

UNIVERSIDADE PAULISTA

A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: uma análise das respostas estratégicas
adotadas pelas organizações do setor ante as demandas dos
beneficiários na esfera do poder judiciário

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Paulista - UNIP para
obtenção do título de Mestre em
Administração.

PAULO CÉSAR DUARTE DE OLIVEIRA

SÃO PAULO
2017

UNIVERSIDADE PAULISTA

A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE

SUPLEMENTAR: uma análise das respostas estratégicas
adotadas pelas organizações do setor ante as demandas dos
beneficiários na esfera do poder judiciário

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Paulista - UNIP para
obtenção do título de Mestre em
Administração.

Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz
Ryngelblum

Área de Concentração: Estratégia e seus
Formatos Organizacionais

Linha de Pesquisa: Estratégia
Empresarial

PAULO CÉSAR DUARTE DE OLIVEIRA

SÃO PAULO
2017

Oliveira, Paulo César Duarte de.

A regulamentação do setor de saúde suplementar: uma análise das respostas estratégicas adotadas pelas organizações do setor ante as demandas dos beneficiários na esfera do poder judiciário. / Paulo César Duarte de Oliveira. - 2017.

78 f. : il. + CD-ROM.

Dissertação de Mestrado Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Paulista, São Paulo, 2017.

Área de concentração: Redes Organizacionais
Orientador: Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum.

1. Institucionalismo.
2. Regulamentação.
3. Saúde suplementar.
4. Judicialização. I. Ryngelblum, Arnaldo Luiz (orientador). II. Título.

PAULO CÉSAR DUARTE DE OLIVEIRA

A REGULAMENTAÇÃO DO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR:
uma análise das respostas estratégicas adotadas pelas organizações do setor ante
as demandas dos beneficiários na esfera do poder judiciário.

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Administração da
Universidade Paulista - UNIP para
obtenção do título de Mestre em
Administração.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum (Orientador)
Universidade Paulista – UNIP

Profa. Dra. Mayla Cristina Costa
Universidade Federal do Paraná – UFPR

Prof. Dr. Renato Telles
Universidade Paulista - UNIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu refúgio na hora da angústia; ao meu filho Gabriel, dádiva do Senhor em minha vida; ao meu pai, *In Memoriam*; a minha mãe e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, que todos os dias de minha vida me deu forças para nunca desistir, pela vida e pela saúde. Ao meu orientador, Prof. Dr. Arnaldo Luiz Ryngelblum, por seu apoio, paciência e encorajamento, por sua dedicação e especial atenção nas revisões e sugestões, fatores determinantes para a conclusão deste trabalho. A todos os professores do programa de mestrado da Universidade Paulista – UNIP que de alguma forma contribuíram para minha formação.

A Profa. Dra. Mayla Cristina Costa - Universidade Federal do Paraná - UFPR, e ao Professor do programa de mestrado, Dr. Renato Telles - Universidade Paulista - UNIP, que gentilmente aceitaram fazer parte de minha banca, e com suas contribuições durante a qualificação enriqueceram a organização final deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos de mestrado, com quem tive a oportunidade de conviver durante esses anos nas várias disciplinas, em especial ao amigo Marcelo de Jesus Ferreira de Almeida, pelo apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus familiares e amigos que entenderam as minhas ausências em momentos de confraternização.

Aos meus pais, esposa e filho que tanto colaboraram para que eu alcançasse esse objetivo, por suportarem as minhas ausências e as minhas angustias e por estarem sempre ao meu lado.

A todos, deixo aqui minha gratidão.

“A educação é a mais poderosa arma pela qual se pode mudar o mundo”.

(Nelson Mandela)

RESUMO

O objetivo desta dissertação consiste em analisar a regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil e estratégias adotadas pelas organizações do setor para deixar de cumprir regras e procedimentos convencionados. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil vem passando por profundas transformações desde a instituição do acesso universal à saúde assegurado pela Constituição Federal de 1988, bem como pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/90. Outro marco importante no processo de regulamentação do setor da saúde suplementar foi a promulgação da Lei nº 9.961/00, lei que instituiu a ANS como instância reguladora e fiscalizadora de um setor da economia que se encontrava sem padrão de funcionamento. Tal criação evidencia a função reguladora do Estado, responsável, por definição, dentre outras questões, por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação dos serviços de saúde relevantes à sociedade. É inevitável o conflito entre os beneficiários e as empresas operadoras de planos de saúde, cujas demandas decorrentes dessa relação desaguam no judiciário, o que resulta no fenômeno conhecido como judicialização da saúde suplementar. Com isto, o objetivo desta pesquisa é examinar as respostas estratégicas adotadas pelas organizações para deixar de cumprir eventualmente as regras e os procedimentos e responder à seguinte pergunta de pesquisa: quais estratégias são adotadas pelas organizações em um campo organizacional para deixar de cumprir regras e procedimentos convencionados? Os dados da presente pesquisa foram obtidos a partir da análise de 80 processos movidos por beneficiários contra as empresas operadoras de serviços de assistência à saúde suplementar por negativa de cobertura. Foram analisados apenas os processos cujas decisões (sentenças) constam nos autos. Foram coletados dados sobre nomes das operadoras; números dos processos; tipos de negativas de cobertura, tipos de alegações apresentadas pelas operadoras, decisões da justiça, quantidade de antecipação de tutela e valor da causa. Os dados foram coletados nos arquivos eletrônicos do Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP). O presente estudo procedeu a uma análise de correspondência dos vários elementos examinados na pesquisa, demonstrando, por meio de gráficos, que há uma indicação de associação dos resultados alcançados, bem como é possível perceber

e traçar uma tendência das respostas apresentadas aos beneficiários pelas operadoras em suas negativas de cobertura, sendo que tais respostas revelam o comportamento das operadoras frente as pressões impostas pelos interessados no setor da saúde suplementar, sobretudo pelos beneficiários de planos de saúde, bem como apontam para as estratégias adotadas pelas operadoras frente as demandas dos beneficiários. Os resultados alcançados por meio da presente pesquisa levam a conclusão de que as operadoras de planos de saúde suplementar adotam como respostas as demandas dos beneficiários, a confrontação e a evitação, sendo estas as estratégias utilizadas no intuito de alcançar os objetivos de lucro e expansão, ou mesmo para não se mostrarem inertes frente as pressões e expectativas institucionais e, tampouco, se resignadas a todas as condições do contexto institucional.

Palavras-chave: Regulamentação. Saúde suplementar. Planos de saúde. Judicialização.

ABSTRACT

The objective of this study is to analyze the regulation of the supplementary health sector in Brazil and strategies adopted by the sector organizations to stop complying with agreed rules and procedures. The regulation of the supplementary health sector in Brazil has undergone profound changes since the institution of universal access to health guaranteed by the Federal Constitution of 1988, as well as the creation of the Unified Health System (SUS) by Law 8080/90. Another important milestone in the process of regulating the supplementary health sector was the enactment of Law nº 9961/00, a law that established the ANS as a regulatory and oversight body for a sector of the economy that was not functioning. This creation evidences the State regulatory function, responsible, among other issues, for the rules and standards of contracts necessary for the provision of health services relevant to society. The conflict between the beneficiaries and the companies operated in health care is unavoidable, whose demands arising from this relationship flow into the judiciary, resulting in the phenomenon known as judicialization of supplementary health care services. With this, the objective of this research is to examine the strategic responses adopted by organizations to avoid eventually complying with the rules and procedures and answer the following research question: what strategies are adopted by organizations in an organizational field to stop complying with rules and procedures? The data of the present research were obtained from the analysis of 80 lawsuits filed by beneficiaries against the companies operated in health care services, supplementing them by refusal to cover them. Only those cases whose decisions (judgments) are recorded in the file were analyzed. Data were collected on operator names; process numbers; types of coverage denials, types of claims submitted by operators, court rulings, amount of guardianship anticipation, and cause value. The data were collected in the electronic archives of the Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ / SP). The present study carried out a correspondence analysis of the various elements examined in the research, showing by graphics that there is an indication of achieved results association, as well as a tendency of the answers presented to the beneficiaries by the operators in their responses reveal the behavior of the operators in the face of the pressures imposed by the stakeholders in the supplementary health sector, especially by the beneficiaries of health plans, as

well as the strategies adopted by the operators against the demands of the beneficiaries. The results obtained through the present research lead to the conclusion that the supplementary health operators adopt to the demands of the beneficiaries, the confrontation and the avoidance, as these are strategies to achieve their profit and expansion objectives or even to they are not inert in the face of institutional pressures and expectations, nor are they resigned to all the conditions of the institutional context.

Key words: Supplementary health. Regulatory policies. Normative.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa de correspondência operadora e alegação.....	58
Figura 2 – Mapa de correspondência alegação e negativa.....	59
Figura 3 – Mapa de correspondência negativa e valor da causa.....	60
Figura 4 – Mapa de correspondência plano e valor da causa.....	61
Figura 5 – Mapa de correspondência plano e negativa.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dimensões das Instituições - Distribuição da frequência absoluta e relativa das negativas de cobertura apresentadas pelos planos de saúde às demandas dos conveniados.....	53
Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta e relativa das alegações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde para justificar suas negativas de coberturas	54
Tabela 3 – Frequência absoluta das negativas de cobertura por tipos de justificativas apresentadas; consolidação dos valores das causas em relação às negativas de cobertura; e os percentuais que estes valores representam em relação ao valor total das causas	56
Tabela 4 – Distribuição das frequências absoluta e relativa dos valores das causas referentes aos 74 processos cujas decisões foram favoráveis aos beneficiários	56
Tabela 5 – Distribuição das frequências absoluta e relativa dos valores das causas referentes aos 6 processos cujas decisões foram favoráveis às operadoras de planos de saúde	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Dimensões das instituições	31
Quadro 2 – Trabalhos lógicas institucionais.....	35
Quadro 3 – Respostas estratégicas às pressões institucionais	38
Quadro 4 – Elementos da pesquisa	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CANCPL	Cancelamento do Plano
CARENC	Carência
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CF	Constituição Federal
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MP	Medida Provisória
NEGGBRA	Negativa Branca
NIP	Notificação de Intermediação Preliminar
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PIB	Produto Interno Bruto (PIB).
PNI	Plano Nacional de Imunização
ROLANS	Não consta no rol da ANS
SEMCOB	Sem Cobertura Contratual
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TJSP	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
QUAL	Qualitativa
QUAN	Quantitativa
STJ	Superior Tribunal de Justiça
STF	Supremo Tribunal Federal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Problema de pesquisa.....	22
1.2 Justificativa.....	22
1.3 Objetivos	23
1.4 Objetivos específicos	23
2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	28
3.1 Institucionalismo.....	28
3.2 Estratégias organizacionais para lidar com as instituições	37
4 METODOLOGIA.....	42
5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	49
6 DISCUSSÃO.....	65
7 CONCLUSÕES.....	69
7.1 Contribuições	70
7.2 Limitações da pesquisa.....	71
7.3 Sugestões de pesquisas futuras	71
REFERÊNCIAS.....	72
ANEXOS	77
Anexo 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da Federação (Brasil – Dezembro/ 2016)	77
Anexo 2 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil – Dezembro/ 2016)	78

1 INTRODUÇÃO

A estruturação da saúde suplementar no Brasil tem início com a industrialização do país quando surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), movimentos vinculados a diversas categorias que representavam os trabalhadores urbanos e contratavam as prestações de serviços de saúde. Ainda na década de 40 surgiram também as Caixas de Assistência, entidades que beneficiavam os empregados de diversas empresas com a concessão de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde privada, ou seja, serviços externos àqueles prestados pela previdência social.

A partir dos anos 50 os serviços de saúde privada são fornecidos por meio de sistemas assistenciais próprios de empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. No ano de 1966, os IAPs foram unificados, surgindo com isto o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que forçou a expansão do credenciamento de prestadores de serviços privados de saúde, e privilegiando hospitais e multinacionais do setor farmacêutico. Desta forma, a década de 60 representa um marco histórico para a saúde suplementar, visto que boa parte dos trabalhadores contava com planos de saúde, bem como pelo fato da assistência médica contar com diversas possibilidades, como: a rede INPS com unidades próprias e credenciadas; serviços credenciados para atendimento a trabalhadores rurais; e autogestões de empresas com planos próprios.

Nos anos 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que passou a comprar cada vez mais serviços de saúde do setor privado. A década de 80 ficaria marcada pelas crises políticas, sociais e econômicas, o que propiciou o fortalecimento do movimento sindical e sua luta por melhores salários, condições adequadas de trabalho e assistência à saúde privada custeada pelo empregador. Além disso, cresceu o movimento sanitário brasileiro, que culminou com a criação do SUS e com a manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

A regulação do setor da saúde suplementar no Brasil teve início depois de mais de três décadas de operações sem qualquer controle do governo. No entanto, ao regulamentar o setor de saúde suplementar, o governo optou por um modelo que

regulasse fortemente o produto oferecido, ou seja, a assistência à saúde, com medidas inovadoras como a proibição da seleção de risco e do rompimento unilateral dos contratos.

A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil vem passando por profundas transformações desde a instituição do acesso universal à saúde assegurado pela Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), bem como pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Lei nº 8.080/90. A origem do SUS remonta ao movimento que ficou conhecido como Revolução Sanitária, nascido nos meios acadêmicos na década de 1970. A principal bandeira do movimento era a defesa da saúde como um direito de todos. O marco do movimento foi a 8º Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Esta produziu um relatório final que serviu de base para os debates na Assembleia Constituinte. Partidários da reforma do sistema de saúde vigente antes da CF/88 (BRASIL, 1988), como o médico sanitarista e político Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca, que foi presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tiveram grande destaque à época e ajudaram o Brasil a implantar o modelo de atenção à saúde como conhecemos hoje.

Com a promulgação da CF/88 (BRASIL, 1988) a saúde no Brasil passou por uma significativa evolução, pois a Lei Maior assegurou no seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, cabendo a este garantir ao cidadão o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

É a partir deste marco histórico e da promulgação da Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que se cria o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a todos o acesso universal à saúde, independentemente de vinculação ou não à previdência social. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo *status* de bem público.

Com o intuito de evitar abusos e iniquidades no âmbito da saúde suplementar, o Estado brasileiro passa a regulamentar o setor, sendo as operadoras e contratos de planos de saúde suplementar regulados pela Lei nº. 9.656/98 (BRASIL, 1998) e pelo Código de Defesa do Consumidor (CDC), criado pela Lei nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), que também disciplina, de forma subsidiária, os contratos entre beneficiários e operadoras de planos de assistência médica suplementar à saúde.

Coube à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cumprir a Lei nº 9.656/98. A ANS foi criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000 (BRASIL, 2000), como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. Tal criação evidencia a função reguladora do Estado, responsável, por definição, dentre outras questões, por regras e padrões de contratos necessários ao provimento e à prestação dos serviços de saúde relevantes à sociedade.

A Lei nº 9.656/98 possibilitou mudanças estruturais profundas no setor da saúde suplementar, que refletiram diretamente na ampliação da assistência à saúde uma vez que, antes da regulamentação do setor, havia a livre definição da cobertura assistencial, dos reajustes e de períodos de carências, contratos pouco claros para o consumidor e situações que possibilitavam até mesmo a exclusão de beneficiários.

Com a da Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) foram definidos os períodos de carência e os reajustes passaram a ter critérios de controle, além da proibição dos limites quanto à internação dos beneficiários e da rescisão unilateral dos contratos, bem como da possibilidade de seleção dos beneficiários quanto ao risco, garantindo acesso amplo aos planos de saúde.

Tendo em vista que a ANS foi criada somente em 28 de janeiro de 2000 e o fato de a relação jurídica que envolve o contrato de plano de saúde ser considerada uma relação de consumo, a esta relação passou-se a aplicar subsidiariamente a Lei nº 8.078/90 (BRASIL, 1990). Essa lei dispõe sobre a proteção e defesa do consumidor (CDC), inclusive no que diz respeito aos contratos firmados anteriormente à vigência da lei de plano de saúde, dado que o contrato de serviço de saúde privada é tido como um pacto sucessivo, o que implica dizer que os efeitos jurídicos dos contratos dessa natureza perpetuam-se no tempo. Em outras palavras, entende-se que o contrato de saúde privada se caracteriza pela prestação continuada no tempo, além disso, o CDC passou a reger as renovações que se deram sob sua vigência, conforme disposição contida na súmula 469 do Superior Tribunal de Justiça.

São contratos de trato sucessivo: os efeitos jurídicos dos contratos dessa natureza perpetuam-se no tempo, havendo continuidade. Isso se deve ao princípio da conservação dos contratos de consumo de longo prazo, ou, na terminologia apresentada por Cláudia Lima Marques, 'contratos cativos de consumo' (STJ, 2009).

Diante de todo o acima exposto, pode-se afirmar que os contratos de planos de saúde são contratos de adesão e de pacto sucessivo, que estão baseados nos princípios da segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros, sendo os contratantes, partes vulneráveis nesse negócio jurídico.

Com a adoção do Código de Defesa do Consumidor (CDC), os consumidores passaram a contar com uma proteção especial, pois o referido código tem por objetivo proteger as relações de consumo, sobretudo o consumidor que é reconhecidamente a parte mais fraca neste relacionamento. A partir da adoção do CDC abusos cometidos por empresas passaram a ser vistos como abusos reiterados. Com isso, os Procons estaduais e municipais passaram a acolher as reclamações dos consumidores, dentre estes, os beneficiários em seus conflitos com as operadoras de planos de saúde suplementar.

No entanto, a atuação desses organismos estatais se mostrou insuficiente para regular as relações entre consumidores e operadoras, uma vez que as atuações dos Procons não produziam regras, quando muito, geravam multas e essas quase sempre recorríveis. Com isso, houve a necessidade de intervenção estatal, visando corrigir e atenuar as falhas do mercado, como as exclusões de atendimento e as mensalidades abusivas. Somente após a promulgação da Lei 9.656/98 (BRASIL, 1998), que regulamenta os planos privados de assistência à saúde no Brasil, é que o setor de saúde suplementar ganhou a sustentação legal para que se iniciassem as ações de regulamentação (SILVA, 2003).

De acordo com Lei nº 8.078/90, são abusivas as alterações contratuais unilaterais, sendo consequentemente nulas. A despeito de tal preceito, a Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998), em seu artigo 13, parágrafo único, inciso II, veda a suspensão ou rescisão unilateral do contrato, exceto em duas hipóteses: quando houver fraude, ou mediante inadimplência da mensalidade por período superior a sessenta dias. Por outro lado, Gregori (2007) esclarece que a permissão legal para rescisão unilateral do contrato é abusiva e nula, pois leva à negativa de atendimento ao consumidor, posto que tal prática enquadra-se na hipótese do artigo 51, incisos IV e IX, do CDC.

Tem-se como marco legal do processo de regulação da saúde suplementar o conjunto formado pela Lei nº 9.656/98 (BRASIL, 1998) e a Medida Provisória 1.665. Essa MP foi republicada por diversas vezes e atualmente recebe o número 2177–44.

Ao conjunto Lei + MP foi acrescido, em janeiro de 2000, a Lei nº 9.961, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e lhe deu as atribuições de regulação do setor. A criação da ANS aprofundou a regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil, embora exista um percurso a ser trilhado para sua consolidação (BRASIL, 1998; 2000a; SALAZAR *et al.*, 2003).

A Lei nº 9.961/00 (BRASIL, 2000) criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e definiu sua finalidade, estrutura, atribuições, receita e a vinculou ao Ministério da Saúde. No intuito de cumprir seu papel, logo após sua criação, a ANS começou a expedir atos normativos, regulando assim o setor, favorecendo a concorrência leal no mercado, garantindo direitos básicos ao consumidor e acesso aos planos de saúde.

O setor de saúde suplementar, segundo dados de março de 2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), atende a um total de 47.606.341 beneficiários que possuem planos de saúde com ou sem cobertura odontológica, e de planos exclusivamente odontológicos (BRASIL, 2017). Excluindo-se os 22.468.131 de planos privados exclusivamente odontológicos, o mercado de planos de saúde suplementar atende 25.138.210 beneficiários. Este contingente representa uma cobertura de 12% da população, considerando a base populacional projetada pelo IBGE 2017 (BRASIL, 2017), embora não se possa assegurar uma correlação direta entre beneficiários e a população total, visto que pode existir mais de um plano por consumidor.

Para dar conta dessa cobertura, o cadastro da ANS em março de 2017 assegura a existência de 1.076 empresas operadoras de planos de saúde suplementar no Brasil, dentre as quais 780 estão ativas e atuando no segmento não exclusivamente odontológico. A receita total de contraprestação gerada por estas empresas foi de R\$161.491.509.722 no ano de 2016 (BRASIL, 2016), representando aproximadamente 2,5% do Produto Interno Bruto (PIB).

No relatório divulgado em junho de 2016, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) destaca que mais da metade (56,3%) das despesas em saúde vem das famílias, com o consumo final de bens e serviços, e que 43,7% das despesas advém de gastos públicos. De acordo com o IBGE, os gastos públicos com saúde no Brasil estão abaixo da média despendida pelos países da Organização de

Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), cujos gastos chegam a 70% (BRASIL, 2016).

A despeito da regulamentação do setor da saúde suplementar, os conflitos decorrentes da relação entre os beneficiários e as operadoras persistem e, em muitos casos, tais conflitos são solucionados na esfera do Poder Judiciário. Segundo o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP), reclamações contra planos de saúde tiveram um aumento de 13,8% de 2013 para 2014 (TJ/SP, 2014), o que aponta para a judicialização da saúde suplementar, e sugere questionamento e insatisfação de determinados regulamentos ou comportamentos por parte daqueles que buscam a justiça, como beneficiários, médicos, planos de saúde e associações de defesa do consumidor, dentre outros.

De acordo com Scheffer (2006), professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e membro do conselho diretor do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), os dados divulgados pelo TJ/SP mostram apenas uma parte do problema, pois os conflitos envolvendo os beneficiários e as operadoras de planos de saúde estão pulverizados entre reclamações formuladas junto à ANS, processos judiciais, reclamações em órgãos de defesa do consumidor e na área de Recursos Humanos das empresas, no caso de planos coletivos empresariais.

Segundo o TJ/SP (2014), as ações contra os planos de saúde por adesão - aqueles adquiridos por um grupo de indivíduos da mesma categoria ou classe - passou de 1.285, em 2013, para 1.440 em 2014. Já os casos julgados contra planos de saúde coletivos empresariais saltaram de 1.205, em 2013, para 1.396 em 2014. Por outro lado, nos casos julgados contra planos de saúde individuais houve queda de 28%. De 6.705 casos julgados, em 2013, passou para 4.823 casos julgados em 2014. Essa queda no número de processos referentes a planos de saúde individuais se explica pela oferta reduzida desse tipo de plano dada uma manobra do setor, que prefere comercializar planos coletivos, cujos reajustes de preços e outras características não são regulamentados pela ANS.

Scheffer (2006) aponta que a judicialização é um termômetro que a ANS não considera em suas estatísticas e controles, no entanto, ela é uma realidade crescente. Com isso, o especialista conclui que há uma subnotificação que

subvaloriza o problema da saúde suplementar no Brasil, e que é controlada por poucos e grandes grupos empresariais.

O fato dos beneficiários recorrerem à justiça e às organizações de proteção ao consumidor, contra as operadoras de planos de saúde, evidencia que as operadoras descumprem ou mesmo esquivam-se dos regulamentos impostos pela ANS. Além dos conflitos entre os beneficiários e as operadoras de planos de saúde, verificam-se também conflitos envolvendo hospitais, clínicas, laboratórios, associações de profissionais ligados ao setor da saúde privada, por alternativas às regras e procedimentos impostos pela ANS. Como visto, o setor da saúde suplementar no Brasil tem se mostrado um ambiente conflituoso, sobretudo pelas demandas registradas pelos beneficiários nos órgãos de proteção e defesa do consumidor, bem como pelos processos movidos por estes na esfera jurídica contra as operadoras de plano de saúde.

O Institucionalismo entende que o conflito é um fenômeno que ocorre naturalmente entre os atores, pois ele é parte das “regras do jogo”. Portanto, ainda que uma instituição se encontre firmemente implantada pela concordância dos atores do campo, seja por meio de coerção, normatização ou entendimento tácito, em muitos casos alguns atores, definitivamente, parcialmente ou por um determinado período, deixam de cumprir prescrições impostas ao campo organizacional. Autores como Scott (1995, p. 88), chamam atenção para o fato de que “os sujeitos concretos não cumprem sempre, nem cumprem literalmente, os termos das prescrições de sua sociedade”.

Os trabalhos de DiMaggio e Powell (1991), Meyer e Rowan (1977) *apud* DiMaggio e Powell (1991) evidenciam que as organizações se conformam aos mitos, regras e modelos institucionalizados, adotando-os, a fim de obter legitimidade social e eficiência simbólica, o que pode ser fonte de recursos. No entanto, estes mesmos autores mostram que muitas vezes os modelos, discursos, ferramentas de gestão institucionalizados como sendo “os melhores”, nem sempre são adequados, de fato, às características técnicas de todos os atores do campo. Isso pode ser notado quando se verifica que muitas organizações de médio porte mantêm seus processos de fabricação sem a adoção das normas e procedimentos da ISO9000; lembrando que tais normas são recomendadas para empresas que contam com uma determinada estrutura, uma vez que a ISO9000 demanda um sistema de gestão

sofisticado, fato que burocratiza e causa reflexos na eficiência do processo de produção.

Em uma organização de pequeno porte, por outro lado, onde a comunicação é mais direta e informal, as prescrições da ISO9000 nem sempre são adequadas. No entanto, o meio ambiente dos negócios institucionalizou a adoção da ISO9000 como requisito mínimo, símbolo de eficiência e atualização da organização frente às práticas e procedimentos vigentes nas grandes organizações. Desta forma, em inúmeros casos, as pequenas e médias organizações obtêm a certificação ISO9000 e adotam “em tese” seus procedimentos. Ou seja, na prática, utilizam muito pouco das normas em seus sistemas, uma vez que, caso as utilizassem em sua totalidade, burocratizariam seus processos e perderiam flexibilidade e eficiência na produção, afetando seu desempenho e resultado. Com isso, em muitos casos, organizações adotam uma estratégia que concilia eficiência simbólica e eficiência técnica, o que revela uma separação entre o discurso e a prática organizacional.

1.1 Problema de pesquisa

Tendo em vista o fato de que muitas organizações deixam de cumprir o acordado nas instituições, ou seja, aquilo que elas próprias podem ter combinado ou convencionado, houve interesse em pesquisar o problema com a seguinte pergunta: quais estratégias são adotadas pelas organizações, em um campo organizacional, para deixar de cumprir regras e procedimentos convencionados?

1.2 Justificativa

Para a ANS (BRASIL, 2005), dentre os objetivos da regulação do mercado de saúde suplementar, consta garantir, à população coberta por planos de saúde, cobertura assistencial integral e regular as condições de acesso. Cabe, portanto, à ANS desenvolver mecanismos regulatórios capazes de promover garantias assistenciais.

A despeito dos avanços alcançados a partir da regulamentação do segmento de assistência à saúde suplementar, ainda hoje, muitos beneficiários se deparam com negativas de cobertura para procedimentos solicitados por seus médicos ou

demais profissionais da saúde. Dessa forma, observa-se a fragmentação do cuidado, uma vez que a integralidade da assistência nem sempre é assegurada por parte das operadoras.

A realização desse estudo justifica-se pela busca da ampliação do conhecimento sobre um tema ainda recente, que é a regulamentação do setor da saúde suplementar no Brasil. Da mesma forma, a realização desse estudo trará informações importantes sobre o comportamento das operadoras face as demandas levadas ao conhecimento do Poder Judiciário pelos beneficiários de planos de saúde privados.

1.3 Objetivos

Examinar as estratégias adotadas pelas organizações em um campo organizacional para eventualmente deixar de cumprir regulamentos.

1.4 Objetivos específicos

- Pesquisar no acervo da Justiça processos por negativas de cobertura movidos pelos beneficiários contra os planos de saúde;
- Identificar os tipos de reclamações mais frequentes,
- Identificar os tipos de alegações apresentadas pelas operadoras;
- Identificar os valores envolvidos;
- Identificar as fundamentações jurídicas indicadas pelos juízes em suas decisões;
- Analisar as circunstâncias ambíguas em que as organizações deixam de cumprir regulamentos.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Este item tem por objetivo apurar trabalhos atuais que versem sobre as formas adotadas pelas organizações para lidar com as lógicas dominantes, principalmente nas pesquisas relacionadas à regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil. Ao final, pretende-se apontar trabalhos existentes sobre judicialização da saúde suplementar sob diferentes perspectivas.

Para a pesquisa foram utilizados os portais EBSCO, Google Acadêmico, SciELO e Spell, pois estes são considerados bancos de dados competentes para indicar a quantidade e a tendência dos artigos nacionais e internacionais.

Para a pesquisa nos portais citados foram utilizadas palavras ou expressões que compõem o título do presente estudo e palavras-chaves, também em inglês, relacionadas ao objeto da pesquisa, tais como: “regulamentação”, “setor”, “saúde”, “suplementar”, “reclamações”, “respostas”, “operadoras” e “plano de saúde”. Em um primeiro estágio foram selecionados dezoito artigos que apresentavam nos títulos ou nas palavras-chave as expressões utilizadas na busca, procurando, assim, localizar textos cujos títulos ou objetos de pesquisas guardassem alguma semelhança com a presente investigação.

Em um segundo estágio, após leitura prévia e identificação da teoria institucional como tema principal do artigo, foram selecionados dez artigos, configurando apenas os textos aprovados ou publicados de 2003 até 2015, levando em consideração estudos que abordassem a regulamentação do setor de saúde privada no Brasil.

Dentre os dez trabalhos analisados, as dissertações citadas abaixo merecem destaque, pois as mesmas oferecem contribuições à pesquisa acerca da regulamentação do setor de saúde privada no Brasil, abordando questões como: negação de coberturas, capacidade econômico-financeira das operadoras, ingresso de capital das seguradoras multinacionais, a forma de decidir dos juízes e possíveis efeitos socioeconômicos etc. No entanto, tais trabalhos diferem do presente estudo posto que este tem como objetivo específico analisar quantitativa e qualitativamente os motivos que levaram ao aumento das reclamações contra os planos de saúde e examinar se estes agem cerimonialmente ou efetivamente, bem como a questão do conflito de lógicas no campo organizacional.

O trabalho apresentado por **Eurípedes Balsanufo Carvalho** (2003) à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva, tem como título “A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas”.

O estudo de Carvalho (2003) tem como objetivo analisar o processo de regulamentação dos Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde no Brasil. Também analisa a participação dos atores sociais e o papel protagonista das entidades de defesa dos direitos dos usuários/consumidores de Planos e Seguros Privados de Assistência à Saúde e das entidades médicas. Analisar o processo de regulamentação do setor de saúde suplementar a partir do ingresso de capital das seguradoras multinacionais, disputando com empresas nacionais a oferta dos produtos para setores da classe média e trabalhadores organizados, e da transformação do direito à saúde para estes segmentos, em bem de consumo a ser comprado no mercado ou negociado como benefício.

O trabalho apresentado por **Ângela Maria Araújo** (2004) à Fundação Oswaldo Cruz como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública tem como título “A Regulação do Mercado de Saúde Suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde”.

O estudo de Araújo (2004) tem como objetivo estudar os instrumentos regulatórios mais utilizados para a intervenção do Estado na regulação da atividade econômica, concentrando-se na instituição de barreiras à entrada e à saída das operadoras de planos privados de assistência à saúde no mercado de saúde suplementar e demonstrar a adequação das operadoras à legislação vigente. Cabe à ANS assegurar segurança ao consumidor, garantindo a capacidade econômico-financeira das operadoras para cumprir os contratos firmados, além de assegurar a transparência e a competitividade do setor.

O trabalho apresentado por **Mario César Scheffer** (2006) à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública tem como título "Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de

coberturas assistenciais no Estado de São Paulo" também serve como base para nosso trabalho.

O estudo de Scheffer (2006) tem como objetivo analisar as ações judiciais relacionadas à cobertura assistencial de planos de saúde julgadas em segunda instância pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, entre janeiro de 1999 e dezembro de 2004. O estudo descreve e analisa as demandas levadas ao Poder Judiciário por usuários de planos de saúde que reclamam negação de assistência ou restrição de atendimento. Também é avaliado o comportamento e as argumentações da Justiça nas decisões, assim como as possíveis implicações da exclusão de coberturas praticadas pelos planos de saúde para o sistema de saúde brasileiro.

O trabalho apresentado por **Barbara Kirchner Corrêa Ribas** (2009) à Faculdade de Direito da Universidade Federal do Estado do Paraná para a obtenção de título de Mestre em Direito tem como título "Processo Regulatório em Saúde Suplementar: Dinâmica e Aperfeiçoamento da Regulação para a Produção da Saúde".

O estudo de Ribas (2009) tem como objetivo analisar de forma minuciosa o processo regulatório no setor de saúde suplementar desenvolvido a partir da Lei 9.656/98, que regulamentou a operação de planos privados de saúde no Brasil, bem como a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS por meio da Lei 9961/2000.

O estudo apresentado por **José Antonio Diniz de Oliveira** (2010) à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre em Saúde Pública tem como título: "CASSI".

Oliveira (2010) traça um panorama da regulamentação do setor da saúde suplementar no Brasil a partir da Lei 9.656/1998, lei que fundamenta o marco legal do setor privado da saúde no Brasil. Em seguida aborda a relevância da Lei 9.961/2000 que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para fiscalizar e regulamentar a relação entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. O estudo de Oliveira (2010) também aborda o crescimento expressivo no número das ações judiciais, fenômeno denominado judicialização da saúde. O referido estudo tem como objetivo conhecer e analisar o montante e os motivos das ações judiciais relacionadas às coberturas assistenciais e avaliar o impacto econômico-financeiro em uma entidade de autogestão.

O trabalho apresentado por **Amanda Salis Guazzelli (2013)** à Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo para a obtenção de título de Mestre em Direito tem como título “A busca da justiça distributiva no judiciário por meio das relações contratuais: uma análise a partir dos planos de saúde”.

O estudo de Guazzelli (2013) tem como objetivo analisar empiricamente a forma como os ministros do Superior Tribunal de Justiça decidem conflitos contratuais no campo da saúde suplementar. Na primeira parte do estudo a autora aborda a caracterização e contextualização do setor da saúde suplementar brasileiro. Logo em seguida, aborda de forma breve o histórico de sua regulamentação. A segunda parte do trabalho é dedicada aos principais aspectos jurídicos e econômicos que envolvem os contratos de plano de saúde. Já na terceira parte são apresentados os resultados quantitativos obtidos a partir de coleta e sistematização de dados das decisões judiciais analisadas. Na quarta e última parte do trabalho há a abordagem de uma reflexão crítica acerca dos argumentos trazidos pelos ministros do STJ, à luz, principalmente, da literatura de análise econômica do direito, sendo verificado se há alguma relação, ainda que hipotética, entre a forma de decidir dos juízes e possíveis efeitos socioeconômicos apontados pela doutrina.

A análise dos trabalhos acima foi de grande relevância para a presente pesquisa, pois demonstrou como estão os estudos sobre a judicialização da saúde suplementar a partir de uma perspectiva mais voltada para as questões jurídicas. Por outro lado, o presente trabalho, além de abordar a questão da saúde suplementar sob o ponto de vista jurídico também discorrerá o tema sob a perspectiva das estratégias adotadas pelas organizações para deixar de cumprir eventualmente os acordos estabelecidos em seu campo institucional. No próximo capítulo será abordada a fundamentação teórica que dá embasamento ao presente estudo.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Institucionalismo

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica e os conceitos gerais utilizados para subsidiar o desenvolvimento e realização desta dissertação, promovendo uma revisão da literatura nacional e internacional acerca do tema abordado. A fundamentação teórica deve propiciar a solidez e o respaldo necessários ao desenvolvimento do argumento da pesquisa.

Para o institucionalismo sociológico, as instituições são normalmente criadas ou adotadas num mundo onde estas já existem em abundância, com isto, as atenções são dirigidas aos processos pelos quais os atores que criam novas instituições acessam os elementos das instituições pré-existentes.

Como defensor da ideia do processo de institucionalização, Philip Selznick é reconhecido como precursor do novo institucionalismo. É a partir do trabalho desse autor que o estudo da Teoria Institucional vem se desenvolvendo. É a partir de um processo de institucionalização que uma organização, com o passar do tempo, tende a absorver os valores da comunidade em que está inserida e consequentemente se transforma. Dessa maneira, a organização realiza uma adaptação em profundidade com o ambiente social, que é capaz de alterar a natureza das suas partes constituintes e de lhe conferir uma identidade distinta (CARVALHO, 2003). Assim, entende-se a organização como sendo o resultado de valores sociais, que ocorrem por causa de sua efetiva relação com o ambiente.

Para os teóricos do institucionalismo sociológico, muitas das formas e procedimentos institucionais utilizados por organizações modernas não são adotados simplesmente por serem mais eficazes, mas pelo fato de que são práticas que oferecem reforço à sua legitimidade social e à legitimidade de seus adeptos. Tais práticas são incorporadas às organizações pelo mesmo processo de transmissão que dá origem às práticas culturais em geral. Essa corrente problematiza a explicação do porquê as organizações adotam determinado conjunto de formas, procedimentos ou símbolos, assim como o processo de difusão dessas práticas.

Hall e Taylor (1996) identificam três características relevantes do institucionalismo: (1) as instituições são definidas de modo mais amplo, incluindo não só as regras, procedimentos ou normas formais, mas também os sistemas de símbolos, os esquemas cognitivos e os modelos morais envolvidos nos processos organizacionais; (2) atribui-se ênfase à natureza altamente interativa das relações entre as instituições e a ação individual, ao defender que o indivíduo, uma vez confrontado com uma situação, deve encontrar um meio de reagir a ela, visto que os cenários ou modelos inerentes à instituição oferecem os meios de resolver a questão; (3) com frequência, organizações adotam uma nova prática institucional por razões que têm menos a ver com o aumento de sua eficiência do que com o reforço que oferece à sua legitimidade social e à de seus adeptos. As práticas seriam assim adotadas pelo seu valor reconhecido num ambiente (cultural) mais amplo.

DiMaggio e Powell (1991) defendem que a mudança estrutural nas organizações pode acontecer não apenas por razões de eficiência ou necessidade de enfrentamento da concorrência, mas também em razão de processos que tendem a torná-las semelhantes e as legitime socialmente.

De acordo com DiMaggio e Powell (1991) para uma organização assemelhar-se a outra(s), devido ao fato de compartilharem as mesmas condições de ambiente, as organizações passam por um processo de homogeneização apresentado em três formas: o mimético, o coercitivo e o normativo. Referindo-se ao processo coercitivo, os autores apontam que este é resultante de pressões formais e informais exercidas por uma organização sobre outra que se encontra em condição de dependência. Para esses mesmos autores, o mimético se constitui na adoção por parte de determinada organização, de procedimentos e arranjos estruturais implementados por outras organizações, com a finalidade de reduzir a incerteza ocasionada por problemas tecnológicos, objetivos conflitantes e exigências institucionais (DiMAGGIO; POWELL, 1991). Quanto ao normativo, esses autores argumentam que o grau de profissionalização é o fator mais importante como mecanismo normativo a ser considerado para o entendimento das pressões normativas do ambiente. A profissionalização envolve o compartilhamento de um conjunto de normas e rotinas de trabalho pelos membros de uma determinada ocupação. Neste tipo de aproximação, grupos profissionais dão legitimidade às ocupações que representam, estendendo a sua influência em relação às demais organizações.

Para autores como Scott (1995), a definição de instituições como sendo simplificadamente, as “regras do jogo”, é insuficiente, uma vez que a considera incompleta, argumentando que tal definição aborda apenas o aspecto regulador das instituições, omitindo os aspectos normativo e cognitivo.

Scott (1995) amplia sua definição de instituições quando defende que instituições são estruturas sociais compostas de elementos cognitivos-culturais, normativos e regulatórios que, de maneira associada a atividades e recursos, provam estabilidade e significado à vida social. Os três elementos que compõem a definição de instituições do autor são conhecidos como sendo os três pilares constituintes ou de apoio às instituições.

No pilar regulatório evidencia-se a capacidade de estabelecer regras, mecanismos de controle, inspeção de conformidade, bem como manipular sanções – recompensas e punições – com objetivo de exercer influência sobre comportamentos futuros. Destaque para a fixação de normas: “força, temor e oportunismo são ingredientes centrais no pilar regulador, mas temperados pela existência de normas, seja a modo de costumes informais ou de normas formais e leis” (SCOTT, 2001, p. 36).

No pilar normativo verifica-se um conjunto de valores e normas em dado contexto social. Para Scott (2008), valores são concepções do preferido ou desejável juntamente com a construção de padrões para as quais estruturas existentes ou comportamento podem ser comparados ou avaliados. Ainda para o autor, as normas especificam como coisas deveriam ser feitas e definem meios legítimos para se atingir determinados fins.

No pilar cultural-cognitivo, as instituições são vistas como cultura da organização, uma vez que a ênfase está nos esquemas cognitivos e modelos mentais que fornecem um conjunto de padrões para construção de significados (SCOTT, 2008). O autor enfatiza a importância dos símbolos e significados e reconhece que processos interpretativos internos são moldados por meio de estruturas culturais externas. De acordo com o paradigma cognitivo, o que um indivíduo faz é, em grande parte, função da representação própria do mundo. Símbolos como palavras, sinais e gestos exercem seus efeitos de modelagem do significado que se atribui a objetos e atividades.

Quadro 1 – Dimensões das instituições

Pilares	Operacionalização
Regulação (coerção)	Regras Leis Regulamentos
Normatização	Normas de grupos Valores culturais
Cognição	Etnia Religião Educação

Fonte: Adaptação de Scott (1995).

Embora instituições tenham sido conceituadas de diferentes maneiras na literatura, os termos hábitos e rotinas estão invariavelmente presentes em tais conceitos. Conforme Guerreiro, Frezatti e Casado (2004), instituições e hábitos estão conectados pelo conceito de rotina. Para Barley e Tolbert (1997, p. 96) “as instituições são regras compartilhadas e tipificações que identificam categorias de atores sociais e suas atividades próprias como rotinas”. Segundo Scott (2001, p. 3), “instituições são hábitos estabelecidos do pensar comum generalizado pelas pessoas”. De acordo com Burns e Scapens (2000, p. 306) “uma instituição é um modo de pensar ou agir predominante e que está inculcado nos hábitos de um grupo ou nos costumes de um povo”.

Conforme Becker e Lazaric (2004, p. 3) afirmam, existem diferentes formas para conceituar hábitos e rotinas, no entanto, explicam que hábito envolve formas de ação anteriormente adotadas ou adquiridas, ou seja, é a tendência para a repetição de respostas. Rotinas são hábitos formalizados e incorporados ao comportamento, fortalecidos pelo processo de repetição para o atendimento de regras, podendo tornar-se práticas inquestionáveis e serem compreendidas como padrões de atividade.

Observa-se que há uma relação estreita entre hábitos e rotinas. Segundo explicam Boff, Beuren e Guerreiro (2008, p. 159), “pela repetição sucessiva de um determinado uso ou costume, institui-se um hábito. A rotina, por sua vez, pode ser considerada a mantenedora de tais hábitos, visto que sem eles, a rotina não se institucionalizaria”, sendo que esse processo possibilita a padronização de métodos, que resulta na institucionalização de hábitos e rotinas.

O institucionalismo sociológico é o método de análise que demonstra com mais clareza o modo como as instituições afetam o comportamento do indivíduo.

Uma vez que esta perspectiva entende que “as instituições influenciam o comportamento ao oferecer esquemas, categorias e modelos cognitivos que são indispensáveis à ação [...] oferecendo as condições mesmas da atribuição de significados na vida social” (HALL; TAYLOR, 1996, p. 210). Essa escola amplia o conceito de instituições, pois considera os aspectos culturais de grupo social. Define as instituições como sendo estruturas morais e cognitivas nas quais os indivíduos estão imersos e, a partir das quais, agem, interpretam o mundo e realizam suas escolhas.

De acordo com DiMaggio (1991, p. 267) “para entender a institucionalização das formas organizacionais faz-se necessário compreender os processos de institucionalização e estruturação do campo organizacional”, visto que o campo é o *locus* da ação que, por seu turno, pode desencadear a mudança.

Dentre os diversos conceitos de campo organizacional, o conceito defendido por DiMaggio e Powell (2005) é visto como um dos mais influentes na literatura sobre o tema. Para eles, campo organizacional são:

Aquelas organizações que, em conjunto, constituem uma área reconhecida da vida institucional: fornecedores-chave, consumidores de recursos e produtos, agências regulatórias e outras organizações que produzem serviços e produtos similares (DIMAGGIO; POWELL, 2005, p. 76).

A percepção de campo permite que se imagine a existência de uma comunidade de organizações que compartilham um sistema de significados, cujos participantes interagem significativamente um com os outros, quando em comparação com o relacionamento com outros atores, de fora do campo (SCOTT, 1995; 2008).

O conceito de campo faz com que fique evidenciado o fato de as organizações estarem inseridas em ambientes compostos por outras organizações que são inter-relacionadas. Com isto, o conceito de campo demonstra que as organizações não estão isoladas no mundo, mas que se encontram imersas (*embeddedness*) em um sistema de relações; sendo que tal imersão as levam a adotar procedimentos socialmente aceitos como racionais, há uma tendência de busca de um conjunto de ações que sejam legitimadas pelos membros do campo. Meyer e Rowan (1977) *apud* DiMaggio e Powell (1991) afirmam que a estrutura formal de muitas organizações reflete mitos institucionalizados em detrimento das necessidades de fato do trabalho. Esses mitos racionais são processos ou estruturas

que, por estarem tão internalizados, passam a ser dados como certos e a compor a lógica racional vigente.

De acordo com Scott (2008, p. 186), entende-se por lógica institucional "um conjunto de práticas materiais e simbólicas que constituem os princípios institucionais e estão disponíveis para organizações e indivíduos". A lógica institucional varia no conteúdo, na natureza das crenças e pressupostos, e também na sua penetração.

Organizações são induzidas a incorporar práticas e procedimentos definidos pelos conceitos que predominam no ambiente organizacional e que estejam institucionalizados na sociedade (MEYER; ROWAN, 1977 *apud* DIMAGGIO; POWELL, 1991, p. 340). Em outras palavras, práticas adotadas pelas organizações confirmam a lógica prevalecente. Por outro lado, conforme apontam Garud *et al.* (2002), mudança institucional ocorre no momento em que uma lógica institucional alternativa substitui a lógica prevalecente, acarretando com isto novas práticas. Dentre as inúmeras práticas difundidas ao redor do mundo, pode-se citar: a disseminação de programas de gestão da qualidade, a incorporação de práticas sustentáveis no processo de produção e a adoção de medidas que têm como objetivo a preservação do meio ambiente.

Para Thornton *et al.* (2012), práticas são consideradas como conjuntos de atividades que apresentam significação social, e por isso, envolvem sentido coerente e estabilidade em determinado contexto. Albuquerque e Machado da Silva (2009, p. 632) ensinam que práticas organizacionais são "ações sociais regularizadas e recorrentes que continuamente constroem e reconstroem a organização como um sistema social espaço-temporalmente delimitado".

Para Friedland e Alford (1991) existem cinco importantes níveis institucionais na sociedade ocidental moderna, sendo eles: mercado capitalista, núcleo familiar, democracia, Estado burocrático e o Cristianismo. No entanto, por meio de estudos empíricos, Thornton (2002) criou uma nova tipologia considerando seis grandes lógicas: mercados, corporações, profissões, famílias, religiões e Estados.

Na composição da sociedade temos diversos tipos de instituições, tais como, instituições de negócio, de governo, família, religiosas etc. Segundo a teoria institucional, cada tipo institucional tem objetivos distintos, assim como um conjunto de pressupostos sobre como a organização deve funcionar (DIMAGGIO; POWELL, 1983). Essas lógicas organizacionais influenciam os sistemas de crenças, valores e os resultados dos processos comportamentais, de tal forma que eles funcionem

como lógicas institucionais com as crenças culturais e regras que moldam a cognição e o comportamento dos atores envolvidos (FRIEDLAND; ALFORD, 1991). As lógicas são, por sua vez, constituídas pelos próprios participantes aos quais elas acabam orientando por meio de valores, normas etc.

Para Friedland e Alford (1991), as lógicas institucionais têm efeitos profundos e característicos nas relações sociais. Por exemplo, a lógica institucional dos negócios tende a se concentrar nas preocupações tais como lucro, produtividade, serviços ao cliente, etc. A lógica institucional do governo, que pode ser chamada de pública, tende a se concentrar na lei, considerações do bem-estar geral e poder etc.

O institucionalismo de base sociológica contou com grande contribuição no campo das lógicas institucionais por meio do reconhecimento de que a sociedade é composta por lógicas plurais, caracterizando a sociedade como um sistema interinstitucional (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; SEO; CREED, 2002). Desta forma, pode-se tomar como premissa que atores sociais possuem como fonte de racionalidade não apenas uma única instituição, mas múltiplas instituições (THORNTON *et al.*, 2012), o que faz com que tal pluralidade seja fonte de contradição e conflito institucional, de forma que os atores participantes em determinado contexto social possam explorar tais contradições para transformar as relações institucionais da sociedade.

Estudos desenvolvidos por Reay (2009), sobre diferentes lógicas institucionais em um mesmo campo organizacional, apontam para duas explicações predominantes na literatura, sendo elas: (1) entre as múltiplas lógicas sempre uma será dominante e conduzirá o comportamento dos atores sociais; (2) a diversidade de lógicas levará a formação de um campo de disputas para que uma prevaleça.

Na primeira perspectiva de conceituar a relação entre múltiplas lógicas, no campo organizacional, em que uma será sempre dominante, Reay (2009) afirma que o trabalho de Scott e Meyer (1994) contribui significativamente com o tema, pois ele demonstra que lógicas tidas como secundárias em um campo organizacional alteram a mudança das lógicas dominantes se tornando fontes de mudanças. No entanto, o autor alerta para o fato de que estudos sobre a dinâmica das lógicas secundárias são incipientes em Estudos Organizacionais. Já na segunda perspectiva, Reay (2009) considera que há uma diversidade de lógicas no campo organizacional. O conflito entre as mesmas ocorre até que uma delas se sobressaia, tornando-se dominante por um determinado período de tempo. Esta concepção tem como foco as lógicas concorrentes, mas sem destaque para uma lógica vencedora.

Ainda quanto à multiplicidade de lógicas, Rao *et al.* (2003) descrevem o que se conhece como hibridismos, sendo o estabelecimento de lógicas à identidade tradicional sem que haja a substituição dessa última. Glynn e Lounsbury (2005) observam que, embora haja a fusão de lógicas institucionais em algumas dimensões de comportamento, outras dimensões permanecem sem alteração. Isto, de acordo com Rao *et al.* (2003) teria implicações, posto que no processo decisório das organizações é necessário conciliar as novas demandas que advêm do ambiente e a identidade tradicional da organização.

No setor de saúde suplementar, objeto de pesquisa do presente trabalho, a multiplicidade institucional representa uma de suas características mais relevantes, uma vez que ela promove a superposição de órgãos, políticas e programas, ao passo que paralelamente esvazia áreas prioritárias, como medidas de prevenção e saúde pública.

Um número significativo de trabalhos sobre lógicas institucionais já foram desenvolvidos, identificando a presença de diferentes lógicas nos mais diversos setores. O quadro a seguir apresenta um breve resumo apontando os autores, ano da publicação, o setor analisado e as lógicas institucionais identificadas pelos autores.

Quadro 2 – Trabalhos lógicas institucionais

Autores (ano)	Setor analisado	Lógicas institucionais identificadas
Thornton <i>et al.</i> ; (2012)	Setor de publicações para o ensino superior (EUA)	Lógica editorial Lógica de mercado
Marquis; Lounsbury (2007)	Setor bancário (EUA)	Lógica da comunidade Lógica nacional
Garrow; Grusky (2012)	Centro de Controle e Prevenção de Doenças - HIV/AIDS - Los Angeles (EUA)	Lógica médica Lógica da saúde pública Lógica do movimento social Lógica do multiserviço
Costa <i>et al.</i> (2013)	Governança de Recursos Hídricos (Brasil)	Lógica de comunidade Lógica de estado Lógica de mercado
Pache e Santos (2010)	Setor de organizações que atuam para reintegrar pessoas ao mercado de trabalho na França	Lógica do bem-estar social Lógica comercial

Fonte: Adaptação nossa (2016).

Conforme nos ensinam Pache e Santos (2010), a estratégia adotada por uma organização será, ainda que em parte, função do fato de múltiplas lógicas estarem diretamente representadas dentro de uma organização. Uma vez que representantes de lógicas têm voz, que são as respostas organizacionais - ações estratégicas (práticas) devido às demandas das lógicas, o que faz com que a priorização de lógicas seja determinada pelo poder relativo de representante de cada lógica. Assim, quando apenas uma lógica está representada, é a lógica que será incorporada nas decisões e comportamentos organizacionais. Em contraste, quando lógicas múltiplas são representadas, o resultado dependerá da distribuição de poder dentro da organização.

De modo geral, as organizações, os órgãos públicos e a justiça podem priorizar e/ou adaptar-se às múltiplas lógicas. Isto dependerá do poder, da influência e dos laços entre representantes dentro de um determinado contexto. Ainda que as organizações estejam expostas à múltiplas lógicas, nada impede a predominância de uma determinada lógica, pois a mudança na estrutura do campo dependerá das pressões dos seus representantes. No caso do setor da saúde suplementar no Brasil, a lógica dominante parece ser aquela influenciada pelas ações do governo na regulamentação do setor a partir da atuação da ANS como agente regulador e fiscalizador do setor. No entanto, isto não impede que as operadoras dos planos de saúde tomem ações de acordo com a lógica de mercado defendida por elas.

O setor de saúde suplementar se apresenta no centro das complementariedades e contradições de diferentes lógicas institucionais, pois os discursos das múltiplas lógicas estão presentes nas pressões e mudanças perceptíveis neste setor.

A ANS representa a lógica da regulação do setor da saúde suplementar tendo em vista a saúde econômica das operadoras e os direitos do consumidor, atribuição conferida pelo Estado. As operadoras de planos de saúde mantêm a lógica de mercado, ou seja, buscam reduzir os custos operacionais e maximizar seus lucros. A lógica da defesa e proteção do consumidor é perceptível por meio das ações de diferentes órgãos, como: Idex, Procons, Ministério Público e Judiciário. Por outro lado, a lógica do beneficiário (consumidor) envolve a prestação dos serviços relativos à saúde, mas com qualidade e eficiência, bem como o cumprimento do contrato. Além disso, há a lógica dos profissionais do setor de saúde, como:

médicos, enfermeiros, auxiliares, dentre outros. Esses profissionais se reúnem em sindicatos e associações que definem e promulgam regras normativas acerca do comportamento profissional. As clínicas, hospitais e laboratórios mantêm a lógica dos prestadores de serviços, cujos interesses divergem da lógica dos profissionais da saúde, pois a perspectiva do prestador de serviço está mais associada a mercado, enquanto que a dos profissionais do setor de saúde está sujeita a lógica da cura, ou seja, sem a preocupação central na redução dos custos.

3.2 Estratégias organizacionais para lidar com as instituições

O novo institucionalismo surgiu como uma poderosa concepção dentro das ciências sociais e possibilitou uma nova compreensão sobre o significado da produção e reprodução das práticas sociais, sendo que as organizações realizam diversas ações no seu cotidiano, buscando adequar-se às lógicas vigentes. As estratégias são um desses tipos de práticas.

Oliver (1991) aponta que, quanto às estratégias institucionais, as organizações não se comportam de forma passiva frente às pressões e expectativas institucionais e, tampouco, se resignam a todas as condições do contexto institucional. Para a autora, o comportamento organizacional pode variar desde a conformidade passiva à resistência ativa em resposta às pressões institucionais, dependendo da natureza e contexto de tais pressões, apontando como possíveis as seguintes repostas estratégicas: aquiescência, compromisso, esquivamento, confrontação e manipulação.

A partir da combinação dos tipos de respostas estratégicas com algumas características do contexto institucional como as causas e as fontes das pressões institucionais, nível de incerteza, dentre outras, Oliver (1991) propôs algumas hipóteses acerca do comportamento organizacional. De acordo com a autora, quanto menor a percepção de legitimidade social que a organização pode atingir se conformando com as regras institucionais, maior será a probabilidade de as organizações resistirem às regras. Da mesma forma, quanto menor for o nível de incerteza do ambiente e interconectividade entre as organizações, maior será a probabilidade de resistência às regras institucionais pelas organizações.

As respostas vão variar, mesmo em uma única organização, de acordo com os diferentes tipos de pressão e da força de sua origem e dos seus agentes. Desta forma, cabe ressaltar essas visões diferenciadas das pressões institucionais, tomando Oliver (1991) como exemplo. O quadro abaixo foi adaptado a partir da tabela que apresenta as respostas estratégicas às pressões institucionais propostas por Oliver (1991), e considera apenas as estratégias que podem corresponder ao problema sob análise, uma vez que as operadoras nesses casos não parecem concordar com as prescrições institucionais.

Quadro 3 – Respostas estratégicas às pressões institucionais

Estratégia	Tática	Exemplo
Evitação	Dissimulação	Disfarçar a não conformidade às regras.
	Distanciamento	Enfraquecer os laços institucionais.
	Escape	Alterar metas, atividades ou domínios.
Confrontação	Rejeição	Ignorar normas e valores explícitos.
	Desafio	Contestar requerimentos e regras.
	Ataque	Atacar a fonte da pressão institucional.
Manipulação	Cooptação	Submeter constituintes importantes a uma coalizão.
	Influência	Modelar valores e critérios convenientemente
	Controle	Dominar constituintes e processos institucionais

Fonte: Adaptado de Oliver (1991, p. 152).

Confrontar é tido como o modo de resistência mais ativo às exigências ambientais, concretizado por meio da rejeição, da provocação ou do ataque. De acordo com Oliver (1991), as organizações podem lançar mão dessas táticas em algumas situações, seja em virtude de baixa intensidade de pressão externa, seja quando os seus objetivos e interesses confrontarem significativamente com as regras e valores sociais, seja ao se mostrarem seguras da retidão das ações alternativas que propõem, ou seja mesmo quando acreditam que têm pouco ou nada a perder com qualquer demonstração explícita de resistência às exigências institucionais.

Para Fonseca (2003), evitar envolve ocultar a conformidade. Com isto as organizações amortecem o impacto das pressões institucionais sobre determinadas áreas que as constituem ou escapam de normas e expectativas. Sendo assim,

planos e procedimentos podem ser concebidos sem qualquer intenção de implementação. Ainda de acordo com Fonseca (2003), são alterados objetivos e práticas, e são ocupados novos mercados, nos quais as exigências são brandas ou mesmo inexistentes. Muitos teóricos organizacionais, sobretudo os institucionalistas, vêm na esquiva uma forma de resposta às pressões institucionais, como uma tentativa organizacional de impedir a necessidade se atender à conformidade.

Confrontação ou rejeição é tida como uma forma das organizações desconsiderarem normas e valores explícitos, o que pode ser agravado pela deficiente compreensão organizacional da racionalidade existente atrás de pressões institucionais e das consequências da desobediência à conformidade. As organizações estão mais dispostas a provocar do que rejeitar, uma vez que provocar representa um afastamento mais ativo das regras, normas ou expectativas mediante contestação de regras e exigências. Pache e Santos (2010) apontam que as organizações estarão mais inclinadas a provocar ou desafiar normas rationalizadas ou regras coletivas do ambiente institucional quando o desafio puder ser reforçado por probidade ou racionalidade. Há distinções entre as táticas de rejeitar e provocar pelo grau de agressividade do afastamento das atividades organizacionais das pressões e expectativas institucionais. Ao atacar, as organizações transgredem as fontes de pressão institucionais. Atacando, as organizações desconsideram normas e valores explícitos.

Por outro lado, a manipulação apresenta-se como a última reação estratégica às exigências ambientais e está relacionada às tentativas de organizações poderosas e oportunistas de cooptar, influenciar ou controlar as fontes de pressão por meio de relações institucionais. Desta forma, essas organizações buscam mudar ou demonstrar poder sobre o conteúdo das expectativas institucionais ou sobre as fontes que buscam expressá-lo.

Relevante aspecto normativo das práticas formais de estratégia diz respeito ao fato de elas constituírem, muitas vezes, práticas ceremoniais. A adoção ceremonial de práticas gerenciais tem sido considerada, por autores institucionalistas, como um ato de conteúdo simbólico, em que os motivos por trás desse comportamento consistem na legitimação do ator perante uma comunidade de referência (MEYER; ROWAN, 1977 *apud* DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Objetivando obter uma solução estável para o conflito entre legitimação e técnica, as organizações optam por um estado de descolamento (*loosely coupled*) entre suas demandas técnicas e institucionais, e passam a utilizar a cerimônia como um mecanismo de sobrevivência em um ambiente institucionalizado (MEYER; ROWAN, 1977 *apud* DIMAGGIO; POWELL, 1991). O termo cerimônia é dado aqui num sentido de aparência, “onde aquilo que se supõe ser o principal resultado esperado pela ação empreendida não o é de fato” (ALBUQUERQUE; MACHADO DA SILVA, 2009, p. 92).

A atividade ceremonial seria algo como “manter as aparências” quando as organizações incorporam formalmente mitos institucionalizados e, ao serem avaliadas, “simulam” que atendem às exigências institucionais para não comprometerem o desenvolvimento de suas atividades práticas e, tampouco, a legitimidade adquirida que garante a sobrevivência no meio institucional (MEYER; ROWAN, 1977 *apud* DIMAGGIO; POWELL, 1991). Um exemplo disso é a incorporação dos programas ISO (*International Organization for Standardization*) que é amplamente preconizada no meio empresarial, mas que, em muitos casos, o processo de implementação é falho.

Meyer e Rowan (1977) *apud* Dimaggio e Powell (1991) argumentam que as organizações tendem a ser semelhantes em um determinado ambiente institucional, mas podem apresentar uma grande diversidade na sua atividade real, ou seja, no uso das práticas que incorporam. Então, é possível que a adoção de algumas práticas por parte de uma organização, no que diz respeito às respostas decorrentes de demandas oriundas do seu campo de atuação, seja apenas ceremonial, ao invés de uma escolha tecnicamente eficaz e objetiva; e ainda, que organizações de um mesmo ambiente institucional adotem formalmente as mesmas práticas, mas na atividade cotidiana, usem de formas distintas.

Sob o olhar teórico, o presente trabalho articula-se com estudos que buscaram compreender como os atores navegam sobre condições de múltiplas lógicas institucionais (FRIEDLAND; ALFORD, 1991; PACHE; SANTOS, 2010). Tais estudos constatam diferentes alternativas de respostas estratégicas, as quais podem envolver desde a opção por evitar, disputar até manipular as pressões (OLIVER, 1991). Portanto, este trabalho está alinhado com essa preocupação, pois volta-se

para a compreensão das estratégias adotadas pelas organizações para eventualmente deixar de cumprir regulamentos do setor.

No caso das lógicas conflitantes, no que diz respeito à regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil, diferentes lógicas coexistem ao longo dos anos, sendo que cada lógica é apoiada por seu grupo de interesse. O comportamento das lógicas, nesse caso, dependerá do poder e da legitimidade do grupo que pretende impor sua perspectiva. Cabe destacar o fato de que pode haver o conflito entre duas lógicas, gerando com isto instabilidade, e possibilitando a dominação sobre a outra, a hibridização ou a “invasão” de uma terceira lógica.

Cabe aqui mencionar o caso das lógicas conflitantes no ensino da medicina nos Estados Unidos, cujas investigações foram desenvolvidas por Dunn e Jones (2010), onde a lógica da ciência (curativa) coexiste com a lógica do cuidado (preventiva) ao longo dos anos, sendo cada lógica respaldada por seu grupo de interesse. Neste caso, o comportamento das lógicas demonstra que a perspectiva dominante no início do período estudado, a lógica curativa, foi ultrapassada em relevância em certo período de tempo pela nova lógica dominante, preventiva. No entanto, a perspectiva curativa em nenhum momento perdeu seu *status de taken-for-granted*, atingindo o equilíbrio com a lógica preventiva em tempos recentes.

No intuito de identificar indícios que revelem o não cumprimento de diretrizes por parte das operadoras de planos de saúde, foi proposta uma pesquisa quantitativa, com análise qualitativa, para se levantar a quantidade e a qualidade das respostas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde aos beneficiários em suas queixas na esfera judicial.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a proposta de metodologia do estudo e seu embasamento teórico, com a descrição das técnicas de coleta dos dados e os procedimentos utilizados para a obtenção das informações relacionadas a cada objetivo específico da pesquisa.

Para o alcance dos objetivos estabelecidos no presente estudo buscou-se realizar uma pesquisa de tipo descritiva explanatória. Descritiva pelo fato de que serão descritas todas as etapas das ações propostas pelos beneficiários contra as operadoras de planos de saúde e as respostas destas, além disso, a amostra indicará tipos distintos de reclamação de cobertura de procedimentos, associados aos tipos de resposta. O levantamento quantitativo dessas ações visará obter uma quantidade de processos por tipo de negativa de cobertura, até quando esse problema, e resposta por parte das operadoras, não apresente novos elementos. E explanatória porque, a partir da análise desse conjunto de processos, se pretende levantar e entender, de modo geral, a estratégias adotadas pelas operadoras em relação às reclamações dos beneficiários.

Trata-se de um estudo transversal (*cross-sectional study*) no qual a pesquisa é realizada em um ponto no tempo, com análise de 80 processos movidos por beneficiários contra operadoras de planos de saúde por negativa de cobertura. Foram coletados dados que incluíram: nomes das operadoras; números dos processos; tipos de negativas de cobertura, tipos de alegações apresentadas pelas operadoras, decisões da justiça, quantidade de antecipação de tutela e valor da causa. Os dados foram coletados nos arquivos eletrônicos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP).

Barros e Hirakata (2003), em artigo sobre alternativas de análise para estudos, consultaram todos os manuscritos publicados nos periódicos *International Journal of Epidemiology* e Revista de Saúde Pública no ano de 1998, e constataram que 50% deles foram estudos transversais. Assim, identifica-se uma significativa proporção de trabalhos adotando este tipo desenho.

No processo judicial, unidade de pesquisa e análise do presente estudo, estão disponíveis as informações essenciais à pesquisa, como: 1) número do processo; 2) nome do plano de saúde; 3) tipo de negativa de cobertura (cirurgia,

consulta, cobertura geográfica, exame laboratorial, internação, medicamento, parto, remoção, tratamento, dentre outros); 4) tipo de resposta apresentada pela operadora; 5) decisão da justiça (sentença); 6) fundamentação jurídica da decisão e 7) valor da causa. As alegações das operadoras de planos de saúde combinadas com as decisões da justiça, e as fundamentações jurídicas apresentadas pelos juízes nos autos dos processos, são elementos essenciais para se verificar se as operadoras estão utilizando subterfúgios que possam ser caracterizados como meios de evitar, confrontar ou manipular as regras pré-estabelecidas, ou seja, descumprir os regulamentos do setor. Ao final deste capítulo será detalhado o processo civil, ou seja, como o mesmo é composto (suas partes) e suas etapas (fases do processo).

O quadro, abaixo, mostra os elementos que compõem o presente estudo e serviu como roteiro para a coleta e consolidação dos dados.

Quadro 4 – Elementos da pesquisa

Plano	Processo	Negativa cobertura	Alegações do plano de saúde	Decisão	Fundamentação	Valor da causa
AA	10109517120158200000	Homecare	Sem cobertura contratual	Condenação do plano de saúde.	Súmula 90 do TJ/SP*	R\$ 50.000,00
AB	10112436620158200000	Cirurgia	Não consta no rol da ANS	Condenação do plano de saúde.	Artigo 51 inciso IV do CDC**	R\$ 69.779,92

Fonte: Elaborado pelo autor

*Súmula nº 90, TJ/SP: “Havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “homecare”, revela-se abusiva a cláusula de exclusão inserida na avença, que não pode prevalecer”.

**Art. 51. São nulas de pleno direito, entre outras, as cláusulas contratuais relativas ao fornecimento de produtos e serviços que:

IV - Estabeleçam obrigações consideradas iníquas, abusivas, que coloquem o consumidor em desvantagem exagerada, ou sejam incompatíveis com a boa-fé ou a equidade.

Os resultados da presente pesquisa foram analisados levando-se em conta o que se segue:

Em primeiro lugar foram analisados os **resultados quantitativos**: a) frequência por tipo de reclamação e por tipo de resposta; b) associação de tipo de reclamação e tipo de resposta.

No segundo momento foram analisados os **resultados qualitativos**: a) quando o procedimento estiver prescrito no rol da ANS e/ou em contrato e houver a recusa por completo por parte da operadora, tal recusa foi entendida como sendo uma “confrontação” ao regulamento; b) caso o procedimento esteja prescrito no rol

da ANS e/ou em contrato, mas a resposta da operadora não foi clara ou mesmo quando não houve uma recusa efetiva, mas uma protelação ou falta de retorno ao beneficiário, tal resposta foi interpretada como sendo uma “evitação”; **c)** se o procedimento estiver prescrito no rol da ANS e/ou em contrato, mas a resposta da operadora consistir em uma interpretação diversa daquilo que está estabelecido, a resposta da operadora foi entendida como sendo uma “manipulação”.

Quanto ao método de coleta de dados, foram utilizados dois métodos; no primeiro foi realizado um levantamento bibliográfico-documental para embasar o conhecimento sobre a regulamentação do setor de saúde privada no Brasil, especificamente sobre cobertura de procedimentos e tipos de reclamação conhecidos no site da ANS, do Judiciário e do Procon. Numa segunda parte foi realizado um levantamento quantitativo dos processos julgados em segunda instância pelo Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP), cujo objetivo é buscar entender as tendências das reclamações e, por outro lado, conhecer as respostas apresentadas pelas operadoras de planos de saúde.

Como instrumentos da pesquisa bibliográfico-documental foram analisados documentos, artigos e legislação pertinente à regulamentação da saúde suplementar, tais como: a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080/90 - Lei Orgânica da Saúde e que criou o Sistema Único de Saúde; a Lei nº. 8.078/90 – Lei que criou o Código de Defesa do Consumidor; a Lei nº 9.961/00 - Que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além das informações e dados estatísticos contidos em relatórios técnicos disponibilizados pela ANS e Procon-SP nos seus respectivos sites e a Resolução Normativa (RN) nº 226, de 05/08/2010 e Resolução Normativa (RN) nº 343, de 17/12/2013, que criaram e disciplinaram a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP).

O levantamento da quantidade e dos tipos de reclamações movidos pelos beneficiários contra as operadoras de planos de saúde foi realizado por meio dos dados obtidos a partir das fotografias que foram tiradas dos processos cujos arquivos estão no Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP).

A pesquisa bibliográfico-documental foi realizada em data específica, e as informações foram coletadas de acordo com sua relevância e atualidade, bem como foram registradas e datadas as fontes onde as mesmas foram obtidas. Quanto à

pesquisa no instrumento jurídico, foi realizado um levantamento dos dados mais relevantes contidos nos processos ao longo de um ano.

No que diz respeito à amostra, no caso do levantamento bibliográfico-documental, (a) a Constituição Federal de 1988, (b) a Lei nº 8.080/90 (SUS), (c) a Lei nº. 9.656/98 (Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde), (d) a Lei º 9.961/00 (ANS), (e) a Lei 8.078/90 (CDC), e (f) sites e regulamentos pertinentes ao campo da saúde suplementar, compõem um conjunto de material relevante sobre a atuação da ANS. Por outro lado, a amostra dos processos que se pretende analisar é suficiente para se obter uma tendência clara das reclamações dos beneficiários e das respostas das operadoras de planos de saúde.

Ainda, para operacionalizar os objetivos específicos do estudo, sobretudo aquele que trata do levantamento de dados relativos à quantidade por tipos de queixas contidas nos processos contra os planos de saúde, foi realizada uma pesquisa com enfoque **quantitativo**, com análise **qualitativa**, para se levantar a **quantidade e a qualidade** das respostas apresentadas aos beneficiários na esfera judicial.

Como dito anteriormente, nesta pesquisa foi utilizada a combinação de dados qualitativos e quantitativos, método usualmente conhecido como método misto ou metodologia mista de pesquisa. Neste caso, o caminho consiste em fazer um levantamento quantitativo descritivo dos diferentes tipos de reclamação, contrastando com as alegações dos consumidores e, quando houver, das operadoras em relação aos regulamentos e, por indução, da estratégia utilizada. Pretende-se medir a frequência com que diferentes respostas são apresentadas pelas operadoras às queixas dos beneficiários e, com isso, traçar uma tendência das respostas quanto a estratégia adotada pelas seguradoras, seja de esquivar, confrontar ou manipular.

Para Creswell (2010) a pesquisa de métodos mistos é mais do que uma mera coleta e análise dos dois tipos de dados, pois faz o uso das duas abordagens conjuntamente, de maneira que a força geral deste tipo de pesquisa seja superior à de pesquisa quantitativa ou qualitativa isoladamente. Ainda segundo Creswell (2010), a natureza interdisciplinar da pesquisa científica, associada a crescente complexidade dos problemas pesquisados, contribui para o crescente interesse em combinar abordagens metodológicas diferentes.

Morse e Niehaus (2009) definem método misto como sendo uma pesquisa que utiliza um método principal (QUAN ou QUAL) e o uso de um segundo método como suplementar (QUAN ou QUAL), sendo que o suplemento não pode ser compreendido de forma isolada por este ser considerado apenas parte do estudo, não outro estudo.

A abordagem de métodos mistos proposta por Morse e Niehaus (2009) apresenta semelhanças, bem como diferenças para outras conceituações de métodos mistos. A partir do pressuposto de que os (núcleo e o suplementar) componentes a serem combinados em uma pesquisa de métodos mistos são sempre inseridos na relação dominante-subordinado (ou primário-secundário), segue-se que tipos de métodos mistos assumindo igual prioridade não serão possíveis.

As regras da legislação de saúde suplementar definem a cobertura obrigatória em função da assistência prestada gerando segmentos específicos. O consumidor pode contratar um ou mais segmentos (independente da modalidade do seu plano de saúde - individual/familiar ou coletivo). A segmentação do plano é justamente a composição das coberturas descritas, ou seja, o plano pode ser:

- Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia
- Hospitalar com obstetrícia
- Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia
- Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia

Para cada segmentação há uma lista de procedimentos com cobertura obrigatória descrita no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela ANS e revisado a cada dois anos. Essas determinações valem para todos os contratos celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou adaptados à Lei nº 9656/98 (planos novos).

A seguir será apresentado de forma resumida o processo jurídico no âmbito civil, unidade de pesquisa e análise do presente estudo: **1)** O processo tem início a partir do momento que uma petição for protocolizada, ou seja, o juiz de primeira instância (primeiro grau) toma ciência do processo. Na petição devem constar os motivos pelos quais o autor está ajuizando a ação e quais dos seus direitos foram prejudicados. **2)** Ao receber a petição, o juiz examinará se existe um pedido de

antecipação de tutela, em outras palavras, um pedido do autor que demande uma intervenção imediata do poder judiciário com o objetivo de não prejudicar o direito do autor. O pedido será apreciado à luz dos requisitos clássicos do *fumus boni juris* (fumaça do bom direito) e do *periculum in mora* (perigo em mora). Caso o juiz indefira o pedido (antecipação de tutela), o autor poderá ajuizar um recurso chamado Agravo de Instrumento, junto ao Tribunal de Justiça, para reverter a situação. **3)** Resolvida a questão da antecipação de tutela, o juiz manda citar a parte contrária, isto é, o(s) réu (s) quem deve(m) contestar a ação, expondo sua defesa contra os argumentos do autor. **4)** Feita a contestação, o juiz manda intimar o autor para que este apresente sua réplica à contestação, afirmando suas razões de direito. **5)** Apresentados todos os argumentos, o juiz intima as partes, questionando se querem apresentar novas provas. Caso as partes queiram apresentar depoimentos testemunhais ou pessoais, o juiz deve marcar uma audiência. **6)** Em seguida à apresentação das provas, o juiz novamente intima as partes para que se manifestem sobre elas e apresentem suas considerações finais. Então o juiz profere uma sentença decidindo sobre o processo. **7)** Publica-se a sentença. Caso as partes não concordem com a decisão do juiz, podem ajuizar um recurso de apelação com o objetivo de reverter o resultado do processo. **8)** A apelação é julgada por um colegiado composto por três juízes desembargadores de um Tribunal específico. O Tribunal, por sua vez, se manifestará definitivamente sobre o caso, reformando ou mantendo a decisão do juiz de primeiro grau. **9)** Caso a decisão do Tribunal seja contrária a um direito previsto na Constituição Federal ou em Lei Federal, é possível ajuizar dois recursos específicos junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) ou ao Superior Tribunal de Justiça (STJ). **10)** A partir da decisão definitiva, há o reconhecimento do direito de uma das partes que, então, deve ser liquidado.

Ao longo do processo todos os passos são comunicados às partes por meio de publicações no Diário Oficial. Atualmente esse tipo de acompanhamento pode ser feito *online*, auxiliando tanto advogados quanto as partes interessadas a conduzirem o processo de maneira mais célere e eficiente.

Também para realização da análise proposta na presente pesquisa optou-se pelo uso do método conhecido como análise de correspondência, que é uma técnica exploratória cujo produto final é a representação gráfica das linhas e das colunas de uma tabela de contingência e, assim, verificar o grau de interação entre as mesmas.

Resumidamente, a análise de correspondência trata-se de método de análise gráfica de tabelas de contingência, cujos principais conceitos foram descritos em 1940 em estudo desenvolvido por Fisher indicando, como exemplo, a análise de associação entre cor dos olhos e tipos de cabelo de habitantes da cidade escocesa de Caithness. Os conceitos principais da análise de correspondência são os perfis de linha ou coluna e a distância qui-quadrado.

Uma tabela de contingência é uma tabela de frequências de determinadas variáveis categóricas. No presente estudo foram utilizadas tabelas de contingência de duas variáveis, como: plano x tipo de negativa.

Exemplo:

Plano	Carência	Negativa branca
AA	3	10
AB	8	2

Na década de 1970, sob a denominação de *L'Analyse des Données*, a análise de correspondência foi difundida na comunidade científica pelo estatístico francês Benzécri e seu grupo de colaboradores. Desta forma, grande parte dos trabalhos desenvolvidos nesta área são devidos aos esforços de Benzécri e seus colaboradores, entre os quais destacam-se Lebar *et al.* (1977). Por outro lado, de modo independente e em paralelo, o desenvolvimento da análise de correspondência teve início na Holanda e no Japão, sob diferentes títulos, como Análise de Homogeneidade e Escalonamento Dual.

Publicações na literatura inglesa surgiram já na década de 1980 com os trabalhos de Nishisato (1980), Gifi (1981) e Greenacre (1984). No Brasil, a técnica é mais utilizada nos estudos de ecologia e, em menor escala, na área da saúde. Pesquisa realizada pelo autor na base de dados SciELO, utilizando o termo “análise de correspondência”, identificou 156 artigos redigidos em língua portuguesa e publicados até 2012. E ainda, tem-se que o primeiro trabalho publicado em periódico brasileiro na área da saúde (1992) pode ser creditado a Carvalho e Struchiner, que abordam a associação entre unidades de vacinação constantes do Plano Nacional de Imunização (PNI).

5 APRESENTAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos a partir da pesquisa empírica dos dados contidos nas ações movidas pelos beneficiários contra as operadoras de planos de saúde suplementar, em virtude de restrição ou limitação de cobertura contratual, bem como as decisões proferidas pelos juízes nos autos dos processos. Conforme método detalhado no capítulo metodologia do presente trabalho, pretende-se analisar um total de 80 processos com decisões proferidas nos autos.

Antes de dar continuidade as análises dos resultados, cabe esclarecer que, por tratar-se de uma pesquisa cujos dados foram obtidos por meio de acesso a um banco oficial de dados eletrônico de uma instituição pública (TJ-SP) referentes à informações de terceiros, ou seja, de pessoas físicas (beneficiários de planos de saúde) e pessoas jurídicas (empresas operadoras de planos de saúde), embora públicas, tais informações são restritas à pesquisa e não podem ser divulgadas sem prévia concordância das partes, por meio de Termo de Anuência. Desta forma, por questões éticas e de confidencialidade das informações, os nomes dos beneficiários foram omitidos e os nomes das operadoras de planos de saúde foram substituídos por combinações de letras nos resultados da presente pesquisa.

Aqui será apresentada a quantidade de decisões favoráveis aos usuários de planos de saúde e em que percentual essas decisões lhes foram favoráveis frente a quantidade de processos pesquisados. Também será demonstrada a quantidade de decisões favoráveis às operadoras e o quanto esse número representa em relação à quantidade de processo pesquisado.

Tendo em vista o fato de que o direito à saúde se trata de um direito social, e que este, por sua vez, está consignado na nossa constituição como um dever a ser executado pelo Estado, pode ou não, como resultado da pesquisa empírica, se confirmar o argumento recorrente de que as decisões amplamente favoráveis aos beneficiários decorram do fato das mesmas envolverem direitos sociais no conflito.

A princípio, conforme informado no capítulo de metodologia, a pesquisa seria realizada nos arquivos físicos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, ou seja, os dados seriam coletados diretamente nos processos arquivados nos diversos cartórios dos fóruns, onde os mesmos se deram. Porém, tal possibilidade se mostrou

inviável, visto que os processos são arquivados de acordo com o ano em que os mesmos foram protocolizados e em sequência numérica.

Para se fazer uma pesquisa a qualquer processo judicial, primeiramente é necessário conhecer o número do processo a ser pesquisado. Com o número do processo em mãos, o pesquisador deve solicitar o desarquivamento do mesmo no cartório competente. No entanto, para a presente pesquisa não se dispunha dos números dos processos que seriam pesquisados, mas apenas do fato de que se buscava levantar os processos contra os planos de saúde por negativa de cobertura, informação insuficiente e classificada como “genérica” por parte dos responsáveis e atendentes dos cartórios consultados.

Após algumas conversas com diversos funcionários dos cartórios do fórum de São Bernardo do Campo, um dos responsáveis pelo arquivo sugeriu que a pesquisa poderia começar pelos arquivos eletrônicos do TJ/SP, ou seja, acessando o site <http://www.tjsp.jus.br/>, em “consulta processual” fazer buscas pelos nomes das operadoras de planos de saúde, utilizando o recurso “filtro”. Tal sugestão se mostrou promissora e a pesquisa se deu como descrita adiante.

Foram pesquisados 672 processos no site do TJ/SP, a partir dos nomes das oito maiores operadoras de planos de saúde e cujos planos são comercializados no Estado de São Paulo (ANS/2016). Nesta primeira fase da pesquisa não se tinha a informação do que se tratavam os processos, ou seja, não se conhecia a “causa de pedir” que é a motivação baseada em fatos jurídicos que ensejaram a pretensão posta, mas apenas a informação de que são processos contra empresas de planos de saúde.

Dentre os 672 processos pesquisados apenas 158 processos tinham como causa de pedir “obrigação de fazer”, que se traduz no dever de exercer determinada conduta, ou seja, prestar um tipo de serviço que supostamente havia sido ajustado entre o segurado e a operadora de plano de saúde.

Após a leitura dos pedidos dos 158 processos, foram excluídos aqueles que ainda careciam de decisão judicial, ou seja, processos pendentes de sentença final. Com isto foram identificados oitenta processos movidos pelos beneficiários contra cinco planos de saúde por negativa de cobertura e cujas respectivas sentenças constam dos autos.

Como informado anteriormente, entre os seiscentos e setenta e dois processos pesquisados figuravam oito planos de saúde, no entanto, com o avançar da pesquisa diversos processos foram eliminados, seja por não envolverem negativa de cobertura ou ainda aqueles que mesmo se tratando de negativa de cobertura ainda dependiam de decisão final, sentença do juiz competente. Com isto cinco planos de saúde permaneceram entre os oitenta processos selecionados e estes processos passaram a compor a amostra a ser pesquisada.

Desta forma, 80 processos foram selecionados obedecendo os seguintes critérios: processos contra planos de saúde por negativa de cobertura e a disponibilidade dos mesmos no site do TJ/SP, ou seja, a íntegra da petição inicial, da contestação, dos despachos do juiz e da sentença prolatada nos autos.

O estudo foi realizado a partir da análise documental de processos movidos por beneficiários contra operadoras de planos de saúde, sendo que os processos estão disponíveis para consulta no site do TJ/SP. Por se tratar de um arquivo eletrônico, o mesmo fica disponível para acesso 24 horas por dia de segunda a sexta-feira. No entanto, dadas algumas limitações pessoais do pesquisador, o estudo se deu às sextas-feiras, sábados e domingos de cada semana durante o período de março a maio de 2017.

Os dados referentes aos oitenta processos pesquisados foram organizados em uma planilha idealizada para essa finalidade, usando o programa Excel e os resultados foram expressos pela estatística descritiva em frequência absoluta e relativa, sendo apresentados por meio de tabelas e gráficos.

A referida planilha apresenta os dados coletados nos oitenta processos e contempla as seguintes informações: **a)** nome do plano de saúde; **b)** número do processo; **c)** tipo de negativa de cobertura; **d)** alegações do plano de saúde; **e)** decisão da justiça; **f)** fundamentação jurídica da decisão e **g)** valor da causa.

Tendo em vista os diversos tipos de negativas encontrados nos 80 processos pesquisados, optou-se por agrupá-los em cinco categorias de acordo com a semelhança dos procedimentos, portanto, na categoria **cirurgia/parto** estão agrupadas as seguintes negativas: cirurgias cardíacas, ortopédicas, renais e partos; na categoria **consulta/exame** estão agrupadas as seguintes negativas: consultas de um modo geral, exames laboratoriais como hemograma, de urina, de fezes, ressonância magnética e radiografias em geral; na categoria **homecare/internação**

estão agrupadas as negativas *homecare* (cuidado intensivo domiciliar) e internações em geral; na categoria **tratamento** estão agrupadas as negativas de atendimentos voltados para reabilitação, como: fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise e terapia ocupacional; e na categoria **medicamento** estão agrupadas as negativas de diversos tipos de medicamento, tais como: Belimumabe (Benlysta), Capecitabina, Dacaltasvir, Lenalidomida, Oxigenoterapia, Rizotomia e Sofosbuvir.

Os diversos tipos de alegações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde as negativas de coberturas também foram agrupados de acordo com suas semelhanças em cinco categorias, portanto, na categoria **sem cobertura contratual** estão as alegações em que as operadoras negaram cobertura justificando que as mesmas não eram descritas em contrato; na categoria **não consta no rol da ANS** estão as alegações em que as operadoras negaram cobertura justificando que as mesmas não constam no rol de medicamentos/procedimentos/serviços/tratamentos estabelecidos pela ANS; na categoria **não deu qualquer justificativa (negativa branca)** estão as negativas de cobertura que as operadoras não apresentaram qualquer justificativa aos beneficiários, deixando transcorrer prazos, ignorando reclamações formuladas por escrito pelos beneficiários, não dando qualquer retorno aos pedidos dos beneficiários por telefone e e-mail; na categoria **cancelamento de plano** estão as alegações em que as operadoras negaram cobertura justificando cancelamento do contrato, ou seja, cancelamento do contrato sem qualquer notificação ou conhecimento por parte do beneficiários, e na categoria **período de carência** estão as alegações em que as operadoras negaram cobertura justificando que os beneficiários não faziam jus as mesmas, devido ao não cumprimento do período de carência estabelecido em contrato.

Tendo em vista o acima exposto, bem como o intuito de se realizar os objetivos do presente estudo e com isto contribuir para a ampliar o conhecimento sobre a saúde suplementar no Brasil, a seguir serão apresentados os resultados obtidos com a coleta de dados efetuada durante a pesquisa nos 80 processos movidos por beneficiários contra operados de planos de saúde por negativa de cobertura. Os dados serão apresentados em tabelas e quadros para uma melhor visualização e compreensão dos mesmos. Nas tabelas abaixo, os resultados obtidos foram descritos em frequências absoluta e relativa.

Dentre os 80 processos pesquisados, 77 (96%) foram ajuizados com pedidos de antecipação da tutela, que consiste na antecipação dos efeitos da sentença condenatória. Sendo que 72 (93,5%) processos tiveram seus pedidos deferidos, pois os juízes que os analisaram, e assim decidiram em favor dos autores, justificaram ter encontrado nos autos dos processos os pressupostos de admissibilidade da tutela antecipada, quais sejam, provas inequívocas de verossimilhança das alegações e fundado receio de dano irreparável ou de difícil reparação à vida e/ou à saúde do autor (beneficiário do plano de saúde). Além disso, para a consecução da medida, o juiz também leva em conta os seguintes requisitos: o *periculum in mora* (perigo da demora) e o *fumus boni iuris* (fumaça do bom direito). Tanto a fumaça do bom direito como o perigo da demora são pressupostos autorizadores da concessão da antecipação da tutela cuja previsão legal encontra-se no artigo 273 do Código de Processo Civil.

Tabela 1 – Dimensões das Instituições - Distribuição da frequência absoluta e relativa das negativas de cobertura apresentadas pelos planos de saúde às demandas dos conveniados

Negativa de Cobertura	Frequência	Porcentagem (%)
Cirurgia/Parto	25	31
Consulta/Exame	19	24
<i>Homecare/Internação</i>	19	24
Tratamento	11	14
Medicamento	6	7
Total	80	100

Dentre os 80 processos pesquisados, as negativas de cobertura apresentaram os seguintes resultados: 25 (31%) foram de cirurgia/parto; 19 (24%) foram de consulta/exame; 19 (24%) foram *homecare/internação*; 11 (14%) foram de tratamento e 6 (7%) foram de medicamento.

Os resultados obtidos permitiram identificar uma alta concentração de negativas de cobertura em duas categorias. Sendo que estas duas categorias, cirurgia/parto e *homecare/internação* somam 44 processos, que correspondem a 55% da amostra. Em termos de valor da causa, os 44 processos totalizam

R\$1.338.947,00, o que representa 67,5% do total do valor da causa envolvendo os 80 processos pesquisados.

Ainda, numa análise em separado, cabe destacar o fato de que menos de um terço das negativas de coberturas, ou seja, 25 negativas de cobertura de cirurgia/parto totalizam R\$910.583,00 de valor da causa, o que corresponde a 46% do valor total das causas dos processos pesquisados. Isto parece demonstrar uma tendência das operadoras de planos de saúde em negar coberturas para procedimentos de maior complexidade e custo.

Tabela 2 – Distribuição da frequência absoluta e relativa das alegações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde para justificar suas negativas de coberturas

Alegações do Plano de Saúde	Frequência	Porcentagem (%)
Sem cobertura contratual	25	31
Não consta no rol da ANS	23	29
Não deu qualquer justificativa (negativa branca)	16	20
Cancelamento do plano	11	14
Período de carência	5	6
Total	80	100

Dentre os 80 processos pesquisados, as alegações apresentadas pelas operadoras de planos de saúde para justificar suas negativas de cobertura apresentaram os seguintes resultados: 25 (31%) foram referentes à falta de cobertura contratual; 23 (29%) dizem respeito a coberturas que não constam no rol da ANS; 16 (20%) referem-se a coberturas negadas sem qualquer justificativas (negativa branca) por parte das operadoras; 11 (14%) são de negativas decorrentes de planos cancelados unilateralmente pelas operadoras e 5 (6%) dizem respeito a negativas de cobertura em virtude do não cumprimento do períodos de carência.

Os resultados alcançados revelam uma alta prevalência de duas categorias de alegações apresentadas pelas operados em suas negativas de cobertura, sendo que estas duas categorias, “sem cobertura contratual e “não consta no rol da ANS”, totalizam 48 (60%) processos pesquisados. Quanto ao valor da causa, os 48

processos somam R\$ 1.199.802,51, o que corresponde a 60% do valor total da causa dos 80 processos pesquisados.

Ainda, no que diz respeito as alegações apresentadas pelas operadoras às negativas de cobertura, os resultados da pesquisa revelam que as operadoras não apresentaram qualquer justificativa (negativa branca) às negativas de cobertura para 16 processos, número este que corresponde a 20% dos processos pesquisados. Numa análise mais apurada desse número verifica-se que a chamada negativa branca se concentrou em procedimentos de maior complexidade e custo, pois foram 11 negativas de cobertura para cirurgia/parto, 2 negativas de cobertura para *homecare/internação*, 2 negativas de cobertura para consulta/exame e apenas 1 negativa de cobertura para tratamento. No que se refere ao valor da causa, as 16 negativas brancas totalizam R\$ 542.187,72, ou seja, 27,5% do total do valor da causa dos 80 processos pesquisados. Além disso, as 11 negativas de cobertura para cirurgia/parto totalizam R\$ 397.151,84, o que corresponde a 73,25% do valor total da causa das negativas brancas.

Desde 5 de março de 2013, a Resolução Normativa 319 da ANS (ANS – 2013) obriga as operadoras de planos de saúde a justificarem negativas de cobertura por escrito aos beneficiários que assim solicitarem. A informação deve ser transmitida ao beneficiário solicitante em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que justifiquem o motivo da negativa.

A Resolução Normativa 319 da ANS (ANS - 2013) ainda dispõe sobre multas para o caso de a operadora deixar de informar por escrito os motivos da negativa de cobertura previstos em lei, sempre que solicitado pelo beneficiário, pagando multa de R\$ 30.000,00. Já a multa por negativa de cobertura indevida em casos de urgência e emergência é de R\$ 100.000,00.

No entanto, os resultados apresentados acima demonstram que, na prática, muitas operadoras de planos de saúde continuam atuando de forma ilegal e praticando deliberadamente a chamada “negativa branca”, que já é amplamente conhecida pelos tribunais do país.

Tabela 3 – Frequência absoluta das negativas de cobertura por tipos de justificativas apresentadas; consolidação dos valores das causas em relação às negativas de cobertura; e os percentuais que estes valores representam em relação ao valor total das causas

Negativa de Cobertura	Carência	Cancelado	Sem cobertura contratual	Fora do rol ANS	Negativa branca	Total por Negativa	Valor da Causa	(%)
Cirurgia/Parto	1	3	7	3	11	25	R\$ 910.583	46%
Homecare/Internação	3	3	6	5	2	19	R\$ 428.365	22%
Consulta/Exame	1	4	7	5	2	19	R\$ 361.237	18%
Tratamento	-	1	4	5	1	11	R\$ 177.140	9%
Medicamento	-	-	1	5	-	6	R\$ 104.441	5%
Total	5	11	25	23	16	80	R\$ 1.981.765	100%

Dentre 80 processos pesquisados, os valores das causas totalizaram R\$ 1.981.765,00, sendo que R\$ 910.583,00 (46%) são referentes as 25 negativas de cirurgia/parto; R\$ 428.365,00 (22%) dizem respeito as 19 negativas de serviço de homecare/internação; R\$ 361.237,00 (18%) são relativos as 19 negativas de consulta/exame; R\$ 177.140,00 (18%) correspondem as negativas de tratamento e R\$ 104.441,00 (5%) referem-se as 6 negativas de medicamentos.

Tabela 4 – Distribuição das frequências absoluta e relativa dos valores das causas referentes aos 74 processos cujas decisões foram favoráveis aos beneficiários

Negativa de Cobertura	Frequência	Valor da Causa	Porcentagem (%)
Cirurgia/Parto	23	877.403	45%
Homecare/Internação	17	423.577	22%
Consulta/Exame	19	361.237	19%
Tratamento	10	176.140	9%
Medicamento	5	103.441	5%
Total	74	1.941.798	100%

Dentre os 80 processos pesquisados, 74 processos tiveram suas decisões (sentenças) favoráveis aos beneficiários, isto corresponde a 93% da amostra. Em termos de valor total da causa, os 74 processos correspondem a R\$ 1.941.798,00, ou seja, 97,98% do valor total da causa dos 80 processos pesquisados. Este valor está distribuído entre os 74 processos da seguinte forma: R\$ 877.403,00 (45%) são

referentes as 23 negativas de cirurgia/parto; R\$ 423.577,00 (22%) dizem respeito as 17 negativas de *homecare/internação*; R\$ 361.237,00 (22%) são relativos as 19 negativas de consulta/exame; R\$176.140,00 (9%) correspondem as 10 negativas de tratamento e R\$103.441,00 (5%) tratam-se das 5 negativas de medicamento.

Tabela 5 – Distribuição das frequências absoluta e relativa dos valores das causas referentes aos 6 processos cujas decisões foram favoráveis às operadoras de planos de saúde

Negativa de Cobertura	Frequência	Valor da Causa	Porcentagem (%)
Cirurgia/Parto	2	33.180	83%
<i>Homecare/Internação</i>	2	4.788	12%
Tratamento	1	1.000	2,5%
Medicamento	1	1.000	2,5%
Total	6	39.968	100%

Dentre os 80 processos pesquisados, 6 processos tiveram suas decisões (sentenças) favoráveis às operadoras, isto representa 7% da amostra. Em termos de valor total da causa, os 6 processos correspondem a R\$ 39.968,00, ou seja, 2,02% do valor total da causa dos 80 processos pesquisados. Este valor está distribuído entre os 6 processos da seguinte forma: R\$ 33.180,00 (83%) são referentes as 2 negativas de cirurgia/parto; R\$ 4.788,00 (12%) dizem respeito as 2 negativas de *homecare/internação*; R\$ 1.000,00 (2,5%) são relativos a 1 negativa de tratamento e R\$1.000,00 (2,5%) trata-se de 1 negativa de medicamento.

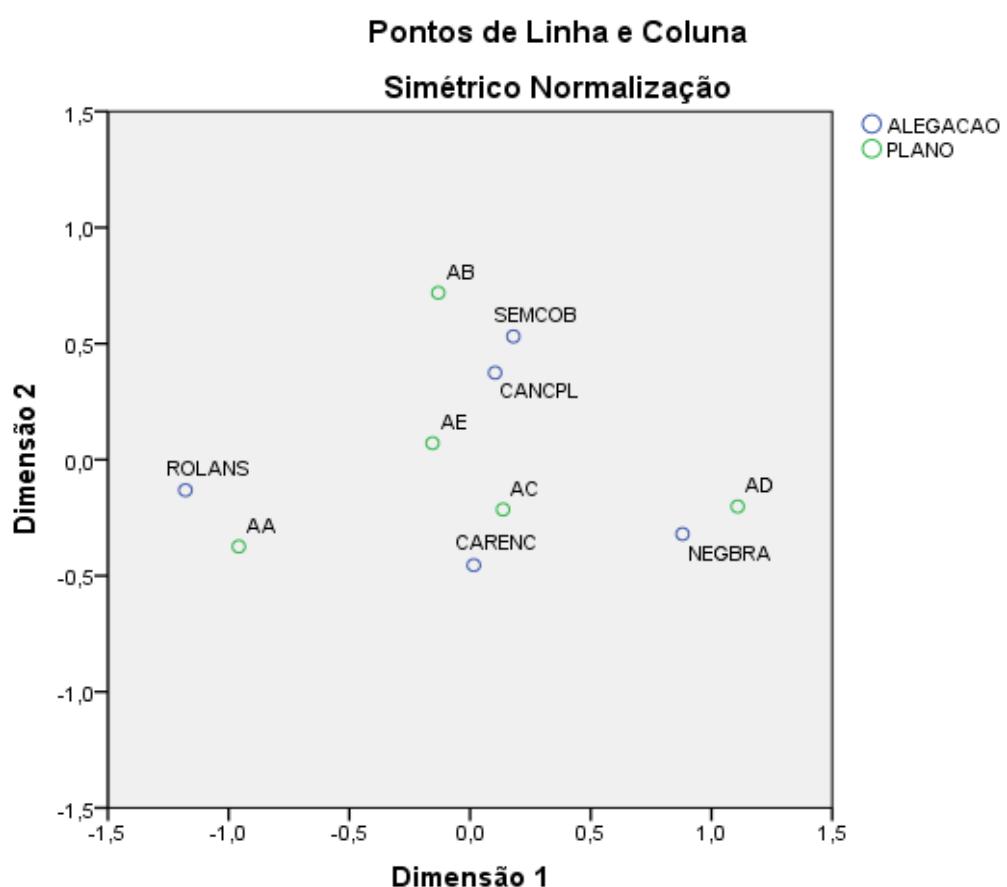
Por fim, os resultados encontrados no presente estudo mostram a prevalência de decisões favoráveis aos beneficiários, pois dentre os 80 processos pesquisados, 74 tiveram suas decisões (sentenças) favoráveis aos autores (beneficiários), o que corresponde a 93% e apenas 6 (7%) processos tiveram suas decisões favoráveis às operadoras de planos de saúde.

Além da análise descritiva, conforme informado no capítulo metodologia, o presente estudo procedeu uma análise de correspondência dos vários elementos examinados na pesquisa, demonstrando, por meio de gráficos, que há uma indicação de associação dos resultados alcançados, bem como pode se perceber e traçar uma tendência das respostas apresentadas aos beneficiários pelas operadoras em suas negativas de cobertura, sendo que tais respostas revelam o comportamento

das operadoras frente as pressões impostas pelos interessados no setor da saúde suplementar, sobretudo pelos beneficiários de planos de saúde, bem como apontam para as estratégias adotadas pelas operadoras frente as demandas dos beneficiários. Dito isto, a seguir será apresentada a análise de correspondência dos resultados.

Figura 1 – Mapa de correspondência operadora e alegação

Mapa de correspondência com as operadoras de planos de saúde indicadas por AA; AB; AC; AD e AE e as categorias de negativas de cobertura por CANCPL (cancelamento do plano); CARENC (carência); NEGBRA (negativa branca); ROLANS (não consta no rol da ANS) e SEMCOB (sem cobertura contratual). Índice de associação $\beta=3,1$ (se $\beta>3$, as categorias são relacionadas a um risco de 5%).

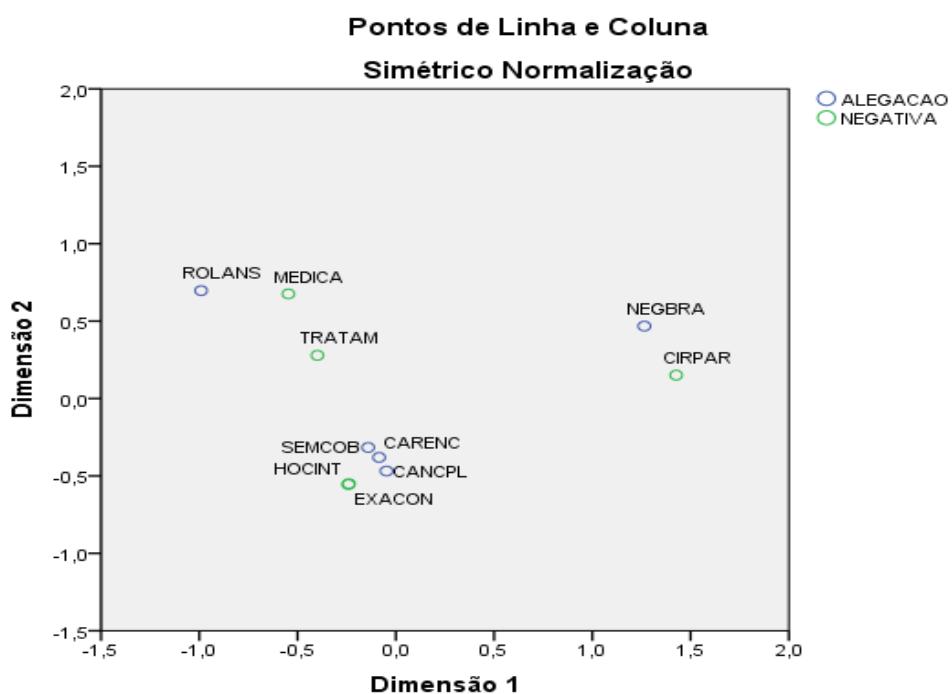


Os resultados indicados no mapa acima parecem apontar para diferentes estratégias adotadas pelas operadoras em suas alegações à negativas de cobertura, pois a operadora AA está mais associada à alegação de “não consta no rol da ANS”, a operadora AB está mais associada à alegação “sem cobertura contratual”, já a

operadora AC está mais associada à alegação de “carência”, a operadora AD está mais associada à alegação “negativa branca”, por fim, a operadora AE está mais associada à alegação “cancelamento do plano”.

Figura 2 – Mapa de correspondência alegação e negativa

Mapa de correspondência, com as categorias de negativas de coberturas indicadas por CIRPAR (cirurgia/parto); EXACON (exame/consulta); HOMINT (homecare / internação); MEDICA (medicamento) e TRATAM (tratamento) e as categorias das alegações indicadas como CANCPL (cancelamento do plano); CARENC (carência); NEGTRA (negativa branca); ROLANS (não consta no rol da ANS) e SEMCOB (sem cobertura contratual). Índice de associação $\beta = 2,1$ (se $\beta > 3$, as categorias são relacionadas a um risco de 5%).

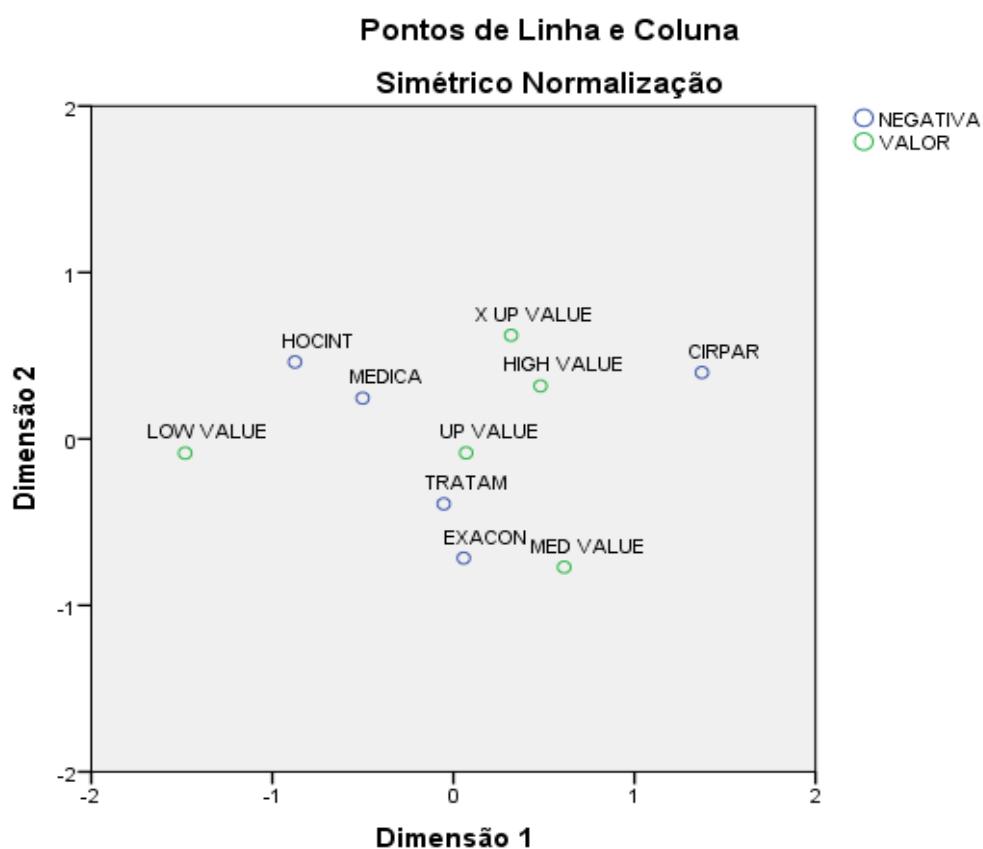


Os resultados apontados no mapa acima indicam que as negativas de cobertura para as categorias MEDICA (medicamento) e TRATAM (tratamento) estão associadas à alegação de ROLANS (não consta no rol da ANS), por outro lado, a negativa de cobertura para a categoria CIRPAR (cirurgia/parto) está diretamente associada à NEGTRA (negativa branca), já as negativas EXACON (exame/consulta); HOMINT (homecare/internação) estão associadas as alegações de CANCPL (cancelamento do plano); CARENC (carência) e SEMCOB (sem cobertura contratual). Aqui cabe uma observação sobre as negativas de cobertura de medicamentos, pois parece que as operadoras, dado os altos custos dos

medicamentos e, em muitos casos, por tratar-se de medicamentos sem registo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), vêm adotando como estratégia a alegação de que tais procedimentos não constam no rol da ANS.

Figura 3 – Mapa de correspondência negativa e valor da causa

Mapa de correspondência, com as categorias de negativas de coberturas indicadas por CIRPAR (cirurgia/parto); EXACON (exame/consulta); HOMINT (homecare / internação); MEDICA (medicamento) e TRATAM (tratamento) e as categorias dos valores das causas foram indicadas como LOW VALUE (pequeno valor: até R\$12.499,00); MED VALUE (valor intermediário: entre R\$12.500,00 e R\$24.999,00); HIGH VALUE (valor elevado: R\$25.000,00 e R\$37.499,00), UP VALUE (valor alto: R\$37.500,00 e R\$50.000,00) e X UP VALUE (valor superior: acima de R\$50.000,00). Índice de associação $\beta = 4,97$ (se $\beta > 3$, as categorias são relacionadas a um risco de 5%).

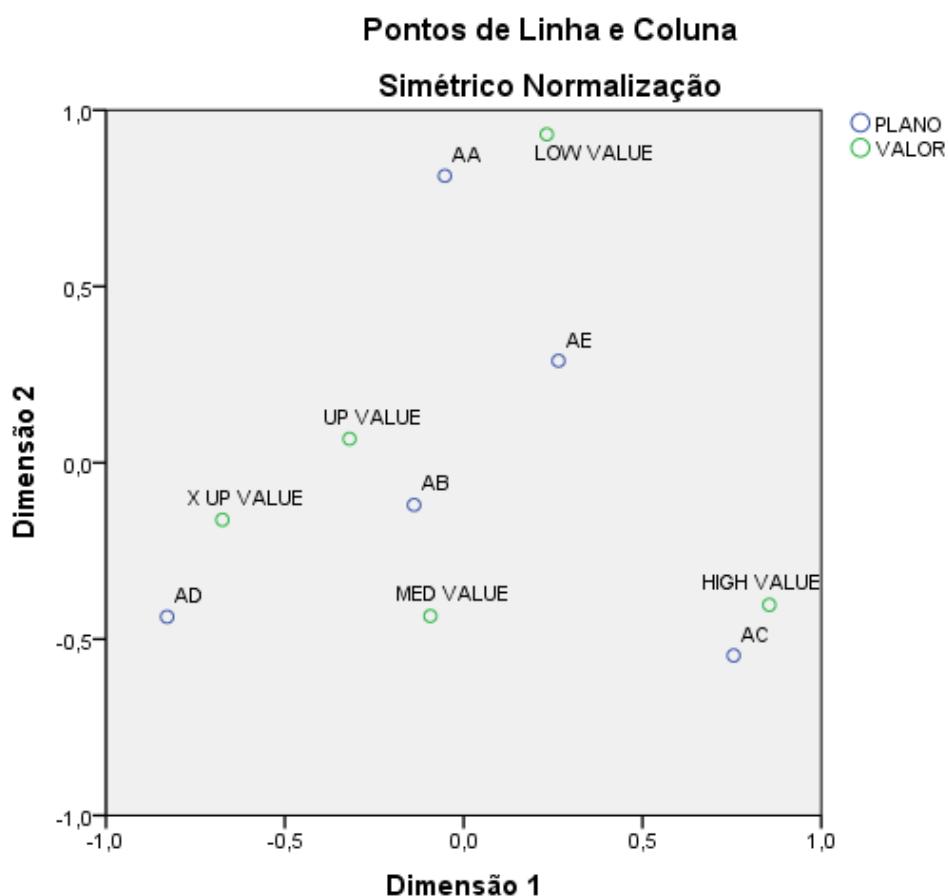


Os resultados apontados no mapa acima indicam que as negativas de cobertura para as categorias CIRPAR (cirurgia/parto); MEDICA (medicamento) e HOMINT (homecare/internação) estão fortemente associadas as categorias de valores das causas de valores mais elevados no ranking, ou seja, HIGH VALUE (valor elevado), UP VALUE (valor alto) e X UP VALUE (valor superior). Nota-se por meio dos

resultados indicados no mapa acima, que as estratégias adotadas pelas operadoras privilegiam negar coberturas para os procedimentos de maior complexidade e de custos mais elevados. Neste caso há uma indicação de correspondência relevante.

Figura 4 – Mapa de correspondência plano e valor da causa

Mapa de correspondência, com as operadoras de planos de saúde indicadas por AA; AB; AC; AD e AE e as categorias de negativas dos valores das causas foram indicadas como LOW VALUE (pequeno valor: até R\$12.499,00); MED VALUE (valor intermediário: entre R\$12.500,00 e R\$24.999,00); HIGH VALUE (valor elevado: R\$25.000,00 e R\$37.499,00), UP VALUE (valor alto: R\$37.500,00 e R\$50.000,00) e X UP VALUE (valor superior: acima de R\$50.000,00). Índice de associação $\beta = 3,1$ (se $\beta > 3$, as categorias são relacionadas a um risco de 5%).

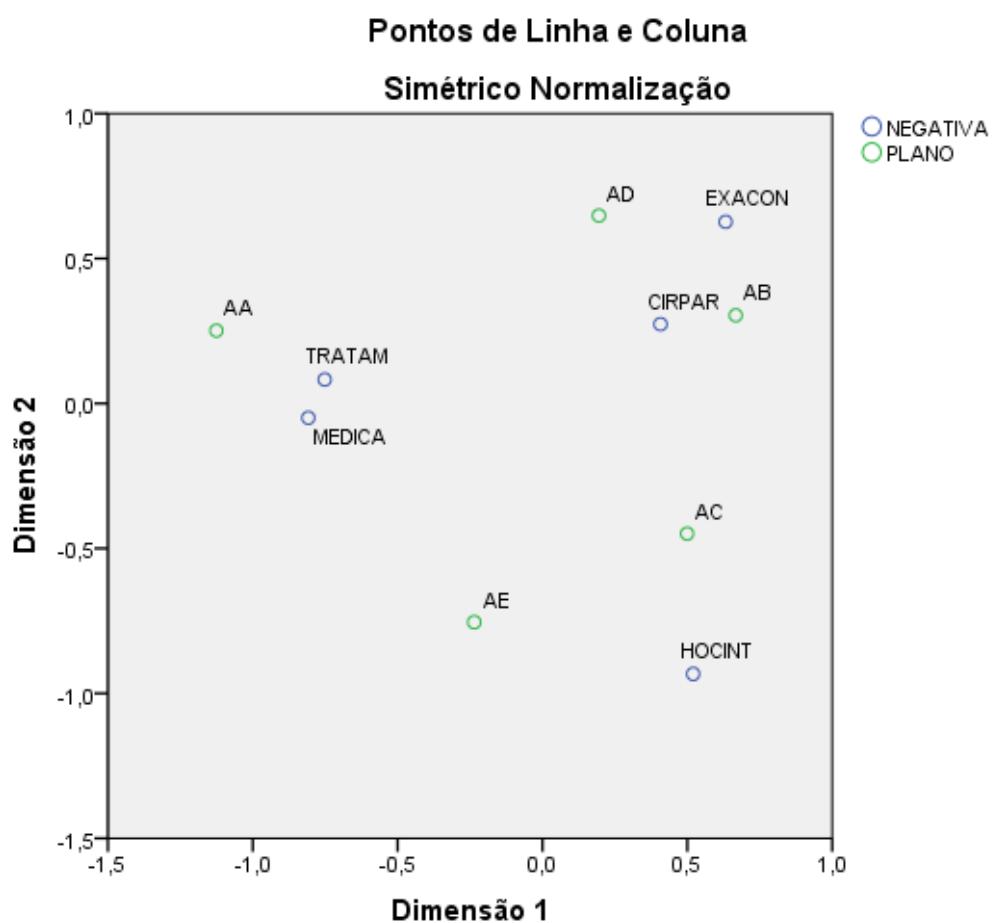


Os resultados apontados no mapa acima indicam que os valores das causas referentes as negativas de coberturas da operadora AA estão concentrados na categoria LOW VALUE (pequeno valor), enquanto que os valores das causas referentes as negativas de coberturas das operadoras AB e AD estão associadas as categorias UP VALUE ((valor alto) e X UP VALUE (valor superior), respectivamente.

Já os valores das causas referentes as negativas de coberturas da operadora AC estão concentrados na categoria HIGH VALUE (valor elevado).

Figura 5 – Mapa de correspondência plano e negativa

Mapa de correspondência, com as operadoras de planos de saúde indicadas por AA; AB; AC; AD e AE e as categorias de negativas de cobertura indicadas por CIRPAR (cirurgia/parto); EXACON (exame/consulta); HOMINT (*homecare/internação*); MEDICA (medicamento) e TRATAM (tratamento). Índice de associação $\beta=2,68$ (se $\beta>3$, as categorias são relacionadas a um risco de 5%).



Os resultados apontados no mapa acima indicam que, como parte das estratégias das operadoras, as negativas de cobertura estão associadas mais a uma operadora do que a outra, sendo assim, a operadora AD conta com maior concentração de negativas na categoria EXACOM (exame/consulta), enquanto que as negativas da operadora AB estão associadas a categoria CIRPAR (cirurgia/parto) e as negativas da operadora AA estão mais associadas as categorias TRATAM (tratamento) e

MEDICA (medicamento), já as negativas de coberturas das operadoras AC e AE estão concentradas na categoria HOCINT (*homecare/internação*).

Como parte da pesquisa documental, a seguir serão apresentados os resultados obtidos a partir das informações retiradas do site oficial da ANS. As informações dão conta dos esforços empreendidos pela ANS no sentido de buscar solucionar conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde privados no âmbito extrajudicial, visando reduzir o número de processos judiciais no setor da saúde privada.

A Resolução Extrajudicial de Conflitos na ANS se dá por meio da Notificação de Intermediação Preliminar (NIP). A NIP é o instrumento por meio do qual se busca a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, sendo seu objetivo dar um tratamento mais célere e eficaz às reclamações de consumidores formuladas junto a ANS. A mediação possibilita que a operadora repare sua conduta irregular, evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial.

De acordo com dados disponibilizados pela ANS (2014), a NIP alcançou índices de resolutividade (medida do total de reclamações que são finalizadas no âmbito da NIP sem necessidade de abertura de processo administrativo) de 65%, 68,8% e 78,4%, nos anos de 2010, 2011 e 2012, respectivamente.

Não havendo uma solução da demanda nas esferas extrajudicial ou administrativa, os beneficiários de planos de saúde podem ingressar na justiça com ações próprias contra as operadoras, iniciando assim o litígio propriamente dito.

Assim, os gráficos sugerem que cada operadora parece inclinar-se por um tipo de alegação às suas negativas. As alegações também estão mais associadas a determinadas demandas negadas. Isso se repete para a análise de negativa com valor, plano e valor, e plano e negativa. O fato das várias análises sugerirem correspondências específicas indica que as respostas de cada operadora adotaram estratégias distintas em relação aos processos.

Em relação à tipologia proposta por Oliver (1991), temos as alegações “Não consta do rol” e “Fora da carência” que podem ser consideradas como Estratégias de Manipulação ao proporem uma interpretação diversa do que está estabelecido. “Sem cobertura” e “Plano cancelado” também poderão ser em algumas circunstâncias. Quando a resposta confronta com a determinação da

regulamentação será considerada “Confrontação”. “Negativa branca” é claramente Evitação, pois foge às regras.

No capítulo seguinte se procederá a discussão acerca dos resultados alcançados por meio do presente estudo, atentando-se sempre para o referencial teórico.

6 DISCUSSÃO

Lidar com problemas de saúde mexe com a vida de todas as famílias. Em busca de segurança na hora da doença e para não depender do serviço público, as pessoas buscam aderirem a planos de saúde que garantam coberturas em casos de necessidade. No entanto, o cenário de descaso e dificuldades, que antes se limitava aos serviços públicos, chegou aos beneficiários de planos de saúde. A prova disso é o fato de que nos últimos anos, empresas da saúde suplementar têm sido alvo de investigações e fiscalizações decorrentes de reajustes abusivos, má prestação e negativa de serviços. Além disso, de acordo com Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP), reclamações contra planos de saúde tiveram um aumento de 13,8% de 2013 para 2014 (TJ/SP, 2014), o que aponta para a judicialização da saúde suplementar.

A despeito da regulamentação do setor da saúde suplementar, os conflitos decorrentes da relação entre os beneficiários e as operadoras persistem e, em muitos casos, tais conflitos são solucionados na esfera do Poder Judiciário. Segundo o Tribunal de Justiça de São Paulo (TJ/SP), reclamações contra planos de saúde tiveram um aumento de 13,8% de 2013 para 2014 (TJ/SP, 2014), o que aponta para a judicialização da saúde suplementar e sugere questionamento e insatisfação de determinados regulamentos e ou comportamentos por parte daqueles que buscam a justiça, como beneficiários, médicos, planos de saúde e associações de defesa do consumidor, dentre outros.

Dito isto, o presente trabalho buscou examinar e apresentar considerações sobre as estratégias adotadas pelas organizações para deixar de cumprir eventualmente os regulamentos estabelecidas em seu campo institucional e em que circunstâncias estas organizações deixam de cumprir tais regulamentos. Também, buscou referenciais teóricos que subsidiassem ou explicassem essas questões.

Por meio dos resultados alcançados, a presente pesquisa parece apontar para o descumprimento por parte das operadoras de planos de saúde de normas contidas nos principais institutos que regulam a prestação dos serviços de saúde suplementar, visto que a pesquisa revelou que 93% das decisões proferidas nos autos dos processos pesquisados foram favoráveis aos beneficiários de planos de saúde, bem como o fato de que as fundamentações jurídicas empregadas pelos

juízes em suas decisões (sentenças) demostram descumprimento dos contratos, não observância de normas pertinentes ao setor da saúde suplementar e princípios que norteiam os contratos de prestação de serviços.

Por outro lado, o fato de apenas 25 negativas de cobertura de cirurgia/parto, ou seja, menos de um terço dos 80 processos pesquisados, responderem por 46% do total valor da causa dos 80 processos pesquisados, parece indicar que, dada a alta complexidade e custo, cirurgias e partos, principalmente parto cirúrgico (cesariana) e cirurgias para colocação de próteses (joelho, quadril, stent, marcapasso, intrauterina e transplantes) há uma relação com as estratégias de confrontação e/ou evitação adotadas pelas operadoras frente as demandas dos beneficiários de planos de saúde.

É inevitável a associação entre o alto percentual de decisões (sentenças) favoráveis aos beneficiários de planos saúde e as fundamentações jurídicas empregadas pelos juízes em tais decisões, bem como o flagrante e proposital descumprimento dos contratos, em especial nos casos de recusa injustificada da cobertura (negativa branca), com as estratégias de confrontação e/ou evitação adotadas pelas operadoras de planos de saúde.

As fundamentações jurídicas apontadas pelos juízes nos autos dos processos demonstram descumprimento por parte das operadoras de normas e orientações pertinentes ao setor de saúde privada e de amplo conhecimento destas, visto que, além da publicidade das normas, as operadoras são parte na discussão inicial do processo de elaboração das mesmas, bem como o fato de que as orientações são entendimentos do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo baseados nas reiteradas decisões sobre determinados temas. E, ainda, muitas operadoras são reincidentes, ou seja, possuem condenações decorrentes das mesmas práticas, ou seja, descumprimentos das leis, contratos e orientações jurisprudenciais.

Como ensina Oliver (1991), quanto às estratégias institucionais, as organizações não se comportam de forma passiva frente às pressões e expectativas institucionais e elas, tampouco, se resignam a todas as condições do contexto institucional. Ainda, de acordo com a autora, o comportamento organizacional pode variar desde a conformidade passiva à resistência ativa em resposta às pressões institucionais, dependendo da natureza e contexto de tais pressões, apontando

como possíveis as seguintes repostas estratégicas: aquiescência, compromisso, esquivamento, confrontação e manipulação.

Importante ressaltar que os resultados da pesquisa apresentam dados que corroboram, de fato, a associação entre as recusas de cobertura e as estratégias de confrontação e/ou evitação adotadas pelas operadoras de planos de saúde, sendo que tais recusas representam restrições e violações de direitos legitimamente conferidos pelas leis e pelos contratos firmados entre as operadoras e os beneficiários de planos de saúde.

Com efeito, o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP) vem editando súmulas que tratam de questões relevantes atinentes aos contratos privados de assistência à saúde. O objetivo das súmulas, de modo geral e objetivo, é uniformizar o entendimento de um determinado Tribunal sobre um determinado assunto e assim orientar os juízes para que apliquem a lei uniformemente em todos os casos concretos, evitando com isto decisões discrepantes e garantindo, dessa forma, uma maior segurança jurídica.

No que diz respeito à relação contratual entre a operadora e o beneficiário de planos de saúde, não há dúvida de que se trata de uma relação de consumo, aplicando-se também os ditames da Lei nº 9.656/98. A esse respeito, inclusive, foram editadas as seguintes súmulas: Súmula nº 469, pelo Superior Tribunal de Justiça (STJ) e a Súmula nº 100 pelo Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (TJ/SP), que podem ser resumidas e interpretadas como sendo o entendimento pacificado no ordenamento jurídico de que o contrato de prestação de serviços médico-hospitalares deve ser analisado sob a ótica do Código de Defesa do Consumidor, sendo que eventual abusividade das cláusulas deve ser reconhecida com base nesta legislação, ainda que o contrato tenha sido firmado em data anterior ao início da vigência e não tenha sido adaptado.

No que diz respeito a negativa de cobertura de medicamentos, o TJ/SP editou a Súmula nº 95, segundo a qual, não prospera a negativa de cobertura de custeio de medicamentos para tratamento quimioterápico. Tal súmula é aplicada extensivamente para o caso de negativa de cobertura de medicamentos outros que não para tratamentos quimioterápicos. Também, de acordo com a Súmula nº 96 do TJ/SP, não prevalece a negativa de cobertura em que houver a expressa indicação

médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento”.

De acordo com a Súmula nº 102 do TJ/SP, quando houver expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS”.

Também, de acordo com a Súmula nº 103 do TJ/SP, é abusiva a negativa de cobertura em atendimento de urgência e/ou emergência a pretexto de que está em curso período de carência que não seja o prazo de 24 horas estabelecido na Lei n. 9.656/98”.

Aqui cabe salientar o fato de que a presente pesquisa apontou para um número expressivo de negativas de cobertura para tratamento domiciliar (*homecare*), visto que 23 recusas do referido tratamento correspondem a 30% dos 84 processos pesquisados. Dito isto, o conflito entre os beneficiários de planos de saúde e as operadoras ocorre porque o atendimento domiciliar não está previsto no rol de coberturas obrigatórias da ANS. Também alguns planos de saúde excluem nas cláusulas contratuais o direito à cobertura para tal procedimento. No entanto, de acordo com a Súmula nº 90 do TJ/SP, havendo expressa indicação médica para a utilização dos serviços de “*homecare*”, é abusiva a cláusula de exclusão inserida no contrato, portanto, tal cláusula não pode prevalecer.

7 CONCLUSÕES

Neste capítulo finaliza-se o presente estudo, apontando suas conclusões, bem como seus limites e perspectivas para futuras pesquisas.

Dentre os direitos fundamentais inseridos na Constituição Federal de 1988, o direito à vida foi nomeado como sendo o seu bem maior. A CF/88 preceitua em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Entretanto, em que pesem os louváveis institutos legais criados para garantir e viabilizar a efetivação do direito à saúde no Brasil, enquanto direito fundamental de todos e dever do Estado, a decadência da saúde pública é cada dia mais visível por parte da sociedade, sobretudo por parte de quem depende de tratamento em equipamentos sucateados do SUS.

As condições precárias da saúde pública e a completa inércia por parte dos sucessivos governos brasileiros ao longo dos anos têm servido de estímulos a busca por planos de saúde fornecidos por entidades particulares. Diante disto, aqueles que buscam a segurança de um plano particular de saúde firmam contratos de adesão, tendo por expectativa mínima que o plano de saúde se faça presente durante todo o tratamento da enfermidade acometida pelo segurado.

A despeito da ampla disseminação e popularização dos planos de saúde privados, o acesso à saúde de qualidade ainda não deixou de ser um problema no Brasil, pois o cenário de descaso e dificuldades, que antes se limitava aos serviços públicos, chegou aos atendimentos privados ou de usuários de planos médicos. A prova disso é o fato de que nos últimos anos, empresas da saúde suplementar têm sido alvo de investigações e fiscalizações decorrentes de reajustes abusivos, má prestação ou negativa de serviços. Além disso, muitas vezes são essas mesmas empresas que encabeçam os *rankings* dos Procons nacionais pelos mesmos motivos.

Diante do acima exposto, é inevitável o conflito entre operadoras e beneficiários de planos de saúde, cujas demandas decorrentes dessa relação encontram mecanismos diversos para sua solução. Os beneficiários de planos de saúde podem contar com os Procons para formular suas queixas contra as operadoras de planos de saúde, buscando assim uma solução do conflito na esfera administrativa e evitando, com isto, a sua judicialização. Todavia, devido a urgência

de muitos casos, os beneficiários têm se valido do judiciário em detrimento das vias administrativas, principalmente no que diz respeito a negativa de cobertura, posto que por meio de medida cautelar a justiça assegura de forma imediata a cobertura pleiteada, com exame posterior do mérito.

O presente estudo analisou os dados de uma não amostra representativa dos conflitos levados ao conhecimento do Poder Judiciário, objetivando responder a seguinte pergunta da pesquisa: em quais circunstâncias as organizações em um campo institucional deixam de cumprir as regulamentações em vigor?

Pode-se afirmar que os resultados aqui apresentados são indicativos para responder a pergunta da presente pesquisa, visto que as estratégias de confrontação e evitação são evidentes na análise conjunta das alegações apresentadas pelas operadoras às demandas dos beneficiários e o alto percentual de decisões favoráveis a estes últimos, bem como o fato de que as fundamentações jurídicas apontadas pelos juízes nos altos dos processos demonstram flagrante descumprimento das leis que regulam a prestação dos serviços de saúde privada e dos contratos firmados entre operadoras e os beneficiários de planos de saúde.

Portanto, os resultados da presente pesquisa levam a conclusão de que as operadoras de planos de saúde suplementar adotam a confrontação e a evitação como estratégias, sejam para alancarem seus objetivos de lucro e expansão ou mesmo para não se mostrarem inertes frente às pressões e expectativas institucionais e, tampouco, se resignadas a todas as condições do contexto institucional.

7.1 Contribuições

A contribuição desta pesquisa acadêmica é no sentido de subsidiar, com informações teóricas e empíricas, todos os interessados no setor da assistência à saúde suplementar, especificamente aqueles interessados em contratar planos de saúde privados, com isso, auxiliá-los a ter uma melhor compreensão das características e das normas que regulamentam o setor da saúde privada, bem como dos conflitos decorrentes da relação entre beneficiários e operadoras e os mecanismos de solução desses conflitos. Enfim, esta pesquisa contribui para o

conhecimento do ambiente institucional no qual estão inseridas as organizações e os demais envolvidos no setor da saúde suplementar no país.

7.2 Limitações da pesquisa

O presente estudo apresentou limitações importantes devido à restrição de se pesquisar apenas processos movidos por beneficiários de planos de saúde privados decorrentes de negativas de cobertura por parte das operadoras, o que excluiu da análise os processos por reajustes indevidos, inadimplemento, cancelamento unilateral de contrato, dentre outros. Também, dada a limitação imposta pelo tempo, uma dificuldade reside em restringir o escopo aos processos judiciais, ou seja, não incluindo no estudo processos movidos pelos beneficiários contra as operadoras nas esferas administrativas.

7.3 Sugestões de pesquisas futuras

Como sugestão de estudos futuros propõe-se uma análise das negativas de coberturas de forma mais ampla, o seja, analisando se há uma relação entre as recusas de cobertura e as faixas etárias dos beneficiários, especialmente na faixa etária acima dos 60 anos, visto que nessa faixa etária há um número maior de beneficiários vinculados a planos de saúde anteriores à Lei 9656/98, que, frequentemente, excluem de seus contratos diversos tipos de coberturas, bem como o fato dos beneficiários dessa faixa etária demandarem mais serviços assistenciais.

Também, como sugestão de estudos futuros, propõe-se uma análise das estratégias adotadas pelas organizações para deixar de cumprir normas e regulamentos instados a estas no campo organizacional no qual estão inseridas, sob a ótica do conflito de lógicas. Objetivando, com isto, identificar se há o domínio de uma ou mais logicas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar.** Brasília, DF, 2005. p. 23-35.

ALBUQUERQUE FILHO, B; MACHADO DA SILVA, C.L. **Práticas organizacionais e estrutura de relações no campo do desenvolvimento metropolitano.** RAC-Revista de Administração Contemporânea, v. 13, n. 4, 2009.

ARAÚJO, Â. M. **A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde.** Rio de Janeiro, 2004

BARLEY, S. R.; TOLBERT, P. S. *Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution.* **Organization studies**, v. 18, n. 1, p. 93-117, 1997.

BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. *Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio.* **BMC Med Res Methodol**, v. 3, p. 21-33, 2003.

BECKER, M. C. LAZARIC, N. *Applying organizational routines in understanding organizational change.* **Industrial and Corporate Change**, v. 14, n. 5, p. 775-791, 2004.

BENÉCRI, J. P. **L'analyse des données:** T.2, L'analyse des correspondances. Paris: Dunod, 1973.

BOFF, M. L.; BEUREN, I. M.; GUERREIRO, R. **Institucionalização de hábitos e rotinas da controladoria em empresas do Estado de Santa Catarina,** Brasil. In: Anais do Congresso Brasileiro de Custos-ABC, 2008.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 7 de dezembro de 2016.

_____. **Lei nº. 8.078**, de 11 de setembro de 1990. Código de Defesa do Consumidor. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 de outubro de 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm. Acesso em: 7 de dezembro de 2016.

_____. **Lei no. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Lei Organica da Saúde. Cria o Sistema Único de Saúde - SUS e dá outra providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 7 de dezembro de 2016.

_____. **Lei nº. 9.656**, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 4 de junho de 1998. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9956.htm>>. Acesso em: 7 de dezembro de 2016.

_____. **Lei nº. 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Brasília, DF, 29 de janeiro de 2000. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L9961.htm>>. Acesso em: 7 de dezembro de 2016.

BRYMAN, A. *Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?* **Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 97- 113, 2006a.

BRYMAN, A.. *Paradigm peace and the implications for quality*. **International Journal of Social Research Methodology**, v.3, n. 2, p. 111-126, April 2006b.

BURNS, J.; SCAPENS, R. W. *Conceptualizing management accounting change: an institutional framework*. **Management Accounting Research**, v. 11, p. 3-25, 2000.

CARVALHO, E. B. **A regulamentação dos planos e seguros privados de assistência à saúde no Brasil:** a reconstrução de uma história de disputas. Campinas, 2003.

CARVALHO, M. S.; STRUCHINER, C. J. **Análise de correspondência:** uma aplicação do método à avaliação de serviços de vacinação. **Cadernos de Saúde Pública**, V. 8, n. 3, p. 287-301, 1992.

COSTA, M. Cristina; GUARIDO FILHO, E. R.; GONÇALVES, S. A. **Lógicas institucionais e formação da governança de recursos hídricos:** análise do caso brasileiro. **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, n. 4, 2013.

COX, J. W. e HASSARD, J. *Triangulation in organizational research: a representation*. **Organization**, v. 12, n. 1, p. 109-133, 2005.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** método qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 296.

DIMAGGIO, P.; POWELL, W. W. *The iron cage revisited: Collective rationality and institutional isomorphism in organizational fields*. **American Sociological Review**, v. 48, n. 2, p. 147-160, 1983.

DIMAGGIO, P. J. e POWELL, W. W. *The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields*. In: POWELL e DiMAGGIO. 1991. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: **The University of Chicago Press**, p. 63-82

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. **A gaiola de ferro revisitada: isomorfismo institucional e racionalidade coletiva nos campos organizacionais**. **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 45, n. 2, p. 74-89, 2005.

- DUNN, M. B.; JONES, C. *Institutional logics and institutional pluralism: The contestation of care and science logics in medical education, 1967–2005*. **Administrative Science Quarterly**, v. 55, n. 1, p. 114-149, 2010.
- FRIEDLAND, R.; ALFORD, R. R. **Bringing society back in: Symbols, practices and institutional contradictions**. 1991.
- GARROW, E. E.; GRUSKY, O. *Institutional logic and street-level discretion: The case of HIV test counseling*. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 23, n. 1, p. 103-131, 2012.
- GARUD, R.; JAIN, S.; KUMARASWAMY, A. *Institutional entrepreneurship in the sponsorship of common technological standards: The case of Sun Microsystems and Java*. **Academy of management journal**, v. 45, n. 1, p. 196-214, 2002.
- GLYNN, M. A.; LOUNSBURY, M. *From the critics' corner: Logic blending, discursive change and authenticity in a cultural production system*. **Journal of Management Studies**, v. 42, n. 5, p. 1031-1055, 2005.
- GIFI, A. *Nonlinear multivariate analysis*. Leiden, The Netherlands: University of Leiden, **Afdeling Datatheorie**, 1981.
- GREENACRE, M. J. *Theory and applications of correspondence analysis*. London: **Academic Press**, 1984.
- GREGORI, M. S. **Os principais pontos da lei 9.656/98 e de sua regulamentação no que se refere à proteção do consumidor**. In: GREGORI, M. S. Planos de saúde: a ótica da proteção do consumidor. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.
- GUAZZELLI, A. S. **A busca da justiça distributiva no judiciário por meio das relações contratuais**: uma análise a partir dos planos de saúde. São Paulo, 2013.
- GUERREIRO, R.; FREZATTI, F.; CASADO, T. **Em busca do entendimento da formação dos hábitos, rotinas e instituições da contabilidade gerencial**. In: Congresso USP de Controladoria e Contabilidade. 2004.
- HALL, P.; TAYLOR, R. C. R. *Political Science and the three new institutionalism*. **Political Studies**, v. 44, p. 936-957, 1996.
- JACK, S. L. *Approaches to studying networks: implications and outcomes*. **Journal of Business Venturing**, v. 25, n. 1, p. 120-137, Jan. 2008.
- LEBART, L.; MORINEAU, A.; TABARD, N. *Techniques de la description statistique*. Paris: Dunod, 1977.
- MARQUES, C. L. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**: o novo regime das relações contratuais. 4. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2004.

MARQUIS, C; LOUNSBURY, M. *Vive la résistance: Competing logics and the consolidation of US community banking.* **Academy of Management Journal**, v. 50, n. 4, p. 799-820, 2007.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis:** An Expanded Sourcebook. London: Sage, 1994.

MEYER, J. W.; ROWAN, B. **Institutionalized organizations:** formal structure as myth and ceremony, 1977. In W.W. POWELL; P. J. DIMAGGIO. The new institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press, 1991.

MORSE, J. M.; NIEHAUS, L. *Mixed Method Design: Principal and Procedures.* **Left Coast Press.**, 2009.

NISHISATO, S. *Elements of dual scaling: An introduction to practical data analysis.* **Psychology Press.**, 2014.

OLIVEIRA, J. A. D. **Demandas jurídicas por coberturas assistenciais:** estudo de caso, CASSI. São Paulo, 2010.

OLIVER, C. *Strategic responses to institutional processes.* **Academy of management review**, v. 16, n. 1, p. 145-179, 1991.

PACHE, F. M., SANTOS, F. *When Worlds Collide. The Internal dynamics or organizational responses.* **Academy of Management Review**, 35 (3), 455-476, 2010.

RAO, H.; MONIN, P.; DURAND, R. *Institutional change in Toque Ville: Nouvelle cuisine as an identity movement in French gastronomy.* **American journal of sociology**, v. 108, n. 4, p. 795-843, 2003.

REAY, T.; HININGS, C. R. *Managing the rivalry of competing institutional logics.* **Organization studies**, v. 30, n. 6, p. 629-652, 2009.

RIBAS, B. K. C.. **Processo regulatório em saúde suplementar:** Dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da saúde." Curitiba, 2009.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.** In: PEREIRA, A. C. (org.). Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

ROSSETTO, C. R., ROSSETTO, A. M. **A influência do Isomorfismo como balizador da formulação de estratégias em organizações familiares.** In: Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração 2002, Salvador. Anais. Salvador. ANPAD, 2002. 1 CD-ROM.

SANTOS, A.R. **Diagnóstico Institucional dos Fatores que concorrem para o isomorfismo das práticas de contabilidade Gerencial utilizando pelas Organizações do Setor Elétrico Brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Finanças) – Departamento de Pós Graduação em contabilidade, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

SCHEFFER, M. C. **Os planos de saúde nos tribunais:** uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo. São Paulo, 2006.

SCOTT, W. R.; MEYER, J. W. **Institutional environments and organizations: structural complexity and individualism.** Thousand Oaks, CA : Sage, 1994.

SCOTT, W. R.; S. CHRISTENSEN. **The Institutional Construction of Organizations. International and Longitudinal Studies.** London: Sage Publications, 1995.

SCOTT, W. R. **Institutions and Organizations.** London: Sage Publications, 1995a.

SCOTT, W. R. Institutions and organizations. 2. ed. London: Sage Publications, 2001.

SCOTT, W. R. Institutions and Organizations, Sage Publications, 2008.

SEO, M. CREED, W. D. **Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective.** **Academy of management review**, v. 27, n. 2, p. 222-247, 2002.

SUDDABY, Roy. **Challenges for institutional theory.** **Journal of Management Inquiry**, v. 19, n. 1, p. 14-20, 2010.

THORNTON, P. **The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics.** **Academy of Management Journal**, v. 45(1), p. 81-101, 2002.

ANEXOS

Anexo 1 – Taxa de cobertura dos planos de assistência médica por unidades da Federação (Brasil – Dezembro/ 2016)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2016 e População-IBGE/DATASUS/2012

Anexo 2 – Taxa de cobertura dos planos exclusivamente odontológicos por Unidades da Federação (Brasil – Dezembro/ 2016)



Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários/ANS/MS - 12/2016 e População-IBGE/DATASUS/2012