

3

Financeirização da Assistência Médico-Hospitalar no Governo Lula

Lígia Bahia

Entre as muitas dificuldades para situar o tema da política de saúde – especialmente a temática das relações entre o público e o privado no sistema brasileiro –, destacam-se o desencaixe entre um recorte temporal relativamente estreito e recente e os processos de longo prazo que estruturam a conformação do subsetor privado de assistência à saúde; e a pontificação de modelos idealizados ou dotados de alto teor de economicismo, que esvaziam os conteúdos históricos e conflituosos das políticas. Esses constrangimentos, especialmente quando contextualizados no novo ciclo de crescimento econômico do final dos anos 2000, nos inclinam a hipotecar a privatização da assistência à saúde à configuração econômica ditada pela globalização.

Pouca atenção tem sido conferida a agentes nacionais, quando se imputa aos processos de privatização na saúde total dependência de tendências e agentes internacionais. Dizer que o crescimento econômico deve-se à conjuntura econômica mundial e em especial ao fenômeno chinês e, por analogia ainda que espúria, estabelecer uma relação causal entre este e os movimentos setoriais provocam menos sensibilidades do que considerar os diversos tipos de intermediários e intermediações, que traduzem e reinterpretam essas sensibilidades em solo nacional. No entanto, retirar do debate sobre as relações contemporâneas entre o público e o privado na saúde seus componentes conflituosos (portanto, políticos) nutre equívocos sobre as fontes de dinamização daquilo que temos denominado mercado de assistência suplementar.

Usualmente, o viés economicista aplicado à análise do mercado assistencial de saúde nos induz a acentuar, na análise do sistema privado, apenas os aspectos

da demanda. Em contraste, costuma-se sublinhar, na avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), a ampliação da oferta como determinante da extensão de acesso e coberturas. Inclusive estudos baseados em informações de inquéritos populacionais procuram discutir resultados como o aumento do uso de serviços de saúde, por exemplo, em razão de suas possíveis associações com a existência ou não de unidades de saúde da família (Viacava, 2010). Enquanto isso, a subtração nas análises sobre privatização dos esquemas assistenciais de pré-pagamento dos serviços de saúde de alterações na oferta cede passagem para associações lineares do crescimento da demanda com o poder de consumo dos indivíduos das famílias. As afirmações causais de que o mercado privado de assistência à saúde cresce porque a renda dos indivíduos e das famílias aumenta conotam um elevado desprezo pelas políticas voltadas ao estabelecimento de bases sólidas para as atividades de comercialização de serviços e planos privados de saúde. A ênfase na variável demanda, nas avaliações do subsistema privado, simplifica excessivamente a equação sobre a dinâmica do mercado; os movimentos que alteraram a magnitude e os regimes de propriedade das empresas são essenciais à compreensão da gênese e das tendências de expansão da privatização de assistência à saúde.

Considerando essas lacunas, restrições e ainda as imensas dificuldades para a conformação de consensos – em razão dos envolvimento político-partidário implícitos e explícitos no desenho mais recente da privatização –, este capítulo apoiado nas reflexões sobre a ‘financeirização de esquerda’ (Grün, 2009), explora conexões entre recentes processos de aquisição, fusão e abertura de capitais de empresas de planos e seguros de saúde e a origem técnico-empresarial política dos atuais dirigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o aporte, ainda provisório, objetiva contribuir para o debate sobre a incidência de tensões e deslocamentos de poder entre agentes do mercado suplementar sob sucessivas composições das diretorias da ANS. As conjecturas a respeito da relação entre as mudanças na configuração das empresas de assistência suplementar e a composição da ANS repousam sobre estudos relativos à existência de um ambiente político e institucional propício à privatização e à financeirização do setor que antecede e acompanha a montagem da ANS (Menicucci, 2011).

Os pressupostos sobre o protagonismo das instâncias técnico-políticas no processo de privatização têm, como base empírica, a disjuntiva entre o modo de crescimento proporcional das coberturas de planos e seguros de saúde em

2003 (24,6%) e 2008 (25,9%), vis à vis à expansão financeira do setor suplementar, exemplificada pela recente ascensão do principal proprietário da empresa de medicina de grupo Amil ao grupo dos maiores bilionários do mundo (IBGE, 2010; O Estado de S. Paulo, 2011).

Em termos absolutos, o número de brasileiros vinculados aos planos e seguros de saúde aumentou de 43 milhões para 49,2 milhões de pessoas em 2008, mas as alterações na configuração do setor parecem decorrentes, antes, de movimentos de capitalização, fusões e aquisições do que do incremento da demanda (IBGE, 2010). Antecipando algumas constatações apresentadas neste capítulo, a mobilidade social ascendente, muito expressiva nos estratos de renda inferiores da população, não alavancou automaticamente a reorganização das empresas privadas de saúde. Parece ter sido a ‘segunda alma’ do governo petista (a expressão é de André Singer, 2010) – isto é, a continuidade do pacto envolvendo juros altos, liberdade de movimento dos capitais e corte dos gastos públicos – a principal propulsora das mudanças no setor suplementar.

Porém, os referenciais genéricos nem sempre admitem traduções operacionais simplificadas. Os efeitos da ortodoxia macroeconômica não se disseminaram homoganeamente nas políticas de saúde (Teixeira & Paim, 2005; Machado et al., 2010; Bahia, 2010). Paradoxalmente, a reação às ameaças de ataque à moeda e outros haveres do país, organizadas na saúde sob inspiração dos denominados arranjos produtivos locais que buscam fomentar a produção industrial, ocorreu lateralmente aos processos de financeirização. A criação do Grupo Executivo do Complexo Industrial da Saúde (Gecis) em 2008,¹ a organização de um escritório da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) na África² e o apoio do governo brasileiro à implantação da fábrica de medicamentos em Moçambique que produzirá antirretrovirais representaram um passo adiante na perspectiva de prionização de investimentos produtivos. Essas iniciativas certamente não foram suficientes para provocar uma onda antifinanceirização. Contudo, parecem ter sido importantes para descortinar alternativas e delinear efeitos-demonstração.

Assim, as contradições e a ocupação de espaços e interesses aparentemente antagonônicos no tabuleiro político e social requerem chaves interpretativas mais

¹ A criação do Gecis e sua inserção nas políticas federais relativas ao Complexo Industrial da Saúde são abordadas no capítulo 2.

² A Fiocruz África, o primeiro escritório internacional da Fundação, foi inaugurado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, o presidente da Fiocruz, Paulo Buss, e autoridades africanas, no dia 17 de outubro de 2008, em Maputo, Moçambique.

adequados à abertura de 'caixas-pretas' da reorganização das coalizões empresariais setoriais. Nesse sentido, os estudos sobre a financeirização de Grün (2007, 2009), ao problematizarem as diferenças de ênfase entre projetos políticos e sociais dos agentes envolvidos com os fundos de pensão e os *private equities*, são importantes referenciais para a compreensão da complexa realidade brasileira. O autor sugere que a origem distinta dos novos banqueiros de investimentos, em relação àqueles oriundos da militância sindical e conectados aos fundos de pensão, gera tensões e estabelece um gradiente de posições no campo financeiro. Enquanto os primeiros – os banqueiros de investimentos – apoiam-se na tese de que os problemas econômicos e sociais sempre decorrem de má alocação de recursos da sociedade, os segundos – os militantes políticos, que atuam junto aos fundos de pensão –, com uma visão hierárquica da sociedade, necessitam legitimar a esfera financeira em outros espaços de sociabilidade.

Essas circunstâncias atravessadas pelas perspectivas de uma efetiva regulação e reforma do padrão de dominância financeira, com a crise sistêmica aberta em 2007/2008, voltaram a integrar o debate acadêmico e reorientaram intervenções governamentais. Na medida em que foram exatamente os esforços do Estado que garantiram, regularam e orquestraram a financeirização, seu desfecho poderá estimular agendas de desenvolvimento. No entanto, a administração da crise admite também cumplicidades e estímulos aos ganhos especulativos. Premidas pelas injunções fiscais e pelo afastamento das funções de dinamizar a demanda efetiva e os lucros produtivos, as políticas econômicas constituem elementos públicos fundamentais para a reprodução macroeconômica da riqueza financeira (Braga, 2009).

A projeção de tais categorias analíticas nos processos de mudanças nas empresas de assistência suplementar suscita um conjunto de interrogações sobre a existência ou não das nuances da financeirização; sobre a lógica predominante na integração do setor ao mercado financeiro; e, ainda, sobre os modelos de atuação política engendrados.

Essas perguntas, exigentes de pesquisas mais aprofundadas, não são respondidas ao longo deste capítulo, que se limita a reunir e sistematizar informações iniciais sobre a financeirização na saúde. Realizou-se um esforço de organização de uma base empírica sobre processos de fusão e aquisição e abertura de capital de empresas de planos de saúde e laboratórios de análises clínicas mediante consultas ao noticiário da grande imprensa e a veículos de divulgação especializados

análise de documentos contábeis das empresas; e consultas a informações da Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa), referentes ao período de vigência dos dois mandatos do presidente Lula. Recorreu-se também a referências legislativas, obtidas por meio de exame das proposições de parlamentares do Congresso Nacional sobre a participação do capital e empresas estrangeiras na atividade de assistência à saúde para subsidiar o delineamento dos processos de financeirização enfocados. O acompanhamento das trajetórias de reestruturação das empresas estudadas evidencia traços comuns e singulares nas estratégias de abertura de ações e outras formas de participação de fundos privados no mercado de serviços e planos de saúde.

Do Pessimismo à Euforia: prognóstico das empresas de assistência médica suplementar no governo Lula

Um fato distintivo no âmbito da assistência suplementar, entre as gestões dos presidentes Fernando Henrique Cardoso (FHC) e Lula – embora não possa ser atribuído exclusivamente a ações governamentais –, é a radical mudança de atitude das empresas de planos e seguros de saúde. As críticas contundentes às regras de ampliação de coberturas e aos percentuais de reajustes de preços estabelecidos pelo governo – que marcaram a agenda pública de debates e crises e ameaças de insolvência do setor durante a segunda gestão de FHC – foram substituídas por anúncios de lucros excepcionais de algumas empresas, ao longo de 2007; e no início de 2011, pela declaração de paridade da Amil com as maiores empresas do mundo.

Em 2002, reiterando posicionamentos anteriores, as entidades empresariais reafirmaram seu antagonismo às normas regulamentadoras de ampliação das coberturas e regulação dos preços. A declaração do então diretor da Federação Nacional das Seguradoras (Fenaseg), João Alceu Amoroso Lima – “o dever das seguradoras é zelar pela boa administração dos fundos. O seguro privado é suplementar. Saúde é direito de todos e dever do Estado. As pessoas que não têm um preço adequado na iniciativa privada devem procurar o SUS” –, exemplifica adequadamente o tom ríspido das críticas à intervenção nas regras de coberturas e definição de preços (*Jornal do Brasil*, 2001). Mas, logo depois, as posições adotadas por essas mesmas empresas evidenciaram cautela e temor. Em julho de 2002, o percentual diferenciado proposto pela ANS, com o intuito de estabelecer uma vinculação entre o aumento dos preços das mensalidades e aqueles pagos para

os médicos, não obteve a adesão das empresas de assistência complementar de grande porte (inclusive das seguradoras), sob alegação do provável afastamento de clientes. A perspectiva de incremento dos preços acima dos reajustes médicos plenamente compartilhada pelas empresas empregadoras, corroborava a tese sobre os estreitos limites de movimento das empresas de assistência complementar. Segundo Valter Hime, então diretor-executivo da Aon Consulting, empresa de consultoria em recursos humanos, “nos anos 80, os gastos com planos de saúde representavam 2% da folha de salários; hoje chegam a 9% [e em função] do aumento das despesas, as empresas estão reduzindo os benefícios dos planos” (Folha de São Paulo, 2002a).

Já em 2007, houve uma rotação radical nos conteúdos dos discursos de determinados empresários do setor. A tônica das notícias divulgadas acentua lucros e investimentos. A Medial foi uma das primeiras empresas de assistência complementar a dar publicidade a seus excelentes resultados financeiros. O lucro líquido desta empresa, entre 2004 e 2005, passou de R\$ 16,6 milhões para R\$ 30,4 milhões. Além disso, aquisições de outras empresas e o pioneiro lançamento de suas ações na Bovespa em 2006 marcaram o início da inflexão no *modus operandi* e no discurso público das empresas brasileiras de planos de saúde (Medial Saúde, 2008a). Desde então, empresas de medicina de grupo, seguradoras e cooperativas médicas (Unimed) passaram a estampar resultados financeiros positivos, associando-os simultaneamente, ao aumento do número de clientes e à construção ou aquisição de empresas congêneres, ou estabelecimentos de saúde.

As notícias publicadas em 2007 e 2008, selecionadas arbitrariamente entre muitas, anunciaram a boa forma das cooperativas médicas. O crescimento do faturamento de Unimed – como a de Belo Horizonte (19,1%), acima daquele verificado para o número de clientes (14,3%) – e a construção de hospitais no interior do país – como o investimento de R\$ 16 milhões para construção de um hospital de 68 leitos pela Unimed Vale do Rio Doce – conotam acertos de gestão e vitalidade dos investimentos (Saúde Business Web, 2007a, 2008a).

Estratégias de expansão, por meio de fusões e aquisições e investimentos na rede própria, também foram adotadas por empresas com atuação mais localizada. A Hapvida, uma medicina de grupo criada em 1979, organizada com base no hospital Antonio Prudente, situado em Fortaleza (CE), investiu R\$ 16 milhões em seu hospital, o São Lucas, pretendendo ampliar sua participação no mercado da região Norte. Adicionalmente, comprou a empresa Santa Clara, que na época possuía 15

mil clientes em Pernambuco, e realizou uma fusão com o plano de saúde São Lucas de Maceió (Saúde Business Web, 2007b, 2008a, Valor Econômico, 2010d).

Atualmente, o panorama do mercado de planos e seguros de saúde e de estabelecimentos de saúde tornou-se ainda mais polarizado do que o configurado até o início dos anos 2000, quando era hegemonizado por um conjunto maior de empresas de planos e saúde, laboratórios de análises clínicas, unidades de exames de imagem e hospitais. Embora as tendências (de concentração das grandes empresas e sua aproximação com os bancos de investimentos e de surgimento de empresas de planos de saúde de menor porte) sejam simultâneas à conservação das estratégias de atuação de seguradoras e autogestões, os polos dinâmicos do segmento da assistência complementar (incluindo hospitais e unidades de diagnóstico) estão constituídos pela movimentação de poucas organizações de âmbito nacional de grande porte e pequenos novos empreendimentos localizados.

Sucessos e Fracassos na Trajetória de Reconfiguração Empresarial na Bolsa de Valores

A Amil (cujo valor de mercado, em janeiro de 2011, era de R\$ 5,8 bilhões) é a empresa que se firmou como líder dos processos mais recentes de reconfiguração do mercado de assistência complementar. Outras empresas que integram o segmento saúde do setor consumo cíclico da Bovespa são: Dasa (valor de mercado de R\$ 4,6 bilhões); Fleury (valor de mercado de R\$ 3,3 bilhões); Odontoprev (valor de mercado de R\$ 4 bilhões); Tempo Participações (valor de mercado de R\$ 700 milhões); Biommm (empresa de biotecnologia, lançou ações na Bovespa em 2002) e Cremer (distribuidora e fabricante de produtos médicos hospitalares, que lançou ações em 2008) (Bovespa, 2011). Além dessas organizações, a Medial direcionou suas estratégias para a abertura de ações na Bovespa em 2006. Mas enfrentou problemas e, em 2009, foi comprada pela Amil.

O Quadro 1 procura elencar, não exaustivamente, o processo de expansão da Amil. Verifica-se que a veloz incorporação de empresas e estabelecimentos de saúde concentrou-se em São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Paraná e Pernambuco e, ainda, que os valores estimados de aquisição dessas organizações mostraram-se bastante diferenciados. Segundo as informações compiladas, observa-se uma variação ampla no preço pago por leito, ou por cliente das empresas de planos de saúde. Nota-se que o lançamento de ações na Bovespa, no final de 2007, alavancou iniciativas de aquisição e fusões iniciadas anteriormente. Com esses

investimentos e a venda da Farmalife, a Amil concentrou-se nos negócios que envolvem a assistência e a comercialização de planos de saúde. Os resultados obtidos evidenciam um expressivo crescimento da empresa. Entre 2007 e 2010 o número de clientes aumentou, de 2,7 milhões para 5,1 milhões; a receita passou de R\$ 3,5 bilhões para R\$ 5 bilhões; e o lucro líquido, de R\$ 240 milhões para R\$ 250 milhões (Amilpar, 2011). O controle acionário do Dasa (Diagnósticos da América) que realizou em 2010 16,8% do total de exames do segmento privado, tem sido considerado uma reviravolta e um dos maiores negócios do setor – em razão do fato de inicialmente a Md1 da empresa da Amil ter cedido parte de seu mercado de atuação ao Dasa (Exame, 2011).

Em 2009, a Amil, empresa líder do setor suplementar, detinha 26% do total de clientes de planos de saúde no Distrito Federal, 19% no Rio de Janeiro, 14% em São Paulo e 10% no Paraná. As perspectivas de verticalização – claramente expressas mediante os movimentos de aquisição e fusões – insinuaram-se ainda em segmentos populacionais de maior status socioeconômico com a aquisição de dez hospitais categorizados como de ‘primeira linha’ no Rio de Janeiro.

Entre as outras empresas que abriram ações na Bovespa, destacam-se: o Fleury (que adquiriu 23 outros laboratórios, em várias cidades brasileiras) e a Odontoprev – ambas com participação do Bradesco no controle acionário. A Bradesco Controladora investiu R\$ 342 milhões para adquirir uma participação de 20,54% na Integritas empresa que detém 68% das ações do grupo Fleury. O restante do capital da Integritas pertence à Core Participações, cujos acionistas são pessoas físicas (Grupo Fleury, 2011). A Bradesco Saúde S.A. possui 43,50% das ações da Odontoprev (Odontoprev, 2010).

Nem todas as empresas de saúde que abriram ações na Bovespa foram bem sucedidas. A Medial, após desenvolver uma trajetória expansionista, soçobrou e foi adquirida pela Amil no final de 2009. O Quadro 2 busca descrever as estratégias dessa empresa para se firmar no mercado, por meio da aquisição de organizações de menor porte, inclusive de planos odontológicos, unidades de diagnóstico e ampliação e construção de unidades hospitalares. Há divergências sobre as razões associadas ao desfecho negativo desses empreendimentos. Os movimentos compilados nos comentários da imprensa para que o movimento de alargamento e verticalização de unidades se desviasse do curso previsto podem ser agrupados em quatro grandes categorias: a crise econômica mundial; o elevado valor de mercado pago pela compra da Amesp (que valia R\$ 150 milhões e foi comprada por

Quadro 1 – Trajetória da empresa Amil entre 2002 e 2010 segundo investimentos, lucros, valor das ações e ocupantes de cargos executivos e administrativos

Ano	Aquisições e fusões/outros investimentos	IPO* (valor arrecadado)/ valor das ações	Presidência, Conselho Consultivo
2002	Compra da Amico São Paulo, empresa de medicina de grupo com 300 mil clientes, e criação da Dix-Amico em 2003		
2006	Compra da carteira de clientes de seguro saúde (42 mil clientes) da Porto Seguro Saúde Compra da Semic Rio de Janeiro, empresa de medicina de grupo com cerca de 100 mil clientes		
2007	Clinihauer, Paraná, fundada em 1969 com 120 mil clientes, incluindo o hospital Milton Muricy e a rede de laboratórios Cendilab. Valor estimado: R\$ 120 milhões MedCard, São Paulo, 61.200 clientes, incluindo um hospital e dois centros médicos Blue Life, São Paulo, 150 mil clientes Life System, São Paulo, 55 mil clientes. Valor da compra: R\$ 60 milhões + pagamento de R\$ 50 milhões de dívidas Venda da Farmalife para a Dogramil (rede de farmácias do Rio de Janeiro) As ações Amil3 começaram a ser negociadas na Bovespa	R\$ 1 400 700 000 (IPO) Valor da ação abertura R\$ 18,00 Valor médio da ação 30 de novembro R\$ 15,66	Edson de Godoy Bueno** (presidente) Dulce Pugliese de Godoy Bueno** (vice-presidente) Jorge Ferreira da Rocha** e Gilberto João Ferreira da Costa** (Conselho de Administração) Luiz Fernando Furlan*** (membro independente do Conselho)
2008	Ampla (Sistema Ipiranga), São Paulo, 29 mil clientes Casa de Saúde Santa Lúcia, Rio de Janeiro Hospital de Clínicas SK Steckelberg Ltda., Brasília, com 78 leitos. Valor da compra: R\$ 8,5 milhões + R\$ 5,5 milhões de dívidas	Valor médio da ação 28 de novembro R\$ 8,22	O mesmo
2009	Medial empresa de medicina de grupo, posição líder com 1,4 milhão de clientes. Valor da compra: R\$ 1,2 bilhão Hospital Nove de Julho, São Paulo Valor da compra: R\$ 140 milhões + R\$ 171 milhões de dívidas	Valor médio da ação 28 de novembro R\$ 12,82	O mesmo
2010	Hospital Pró-Cardíaco, Rio de Janeiro, com 110 leitos. Valor da compra: R\$ 98,4 milhões Hospital Samaritano, Rio de Janeiro, com cerca de cem leitos. Valor da compra: R\$ 180 milhões Excelsior, Pernambuco, empresa de medicina de grupo com 132 mil clientes. Valor da compra: R\$ 50 milhões Assinatura de memorando de entendimento entre a Dasa (Diagnósticos da América S.A.) e a Md1 Diagnósticos, empresa do ramo de análises clínicas e diagnóstico por imagens da Amil. A intenção era realizar uma reorganização societária de ativos: os laboratórios Sérgio Franco, a Clínica de Diagnóstico por Imagem CDPI, a clínica de ressonância CRMI e a Pro Echo Cardiodata Serviços Médicos. A Dasa iria adquirir fatias de 10% da Pro Echo, 28% da CRMI e 16,5% da CDPI, por R\$ 88,2 milhões. Dasa (Diagnósticos da América): controle de 26% das ações pela Amilpar	Valor médio da ação 28 de novembro R\$ 16,87	O mesmo

Fontes: Bovespa, 2011; Folha de Londrina, 2007; O Globo, 2008; Brasil Econômico, 2010; Amilpar, 2011; Agência Estado, 2010.

* IPO (initial public offering), oferta pública inicial, é o evento que assinala a primeira oferta de ações de uma empresa, isto é, quando ela abre seu capital e passa a vender ações na Bolsa de Valores. Quando as empresas abrem seu capital, elas transferem aos investidores parte de seu controle acionário. Em troca, as companhias abertas recebem dinheiro para seus investimentos.

** Graduados em medicina.

*** Graduado em engenharia química. De 2003 a 2007, foi ministro de Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Anteriormente, foi presidente do Conselho de Administração da Sadia S.A., empresa na qual atuou desde 1978.

Quadro 2 - Trajetória da empresa Medial entre 2006 e 2009 segundo Investimentos, lucros, valor das ações e ocupantes de cargos executivos e administrativos

Ano	Aquisições e fusões/outras investimentos (vendas)	Receita/valor arrecadado lançamento das ações	Valor das ações	Presidência, Conselho Consultivo, consultorias (estratégia)
2006	Lançamento ações na Bovespa	R\$ 750 milhões arrecadados com o lançamento de ações na Bovespa	R\$ 22,10	Luiz Kaufmann** (presidente) (expandir investimentos) Membro externo do Conselho: Alcides Lopes Tápia, Antonio Kandir, Betanir Tamure de Barros
2007	Amesp medicina de grupo localizada em São Paulo (500 mil clientes) - valor: R\$ 253 milhões E-Nova plano odontológico - valor: R\$ 2,1 milhões Laboratórios Endomed - valor: R\$ 5,3 milhões	R\$ 1,58 bilhão (receita) R\$ 6,7 milhões Ebitda* R\$ 19,4 milhões lucro		McKinsey (americana) Gradus (Brasil), que auxiliou a integração da Brahma com a Antardica
2008	Sport Club Corinthians - valor: R\$ 16,5 milhões Grupo Saúde medicina de grupo, localizada em Pernambuco - valor 49% das cotas: R\$ 17 milhões SAE Laboratórios, localizado em São Paulo - valor: R\$ 12,3 milhões Previsão de construir dois hospitais com 650 leitos em São Paulo	R\$ 17,8 milhões Ebitda* Prejuízo R\$ 162 mil	R\$ 21,05	Emilio Carazzai*** (presidente) Retirar investimentos
2009		Prejuízo R\$ 1,1 milhão no primeiro trimestre de 2009		Henning von Koss**** (presidente) Membro Independente do Conselho: Alcides Lopes Tápia, Antonio Kandir, Betanir Tamure de Barros e Gustavo Fernandes Moraes

Fontes: Gazeta Mercantil, 2008b; Exame, 2008; atas das reuniões do Conselho de Administração Medial Saúde S.A., 22 de dezembro de 2006 e 28 de maio de 2009.

* Ebitda: lucro antes dos impostos, depreciação e amortização.

** Luiz Kaufmann, graduado em engenharia. Presidente e CEO da Medial Saúde, sócio da GP Investimentos, diretor-presidente da Aracruz Celulose, diretor do Grupo Multiplic e vice-presidente do Conselho Diretor do Banco Multiplic, vice-presidente executivo do Grupo Petropar e diretor geral da Fazenda de Itaipu.

*** Emilio Carazzai, graduado em direito. Presidente da Caixa Econômica Federal e secretário executivo do Ministério da Fazenda, presidente da Medial Saúde, diretor executivo da Quadrivium Corporate Consulting, Presidente do Banco Pine, diretor de Planejamento da BompreçoPar, consultor e secretário executivo do Boaz Allen & Hamilton.

**** Henning von Koss, graduado em administração de empresas. Presidente do Grupo Bayer e da Bayer HealthCare, membro do conselho da Central Industrial Farmacêutica da Colômbia e Venezuela; foi vice-presidente para a América Latina da Bayer MaterialScience.

preço muito superior, em razão da necessidade de demonstrar capacidade de investimento); a demora na adaptação das empresas adquiridas; e o preço médio dos planos (o preço médio dos planos empresariais da Amil, em 2009, de R\$ 117,20, era significativamente maior do que o adotado pela Medial, de R\$ 100,50) (Saúde Business Web, 2010b). Nota-se ainda que uma importante estratégia empresarial da Medial – a profissionalização da Presidência e do Conselho Consultivo, com a convocação de renomados executivos do mercado – não foi adotada pela Amil, que manteve seu principal proprietário e os médicos que integram a diretoria à frente da gestão da empresa (Quadros 1 e 2).

A Tempo Participações tampouco figura entre os casos de sucesso das empresas que abriram seu capital. Esta empresa, formada inicialmente pela CRC-Connectmed, prestadora de serviços de administração de planos de saúde de autogestão, adquiriu em 2001, da AIG, a Gama Saúde e diversos planos odontológicos. Em 2007, já com o formato atual, passou a integrar o grupo GP Investments – referência em *private equity* na América Latina –, que não obteve o esperado sucesso com a aquisição da rede odontológica Imbra. Por sua vez, a Tempo voltou suas atividades ao atendimento domiciliar – comprou, em 2007, a Med-Lar e, em 2008, a empresa paulista Staff Builders. Investiu também na compra de planos odontológicos, como Associl, OralTech e OdontoEmpresa. Ainda em 2009, criou uma *joint venture* com a Assist-Card, especializada no mercado de assistência de viagens (Gazeta Mercantil, 2008a), e comprou a seguradora de saúde do Unibanco por R\$ 55 milhões. Tendo sido vencedora em licitações para ofertar assistência médica e odontológica para servidores públicos do governo do Mato Grosso, Senado e Infraero, em julho de 2010 anunciou uma associação com a Caixa Econômica Federal, que criaria uma empresa de seguro saúde (Caixa Seguro Saúde), administrada pela Tempo (controle de 25% das ações). Essa oportunidade daria continuidade à trajetória de crescimento da empresa. Mas, pouco tempo depois, em outubro, o GP Investments anunciou a venda da Tempo. O banco de capital suíço UBS foi contratado para negociar a venda de até 100% do capital da empresa, cujo valor foi estimado em R\$ 900 milhões (Valor Econômico, 2010a). As ações da Tempo caíram de R\$ 5,40, em 2008, para R\$ 4,00, no início de 2011 (Bovespa, 2011).

Uso de Recursos Próprios e Associação com Bancos de Investimentos

Um subgrupo de empresas importantes do mercado de assistência suplementar optou por avançar estratégias expansionistas baseadas no uso de seus próprios

recursos ou associação com bancos de investimentos. Exemplos do primeiro tipo de estratégia podem ser encontrados em empresas de variados perfis. Em 2008, a Unimed Paulista estabeleceu uma associação, por meio de *joint ventures*, com a Inpaio Dental (Instituto de Previdência e Assistência Odontológica). Em 2010, a Saúde América comprou a Dental Plan, por R\$ 28,5 milhões, e 49,92% da participação que o Banco do Brasil detinha na Brasilsaúde, por R\$ 28,4 milhões (Saúde Business Web, 2008c; Folha de S. Paulo, 2010).

Todavia, a articulação com bancos de investimentos, especialmente o BTG Pactual, liderado por André Esteves, parece ter se firmado com um dos principais pilares de dinamização do mercado. Foi essa a estratégia que, ao lado da concessão de empréstimos do International Finance Corporation (IFC),³ vinculado ao Banco Mundial, permitiu ao Grupo D'Or ampliar velozmente sua rede de estabelecimentos hospitalares e tornar-se a maior empresa independente de hospitais privados do Brasil. Até 2006, a rede D'Or estava composta por três hospitais (Barra D'Or, Copa D'Or e Quinta D'Or) e 56 unidades de diagnóstico (Lab's) e localizava-se no Rio de Janeiro. A aquisição de hospitais nas zonas Norte e Oeste do Rio de Janeiro, em Pernambuco e São Paulo e, posteriormente, a venda de suas unidades de diagnóstico para o Fleury são algumas mudanças observadas na trajetória recente da rede, resumida no Quadro 3.

Segundo declarações dos executivos do Grupo D'Or, o potencial de crescimento econômico do país os estimula à expansão, por meio de aquisições (Rede D'Or, 2011). A opção da rede D'Or por se concentrar na aquisição e gestão de hospitais, sua capitalização via associação com o BCG-Pactual e a manutenção de médicos nos principais cargos administrativos do grupo conferem contornos singulares à empresa.

Quadro 3 – Trajetória do Grupo D'Or entre 2006 e 2009 segundo investimentos e ocupantes de cargos executivos e administrativos

Ano	Investimentos	Unidades da federação	Valor/Tipo de participação	Presidência Conselho Executivo
2006	Hospital Badim (Tijuca)	Rio de Janeiro		
2007	Hospital Joari (Campo Grande), Hospital Real Cordis (Bangu), Hospital Bangu (Bangu),	Rio de Janeiro		

³ O IFC, membro do World Bank Group, objetiva reduzir a pobreza e promover o crescimento econômico sustentável nos países em desenvolvimento, apoiando o desenvolvimento do setor privado, por meio da mobilização de capital para investimentos privados e serviços de consultoria e mitigação de riscos para empresas e governos. No Brasil, em 2009, o IFC esteve envolvido com a assessoria para construção e implementação da parceria público-privada do Hospital do Subúrbio e com investimentos na rede D'Or. Ver informações em: <www.ifc.org>.

Quadro 3 – Trajetória do Grupo D'Or entre 2006 e 2009 segundo investimentos e ocupantes de cargos executivos e administrativos (cont.)

Ano	Investimentos	Unidades da federação	Valor/Upo de participação	Presidência Conselho Executivo
2007	Hospital Provita (Casadura), Hospital Israelita (Tijuca), Hospital Rio de Janeiro (Vila Valqueiro)	Rio de Janeiro		
2008	Hospital Esperança Hospital Prontolinda Hospital São Marcos	Pernambuco	50% 50% gestão	
2010	Associação com o BTG Pactual Obtenção de recursos junto ao IFC		Compra de debêntures transformáveis em ações e direito a uma vaga no Conselho de Administração do Grupo D'Or R\$ 55 milhões	Jorge Moll* (presidente) José Roberto Guersola** (vice-presidente) Claudio Tonello*** (diretor de Marketing Corporativo) Roberto Martins**** outros membros da Família Moll
	Hospital e Maternidade Brasil (249 leitos) Hospital e Maternidade Assunção Hospital São Luís (três unidades hospitalares: 803 leitos)	(São Paulo) (Santa André) (São Bernardo) (São Paulo)	Valor estimado R\$ 1,030 bilhão	
	Venda do Lab's para o Fleury		R\$ 1,04 bilhão O grupo D'Or terá 15% de participação no controle acionário e uma vaga no Conselho de Administração	

Fontes: IFC, 2010; Rede D'Or, 2011; São Luiz, 2011; Saúde Business Web, 2010b.

* Graduado em medicina, fundador e principal proprietário.

** Graduado em medicina.

*** Graduado em marketing, diretor do Grupo Pão de Açúcar, vice-presidente Comercial e de Marketing da Carl Zeiss Vision, diretor comercial do Makro Atacadista, diretor de Marketing do Grupo Bertin e da Johnson&Johnson.

**** Informação sobre graduação não disponível. Representante do BTG Pactual, sócio do BCG Pactual, diretor financeiro das Lojas Americanas.

A Consolidação de Grandes Empresas de Assistência à Saúde e Planos de Saúde

As trajetórias de empresas que levaram adiante os recentes processos de aquisições traçam, em conjunto, um vetor de ruptura com o passado. Da oferta de serviços e comercialização de planos de saúde caracterizada por hospitais, unidades de diagnóstico e terapia, empresas de planos de saúde de menor porte e limites territoriais bem definidos, passa-se a priorizar a expansão via aquisições de estabelecimentos e empresas de planos de saúde em cidades nas quais se concentram os segmentos populacionais com maior renda. Trata-se, portanto, de

um movimento duplo, que conjuga a expansão de capitais, desterritorialização das empresas e redesenho da disputa de mercados já consolidados. A presença do grupo de origem carioca D'Or no ABC paulista, exatamente a região na qual originou a primeira empresa de planos privados de saúde no Brasil (Cordeiro, 1999) e na cidade de São Paulo ocorre simultaneamente à expansão do grupo paulista Fleury no Rio de Janeiro e em outros estados.

Por enquanto, os traços da nova geometria do mercado nem sempre são imediatamente visíveis. As marcas antigas das empresas e dos estabelecimentos de saúde recém-adquiridos, em muitos casos, não foram substituídas. Mas, atualmente, o principal movimento de concentração do mercado não consiste apenas na mudança nos regimes de propriedade das empresas. Outras bases materiais conferem suporte às estratégias complexas de verticalização, incluindo, paradigmaticamente, o recurso à terceirização de uma empresa pertencente ao próprio grupo.

Uma comunicação da Amil Participações elucida as condições contratuais entre planos de saúde, hospitais e laboratórios. Em fevereiro de 2011, a Dasa se tornou responsável exclusiva pela terceirização dos exames das unidades próprias da Amil (antes realizados pela Foccus) em São Paulo. Segundo uma comunicação ao mercado, os valores pagos à Dasa, por exame, seriam 10% inferiores ao custo unitário daquele praticado pela unidade própria; e a Amil receberia um desconto de 9% em suas tabelas de valores na realização de exames para seus clientes nos pontos de coleta da rede Dasa. Além disso, a Amil concederia descontos progressivos, de acordo com o volume de exames, para estimular o direcionamento de cliente para a Dasa. Competiria à Dasa pagar pela exclusividade na realização de exames de análises clínicas nas unidades da Amil o valor de R\$ 9,7 milhões, considerado suficiente para cobrir as despesas decorrentes da descontinuidade dos serviços da Foccus, tais como rescisões contratuais e demissões (Amilpar, 2011).

Depreende-se que, embora singulares, as trajetórias dos três importantes grupos – Amil-Dasa, rede D'Or, Fleury – possuem um fundamento comum: a capitalização de valores mobiliários (ações, debêntures e fundos de investimentos) contextualizada pela perspectiva de crescimento econômico do país.

Dois outros argumentos mencionados para justificar os investimentos são a fragmentação das empresas de planos de saúde e hospitais no Brasil vis-à-vis as altas taxas de juros e as dívidas dos hospitais que constituem a segunda característica homogênea dessas organizações. Conforme citado em documento de uma das empresas, é declarado por uma executiva do setor:

...[o setor] é altamente fragmentado, sendo formado por 1,7 mil operadoras em atividade e milhares de prestadores de serviços, entre hospitais, laboratórios, médicos, e outros profissionais de saúde. (...) os beneficiários das dez maiores operadoras de planos médico-hospitalares do Brasil somam 28,1% do total em setembro de 2008. (...) de acordo com um relatório publicado pela corretora Bear Stearns, em junho de 2006, as 25 maiores empresas de planos de saúde dos Estados Unidos respondiam pelo atendimento de 85% dos clientes. (Medial Saúde, 2008b)

O grupo comprador [de hospitais] tem a seu favor um setor extremamente pulverizado com quase 3 mil hospitais com fins lucrativos, e vários com endividamentos, devido à má gestão e dificuldades de negócios com planos de saúde (...). Há muitos hospitais carregando passivo que chegam até a gente querendo captar recursos. (Valor Econômico, 2010b – declaração de Priscila Amaro, consultora da Pricewaterhouse)

O terceiro elemento – que auxilia a compreensão da adoção de estratégias de capitalização diferenciadas pelos hospitais, as empresas de planos e seguros e as unidades de diagnóstico – são os marcos legais sobre a busca de financiamento via oferta de ações. A Constituição brasileira, em seu artigo 199, inciso § 3º, veda a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no país, salvo nos casos previstos em lei. A lei n. 9.656/98, que regulamentou as empresas de planos e seguros de saúde, permitiu que pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior constituam ou participem do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado, constituídas conforme as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. Embora polêmica, a abertura do capital de empresas como Dasa e Fleury encontra respaldo no fato de elas não serem prestadoras diretas de serviços.

A restrição à abertura de capital de hospitais na bolsa de valores mobiliza seus proprietários e executivos. O ex-diretor e proprietário da Casa de Saúde Santa Lucia, no Rio de Janeiro, após considerar a magnitude dos recursos captados com as ofertas públicas de ações (IPOs) para o financiamento do setor privado, aduziu:

O lamentável é que o setor de prestação de serviço médico-hospitalar, fundamental para o bem-estar comum, esteja à margem desse vigoroso processo, por força de um dispositivo constitucional (...). Como sabemos, não há IPOs de sucesso sem participação de capital externo. (...) Ora, nenhum outro segmento merece mais investimentos do que a saúde. Sempre é válido lembrar que os custos no setor aumentam de forma exponencial em decorrência da própria evolução tecnológica, que impõe permanentes inovações no campo da medicina, em benefício dos pacientes – o que exige reiterados investimentos. É difícil imaginar o que tinham em mente os constituintes quando impuseram tal restrição. Até porque há uma inexplicável assimetria de tratamento em relação às operadoras de planos

de saúde, que não estão proibidas de realizar IPOs. Por que, então, impede a atividade médico-hospitalar de receber os necessários aportes de recursos para o seu desenvolvimento? Uma questão de soberania? Ora, se o argumento era este à época da Constituinte, não faz qualquer sentido. Hoje, num mundo globalizado, a vedação soa a uma injusta discriminação (Romano, 2008).

Em 2009, o senador Flexa Ribeiro, do PSDB, apresentou o projeto de lei n. 204, propondo alterar a lei n. 8.080, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiros na assistência à saúde, incluindo

instalação, operacionalização ou exploração de: a) hospital geral; b) laboratórios de análises; clínicas, de anatomia patológica e de genética humana; c) serviço de fisioterapia; d) serviço de diagnóstico por imagem; e) ações e pesquisas de planejamento familiar; f) seguro-saúde e plano privado de assistência à saúde; g) hospital geral filantrópico; h) serviço de saúde sem finalidade lucrativa, mantido por empresa para atendimento de seus empregados e dependentes. (Brasil/Senado Federal, 2011)

A observância dos limites legais, embora tenha induzido o grupo Fleury a repassar seu hospital antes de abrir seu capital na Bovespa, parece não ter impedido a rede D'Or nem outras empresas hospitalares de se contornarem e se associaram a investidores estrangeiros, por meio das transações com debêntures (que conferem a seus detentores direitos similares àqueles dos acionistas). O grupo Vita de Santa Catarina emitiu, em 2005, debêntures não conversíveis em ações, mas que garantem aos investidores participação nos lucros. Os títulos da rede D'Or, porém, poderão, sim, ser convertidos em ações (Vita, 2005; Valor Econômico, 2010c).

As ações das empresas relacionadas mais diretamente com o mercado de assistência suplementar⁴ não são as mais lucrativas, nem se situam entre as mais negociadas (Bovespa, 2011). No entanto, os processos recentes de capitalização certamente modificaram profundamente o status da saúde no mapa geral das investimentos brasileiros.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar no Governo Lula

Sabidamente, todas essas negociações receberam aval da ANS e de outras instâncias, como o Conselho de Defesa da Concorrência e da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça, entre outras. Mas a natureza do envolvimento da instância regulatória nos atos de concentração e financeirização do mercado

⁴ No início de 2011, as ações das principais empresas do ramo valiam: Amil – R\$ 17,50; Dasa – R\$ 20,00; Fleury – R\$ 22,90; Odontoprev – R\$ 22,40; e Tempo Participações – R\$ 4,15. Tais ações têm apresentado oscilações de preço relativamente pequenas.

suplementar despertou pouca ou nenhuma polêmica. Ora se atribui ao órgão regulador o papel, meramente formal, de legitimar processos 'naturais da evolução do mercado', ora o de consentir, passivamente, com a redução dos limites de cobertura. Mesmo os problemas de ressarcimento, de arrecadação de multas – sobretudo relativas a garantias assistenciais – e os índices elevados de reajustes têm sido debitados na conta das imensas dificuldades para 'domar' empresas desobedientes e poderosas.

O relato do primeiro presidente da ANS, ainda no governo FHC, Januário Montone, confirma a impressão de guerra entre forças assimétricas: "as operadoras, por meio de suas entidades, lutaram bravamente contra a regulamentação" (Montone, 2003). Esse mito de origem separa artificialmente Estado e mercado e atenua, convenientemente, a visibilidade do protagonismo das empresas de planos e seguros no processo de elaboração da legislação e de estruturação da ANS. A moldura normativa original da ANS caracterizou-se pela ambiguidade. Na constituição inicial da ANS, predominaram quadros técnicos oriundos de entidades de autogestão – que delas se orgulhavam e afirmavam a inexorabilidade da segmentação no sistema de saúde – e dirigentes que encarnavam interesses opostos. Na primeira diretoria da Agência havia um representante de entidade de defesa dos consumidores e outro que, após o mandato, aderiu claramente aos interesses das empresas de planos de saúde como integrante da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde). A composição da diretoria dotou a ANS de capacidade para interiorizar conflitos sobre coberturas e preços. A tentativa de absorver tensões e conflitos pela via institucional, bem como a inclusão da permissão para a entrada do capital estrangeiro no setor na redação da lei n. 9.656/98, explícita o intrincado desenho político-legal da regulação. A institucionalização *tout court* das tensões restritas ao âmbito dos concorrentes e usuários do mercado retirou de cena os problemas regulatórios, relacionados ao aporte de recursos públicos para a oferta e a demanda de planos e seguros de saúde. Consequentemente, supor que o ressarcimento ao SUS não foi adiante apenas em razão das imposições jurídicas implicaria desconhecer que o lastro cognitivo, valorativo e político dos dirigentes pioneiros da ANS criou um ambiente favorável a litigações e inviabilização da operacionalização das normas legais.

No primeiro mandato do governo Lula, o ex-ministro da Saúde Humberto Costa endureceu o discurso em relação ao reajuste de preços dos planos individuais e anunciou o fechamento das duplas portas de entrada dos hospitais (O Globo, 2004;

Bahia, 2010). A nomeação para presidente da ANS de um sanitarista integrante do PT, e de outros técnicos militantes das hostes do SUS, personificou as expectativas de aproximação da ANS às políticas emanadas pelo Ministério da Saúde. Nesse mesmo momento, a nomeação de um executivo do mercado, indicado pelos outros partidos situados à centro-direita da coalizão governamental, para a Diretoria de Operadoras, sinalizando a preocupação dos espaços conquistados pelo governo do PSDB, acalentou expectativas opostas, que logo cederam vez a uma terceira alternativa: a do apacramento dos conflitos com as empresas reguladas. À disposição inicial, de observância estrita das regras legais, seguiram-se acordos sobre reajustes de preços que, praticamente, puseram fim às polêmicas públicas entre a ANS e as entidades de representação das empresas de planos e seguros de saúde.

Paralelamente, a Casa Civil da Presidência da República, na época dirigida por José Dirceu, procurou atribuir exclusividade à Geap (Fundação de Seguridade Social) na oferta de planos de saúde para os servidores públicos da União.⁵ Essa estratégia e sua possível sinergia com o provimento de previdência complementar para os funcionários públicos pós-reforma da Previdência Social, terminaria por dotar o Brasil de um fundo de pensão semelhante – guardadas as devidas proporções – àqueles americanos (como, por exemplo, o California Public Employees' Retirement System – CalPERS). No entanto, as demais empresas de planos e seguros de saúde e o Tribunal de Contas da União ponderaram que a legislação induziria à formação de um monopólio. A repercussão, amplamente desfavorável da iniciativa da Casa Civil – no contexto de denúncias sobre manobra de articulação entre políticos (especialmente José Dirceu), enfatizando os aspectos político-partidários da proposta e não aqueles concernentes à conformação de um fundo de capitalização – reverteu as expectativas de transformar o estatuto da Geap (Correio do Povo, 2004).

Entre 2004 e 2006, os reiterados anúncios de inovar na regulação, com a política de qualificação das empresas e ampliação da capacidade técnica operacional da ANS com a realização de concursos, caminharam *pari passu* com as estratégias de fixar elevados reajustes de preços e permitir a comercialização de planos falsos coletivos (Cremesp/Iddec, 2007). Essas iniciativas acalmaram o debate. Desde então, três premissas cognitivo-operacionais afirmaram-se: 1) a necessidade de

adoção de modelos assistenciais integrados, para propiciar atenção integral aos clientes; 2) o mascaramento dos subsídios públicos e das tentativas de ampliá-los; 3) a retração das ações de cobrança de garantias de cobertura.

Durante o segundo mandato de Lula, os ministros da Saúde indicados pelo PMDB mantiveram, com uma exceção, os mesmos nomes nos cargos de direção da ANS. A troca de um diretor de estirpe sanitaria por outro não alterou a essência da composição política da instituição. No entanto, o projeto de qualificação das empresas, antes categorizado como essencial para a mudança na garantia de acesso e qualidade para os segmentos populacionais vinculados aos planos de saúde, perdeu vitalidade. Mesmo assim, os esforços para ampliar as coberturas encontraram outra via de passagem. Em 2007, a inclusão negociada e progressiva de procedimentos, proposta com a resolução normativa n. 167, inaugurou uma dinâmica mais aberta nos debates sobre as relações entre acesso, utilização de serviços e preços (ANS, 2008). Simultaneamente, os projetos e os depoimentos de um dos diretores da ANS em prol das empresas de planos e seguros tornaram-se mais audíveis. As proposições de estímulos à capitalização das empresas de planos e seguros e criação de fundo garantidor, acompanhadas da tese sobre a 'falência do setor público', foram expostas em diversos fóruns sobre o sistema de saúde no Brasil.

Esses projetos, embora divergentes, confluíram em torno das iniciativas disseminadas pelos dirigentes da ANS de propagar a comprovação dos benéficos efeitos do crescimento econômico para o mercado e, sub-repticiamente, para a saúde. Inicialmente, o aumento das coberturas, especialmente dos planos odontológicos, foi anunciado como um resultado da sintonia da regulação com o aumento da capacidade de consumo da população. Uma notícia publicada, provavelmente no início de 2008, introduz o novo script da ANS:

Planos odontológicos devem crescer 21,4%

O ano passado foi bom, quem dirá 2008. Essa é a previsão feita pela ANS (Agência Nacional de Saúde). A expectativa é que o número de beneficiários aumente em, aproximadamente, 21,4% ao final deste ano, ultrapassando a marca de 10 milhões de pessoas atendidas. (Agência Seg News, s.d.)

Posteriormente, mesmo no contexto da crise econômica mundial, as notícias sobre os resultados das empresas de planos e seguros de saúde conotavam otimismo: "Apesar da crise, planos odontológicos continuarão a crescer" e "Apesar da crise econômica, Unimed-BH expande em 13,3%" (Sinog, s.d.; Saúde Business Web, 2010a).

⁵ Por meio do decreto n. 4.979, de 2004, que regulamentou o artigo 230 da Lei sobre o Regime Único das Seguridades Sociais. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%24979-2004>. Acesso em: 3 out. 2011.

Entre 2008 e 2009, provavelmente imersos nas previsões sobre o crescimento econômico e com as lides sobre as negociações de coberturas, dirigentes da ANS encararam as intensas transformações na configuração econômica e financeira das empresas como uma espécie de evolução natural positiva.

Acredito que hoje o setor já se adaptou ao processo de regulação. O próprio nível de aquisições e fusões em andamento e a abertura do capital de algumas operadoras mostram que o setor já conseguiu reciclar esse prêmio no momento. (Gazeta Mercantil, 2008b)

No processo de indicação do novo presidente da ANS, em 2010, as parcerias estabelecidas entre interesses plasmados em torno da formação e ampliação de fundos de capitalização e de hospitais que são plataformas de incorporação tecnológica foram fortalecidas, inclusive pelas afinidades desses agentes com autoridades influentes na área econômica. Essa coalizão, claramente 'nucleada' pela lógica dos mercados financeiros, logrou indicar, para dirigir a ANS, o mesmo executivo da Qualicorp, empresa de administração de planos de saúde, que se capitalizou mediante associação com o fundo americano de *private equity* General Atlantic, em 2008 (General Atlantic, 2008). Coerente com sua base de apoio, o atual presidente da ANS propôs, no início de 2011, a criação de um novo produto que auferiria o mesmo tratamento tributário da previdência complementar: o VGBL Gerador de Benefício Livre (VGBL).

Considerações Finais

Durante o governo Lula, especialmente no segundo mandato, ocorreram transformações estruturais no mercado de planos e seguros de saúde, suportadas pela capitalização e participação de fundos de investimentos. As estratégias adotadas pelas empresas são singulares, mas apoiam-se na lógica de priorização de resultados de curto prazo, em vez daquelas que seriam muito mais produtivas por o próprio crescimento econômico, como a pesquisa, a formação e a capacitação da força de trabalho e o cultivo de relações duradouras com prestadores de serviços e indústrias do setor. O denominador comum da atuação das empresas enfocadas ao longo deste capítulo foi a opção pela alternativa mais barata: a compra da capacidade instalada existente. A concentração das empresas nas cidades e regiões com maior renda acompanhou-se pelo aumento dos preços após as aquisições.

Essas estratégias conformam – para além dos efeitos mais do que decantados sobre a distribuição da renda – uma política de aumento dos ativos financeiros

em detrimento do investimento na expansão real da oferta de ações e serviços de saúde. Paradoxalmente, a justificativa para obtenção de empréstimos para a rede D'Or junto ao Banco Mundial é a necessidade de apoiar redes de cuidados de saúde e prestadores de serviços que ofertem serviços, a preços acessíveis, em regiões carentes.

Nos documentos das empresas, voltados a atrair investimentos internacionais, nem o SUS nem mesmo a legislação que regula as empresas de planos e seguros de saúde foram sequer mencionados. Entre os argumentos arrolados encontram-se o crescimento econômico, o estágio do mercado – caracterizado como pequeno diante do potencial de consumidores e fragmentado – e comparações do sistema de saúde brasileiro com o americano.

Graças à opacidade que as transações financeiras produzem, os fracassos das estratégias de capitalização das empresas e suas consequências assistenciais não integraram os discursos dos empresários, nem de autoridades reguladoras. Assim, o otimismo em relação aos acertos das empresas contrasta fortemente com o menosprezo ou o descarte do sistema público. Entretanto, a expansão da oferta de prestação de serviços laboratoriais aos governos é uma estratégia explicitada pelas empresas de diagnóstico, que já atuam na rede pública de diversos estados brasileiros.

As estratégias e as repercussões da financeirização, por meio de *private equities* ou fundos de pensão, no sistema de saúde brasileiro, apenas tangenciaram o debate sobre as políticas regulatórias. A proposição de elevar o status da Geap ao de uma instância público-privada de asseguramento não saiu do papel. Ironicamente, o que volta ao centro da agenda é a constituição de um fundo de capitalização privado que busca, pela assistência à saúde, catalisar a previdência complementar privada com a participação dos novos banqueiros de investimentos. Embora a agenda pública da saúde não tenha registrado a financeirização, as interações dessas mudanças se concretizaram no plano político-institucional no final de 2010. O atual presidente da ANS, com credenciais de artífice da financeirização, sustenta propostas políticas e projetos societários para o país, cujas diferenças com as diretrizes e os princípios do SUS não são cosméticas. Hoje, a ANS, dotada com mais recursos humanos e financeiros, e bem mais próxima aos centros decisórios das políticas econômicas, maximiza e legitima a financeirização. De lá emanam teses sobre como tornar as riquezas da sociedade mais produtivas – entregando recursos públicos para particulares – que não têm sido devidamente contestadas.

