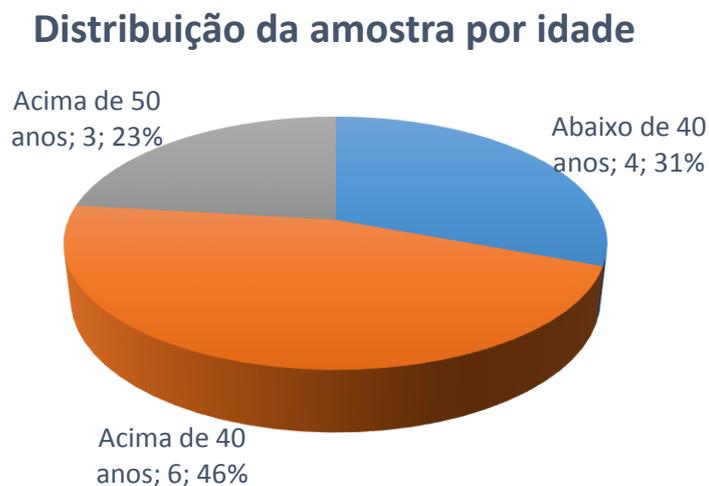
Gráfico 13: Distribuição dos gestores por sexo



Fonte: elaborado pela autora (2018)

No que se refere à idade, a amostragem conseguiu cobrir um percentual de 54% de profissionais com idade superior a 40 (quarenta) anos.

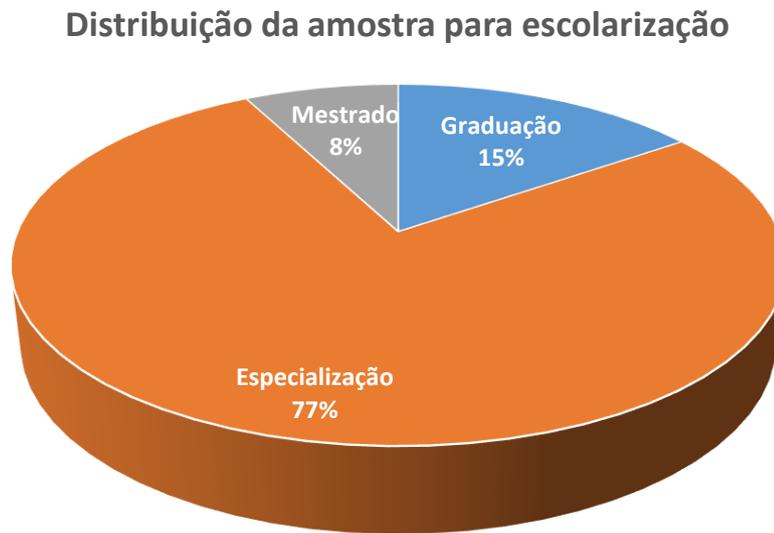
Gráfico 14: Distribuição da amostra por idade



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Em relação a escolaridade, a amostragem percebe que 77% dos pesquisados que atuam na Unimed Paraná possuem especialização, 15% possuem graduação e apenas 8% possuem o título de mestre.

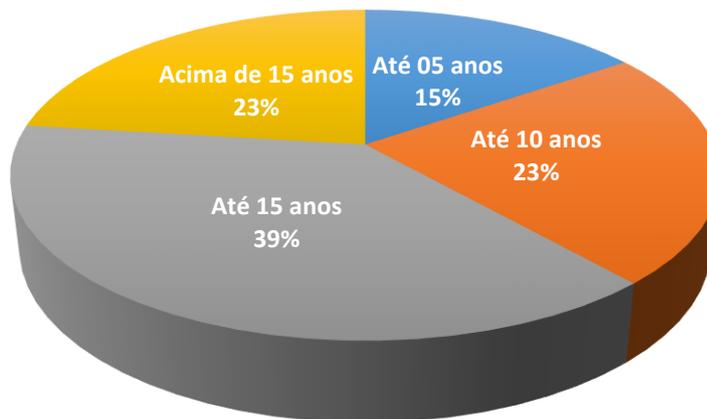
Gráfico 15: Distribuição da amostra por escolaridade



Fonte: elaborado pela autora (2018)

Gráfico 16: Distribuição da amostra por escolaridade

**Distribuição da amostra por tempo atuação na
Cooperativa**



Fonte: elaborado pela autora (2018)

O gráfico 16 demonstra que 23% dos gestores da Cooperativa pesquisa trabalham mais que 15 anos na organização. Sendo que 39% trabalham acima de 10 anos. Durante a pesquisa foi possível perceber que a rotatividade dos colaboradores e gestores da Unimed Paraná é baixo.

4.4.1 Fatores que levam ao Cooperado procurar o Poder Judiciário

Durante a construção do referencial teórico percebeu-se a questão do conflito dentro da organização (nesse estudo trata-se da relação do médico cooperado, na figura de consumidor, com a cooperativa). Em virtude da complexidade de uma cooperativa médica, a questão do conflito pode ocorrer de uma maneira muito expressiva: os cooperados exercem papéis e possuem interesses distintos na relação com a cooperativa.

Ao iniciar as suas atividades da cooperativa, o médico torna-se sócio e possui o direito de contratar o plano do médico cooperado. É um produto regulamentado e a gestão deste é feita pela Unimed Paraná. Desta maneira, as Singulares do Sistema Unimed pertencentes ao estado do Paraná, podem inscrever os seus cooperados e seus dependentes no plano PAC (Plano Assistencial do Cooperado). Apesar deste plano ter alguns benefícios restritos aos cooperados, ainda é possível evidenciar que existe em determinados momentos uma relação de conflito, principalmente, quando um tratamento de saúde não é autorizado pela Cooperativa, em virtude de ausência de cobertura contratual e/ou falta de indicação técnica.

Dessa maneira, os médicos cooperados podem ser consumidores dos próprios serviços que a cooperativa comercializa e disponibiliza no mercado da saúde suplementar.

Em virtude de toda a complexidade que envolve o plano de saúde para o médico cooperado é possível averiguar toda a dificuldade no gerenciamento de conflitos numa sociedade cooperativa.

Segundo Reimann (2004) compreende o conflito como uma questão essencialmente de ordem política e orientada ao *status quo* e na abordagem terapêutica para a Resolução do Conflito.

Na Visão interacionista de Weber (1999) propõe o estudo do conflito a partir da ação cotidiana e histórica resultante da concorrência de bens escassos. Segundo o autor, o conflito é casual, em condições históricas e não é resultado inevitável e invariável da desigualdade, além disto, relacionou poder com conflito e resistência e não com violência quando conceituou “poder”.

Os principais motivos elencados pelos gestores durante a pesquisa foram os seguintes fatores:

1. Falta do senso de coletividade, ou seja, priorizar os interesses pessoais;
2. Falta de conhecimento do médico cooperado acerca das coberturas contratuais do plano disponibilizado pelo Sistema Unimed Paranaense;
3. Negativas de tratamentos médicos fornecidos pela operadora com falta de embasamento técnicos e/ou mal fundamentadas;
4. Burocracia no processo de autorização de procedimentos por parte da cooperativa, ou seja, a autorização do procedimento é muito demorada e onerosa para o cliente;
5. Incentivo de terceiros para judicialização: outros médicos, advogados e indústria de insumos de saúde;
6. Ausência de uma comunicação assertiva e direcionada para o médico cooperado;
7. Postura do poder judiciário, o qual emite liminar judicial isentando do parecer as questões técnicas e contratuais.

Nesse sentido, segue abaixo alguns apontamentos levantados pelos gestores entrevistados da Unimed Paraná:

O entrevistado (E15), citou que os fatores que levam ao cooperado procurar o judiciário são: solicitação médica de procedimento sem cobertura contratual e fora de diretrizes técnicas; as operadoras deveriam alinhar com a sua rede prestadora quais são os procedimentos cobertos e as diretrizes que devem ser atendidas e, falta de conhecimento do cooperado (na figura de consumidor) sobre as condições cobertas do contrato.

Nessa mesma perspectiva, o pesquisado (E18), ressaltou que os fatores são influência de alguns médicos cooperados e de terceiros vinculados com o cliente; demora no processo de liberação de procedimentos por excesso de burocracia. Em algumas situações, a equipe da Auditoria Médica não se posiciona de forma completa nos processos e falha no processo de comunicação com os clientes.

Tais apontamentos oriundos das perspectivas dos gestores da Unimed Paraná, corrobora com a afirmação da autora Cook (2005) reforça que os custos de influência decorrem do fato de que as decisões dos órgãos de administração afetam a

distribuição de riquezas e outros benefícios entre os associados. Nesta linha, a participação do cooperado na gestão pode levar à ineficiência na cooperativa, pois pode tender a se posicionar como usuário da cooperativa e não como proprietário (Bialoskorski Neto, 2012).

As cooperativas médicas são reguladas pela legislação 9.656/98, a qual regulamenta a atuação das operadoras de planos de saúde pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Em consonância com a regulamentação mencionada, a Unimed Paraná para o plano do médico cooperado segue as diretrizes preconizadas na regulamentação.

Durante o processo de pesquisa e em contato com os gestores da cooperativa não foi evidenciado nenhuma penalidade para o cooperado que entra com liminar judicial contra o plano assistencial do médico cooperado.

Um ponto contraditório entre a percepção dos cooperados e gestores, foi que, na ótica da Cooperativa os médicos cooperados entram com a demanda judicial por incentivo de um terceiro, podendo ser um outro colega médico, advogado ou fornecedor da área. Na entrevista realizada com os cooperados, quase a totalidade, foram enfáticos em afirmar que não tiveram incentivos de terceiros, ou seja, foi uma decisão individual.

4.4.2 Impactos que a judicialização da Saúde tem ocasionado na cooperativa

A judicialização da saúde é compreendida como um fenômeno que ultrapassa as margens demarcatórias jurisdicional, haja vista que boa parte das decisões são oriundas da garantia do direito à saúde, o qual é direito fundamental derivado, em virtude da dependência da concretização da legislação, conforme redação dos arts. 196 e 197 da Constituição Federal.

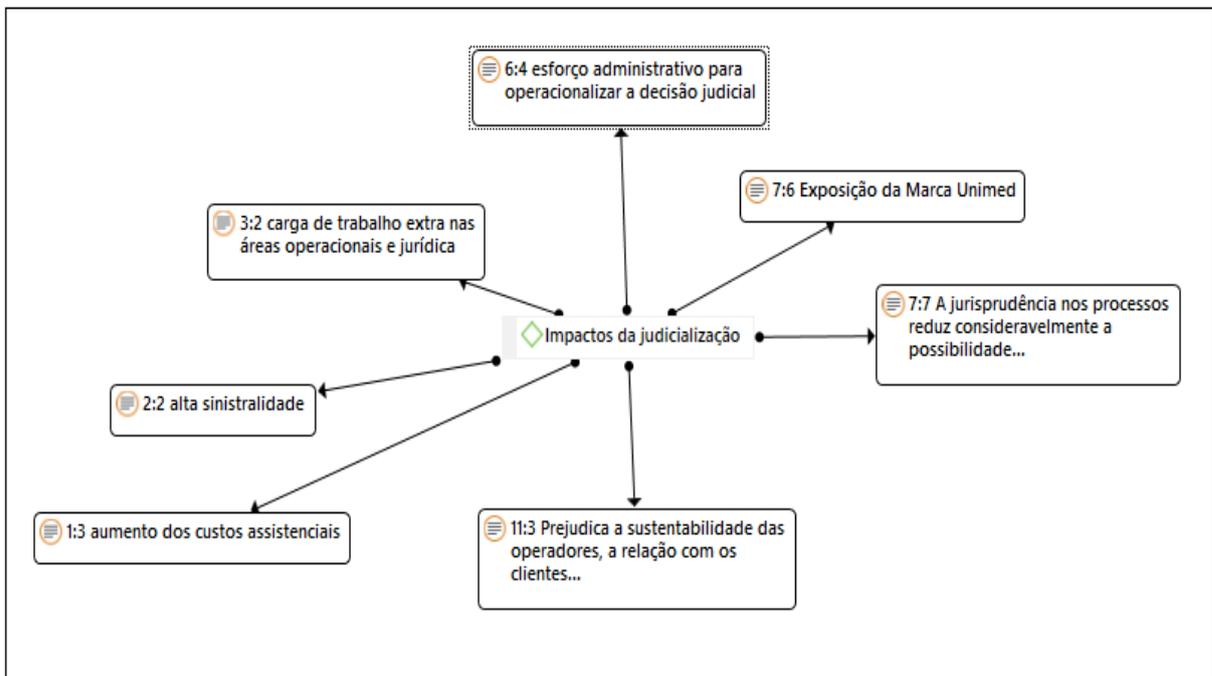
Ao tratar sobre a temática acima, faz-se necessário mencionar novamente a Constituição Federal Brasileira, o artigo 5º, XXXV, da Carta Magna estabelece expressamente que “lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito” (BRASIL, 1988)

Perante o acesso limitado às ações e serviços de saúde, alguns usuários tentam alcançá-los por meio de ações judiciais. Este fenômeno é conhecido como judicialização da saúde e tem ocorrido com grande frequência, nos últimos anos, em diversos tribunais (MARQUES; MELO; SANTOS, 2011, p. 43)

Portanto, a judicialização da saúde, que impõe por vezes a utilização de novas tecnologias, tratamentos e insumos de saúde de maneira desorganizada e com forte impacto nos custos assistenciais.

Baseado nos pressupostos acima, foi questionado aos gestores da Unimed Paraná quais os impactos que a judicialização da saúde tem ocasionado na cooperativa. Na figura 7, podemos perceber que os impactos gerados ficaram concentrados em dois fatores sendo: aumento nos custos assistenciais e, conseqüentemente impacto na taxa de sinistralidade da operadora. O outro fator mencionado na pesquisa foi acerca da sobrecarga de trabalho administrativo que demanda judicial gera na rotina operacional da cooperativa.

Figura 7– Citações dos impactos da judicialização da saúde na cooperativa



Fonte – dados da pesquisa (2018)

Como se percebe nas citações dos pesquisados, a judicialização da saúde e as ações demandas pelos próprios cooperados é um grande desafio para a organização, para manter a sustentabilidade do negócio.

De acordo com E15, os principais impactos para a Cooperativa são: imprevisibilidade contratual, desequilíbrio financeiro, tendo em vista aumento significativo de custos não previstos, aumento do quadro funcional para atender todas as demandas e necessidade de especialização atualizada e profunda dos profissionais relativos às áreas envolvidas.

Para o E19, corrobora na questão dos impactos financeiros e administrativos, citando: exposição a marca, a jurisprudência nos processos reduz consideravelmente a possibilidade de ganho de causa, prejuízo financeiro em razão das custas judiciais e de acordos realizados nas ações e retrabalho para as equipes, considerando a necessidade das áreas para dar suporte no atendimento das demandas.

4.4.3 Ações gerencias adotadas pela cooperativa para reduzir as demandas judiciais

Um dos desafios para as cooperativas médicas é a resolução de conflitos de interesse existente entre agente e principal, cujos podem fazer uso da informação e do poder de coerção para influenciar contratos que estejam demasiadamente favoráveis a uma determinada parte.

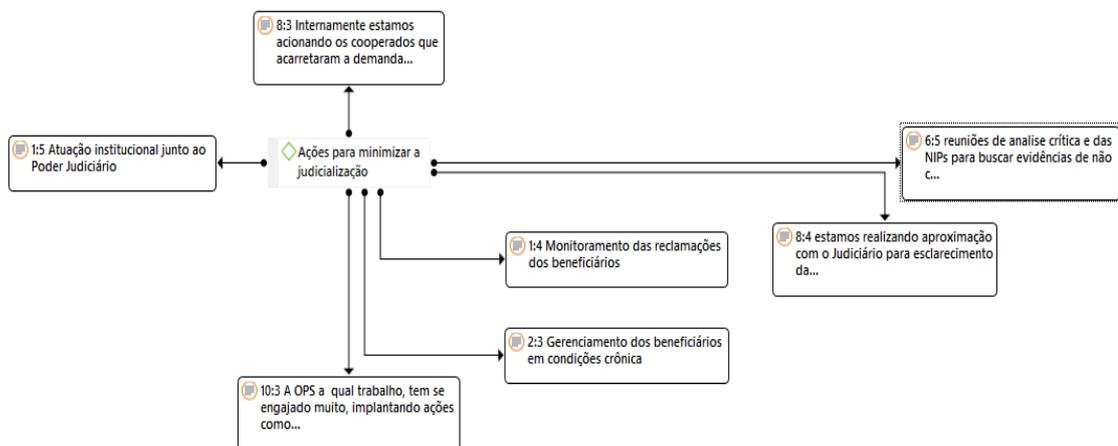
Na situação das cooperativas médicas, além da divergência de interesse entre cooperado e cooperativas, existe um outro fenômeno que gera conflito, que é judicialização da saúde, sendo desafio destas cooperativas proporcionar o equilíbrio entre os interesses do Poder Judiciário e da Agência Nacional de Saúde (representante legal dos beneficiários) e os interesses da operadora de plano de saúde.

Cook (2005) cita que o problema ocorre quando os direitos de propriedade são negociáveis. Na situação de cooperativa, o problema ocorre quando o cooperado prefere não investir ou participar, mas continua vinculado a cooperativa para usufruir de algum benefício gerado pela mesma.

No caso desta pesquisa, uma problemática ocorre quando o cooperado, na figura de consumidor (beneficiário), tem uma solicitação de saúde indeferida e o mesmo entra com uma demanda judicial, para obter o atendimento da sua solicitação.

Na figura 8, será possível observar as ações que estão sendo tomadas pela cooperativa, a fim de reduzir os conflitos com os médicos cooperados em relação ao plano de saúde.

Figura 8 – Ações gerenciais adotadas pela cooperativa



Fonte – dados da pesquisa (2018)

Dentre as ações que são tomadas pela cooperativa, os pesquisados mencionaram as seguintes medidas:

- Monitoramentos das manifestações e reclamações dos cooperados que fazem parte do plano dos médicos cooperados;
- Realização de reuniões internas com um grupo multidisciplinar (Gestão de Clientes, Auditoria Médica, Assessoria Jurídica, Qualidade e Assessoria Regulamentar), visando analisar as demandas judiciais e notificações feitas a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Após as análises são estabelecidas ações, para minimizar as reclamações e a insatisfação do cliente;

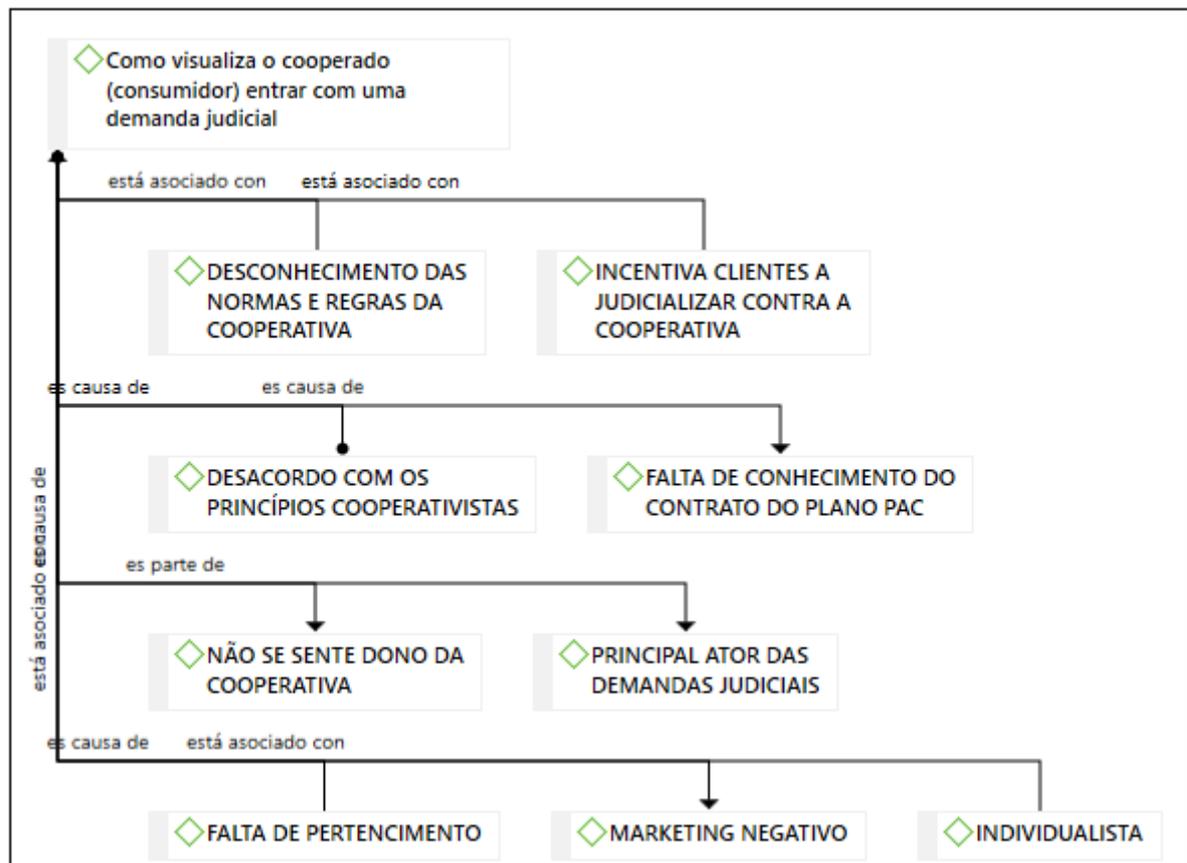
- Incentivo às Singulares para entrar em contato com os usuários do plano do médico cooperado, com liminar judicial, para mostrar os impactos da judicialização para os resultados da cooperativa;
- Aproximação do poder Judiciário, objetivando oferecer subsídios para o processo de tomada de decisão;
- Ações operacionais da área da saúde com gerenciamento de casos crônicos; aquisição e entrega de medicamentos de alto custo;
- Participação em eventos que envolvem o Poder Judiciário (Comitês de Saúde, NAT, etc.), demonstrando a visão das operadoras e as dificuldades em atender decisões do judiciário sem respaldo contratual, nem regulamentar (ANS);
- Palestras para grupos sensíveis (pacientes oncológicos, pais de crianças com doenças degenerativas, etc.);
- Reuniões com os setores das empresas contratantes, demonstrando o desequilíbrio causado pela judicialização e atuação de apoio para o controle da sinistralidade.

Percebeu-se que entre os fatores citados pelos gestores para a judicialização do médico é a falta de conhecimento do cooperado acerca das coberturas contratuais do plano PAC. Todavia, dentro das ações gerenciais para minimizar tais demandas judiciais, não foi evidenciado nenhuma ação efetiva direcionada para o médico cooperado. Foi possível visualizar ações com as contratantes e com o Judiciário.

4.4.4 Como os gestores da cooperativa visualizam a judicialização pelo cooperado

Na figura 9, observa-se que os pesquisados ressaltam que visualizam o cooperado que entra com uma demanda contra o plano PAC, como um indivíduo que não possui o senso de pertencimento e prioriza os interesses individuais em detrimento ao coletivo. A literatura pesquisada corrobora com as percepções destes gestores, pois segundo Eisenhardt (1989), o problema de agência surge quando os desejos, necessidades e objetivos do principal são conflitantes com os do agente.

Figura 9– Como a cooperativa visualiza a judicialização pelo cooperado



Fonte – dados da pesquisa (2018)

Dessa maneira, a literatura aponta que os conflitos nas relações organizacionais e a necessidade de atender os diferentes tipos de públicos em situações divergentes de atuação reflete a dificuldade do gerenciamento numa sociedade cooperativa.

Segue abaixo relatos interessantes dos gestores da cooperativa pesquisada, acerca da maneira como visualizam o cooperado que entra com uma demanda judiciais.

- Resposta do E11: Impetrar uma ação judicial é um direito constitucional do cidadão (art. 5º, inciso XXXV da C.F.); assim, não há como coibir tais atitudes. No entanto, ajuizar uma ação contra a própria sociedade é um recurso extremo, quando, efetivamente, não há mais nenhuma forma de resolução da demanda. O cooperado, na qualidade de sócio, deveria

ter outra percepção da sua condição. É importante, e essencial, esclarecer os cooperados e dar-lhes essa visão, demonstrando os prejuízos que poderão causar ações inconsequentes ou impensadas aos seus pares.

- Resposta do E15: Este é o principal personagem das demandas judiciais, pois é através do pedido do médico que o juiz toma conhecimento das solicitações do beneficiário, o próprio cooperado contra a sua cooperativa. Ou seja, não conhece o produto que a operadora comercializa. Quanto as judicializações para benefício próprio é pior ainda, pois temos liminares absurdas que pedem fornecimento de itens que são de responsabilidade do beneficiário e se utilizam até do poder como médico para forçar a liminar.
- Resposta E14: Na minha opinião, vai contra os princípios cooperativistas. O cooperado tem todo o suporte e conhecimento diferenciado como beneficiário e a partir que entra com uma ação judicial contra a cooperativa abala a visão da instituição. É como “nadar contra a correnteza”.
- Resposta do E19: Ele não apresenta o senso de pertencimento à cooperativa. Muitos médicos se filiam basicamente para ter uma produção e não para ser realmente um cooperado. A Unimed tem uma parcela de culpa nessa falta de entendimento, pois, em muitas situações trata o médico apenas como um “contratado” para a prestação de serviços e não como. Isso prejudica a relação dele com a cooperativa e, conseqüentemente, contribui para a disseminação de imagem negativa da marca aos pacientes, que são os nossos clientes/beneficiários. O senso de pertencimento por parte do cooperado é fundamental!

De acordo com o referencial teórico face o homem ser eminentemente social, não vive isolado, e a convivência em grupo requer normas e regras de conduta. Dessa maneira, o Estado como forma de organização pública e política, tem como finalidade satisfazer a necessidade humana, por meio de ações de segurança, justiça e bem-estar social e econômico.

Baseado nesses pressupostos, surge a Constituição Federal, que na perspectiva de Silva (2011):

[...] a organização dos seus elementos essenciais: um sistema de normas jurídicas, escritas ou costumeiras, que regula a forma do Estado, a forma de seu governo, o modo de aquisição e o exercício do poder, o estabelecimento de seus órgãos e os limites de sua ação. (SILVA, 2011, p.37)

Portanto, o primeiro direito do homem, é indiscutivelmente o direito à vida. Morais (2010, P. 35) menciona que o direito à vida “é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui como pré-requisito à existência e ao exercício de todos os demais direitos”.

Diante da conquista do direito à saúde, os cidadão passaram a recorrer ao Poder Judiciário de forma individual ou coletiva. Dessa maneira, a busca da garantia do direito à saúde tem passado pelo Poder Judiciário, Ministério Público e a Defensoria Pública.

O crescimento das demandas judiciais e o fenômeno da judicialização em saúde exige um debate mais profundo, haja vista os impactos que tem gerado na sociedade.

Para as cooperativas de saúde o cenário não é muito diferente, pois nos últimos anos o volume de demandas tem aumento. Na Unimed Paraná no ano de 2017 foram recebidas 156 demandas, que totalizaram um valor de R\$ 9.792.569,22. O 2º plano que mais gera demanda para a cooperativa é o plano assistencial para o médico cooperado (PAC).

Nesta pesquisa, procurou compreender os motivos que levam o cooperado a procurar o Judiciário ao invés de tentar resolver a sua demanda de saúde com a cooperativa. O resultado obtido, por meio da metodologia de análise de conteúdo, o

principal motivo para judicialização é a negativa do tratamento de saúde, por motivos contratuais (ausência de cobertura) e/ou indicação técnica.

No questionário aplicado aos gestores da Unimed Paraná, observou-se que uma das questões que percebem que gera a judicialização pelo plano PAC, é o desconhecimento do cooperado das coberturas contratuais.

Um outro fator importante citado pelos gestores que nos impactos que a judicialização gera para a cooperativa, é o aumento nos custos assistenciais e nos custos administrativos, conforme Figura 7.

Todavia, ao questionar os cooperados com demanda judicial, a maioria alegava não saber os impactos que geram para cooperativa. Durante a entrevista em alguns momentos, a pesquisadora sentiu inclusive um desconforto do entrevistado ao responder a questão.

Segundo teoria da agência o problema ocorre quando a cooperativa não consegue alinhar suas estratégias aos interesses dos cooperados. Os autores Jensen e Meckling (1976) afirmam que em virtude do problema de horizonte origina o problema de portfólio, haja vista não ter incentivos aos cooperados, para aprovar com investimentos a longo prazo.

O problema de horizonte, na perspectiva de Cook (2005) é que este problema acontece quando os direitos sobre os benefícios de um ativo são menores que sua vida produtiva. Para Krumpelman- Farmer (2005) divide o problema de horizonte em dois, sendo o primeiro vinculado ao agente de controle e ocorre quando o gestor é incentivado a desenvolver atividades que não estão alinhados aos interesses dos cooperados. O segundo problema é relacionado ao investimento e a área de finanças, no qual o cooperado não tem interesse de contribuir para o crescimento do coletivo.

Tais afirmações corroboram com a percepção dos gestores, conforme Figura 9, quando citam que visualizam que o cooperado procura o Poder Judiciário para uma demanda assistencial, que falta nele o senso de pertencimento.

Neste contexto, a teoria da agência pode auxiliar a compreender que as demandas judiciais podem ser concebidas como realidades isoladas, ao invés de contribuir sobre os rumos das relações de toda a coletividade.

Nesta perspectiva, destaca Wang, esse tipo de decisão ignora as próprias consequências distributivas, de decisão de alocação de recursos, pois decide que alguns ganharão sem pensar em quem perderá. Segundo ele, tratar estes direitos como se fossem absolutos é decidir usando uma dogmática jurídica que faz uso apenas das regras jurídicas e esquece da realidade. (WANG, 2009)

Considerando o resultado desta pesquisa, percebe-se o desafio das cooperativas médica, ao tratar a temática da judicialização da saúde. Ao mesmo tempo que a cooperativa possui diversas ferramentas e estratégias para o gerenciamento do conflito (regimento interno, auditoria em saúde, código de ética, câmara de conciliação) é importante também ressaltar, os desvios de conduta. Nesta perspectiva, os resultados desta pesquisa sugerem que a cooperativa necessita investir no monitoramento das demandas judiciais e estruturar mecanismos de conciliação, para manter a competitividade e sustentabilidade da organização.

Diante dos resultados, sugere-se que a cooperativa:

- Melhorar o processo de comunicação com os cooperados aderentes ao Plano Assistencial ao Cooperado, para que possam conhecer as coberturas contratuais do produto;
- Apresentar para as Singulares do Estado, para que possam replicar aos seus médicos cooperados, os impactos que a Judicialização da Saúde gera no plano PAC e nos resultados econômicos e financeiros da Cooperativa;
- Estruturar câmaras de mediação e conciliação com os beneficiários, para mitigar os conflitos gerados no processo de autorização de procedimentos;
- Buscar aproximação com o Poder Judiciário, para criação de núcleos técnicos, objetivando auxiliar os juízes nas decisões de saúde.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Nas últimas décadas, as organizações têm passado por um constante exercício de planejamento e inovação, visando manter os patamares de qualidade, para garantir a sua competitividade no mercado. Para Stewart (1998), tem-se exigido da organização e de seus gestores uma reorganização de práticas e arranjos organizacionais a fim de potencializar os seus recursos na corrida por novas fontes de vantagens competitivas.

A cooperativa que aceitou fazer parte deste estudo pertence ao segmento das Cooperativas médicas e, pela natureza de sua constituição jurídica, compartilha: que possui a finalidade de integrar, apoiar, defender, monitorar as atividades e representar política institucionalmente suas filiadas, organizando e protegendo, em escala maior, os serviços econômicos, assistenciais e administrativos de interesse das mesmas, facilitando a utilização recíproca desses serviços.

A Unimed Paraná começou em Ponta Grossa em agosto de 1979, pelas Unimed Londrina, Curitiba, Guarapuava e Ponta Grossa. Desde sua criação até hoje a Federação se preocupa em aperfeiçoar os serviços prestados às Cooperativas Paranaenses, assessorando suas necessidades atuais e projetando, a cada dia, um futuro ascendente.

Para viabilizar a pesquisa que se propôs entender a percepção do cooperado (figura de consumidor) e dos gestores que atuam na Unimed Paraná, para compreender os fatores que levam o cooperado a procurar o Poder Judiciário contra a cooperativa em virtude de um tratamento assistencial, optou-se por seguir a metodologia da pesquisa qualitativa, a qual norteou os rumos estratégicos do estudo de caso.

Dessa maneira, por meio desta modalidade oportunizou entrevistas, aplicação de questionários e análises de documentos, os quais contribuiriam para o entendimento das motivações acerca do fenômeno atual da judicialização da saúde, por meio das teorias do conflito e agência.

Ao tratar o conflito de agência numa organização cooperativa, o foco central de análise recai sobre os fatores que motivam o cooperado, na figura de consumidor, procurar o Poder Judiciário, para resolução de questões assistenciais.

Com base na análise das entrevistas, o estudo indica e corrobora com os seguintes conflitos de agência que influenciam na adoção de estratégias e mecanismos de regulação na cooperativa: conflito de interesses entre os diversos tipos de agentes (cooperado e cooperativa); insatisfação do cliente e principalmente o cooperado, contratos mal controlados e informados.

Por meio da pesquisa aplicada com a aplicação da entrevista semiestruturada com os cooperados que possuem demanda judicial contra o plano PAC, o qual é gerido pela cooperativa pesquisada, foi possível obter a resposta para o objetivo geral e primeiro objetivo específico, ou seja, identificar as motivações que levam o cooperado procurar o Poder Judiciário.

Ao fazer uma breve análise acerca dos resultados, é possível elencar que os principais fatores que levam o cooperado a gerar uma demanda assistencial contra a operadora são as negativas técnicas e contratuais efetuadas pela operadora para tratamentos de saúde; falta de comunicação assertiva da cooperativa com o beneficiário e os custos elevados dos tratamentos prescritos pelos médicos assistentes.

Com base na análise das entrevistas, o estudo indica e confirma os seguintes conflitos de agência que influenciam no processo de tomada de decisão para a judicialização da saúde: conflitos de interesses entre os diversos tipos de agentes, priorizar os interesses individuais ao invés do coletivo e não ter o entendimento dos impactos das suas ações individuais no resultado da cooperativa.

Na visão dos gestores que atuam na cooperativa pesquisada, as principais motivações do cooperado para judicializar é a ausência do senso de pertencimento da cooperativa e falta de conhecimento acerca do contrato do plano de assistência ao Cooperado.

O resultado da pesquisa também permite mensurar que os impactos da judicialização é um dos grandes desafios para as cooperativas médicas, em virtude de aumentar os custos assistenciais e administrativos.

Dentre outras contribuições, o estudo apontou que o processo de judicialização da saúde envolve diversos fatores, tais como a massificação de atendimentos e a adoção novas tecnologias. Tais processos geram um aumento nos custos assistenciais e administrativos das operadoras de saúde, o que ocasiona um desafio para os gestores que atuam neste mercado, para que possam se manter sustentáveis e competitivos no mercado.

5.1 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

Considerando esta dissertação um estudo de caso de mestrado profissional em gestão de cooperativas, ressalta-se a importância e a relevância do tema pesquisado, haja vista a necessidade de identificar as diferentes percepções no fenômeno da judicialização da saúde. É extremamente importante conhecer a ótica do cooperado na figura de consumidores, quais são os reais motivos e fatores que o levaram a procurar o Poder Judiciário, ao invés de resolver diretamente com a Cooperativa.

Vale ressaltar que a contribuição acadêmica se justifica em virtude da existência de poucos estudos relacionados a visão do cliente (cooperado) no fenômeno da judicialização da saúde em cooperativas médicas. Portanto, esse estudo fornecerá informações relevantes para o desenvolvimento de novas pesquisas em relação ao tema. A pesquisa contribui ainda, para a Unimed Paraná, por apresentar informações essenciais de como pensam os cooperados que procuram o poder Judiciários e quais são os fatores que os motivam nesta busca. A partir de tais informações, os gestores poderão direcionar as estratégias da organização de uma maneira mais assertiva.

No enfoque da organização cooperativa, o estudo forneceu respostas acerca da percepção do cooperado em relação à judicialização da saúde, que possibilitará aos dirigentes uma reflexão, por meio dos apontamentos dos entrevistados sobre as angústias e fatores que levam a procurar o Judiciário.

A pesquisa foi realizada tendo como referencial teórico o fenômeno da Judicialização, seus impactos e o conflito da Agência, objetivando conceder suporte à

resoluções organizacionais e minimizar os conflitos entre a cooperativa e os cooperados.

Considerando os resultados desta pesquisa, é notório salientar que a cooperativa de saúde tem um grande desafio em administrar conflitos, visando minimizar o volume de solicitações recebidas da esfera jurídica.

5.2 CAMINHOS PARA PESQUISAS FUTURAS

Em relação a este estudo de caso, fica a oportunidade para futuras pesquisas que proponham a contribuir com o cooperativismo, visando entender e estudar o processo de judicialização e como a mediação e a conciliação podem contribuir como uma ferramenta estratégica, para minimizar os conflitos e as demandas judiciais.

Os resultados desta pesquisa também revelaram contribuições importantes à área de Gestão das cooperativas de saúde, haja vista que proporciona uma visão sobre a percepção dos cooperados e dos gestores frente ao fenômeno da judicialização em saúde.

Realizar pesquisa investigando, com maior profundidade, a visão do beneficiário, além do cooperado e do gestor, seria uma iniciativa interessante, haja vista possibilitar confrontar a percepção deste agente e identificar se as motivações são semelhantes.

Tais percepções são de extrema importância para a gestão de cooperativas médicas, em virtude do custo da judicialização impactar na sustentabilidade do negócio, possibilitam ações mais assertivas, objetivando trazer resultados tanto para os clientes quanto para organização.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, José Carlos Vieira de. **Os direitos fundamentais na constituição portuguesa de 1976**. Coimbra: Almedina, 2001.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**. Disponível em:< <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BABBIE, E. **Métodos de pesquisa de survey**. Belo Horizonte, UFMG, 1999.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. Ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROSO, Luiz Roberto. **Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática**. In: Revista da OAB. Disponível em: http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf. Acesso em 20 de maio de 2017.

BIALOSKORSKI NETO, S. **Agribusiness cooperativo: economia, doutrina e estratégias de gestão**. 1994. 179 f. Dissertação (Mestrado em Economia Aplicada) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 1994.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em 25 de maio de 2017.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 12ª edição. Brasília: UnB, 2004.

CAPPELLETTI; GARTH *apud* REIS JUNIOR, Paulo Bianchi. **A judicialização do acesso a medicamentos: a perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2008. p. 8.

CARNELUTTI, Francesco. **Instituciones del Proceso Civil**. Volume I, Buenos Aires: Ediciones Juridicas Europa-America. Coleccion Ciencia del Proceso n.36, 1973.

CARNEIRO, Palmyos Paixão. **O princípio cooperativo e a força existencial-social do trabalho**. Belo Horizonte: FUNDEC, 1981.

CINTRA, Antônio Carlos Araújo et al. **Teoria Geral do Processo**. 16 ed., São Paulo: Malheiros, 2000.

COSER, Lewis A. "Conflito" in BOTTOMORE, Tom; OUTHWAITE, William. **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.

DAHRENDORF, Ralf. **Class and Class Conflict in Industrial Society**. London: Routledge. 1959.

ELIAS, Norbert. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. _____ . Introdução à Sociologia. Lisboa: Edições 70, 2005.

EISENHARDT, Kathleen M. **Agency theory: an assessment and review**. Academy of Management Review, v. 14, n. 1, p. 57-74, 1989.

FAMA, Eugene F.; JENSEN, Michael C. **Agency Problems and Residual Claims**. **Journal of Law and Economics**, v. 26, n. 2, p. 327-49, jun. 1983.

FERRARESI, A.A. **Gestão do conhecimento, orientação para o mercado, inovatividade e resultados organizacionais: um estudo de empresas instaladas no Brasil**, 2010. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FONTANA, A.; FREY, J.H. Interviewing: the art of Science. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage, 1994.

FONTES FILHO, Joaquim Rubens. **Estudo da validade de Generalização das Práticas de Governança Corporativa ao Ambiente dos Fundos de Pensão : Uma análise segundo as Teorias da Agência e Institucional**. 196 f. Tese (Doutorado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 2004.

FREITAS, H.; JANISSEK, R. **Análise léxica e análise de conteúdo: técnicas complementares, sequenciais e recorrentes para análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Sphinx, 2000.

FUNDAÇÃO PARA PESQUISA E DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA - FUNDACE. **Os impactos da abertura comercial e dos acordos internacionais sobre as cooperativas brasileiras**. Ribeirão Preto,

SP. 2006. 195 p. Disponível em: www.fundace.org.br/cooperativismo/projetos_pesquisaimpactos_abertura_inter.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2018.

HATCH, M. J. *Organization theory: modern symbolic and postmodern perspectives*. New York: Oxford University Press, 1997

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA (IBGC). **Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa**. Disponível em: . Acesso em: 17 Jun. 2018.

JENSEN M. e MECKLING, W. **Theory of the firm: Managerial behavior, agency cost, and ownership structure**. In: *Journal os Financial Economics*. 1976. p. 305-360.

KAPLAN, Bonnie & DUCHON, Dennis. **Combining qualitative and quantitative methods in information systems research: a case study**. *MIS Quarterly*, v. 12, n. 4, p. 571-586, Dec. 1988.

LIEBSCHER, Peter. **Quantity with quality ? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program**. *Library Trends*, v. 46, n. 4, p. 668-680, Spring 1998.

MALHOTRA, N.K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. 3.ed. Porto Alegre. Bookman, 2001.

MENDES, Andréa Paula Segatto. **Teoria de Agência Aplicada à Análise de Relações entre os Participantes dos Processos de Cooperação Tecnológica Universidade – Empresa**. 2001. 260 f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MORATO, A. F.; COSTA, A. **Avaliação e estratégia na formação educacional cooperativista**. In: **COOPERATIVISMO na era da globalização**. Goiânia, GO: UNIMED - Federação dos estados de Goiás e Tocantins, 2001. 446 p.

MORAIS, A. **Direito constitucional**. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NETO, Antônio Joaquim Fernandes. **Judicialização da Saúde**. Caderno Mídia Saúde Pública Comunicação em saúde. Belo Horizonte: 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS - OCB. **O cooperativismo brasileiro: uma história**. Brasília, DF: Versão Br Comunicação e Marketing, 2004. 150 p.

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.

PATTON, Michael Q. **Qualitative evaluation methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.

REIMANN, C. Towards Conflict Transformation: Assessing the State-of-the-Art in Conflict Management— **Reflections from a Theoretical Perspective**, 2001. Acesso em 08 maio de 2018.

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

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. Ed. 10. reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

RITZMANN, Sigrid. **O cooperativismo no Paraná e Sistema Ocepar**. Disponível em : < <http://www.paranacooperativo.coop.br/ppc/index.php/sistema-ocepar/2011-12-05-11-29-42/2011-12-05-11-42-54>>. Acesso em 25 de maio de 2017.

ROBBINS, S. P. **Comportamento Organizacional**. 11ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002

SANTOS, A.C.L. dos, **Cooperativismo: entre os princípios teóricos e o desenvolvimento viável**, um estudo de caso. 1998. 90 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 1998.

SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. São Paulo: RT, 2011.

SIFFERT Filho, Nelson. **Governança Corporativa: padrões Internacionais e Evidências Empíricas no Brasil nos Anos 90**. Revista BNDES, n. 9, jun. 1998.

SIMMEL, George. In: MORAES FILHO, Evaristo de (org.) **Simmel**. São Paulo, Ática, 1983 (Grandes Cientistas Sociais, 34).

STEWART, T. A. **Capital intelectual**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

SZCZERBACKI, Flávia. **A estrutura de capital das empresas brasileiras do setor industrial listadas em bolsa de valores** – período de 1995 a 2007. 162 f. Dissertação (Mestrado Executivo em Gestão Empresarial) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

SHIOZAWA, S.C. **Qualidade no atendimento e Tecnologia da Informação**. São Paulo, Atlas, 2004.

VALADARES, J. H. **Estrutura e estratégia institucional: formação de campo organizacional e isomorfismo no cooperativismo de crédito rural de Minas Gerais**. 2003. 96 f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) – Instituto de Ciências Humanas e Sociais da UFRRJ, Rio de Janeiro, 2003.

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

VIAL, Sandra Regina Martini; OLIVEIRA, Chistiano Augusto Seckler de. **O direito à saúde e os determinantes sociais**. São Paulo: EDPE, jul./dez. 2008.

WANG, Daniel. **Poder judiciário e participação democrática nas políticas públicas de saúde**. Tese dissertação. USP, São Paulo, 2009.

WEBER, Max. **Economia y Sociedad. Fondo de Cultura Económica**. México, 1984.
_____. **Economia e Sociedade**. Brasília, DF: Editora UnB, v.2, 1999.

APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Curitiba, ____ de _____ de 2018.

Prezado(a),

Por meio deste, venho convidá-lo (a) para participar de um estudo de cunho acadêmico, relacionado a Judicialização da Saúde em cooperativas médicas. Caso você aceite participar da pesquisa, responderá um questionário, referente à pesquisa, intitulada “**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE EM COOPERATIVAS MÉDICAS: UM ESTUDO DE CASO DE COOPERATIVAS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ**”, orientada pela Prof.^a Dra. Leila Dissenha. O objetivo do estudo é identificar os principais fatores que levam ao beneficiário a procurar o poder Judiciário contra as cooperativas médicas.

Sua participação é muito importante, pois na pesquisa científica a coleta e a análise de dados favorecem a aproximação com a realidade. A privacidade será respeitada, seu nome e outros dados serão mantidos em sigilo, respeitando o imperativo ético da confidencialidade.

As informações obtidas no questionário serão analisadas e utilizadas a fim de alcançar o objetivo da pesquisa e serão divulgadas em publicações posteriores, porém resguardando o anonimato dos participantes pesquisados.

Agradeço sua colaboração.

Atenciosamente,

Monica Cristina Garanhani

Pesquisadora

Eu, _____
_____ estou ciente da minha livre participação neste estudo.

**APENDICE B - QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS – COM GESTORES DA
COOPERATIVA MÉDICA PESQUISADA**

**QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS – COM GESTORES DA COOPERATIVA
MÉDICA PESQUISADA**

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Qual o seu tempo de atuação na empresa?

Qual seu grau de escolaridade?

Sexo: () Feminino () Masculino

Faixa Etária: () 18 a 25 () 26 a 35 () 36 a 49 () mais de 50 anos

Qual cargo ocupa:

1. Na sua opinião quais são os fatores que levam ao beneficiário a procurar o poder Judiciário contra a cooperativa médica?
2. Quais os impactos administrativos e financeiros que a judicialização da Saúde tem ocasionado na Unimed Paraná?
3. Quais as ações gerenciais internas e com o beneficiário que a Unimed Paraná tem promovido para reduzir as demandas judiciais?
4. Como o senhor visualiza o médico cooperado, na figura de consumidor, entrar com uma demanda judicial contra a Cooperativa?

**APÊNDICE C - ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS – COM BENEFICIÁRIOS E
COOPERADOS QUE ENTRARAM COM DEMANDA JUDICIAL CONTRA A
COOPERATIVA MÉDICA PESQUISADA**

**ENTREVISTA DE COLETA DE DADOS – COM BENEFICIÁRIOS E COOPERADOS QUE
ENTRARAM COM DEMANDA JUDICIAL CONTRA A COOPERATIVA MÉDICA
PESQUISADA**

Sexo: () Feminino () Masculino

Faixa Etária: () 18 a 25 () 26 a 35 () 36 a 49 () mais de 50 anos

Perguntas:

1. Há quanto tempo o senhor (a) possui o plano de saúde contratado com a Unimed Paraná?
2. Quais os motivos e os fatores que levaram o senhor a procurar o poder Judiciário contra a Unimed Paraná?
3. Em qual momento o senhor tomou a decisão de entrar com a demanda judicial contra a Cooperativa?
4. Houve algum incentivo de terceiro para judicializar contra a Unimed Paraná?
5. Como o senhor se sente como médico cooperado e entrando com uma demanda judicial contra a Cooperativa?
6. Como o senhor percebe os efeitos da judicialização nos resultados da sua Cooperativa?