



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA

JOSÉ ANTONIO DE FREITAS SESTELO

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE DO BRASIL DE 2000 A 2015
E A DOMINÂNCIA FINANCEIRA

Rio de Janeiro

2017

JOSÉ ANTONIO DE FREITAS SESTELO

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE DO BRASIL DE 2000 A 2015

E A DOMINÂNCIA FINANCEIRA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Lígia Bahia

Rio de Janeiro

2017

S494 Sestelo, José Antonio de Freitas.

Planos e seguros de saúde no Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira / José Antonio de Freitas Sestelo. – Rio de Janeiro: UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, 2017.

648 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Lígia Bahia.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva 2017.

Referências: f. 415-432.

1. Saúde pública. 2. Saúde suplementar. 3. Política de saúde. 4. Planejamento em saúde. 5. Planos de pré-pagamento em saúde. I. Bahia, Lígia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 368.382

FOLHA DE APROVAÇÃO

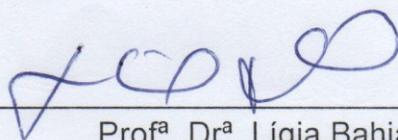
JOSÉ ANTONIO DE FREITAS SESTELO

PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE DO BRASIL DE 2000 A 2015

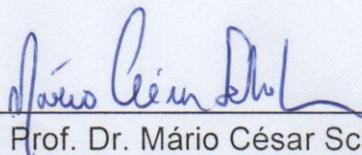
E A DOMINÂNCIA FINANCEIRA

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

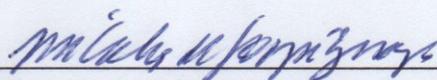
Aprovada em 30/06/2017.



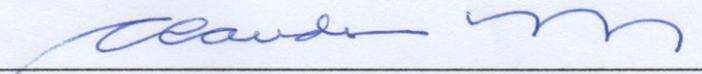
Prof.ª. Dr.ª. Lígia Bahia, IESC/UFRJ



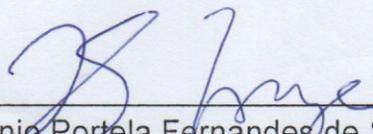
Prof. Dr. Mário César Scheffer, FMP/USP



Prof. Dr. José Carlos de Souza Braga, IE/UNICAMP



Prof.ª. Dr.ª. Claudia Maria de Rezende Travassos, ENSP/FIOCRUZ



Prof. Dr. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, ISC/UFBA

Para Jael.

AGRADECIMENTOS

Esse é um trabalho autoral, mas não teria sido possível atingir um resultado aceitável sem a participação direta e indireta de diversas pessoas e instituições ao longo de uma trajetória de repleta de desafios de toda ordem. Deixo aqui consignado o meu agradecimento a essa grande comunidade de apoiadores. A maioria são anônimos que compõem o nosso espaço de convivência social onde, eventualmente, mesmo sem perceber, nos ajudamos uns aos outros quotidianamente de forma bastante concreta.

Outros, precisam ser identificados, ainda que com o risco de deixar de fora algum nome traído pelas limitações da memória.

Esse projeto teve início no Instituto de Saúde Coletiva da UFBA a partir de uma dissertação de mestrado acadêmico orientada pelo Professor Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza a quem agradeço pela confiança e pelo estímulo na continuidade da pesquisa sobre o tema do comércio de planos de saúde no Brasil. Foi dele a sugestão de dar continuidade ao trabalho em nível de doutorado com a orientação da professora Lígia Bahia, referência fundamental sobre o tema.

Com a acolhida do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ, e com a orientação da professora Lígia, o projeto tomou outra dimensão e se inseriu em um conjunto maior de pesquisas em andamento sobre a conformação e dinâmica dos grupos econômicos atuantes na assistência à saúde. Não teria sido possível formular uma proposta de trabalho dessa natureza sem o cabedal de conhecimento e a capacidade de pensar de Lígia Bahia. Então, fica aqui o meu agradecimento e o reconhecimento de que o rigor do método só faz sentido se vem acompanhado da liberdade do pensamento e do sentimento de que sempre é possível contribuir nos limites das nossas capacidades. Obrigado Lígia.

O Grupo de Pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde *Henry Jouval Jr.* – GPDES/UFRJ foi o espaço de convivência e desenvolvimento dentro do qual foi possível conhecer e reconhecer várias pessoas na convivência solidária. O projeto interinstitucional de pesquisa financiado pelo CNPq onde nos inserimos ampliou ainda mais as interfaces de compartilhamento.

Agradeço à professora Cláudia Travassos da FIOCRUZ e ao professor Mário Dal Poz do IMS/UERJ que participam da coordenação do projeto do CNPq junto com Lígia Bahia, pela oportunidade de conviver com eles nas reuniões de trabalho. A Cláudia agradeço ainda pela participação na minha banca de qualificação e pelos comentários preciosos sobre a tese.

A oportunidade de participar do Grupo de Estudos sobre Financeirização coordenado pela professora Lena Lavinias na economia da UFRJ foi fundamental para o desenvolvimento de alguns dos principais argumentos apresentados na tese. Meu agradecimento a Lena e aos demais colegas do grupo.

Aos colegas do GPDES, sem exceção, agradeço pela convivência cotidiana ao longo dessa jornada. Rosy, foi apoio sempre presente na solução das questões práticas. Ialê foi um apoio fundamental na chegada ao Rio e na primeira etapa de formação do grupo, obrigado! Christine ajudou bastante com seu conhecimento específico sobre atuária. Artur Monte Cardoso e Lucas Andrietta tiveram contribuição fundamental no desenvolvimento dos argumentos da economia e na camaradagem. Sem eles não teria sido possível avançar muito longe. Obrigado!

Maria José Luzuriaga foi, colega, companheira de pensionato e amiga com quem pude ter o privilégio de compartilhar alegrias e tristezas sem reservas. Pessoa humana da melhor qualidade a quem reservo um agradecimento especial. Obrigado Majo!

À secretaria do IESC, nas pessoas de Fátima e Nadja e à equipe da biblioteca, na pessoa de Roberto, meus agradecimentos pelo apoio.

Aos colegas da diretoria da Associação Brasileira de saúde Coletiva - ABRASCO e, em especial a Mário Scheffer meu agradecimento pela convivência. Tudo que vivemos juntos também contribuiu com a tese.

Aos colegas professores da área de políticas do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia - ISC/UFBA pelas oportunidades de compartilhamento de experiências e conhecimento, Obrigado.

Aos amigos e aos companheiros de treino do *Dojô*, obrigado pela paciência com minhas ausências prolongadas, espero voltar melhor e mais forte.

A Lucas, Sofia e, *über alles*, Jael, obrigado pelo carinho e pelo amor. Me sinto mais vivo na companhia de vocês!

[...] A crise é também a crise das formas de regulação extra mercado. A crise das formas públicas de regulação que tiveram vigência na expansão pretérita. Sua eficácia dissolve-se na crise, e assim as formas públicas tornam-se cúmplices da crise. (BRAGA, 1985 p. 394).

RESUMO

SESTELO, José Antonio de Freitas. **Planos e seguros de saúde no Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira**. Tese (Doutorado em saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Estudo exploratório sobre planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 e a *dominância financeira*. Revisa textos selecionados do campo da Saúde Coletiva sobre as acepções relativas ao social, o público e o privado na assistência à saúde à luz na noção de articulação público/privada na assistência. Formula hipótese de trabalho sobre o novo patamar de desenvolvimento do esquema comercial de intermediação assistencial no Brasil entre 2000 e 2015 como uma das expressões da *dominância financeira* no interior do sistema de saúde. Revisa as abordagens sobre *dominância financeira* e elabora apontamentos metodológicos para o estudo dos grupos econômicos atuantes no comércio de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 a partir das formulações originais de José Carlos de Souza Braga. Apresenta seleção de dados documentais e de entrevistas com empresários. Analisa os dados apresentados explorando os limites e possibilidades de novos desenvolvimentos teóricos e metodológicos em uma visão prospectiva sobre o conjunto do sistema de saúde. O cotejamento dos dados com dimensões selecionadas da Função-objetivo (Fo) desenvolvida por Braga (2016) para financeirização nas empresas valida a tese da *dominância financeira* como abordagem para o estudo do esquema de comércio da intermediação assistencial no Brasil e o define como um *novo objeto* com características qualitativas e quantitativas distintas daquelas estabelecidas pelos estudos seminais de políticas de saúde até a década de 1990. Os agentes econômicos envolvidos detêm agora um poder de arbitragem crescente, capaz de criar mercados e nichos de mercado para produtos e serviços e influenciar na valorização e desvalorização de ativos de natureza diversa incluindo, no caso da assistência, insumos estratégicos de relevância pública.

Palavras-chave: Saúde Pública. Políticas planejamento e administração em Saúde. Planos de pré-pagamento em saúde. Financeirização.

ABSTRACT

SESTELO, José Antonio de Freitas. **Planos e seguros de saúde no Brasil de 2000 a 2015 e a dominância financeira.** Tese (Doutorado em saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em saúde Coletiva, Universidade federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Exploratory study of health plans and health insurance in Brazil between 2000 and 2015 and financialization. It reviews selected texts from the field of Collective Health on the meanings related to social, public and private on health care in light of the notion of public / private articulation in care. It is taken as a hypothesis of work on the new level of development of the commercial scheme of healthcare intermediation in Brazil between 2000 and 2015 as one of the expressions of financialization within the health system. It reviews the approaches on financialization and elaborates methodological notes for the study of economic groups operating in the trade of health plans and health insurance in Brazil between 2000 and 2015 from the original formulations of José Carlos de Souza Braga. It presents selection of documentary data and interviews with businessmen. It analyzes the data presented exploring the limits and possibilities of new theoretical and methodological developments in a prospective view on the health system as a whole. The comparison of data with selected dimensions of the objective function (Fo) developed by Braga (2016) for financialization in companies validates the thesis of financialization as an approach for the study of the trade scheme of health care intermediation in Brazil and defines it as a new object with qualitative and quantitative characteristics different from those established by the seminal health policy studies until the 1990s. The economic agents involved now have a growing arbitrage power, capable of creating markets and market niches for products and services and influencing valuation and devaluation of assets of diverse nature including, in the case of assistance, strategic inputs of public relevance.

Keywords: Public health. Health Policy, Planning and Management. Prepaid Health Plans. Financialization.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese dos principais temas e argumentos usados por Carlos Gentile de Mello em textos publicados entre 1977 e 1983.....	68
Quadro 2 - Especificidades do esquema de intermediação da assistência constituído pelas empresas de planos e seguros de saúde no Brasil segundo Bahia (1999)	77
Quadro 3 - Trabalhos selecionados com viés argumentativo crítico sobre o lugar do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde no Brasil	80
Quadro 4 - Trabalhos selecionados que naturalizam a existência do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil	82
Quadro 5 - Abordagem macro setorial: análise histórico-estruturalista	99
Quadro 6 - Abordagem macro setorial: análise regulacionista.....	99
Quadro 7 - Abordagem macro setorial: outros trabalhos empíricos.....	100
Quadro 8 - Abordagens microeconômicas: governança corporativa e relações de trabalho.....	100
Quadro 9 - relação de fontes documentais utilizadas na caracterização das empresas e grupos econômicos estudados	150
Quadro 10 - Empresas de planos de saúde selecionadas para análise de grandes números sugestivos de um padrão de financeirização.....	157
Quadro 11 - série de deflatores aplicados aos grandes números das empresas selecionadas.....	157
Quadro 12 - Relação nominal dos entrevistados (as) e das empresas representadas	160
Quadro 13 - Ano de início da operação de empresas de planos e seguros de saúde selecionadas	164
Quadro 14 - Relação entre despesa assistenciais (DA) e despesas totais (DT) nas CAPs entre 1923 e 1949	166
Quadro 15 - Esquemas assistenciais particulares para empregados de empresas estatais e da administração pública direta (CASSI e GEAP).....	184
Quadro 16 - Composição acionária da QUALICORP após oferta pública de ações no Novo Mercado	217
Quadro 17 - Alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ	228

Quadro 18 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42	237
Quadro 19 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 03.609.855/0001-02	237
Quadro 20 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.658.098/0001-18	237
Quadro 21 - Alterações no objetivo social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.207/0001-15	238
Quadro 22 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.201/0001-48	238
Quadro 23 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.760.307/0001-30	238
Quadro 24 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 11.992.680/0001-93	239
Quadro 25 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42	240
Quadro 26 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 03.609.855/0001-02	240
Quadro 27 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.658.098/0001-18	241
Quadro 28 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.207/0001-15	241
Quadro 29 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.201/0001-48	242
Quadro 30 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.760.307/0001-30	243
Quadro 31 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 11.992.680/0001-93	243
Quadro 32 - QUALICORP S.A e suas controladas em 2016	248
Quadro 33 - Outras empresas controladas pelo grupo econômico QUALICORP em 2016	248
Quadro 34 - estrutura societária da QUALICORP S.A. em 31 de dezembro de 2015	249

Quadro 35 - Rede de empresas componentes do grupo econômico operacional sobre o qual a ODONTOPREV tem participação direta ou indireta em 2015	255
Quadro 36 - Alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ	259
Quadro 37 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1973 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38.....	264
Quadro 38 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1988 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00.....	264
Quadro 39 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1995 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43.....	264
Quadro 40 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2010 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 13.061.886/0001-25.....	265
Quadro 41 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38	265
Quadro 42 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00	265
Quadro 43 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43	265
Quadro 44 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 13.061.886/0001-25	266
Quadro 45 - Registros relativos ao objeto social declarado/atividade econômica de empresas selecionadas do grupo econômico INTERMEDICA segregados por CNPJ	266
Quadro 46 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38	268
Quadro 47 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00	269
Quadro 48 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43	270
Quadro 49 - Composição societária de INTERMEDICA em 21 de maio de 2014.....	271
Quadro 50 - Estrutura societária da INTERMEDICA em 31 de dezembro de 2014	273
Quadro 51 - Estrutura societária da INTERMEDICA em 31 de dezembro de 2015	274

Quadro 52 - Grupo SULAMERICA: informações financeiras consolidadas 2013-2015	277
Quadro 53 - Principais alterações verificadas na composição societária desde 2013 no controle do grupo SULAMERICA	279
Quadro 54 - Descrição das empresas controladas integrantes do grupo econômico SULAMERICA	280
Quadro 55 - Relação nominal dos membros da administração e do conselho fiscal do grupo SULAMERICA	283
Quadro 56 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULASA Participações S.A. (CNPJ 73.828.899/0001-09) em 30 de março de 2016	284
Quadro 57 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULEMISA Participações Ltda (CNPJ 19.305.877/0001-19) em 30 de março de 2016	285
Quadro 58 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULTASO Participações Ltda (CNPJ 19.313.266/0001-12) em 30 de março de 2016	285
Quadro 59 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULASAPAR Participações S.A. (CNPJ 03.759.567/0001-34) em 30 de março de 2016	285
Quadro 60 - Discriminação e participação dos principais acionistas na NOVA AÇÃO Participações S.A em 30 de março de 2016	285
Quadro 61 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULAMERICA Participações S.A. – SASA (CNPJ 29.978.814/0001-87) em 30 de março de 2016	285
Quadro 62 - Empresas controladas pela SULAMERICA Companhia de Seguros de Saúde – CIA SAÚDE	286
Quadro 63 - Série histórica de valores de ativos totais deflacionados de empresas selecionadas	295
Quadro 64 - Trajetória profissional dos sujeitos entrevistados e suas respectivas empresas	304
Quadro 65 - Missão das empresas selecionadas segundo representantes entrevistados	315
Quadro 66 - Opinião dos representantes das empresas sobre o ressarcimento ao SUS	316
Quadro 67 - Principais argumentos dos entrevistados sobre o ressarcimento ao SUS	317
Quadro 68 - Opinião dos entrevistados sobre a entrada de capital estrangeiro na assistência	335
Quadro 69 - Opinião dos entrevistados sobre a renúncia fiscal para despesas de pessoas físicas com as empresas	343
Quadro 70 - Sequência de eventos conexos à mudança de patamar no capital da QUALICORP	403

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diagrama ilustrativo das alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ	231
Gráfico 2 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1997 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42	232
Gráfico 3 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2000 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 03.609.855/0001-02	233
Gráfico 4 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.658.098/0001-18	233
Gráfico 5 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.755.207/0001-15	234
Gráfico 6 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.755.201/0001-48	234
Gráfico 7 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2011 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.760.307/0001-30	235
Gráfico 8 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2010 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 11.992.680/0001-93	235
Gráfico 9 - Evolução de receitas entre 2009 e 2015 de empresas selecionadas	296

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo/Associação Brasileira de Planos de Saúde

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social

AMA – American medical Association

AMB – Associação Médica Brasileira

AMMG – Associação Médica de Minas Gerais

ANFIP – Associação Nacional dos Auditores da Receita Federal do Brasil

ANHAP – Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

ASAP – Aliança para a Saúde Populacional

BB – Banco do Brasil

BC – Banco Central

BM – Banco Mundial

BM & F BOVESPA – Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CALPERS – California Public Employees Retirement System

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CASSI – Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

CBEXs – Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEIFAS – Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde

CEME – Central de Medicamentos

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CMPS – Conselho Médico da Previdência Social

CNAE – Classificação Nacional de Atividade Econômica

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CNSP – Conselho Nacional de Seguros Privados

CODAP – Comissão Diretora da Assistência Patronal

COMEG – Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares do Estado da Guanabara

CONSU – Conselho de Saúde Suplementar

CVM – Comissão de Valores Mobiliários

DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

DIOP – Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras

DIOPS/ANS – Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNPS – Departamento Nacional de Previdência Social

DNRC – Departamento Nacional de Registro do Comércio

DNSPC – Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização

DOU – Diário Oficial da União

DRU – Desvinculação de Receitas da União

EBITDA – *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*

EUA – Estados Unidos da América

FAP – Fundo de Assistência Patronal

FenaSaúde – Federação Nacional de Saúde Suplementar

FINSOCIAL – Fundo de Investimento Social

Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz

FLACSO – Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais

FMI – Fundo Monetário Internacional

FPF – Fundo de Pecúlios Facultativo

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

GEAP – Grupo Executivo de Assistência Patronal

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

IAPB – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPI – Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IASB – International Accounting Standards Board

IBEDESS – Instituto Brasileiro para o Estudo e o Desenvolvimento do Setor Saúde

IBEF-Instituto Brasileiro de Executivos de Finanças

IDEC – Instituto de Defesa do Consumidor

IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar

IFRS – International Financial Reporting Standards

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IOF – Imposto Sobre Operações Financeiras

IPASE – Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado

IRB – Instituto de Resseguros do Brasil

ISS – Imposto Sobre Serviços

JUCESP – Junta Comercial do Estado de São Paulo

LAJIDA – Lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização

LBA – Fundação Legião Brasileira de Assistência

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NIH – *National Institute of Health*

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAPS – Plano de Ação para a Previdência Social

PIB – Produto Interno Bruto

PPA – Plano de Pronta Ação

PREVI – Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil

RET – Regime Especial de Tributação

SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

SIB/ANS – Sistema de Informação de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SINREM – Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis do Comércio

STF – Supremo Tribunal Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TCD – Termo de Compromisso de Desempenho

TCU – Tribunal de Contas da União

TGA – Tabela Geral de Auxílios

UFF – Universidade Federal Fluminense

UnB – Universidade de Brasília

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Unicamp – Universidade Estadual de Campinas

UNIDAS – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

Unimar – Universidade de Marília

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	23
1 ACEPTÕES SOBRE O SOCIAL, O PÚBLICO E O PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL	25
1.1 INTRODUÇÃO.....	25
1.2 AS ACEPTÕES CLÁSSICAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA.....	30
1.3 A ACEPTÃO RESTRITA DO SOCIAL.....	33
1.4 A VISÃO AMPLIADA DO SOCIAL.....	38
1.5 A CRÍTICA DA ECONOMIA NEOCLÁSSICA.....	48
1.6 AS EMPRESAS MÉDICAS.....	56
1.7 A DIFUSÃO DAS IDEIAS SOBRE O SOCIAL NA SAÚDE.....	64
1.8 O SUS: MUDANÇAS NO PADRÃO DE ARTICULAÇÃO PÚBLICO/PRIVADA.....	72
1.9 UMA SÍNTESE DAS ACEPTÕES SOBRE ARTICULAÇÃO PÚBLICO/PRIVADA.....	83
2 DOMINÂNCIA FINANCEIRA: DESAFIOS PARA A COMPREENSÃO DA SUA EXPRESSÃO NAS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE E APONTAMENTOS METODOLÓGICOS	89
2.1 INTRODUÇÃO.....	89
2.2 A DOMINÂNCIA FINANCEIRA.....	94
2.2.1 A financeirização na periferia.....	112
2.2.2 A financeirização e as políticas sociais.....	121
2.2.3 A financeirização da vida cotidiana.....	131
2.2.4 Os limites da dominância financeira.....	137
2.3 PLANOS DE SAÚDE E DOMINÂNCIA FINANCEIRA.....	140
2.4 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS.....	149
2.4.1 Limites metodológicos.....	160
3 AS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES PARA ANÁLISE DA SUA INSERÇÃO NO REGIME DE DOMINÂNCIA FINANCEIRA	162
3.1 UMA TRAJETÓRIA DAS EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS.....	162
3.1.1 Introdução.....	162
3.1.2 CASSI e GEAP.....	165
3.1.3 INTERMEDICA, UNIMED BH, UNIMED RIO e AMIL.....	188
3.1.4 BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA SAÚDE.....	203
3.1.5 HAPVIDA, QUALICORP e ODONTOPREV.....	210

3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SOCIETÁRIA, ESTRATÉGIAS CORPORATIVAS E VARIAÇÕES PATRIMONIAIS DE EMPRESAS SELECIONADAS	225
3.2.1 QUALICORP	227
3.2.1.1 <i>Datas de registro</i>	227
3.2.1.2 <i>Valor de abertura e alterações de capital</i>	232
3.2.1.3 <i>Objeto social declarado/atividade econômica</i>	236
3.2.1.4 <i>Composição societária e administrativa</i>	239
3.2.1.5 <i>Apresentação dos resultados 2015</i>	244
3.2.1.6 <i>Descrição da companhia e de seus negócios</i>	247
3.2.2 BRADESCO SAÚDE	249
3.2.2.1 <i>Apresentação de resultados 2015</i>	251
3.2.3 ODONTOPREV	253
3.2.3.1 <i>Apresentação de resultados 2015</i>	254
3.2.4 INTERMEDICA	258
3.2.4.1 <i>Datas de registro</i>	258
3.2.4.2 <i>Valor de abertura e alterações de capital</i>	263
3.2.4.3 <i>Objeto social declarado/atividade econômica</i>	265
3.2.4.4 <i>Composição societária e administrativa</i>	267
3.2.4.5 <i>Apresentação de resultados 2015</i>	270
3.2.4.6 <i>Dados de política corporativa</i>	275
3.2.5 SULAMERICA	276
3.2.5.1 <i>Política de distribuição de lucros e dividendos</i>	277
3.2.5.2 <i>Fatores de risco para o negócio</i>	277
3.2.6 AMIL	287
3.2.7 ESCALA DE GRANDEZA	294
4 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DAS EMPRESAS E PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE	297
4.1 INTRODUÇÃO	297
4.2 ANÁLISE DE ENTREVISTAS COM REPRESENTANTES DE EMPRESAS DE PLANOS DE SAÚDE	303
4.2.1 <i>Trajatória do executivo, desafios, missão da empresa e localização no sistema de saúde</i> .	304
4.2.2 <i>Relação do grupo econômico com outras empresas do setor, usuários, prestadores e órgão regulador</i>	316
4.2.3 <i>Capital e diversificação de atividades</i>	329
4.2.4 <i>Localização no sistema de saúde/relação com o setor público</i>	338

4.2.5 Estratégias de crescimento e investimento	344
4.2.6 Mosaico de articulações	354
4.3 OS EMPRESÁRIOS DA SAÚDE E SUA VISÃO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE	360
4.3.1 Os autores	363
4.3.2 As referências	364
4.4 O GERAL E O PARTICULAR.....	365
4.5 PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2000 E 2015 E A DOMINÂNCIA FINANCEIRA.....	371
4.5.1 A financeirização no setor	375
4.5.2 Estrutura organizacional e societária.....	377
4.5.3 Estratégias corporativas.....	389
4.5.4 Variações patrimoniais	399
4.6 NOVAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS.....	404
4.6.1 Interfaces nebulosas.....	404
4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	408
4.7.1 Limites e possibilidades	408
4.7.2. À guisa de conclusão	412
REFERÊNCIAS	415
APÊNDICE	433
APÊNDICE1 – A DOMINÂNCIA FINANCEIRA COMO FENÔMENO DATADO.....	434
APÊNDICE 2 – NOTA EXPLICATIVA SOBRE A NOMENCLATURA DO NOVO CÓDIGO CIVIL	437
APÊNDICE 3 – A ABRAMGE E OS ARGUMENTOS DA IDEOLOGIA EMPRESARIAL..	443
APÊNDICE 4 – MICHEL PORTER E SEUS MODELOS	445
ANEXO.....	457
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PILOTO ENCAMINHADO PREVIAMENTE AOS REPRESENTANTES DAS EMPRESAS	458
ANEXO 2 – ENTREVISTAS COM REPRESENTANTES DAS EMPRESAS	459
AMIL	460
BRADESCO SAÚDE	482
CASSI	497
GEAP	519
HAPVIDA	531
INTERMEDICA.....	543
QUALICORP.....	564

SULAMERICA.....	581
UNIMED BH.....	598
UNIMED RIO.....	622

APRESENTAÇÃO

Esse trabalho é uma pesquisa exploratória sobre as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 e a *dominância financeira*. Seu conteúdo está disposto em quatro capítulos, um apêndice e uma seção de anexos que obedecem ao roteiro argumentativo apresentado a seguir.

O primeiro capítulo é introdutório e consiste em uma resenha de textos selecionados sobre as acepções do social, do público e do privado na assistência à saúde do Brasil. É uma revisão que visa reconstituir a trajetória histórica do pensamento sobre essas categorias lançando mão de textos seminais do campo da Saúde Coletiva e da análise da trajetória de autores importantes que elaboram essa temática no seu interior. Seu conteúdo converge para o problema do esquema comercial de intermediação da assistência subsistente depois da criação do Sistema Único de Saúde em uma relação concorrencial com o sistema público. O principal elemento teórico utilizado no desenvolvimento desse capítulo é a noção de *articulação público/privada* desenvolvida por pesquisadores latino-americanos na década de 1990.

O segundo capítulo parte dos elementos reunidos no capítulo introdutório para construir a hipótese de que, a partir dos anos 2000, o desenvolvimento das empresas de planos e seguros de saúde atinge um novo patamar que pode ser considerado uma das formas mais destacadas de expressão da *dominância financeira* no interior do sistema de saúde do Brasil. Para esclarecer o significado do conceito de *dominância financeira* e para ajustar a sua formulação ao escopo da investigação proposta pela hipótese de trabalho é feita uma revisão que parte das abordagens mais gerais na esfera da macroeconomia política, passando por desenvolvimentos mais específicos para a formação social brasileira, as políticas sociais e as políticas de saúde. Ao final se apresentam apontamentos metodológicos que caracterizam um estudo exploratório sobre as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 e a *dominância financeira* como novo modo de ser da riqueza global segundo a acepção formulada originalmente por Braga (1985).

O terceiro capítulo é uma seleção de dados documentais sobre as maiores empresas e grupos econômicos atuantes no comércio da intermediação assistencial no Brasil dispostos segundo as categorias apresentadas nos apontamentos metodológicos. Nesse capítulo se reconstitui a

trajetória de formação histórica de empresas selecionadas em uma linha de continuidade com o material revisado no capítulo introdutório. Em anexo está disposto o conteúdo integral de entrevistas semiestruturadas realizadas com representantes dos empresários.

O quarto capítulo procede uma análise exploratória dos achados e do conjunto de dados documentais das empresas e das entrevistas expondo limites e possibilidades de desenvolvimentos teóricos e metodológicos em uma visão prospectiva sobre o conjunto do sistema de saúde.

O apêndice contém material conexo ao tema da tese que foi disposto de forma separada para facilitar a leitura do roteiro principal. Trata-se de uma resenha do texto de Tavares & Fiori (1997) que analisa a dominância financeira como um fenômeno datado, uma nota explicativa sobre a nomenclatura do novo Código Civil (útil para a leitura do corpo do texto), uma síntese dos principais argumentos da ideologia empresarial em saúde apresentados historicamente pela ABRAMGE na década de 1970 e, finalmente uma breve análise crítica sobre a obra de uma das principais referências que instruem essa ideologia nos dias atuais, Michel Porter.

Os anexos contêm o questionário piloto e o inteiro teor das entrevistas realizadas com representantes das empresas em 2014.

1 ACEPÇÕES SOBRE O SOCIAL, O PÚBLICO E O PRIVADO NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

1.1 INTRODUÇÃO

Elaboramos uma resenha de trabalhos selecionados sobre o social, o público e o privado na assistência à saúde no Brasil com o objetivo de iluminar o lugar ocupado pelo comércio de planos e seguros de saúde.

Importa, a título de introdução, destacar o propósito de valorizar, no desenvolvimento do texto, o potencial heurístico subjacente à noção de *articulação público/privada*¹ na assistência à saúde. Trata-se de projetar o olhar sobre as linhas de força que ligam e articulam os elementos de um mosaico que só pode ter o seu significado plenamente desvelado quando se consideram os fluxos que conferem sentido e direcionamento ao conjunto. Buscar compreender a natureza das pontes, sua extensão e largura, para evitar cair na armadilha de um labirinto de objetos esparsos, desconexos que falam pouco sobre questões substantivas relativas a acúmulo de capital e poder, fundamentais em qualquer trabalho que trate de políticas públicas e, em especial de políticas sociais.

O uso da expressão *articulação público/privada* originalmente (EIBENSCHUTZ, 1996) pretendeu destacar a existência de diferenças qualitativas incidentes sobre a trama que articula elementos públicos e privados nos sistemas de serviços de saúde de países periféricos evidenciando os limites e a zona de intercessão entre essas duas grandes dimensões analíticas. Ademais, a ideia de *articulação*, coerente com os fundamentos teóricos da *Medicina Social*, ao colocar o foco na interface entre os processos econômicos e sociais no campo da saúde, permite escapar da visão que, não distinguindo qualitativamente o espaço público do privado, na prática, subordina o primeiro ao segundo, ou melhor, submete todos os aspectos da vida social à lógica da acumulação privada de capital.

Embora o termo *articulação público/privada* tenha sido introduzido oportunamente em contraposição ao conceito de *mescla (mix) público/privada* na década de 1990 (EIBENSCHUTZ,

¹ Expressão utilizada no II Seminário Latino Americano de Política Sanitária, promovido pela Associação Latino Americana de Medicina Social (ALAMES), em 1993 (EIBENSCHUTZ, 1996) pretendendo criar espaço para determinar a complexidade e as especificidades na relação entre os serviços de assistência à saúde em países periféricos.

1996), posteriormente consagrou-se o uso da expressão *relação público/privada* na descrição dos padrões de articulação implícitos. Os autores que publicaram antes de 1990, portanto, desconhecem essas formulações, não obstante eventualmente se refiram ao mesmo fenômeno. Ao longo do texto usaremos alternadamente os termos *articulação*, *relação* e *interface público/privada* no sentido mencionado acima.

Tomamos como fulcro analítico para esta introdução a virada dos anos 1990 para 2000 quando a magnitude do comércio de planos e seguros de saúde se torna mais aparente e volta a despertar interesse em estudos na Saúde Coletiva.

No campo acadêmico, identificamos, nesse mesmo ponto da linha do tempo, a publicação da tese de doutorado em Saúde Pública *Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil* (BAHIA, 1999) que contém uma revisão fundamental de trabalhos sobre o surgimento de empresas médicas no Brasil e desenvolve, na Saúde Coletiva, uma abordagem que não toma as suas faces privada e pública como compartimentos estanques do sistema de saúde, considerando, portanto, os fluxos e as articulações existentes na zona de interface entre essas duas dimensões.

Bahia (1999) menciona o uso da expressão *empresas médicas* nas décadas de 1970, 1980 e 1990, para se referir aos novos agentes econômicos forjados a partir das mudanças na política previdenciária pautadas pelo regime instaurado a partir de 1964. Tais agentes, são rebentos do novo ciclo de crescimento econômico engendrado em um momento de repressão da atividade política partidária, centralização administrativa, estímulo à expansão da assistência privada e *empresariamento*² de atividades de relevância pública de forma sincrônica com a extensão de benefícios previdenciários a novos segmentos populacionais.

A plotagem do *ponto de virada* que situamos no final dos anos 1990 favorece a visualização das linhas de continuidade e rupturas tanto na expressão institucional de políticas públicas quanto na produção de conhecimento sobre o tema, além de permitir a investigação da influência recíproca e dinâmica entre esses dois aspectos modeladores do padrão de articulação público/privada na assistência.

² O trabalho de Maria Cecília Ferro Donnangelo na década de 1970 aponta evidências que sugerem a perda de autonomia no mercado de profissões tradicionalmente liberais. Donnangelo delinea algumas tendências de reestruturação da prática médica e refere-se a três categorias típicas: “empresário-médico”, assalariamento e autonomia liberal

Deste modo, revisitamos o trajeto percorrido por Bahia (1999) em sua tese de doutorado, aqui caracterizado como um marco³ na produção do conhecimento sobre o tema e, nesse trabalho, assentamos um ponto de apoio à linha que nos traz à perspectiva hodierna, com base em uma pesquisa bibliográfica ampliada. Trata-se de uma incontornável abordagem histórica sobre os elementos utilizados na construção do cabedal de conhecimento presentemente acumulado. Um trajeto que se justifica diante da extrema nebulosidade⁴ característica da dinâmica de articulação entre o público e o privado na assistência de indivíduos e populações no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Consideramos que, *in casu*, tal nebulosidade incide simultaneamente sobre as relações e transações entre agentes econômicos bem como sobre os modelos de descrição e análise dos fenômenos⁵.

Assim, revisitamos referenciais, apuramos a investigação sobre seu desenvolvimento histórico e, principalmente, sobre as contradições, impropriedades e insuficiências decorrentes do seu uso para o estudo dos planos e seguros de saúde no Brasil de hoje. Uma reconstituição do contexto e das ideias mais que dos autores embora o conhecimento sobre a trajetória de formação de alguns autores específicos possa ser elucidativo quando se pretende compreender as mudanças na maneira de pensar⁶.

A acumulação privada de capital no interior do sistema de saúde brasileiro não se dá exclusivamente a partir da base material diáfana, composta de poucas estruturas feitas de cimento e tijolo, dos grupos econômicos de planos e seguros de saúde, entretanto, importa destacar a qualidade específica desse segmento como elemento amplificador e legitimador da lógica de segmentação da demanda e da oferta por produtos e serviços de saúde segundo a capacidade de pagamento das pessoas, condição imprescindível para a conformação de um determinado ambiente de negócios típico da voga atual onde a intermediação de serviços de assistência à

³ A elaboração da tese de Lígia Bahia (BAHIA, 1999) foi sincrônica com a edição da Lei 9.656/98 e com a criação da ANS, que ocorreu no ano seguinte à sua publicação. Além disso, representa uma contribuição que não se limita aos aspectos institucionais das políticas de saúde, mas desenvolve um olhar crítico sobre o espaço ocupado pelo esquema de comércio de planos e seguros de saúde no conjunto do sistema sem recorrer a um modelo dicotômico entre o público e o privado. Ambos os aspectos mencionados acima nos permitem considerar esta referência um “marco” na produção do conhecimento sobre o tema.

⁴ Usamos a ideia de nebulosidade no sentido oposto ao de transparência republicana e semelhante ao de esquema, combinação ou acerto entre particulares celebrado em detrimento e à revelia da coisa pública (*Res Publica*).

⁵ Postulamos que a descrição e análise da base empírica desse fenômeno pode ter aspecto nebuloso dada a complexidade inerente ao objeto e à prevalência de uma voga acadêmica de viés institucionalista/reducionista, por definição, limitada em seus parâmetros de abordagem.

⁶ Referências que validam essa abordagem podem ser encontradas em: NUNES (2006; 2008; 2015); GOLDENBEG, MARSIGLIA & GOMES (2003); GALEANO, TROTTA & SPINELLI (2011).

saúde é naturalizada como objeto de comércio em uma extensão que torna disfuncional a gestão do conjunto do sistema.

Passamos, no que se refere à atuação dos grupos econômicos setoriais, de um padrão de regulação estatal restrito a políticas fiscais e subsídios à demanda pontuais, no período anterior ao nosso fulcro analítico na virada dos anos 2000, para um *regime* onde se configura uma matriz de legislação específica operada por um aparato burocrático especializado.

Se, por um lado, a prática fiscalizatória desse aparato burocrático potencialmente ascende a um patamar superior ao explicitar e dar maior visibilidade à conformação do segmento fiscalizado, por outro, confere extraordinária legitimidade institucional a uma atividade comercial e financeira que, não limitada em sua expansão, subverte a lógica organizativa e os princípios constitucionais sobre os quais foi concebido o Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, ao percorrer os passos da produção acadêmica relacionada com a articulação entre o público e o privado no sistema de saúde pretendemos também captar as fontes de produção e reprodução de ideias princípios organizativos e conceitos, partindo da premissa de que este não é, obviamente, um ambiente isento de tensões e disputas⁷.

Identifica-se no primeiro grupo de trabalhos selecionados por Bahia (1999), e relacionados com o mencionado ciclo de expansão da assistência privada, um apuro na investigação empírica e um desenvolvimento analítico que considera, principalmente, a relação entre as políticas previdenciárias e o surgimento de empresas médicas que se beneficiam do crescimento da base populacional vinculada aos benefícios.

No segundo grupo de trabalhos selecionados por aquela autora, identifica-se a formulação de uma relevante questão de investigação, pautada sobre o aumento da clientela dos planos e seguros de saúde *vis a vis* a institucionalização de um sistema de assistência público de base universal.

Esta é uma questão que ainda se coloca presentemente e que, diante da perspectiva, vislumbrada, pelo menos até 2013, de incorporação de segmentos populacionais de baixa renda às franjas do círculo de consumo de produtos e serviços no Brasil, renova-se em seu potencial heurístico.

⁷ Como referência para essa discussão remetemos o leitor para a obra seminal de Raymond Williams (WILLIAMS, 2014) e, mais recentemente, em linha com o tema em análise: (BRAGA, I.F. 2012) e (GRÜN, 2003).

Há ainda um grupo de trabalhos revisados por Bahia (1999) relacionado diretamente à pesquisa sobre o *Wellfare State* e sobre as reformas setoriais da era *Thatcher/Reagan/Pinochet*⁸. No que se refere às reformas setoriais, percorremos os passos daquela autora e, em seguida, acrescentamos alguns elementos da literatura mais atual sobre o avanço da *dominância financeira* no interior do sistema de saúde. Postulamos que esse material esteja ligado à indagação fundamental mencionada no parágrafo acima e ao objeto de investigação específico da nossa tese que interroga sobre *como* se dá a expressão do fenômeno da *dominância financeira* em um conjunto de empresas relacionadas com a intermediação de esquemas assistenciais privativos.

Para o segundo período da nossa matriz analítica, posterior ao ponto de virada dos anos 1990 para 2000, tomamos como referência fundamental os artigos de Sestelo, Souza & Bahia (2013; 2014) e desenvolvemos uma discussão em torno dos principais resultados daquela investigação. Trata-se de um trabalho de revisão feito a partir de descritores referidos a planos e seguros de saúde no Brasil, que analisa uma década de publicações especializadas, identificando as características principais do material explorado.

Naquele período histórico, nos deparamos com um volume crescente de publicações de conteúdo caracterizado por um viés que se identifica progressivamente com a perspectiva das empresas denominadas pela ANS de *operadoras*⁹ de planos e seguros de saúde. São textos que assumem de forma naturalizada a existência e a expansão da prática comercial de intermediação no acesso à assistência e que desenvolvem seus argumentos a partir de noções típicas do mundo corporativo como: desenvolvimento de metodologias de custeio, análises de impacto da regulação pública em saúde sobre cooperativas médicas, descrição de mecanismos de regulação de preços utilizados pelo órgão regulador, análises da influência das vantagens competitivas das empresas na fidelização de clientes de planos, estudo das características dos clientes que produzem gastos elevados com saúde (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2014).

Por outro lado, a produção que assume um viés crítico e uma visão ampliada da relação entre Estado, sociedade e práticas assistenciais de saúde é encontrada em um nicho de publicações que

⁸ A aliança política estratégica entre o Presidente do Estados Unidos, Ronald Reagan e a Primeira-ministra da Inglaterra, Margareth Thatcher foi celebrada na década de 1980 e criou condições para o aprofundamento de políticas de recorte liberal nos países centrais. Na América Latina, o regime golpista de Augusto Pinochet no Chile serviu como laboratório para a difusão da prescrição desse ideário entre as economias dos países periféricos da região.

⁹ Postulamos que de fato, são empresas e grupos econômicos que atuam em articulação com a esfera pública e que o termo *operadora* empregado pela ANS, retirado de teorias de livre mercado, instila uma descrição espúria sobre o espaço de atuação desses agentes passando a falsa impressão de que se trata de iniciativas totalmente desvinculadas das garantias do Orçamento Público apenas ligadas a um mercado onde consumidores individuais tomam decisões de compra.

seguem caudatárias daquele cabedal, em grande parte desenvolvido no interior do campo da Saúde Coletiva e acumulado nas décadas de 1970, 1980 e 1990.

É nesse manancial crítico que encontramos as ferramentas para avançar na investigação sobre a conformação e a dinâmica dos grupos econômicos relacionados com o atual esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil. Procuramos, em acréscimo, identificar as lacunas e as insuficiências da base teórica crítica, ajustando-a ao estudo dos fenômenos observados presentemente na nebulosa interface que articula as dimensões pública e privada dentro do sistema de saúde no Brasil.

1.2 AS ACEPÇÕES CLÁSSICAS NO CAMPO DA SAÚDE COLETIVA

Para estabelecer um ponto de origem histórico sobre a dinâmica e a conformação de *grupos econômicos* que atuam na prestação de serviços de assistência no interior do sistema de saúde de um país em formação como o Brasil recuamos ao início do atual ciclo de desenvolvimento urbano/industrial.

Se admitirmos que o esgotamento do período agroexportador que se configurou ao longo da *República Velha* (1889-1930) marcou uma grande mudança política e institucional no país e possibilitou a emergência de um novo modelo de organização da burocracia federal do Estado com a ampliação do seu escopo de atuação e da sua dinâmica de funcionamento, teremos já um balizamento adequado para os objetivos de nossa análise.

Donnangelo (2011) ao se referir às origens da participação estatal na assistência médica no Brasil diz:

[...] a criação e o desenvolvimento da Previdência no Brasil adquirem, de um lado, o sentido de conquista de direitos sociais pelos assalariados; de outro, revelam-se como parte de um processo de reatualização, pelo Estado, de condições necessárias à preservação e aos desdobramentos da ordem social capitalista. Um e outro podem ser explicitados a partir da análise das situações históricas consubstanciadas na Revolução de 1930. [...] (p. 24).

O desenvolvimento de uma versão periférica de capitalismo industrial e de seu correspondente mecanismo de regulação da reprodução da força de trabalho, inclusive no que se refere a questões

relacionadas com saúde e adoecimento de trabalhadores é o cenário onde situamos os primeiros passos da nossa trajetória histórica.

Trata-se, portanto, de um cenário onde se conjuga um vetor de ampliação do escopo de atuação da esfera do Estado com a centralização e a verticalização da estrutura burocrática vinculada ao *Estado Novo* na década de 1930.

Simultaneamente, transcorre um processo de industrialização e urbanização que exhibirá uma face exuberante já no período pós-guerra agora sob uma crescente influência econômica, política e cultural da potência ocidental dominante, os Estados Unidos.

É na periferia dessa zona de influência que viceja o capitalismo industrial brasileiro, matizado pela persistência da tradição colonial exportadora de matérias primas e produtos agrícolas. É nesse momento histórico que são criados, no início dos anos 1930, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) segmentados por categorias profissionais e se dá a introdução do modelo de administração tripartite dos recursos consolidados para políticas sociais.

Os recursos para financiamento do sistema, antes pulverizados entre as diversas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) existentes em cada empresa, uma vez reunidos nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias profissionais, resultaram em fundos de considerável envergadura. A gestão desses recursos viria a ocupar lugar de destaque no planejamento das ações de governo e a configurar uma questão política de primeira linha como objeto de disputa entre frações do bloco histórico hegemônico.

A revolução de 1930 foi um acontecimento histórico crucial para a formação do moderno Estado brasileiro e seu modelo de desenvolvimento e existe uma farta literatura com títulos clássicos¹⁰ que tratam desse tema.

Para o propósito do nosso estudo, tomamos como referência ilustrativa o texto de Draibe (1985) que coteja os clássicos referenciados acima para desenvolver uma visão da formação econômica e política do Brasil a partir de uma perspectiva desenvolvimentista. Draibe (1985), ao tempo em que reconhece o marco de 1930 como início do processo de formação do Estado Nacional moderno, no sentido de *órgão político que tende a afastar-se de interesses imediatos e sobrepor-*

¹⁰ Werffort (1968); Furtado (1961); Cardoso & Faletto (1970), Fernandes (1975); Ianni (1965).

*se ao conjunto da sociedade como soberano*¹¹, expande a formulação do conceito de *Estado de compromisso*¹², identificando a presença, naquele momento histórico

[...] de diferentes modalidades de compromisso entre forças sociais não estáticas e em transformação, e face às questões da industrialização, elas mesmas em processo contínuo de reatualização. [...] (p. 24).

Pode-se dizer, referindo-se à questão setorial da saúde que houve, a partir da revolução de 1930, um movimento de incorporação pela esfera pública de práticas originalmente desenvolvidas em âmbito privado ou no âmbito de associações de auxílio mutual relacionadas com saúde. Houve uma concentração dos recursos utilizados para o financiamento da estrutura previdenciária e subsidiariamente para a estrutura de assistência à saúde.

A análise política oferece elementos para a compreensão das decisões relacionadas ao uso de tais recursos acumulados a partir do esforço da força de trabalho assalariada, mas é evidente que há uma relação direta entre a magnificação dessa base material, em volume de recursos, e o aumento da tensão na disputa política pela sua apropriação a par da contínua atualização (DRAIBE, 1985) das formas de expressão social no seio da dinâmica formativa da sociedade brasileira.

São esses os principais motivos que nos levam a localizar na formação do sistema previdenciário brasileiro o nosso marco analítico inicial. Há, entretanto, trabalhos importantes que desenvolvem seus argumentos a partir de dados relacionados ao período anterior a 1930.

As ações do Estado nas primeiras campanhas sanitárias na *República Velha* foram consideradas em textos do campo da Saúde Coletiva como exemplares no desenvolvimento do argumento que aponta a relação entre políticas públicas de saúde e controle da reprodução da força de trabalho em um sistema político e econômico de origem colonial voltado para a exportação de bens primários (GARCIA, 1981).

¹¹ Esta formulação é de Francisco Weffort e, segundo Draibe (1985) aparece em *Estado e Massas no Brasil*, Revista da Civilização Brasileira, n.7, p.142.

¹² Sobre *Estado de compromisso* Draibe (1985) se expressa nos seguintes termos: [...] “expressa a ausência de hegemonia de qualquer um dos grupos dominantes e exerce papel de árbitro entre esses interesses, respondendo por uma solução de compromisso e equilíbrio. A fonte de sua legitimidade são as massas populares urbanas e ela se estabelece por mecanismos especificamente políticos de manipulação e auto esforço que configuram, ao final, uma democracia de massas cujo traço distintivo, em última instância, é o Estado mostrar-se de forma direta, sem mediações, a todos os cidadãos e de, numa dinâmica própria, absorver e concentrar em si as possibilidades de mudanças estruturais” [...] (DRAIBE, 1985 p. 22).

O corte inaugural da história da Previdência no Brasil é fixado por Oliveira & Teixeira (1985) em 1923 com a aprovação da *Lei Eloy Chaves* e a constituição do sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões ao qual estes autores conferem características específicas no plano de atribuições previdenciárias além de uma maior prodigalidade nas despesas com assistência à saúde.

Segundo Oliveira & Teixeira (1985) o regime revolucionário de 1930, na prática, ampliou a abrangência do sistema previdenciário, mas restringiu os gastos proporcionais com assistência à saúde da população segurada, reduzindo a antiga prodigalidade dos benefícios.

A aceleração do processo de industrialização e urbanização, a instituição de políticas sociais de abrangência nacional e a magnificação do papel do Estado no manejo dos recursos disponíveis suscitou, em meados do século XX, um debate sobre a articulação do interesse público com a prática liberal então vigente no interior da corporação médica.

1.3 A ACEPÇÃO RESTRITA DO SOCIAL

Expressão da controvérsia sobre a articulação do interesse público com a prática liberal na assistência é a obra *Socialização da Medicina*¹³, publicada em 1943 (BORGES, 1943) pelo médico sanitarista Durval Rosa Borges, com prefácio de Maurício de Medeiros¹⁴ que passamos a comentar sem pretensão de recomposição histórica do inteiro teor da discussão da época, mas tomando algumas de suas ideias como precursoras de uma vertente ainda atual da reflexão sobre o papel do Estado na assistência à saúde e sua relação com as práticas liberais. A relevância dessa referência histórica avulta quando tomamos as palavras do autor do prefácio como as de um futuro ministro da saúde.

Medeiros (1943) começa por realçar a importância do aproveitamento dos dados coletados pelos serviços médicos dos diversos institutos sobre o *problema da doença nas classes trabalhadoras* (p. III) como subsídio para o encaminhamento da ação do Estado na defesa da saúde das pessoas.

¹³ Esta referência pode ser considerada atualmente uma obra bibliográfica de difícil recuperação. O exemplar compulsado compõe o acervo da biblioteca do Instituto de Resseguros do Brasil. Além disso merece registro o fato de que esta referência foi usada por Donnangelo (2011) para ilustrar a tensão entre o reconhecimento da necessidade de atuação Estatal na assistência médica a trabalhadores e os riscos desse empreendimento sobre a segurança atuarial do sistema previdenciário.

¹⁴ Psiquiatra, ministro da saúde nos governos Nereu Ramos e Juscelino Kubitschek.

Em seguida, assume uma visão que toma *a saúde individual como bem coletivo* (p.III) e, em uma linha de pensamento que poderia ser definida como *funcionalista*, declara que o propósito da ação do Estado deve ser o de reestabelecer ao trabalhador *as condições de higidez, nas quais possa voltar, o mais rapidamente possível, à sua função de parcela de um todo ativo e operante* (p. III).

Posiciona-se contra a objeção então pautada pelos que defendiam a utilização dos recursos dos institutos exclusivamente para fins de previdência sob uma lógica atuarial estrita, defendendo uma taxação específica adicional para um *seguro-doença* como garantia de financiamento dos serviços de saúde dos diversos institutos.

No que se refere ao conteúdo específico da obra prefaciada, Medeiros (1943) segue destacando a importância dos institutos como fonte de dados utilizada para a própria elaboração da obra, ou seja, uma nova configuração na estrutura do Estado que possibilita um olhar mais abrangente sobre questões de saúde/adoecimento na população de trabalhadores. Nesse ponto o autor do prefácio menciona uma tese que viria a concretizar-se apenas em 1966: a unificação dos diversos institutos segmentados por categorias profissionais em uma estrutura institucional única e centralizada.

[...] Uma das primeiras impressões de sua leitura confirma a minha velha opinião, de que é de toda a urgência a unificação de todas essas instituições, já pela economia nas despesas gerais, já pela possibilidade de uniformidade de trabalho e de pesquisa. [...] (p. IV).

Finalmente, tocando no tema central que dá nome à obra, Medeiros (1943) refere-se nos seguintes termos à *socialização da medicina*:

[...] Solução fatal, inevitável e que constitui evidentemente o passo infalível de progresso da medicina. Nem eu creio que, dentro de 20 ou 30 anos, haja mais lugar para o exercício da medicina privada. Esta vive hoje, apenas à custa das deficiências dos serviços médicos dos institutos de amparo da saúde nas várias profissões. Mas é um vestígio já impróprio para a época, e que dentro de muito pouco tempo desaparecerá. A medicina terá de ser uma função do Estado, tão certo é, que a defesa do Estado tanto se faz nas trincheiras, como à cabeceira do doente. [...] (p. IV).

O corpo do texto segue a mesma linha argumentativa do prefácio em defesa da socialização da medicina e da ação do Estado para solução de problemas de saúde mais destacados e evidenciados pelos dados disponíveis nos institutos quais sejam: saúde materno/infantil, manejo da sífilis e da tuberculose pulmonar.

No capítulo introdutório, Borges (1943) descreve a evolução do seguro social no Brasil após a instauração do novo governo em 1930 e aponta o advento dos órgãos de previdência e dos sindicatos como meios essenciais para viabilização da ação de ordem coletiva do Estado sobre a saúde.

Converge com os pontos destacados no prefácio quando assume que *problemas médicos, que existiam apenas, na esfera individual, passaram a ser estudados pelo que tivessem de transcendência coletiva* (p. 6).

A realização de exames radiológicos sistemáticos e seriados¹⁵ para diagnóstico precoce de lesões de tuberculose pulmonar e *censos luéticos* dirigidos à descoberta de casos ignorados ou latentes de sífilis são exemplos de ações coletivas viabilizadas pela existência da nova estrutura estatal.

O diagnóstico formulado pelo autor, entretanto, não se limita aos achados individuais de doentes antes ignorados. Envolve o diagnóstico das frágeis condições estruturais do aparato Estatal para o manejo da situação.

[...] O Seguro Social, pelas suas íntimas relações com o trabalho e com a Medicina do Trabalho, evidenciou, não apenas a necessidade de enfrentar este ou aquele setor, esta ou aquela moléstia, mas também, uma brutal carência de serviços médicos em todas as classes economicamente débeis, carência já conhecida da Saúde Pública, mas não sentida em toda a sua importância, porque não tinha, até então, se revestido de roupagens mais gritantes, de problema social. [...] (p. 7).

Trata-se, portanto, do reconhecimento de um novo dimensionamento do problema social relacionado com saúde/adoecimento da população a partir de dados concretos elaborados nos diversos serviços médicos criados com a nova política previdenciária.

Publicado em plena guerra, o texto revela a repercussão das ideias em discussão na Europa sobre a criação de um plano de seguro social.

[...] A guerra, longe de diminuir a intensidade dos problemas médico-sociais, e adiar a sua solução, veio, pelo contrário, torná-los mais agudos e mais importantes, propiciando e indicando, uma mobilização mais rápida dos elementos de luta. Ótimo exemplo nos vem da Inglaterra, onde se cogita no momento, da adoção de um plano de Seguro Social (plano *Beveridge*) com assistência médica universal. [...] (p. 8).

¹⁵ Refere-se à abreugrafia, método radiológico de diagnóstico em massa e com baixo custo para tuberculose pulmonar criado por Manoel Dias de Abreu. A técnica permitiu uma enorme ampliação do universo de casos suspeitos entre trabalhadores antes investigados apenas pela ausculta e percussão do tórax.

O diagnóstico da questão da prática assistencial é categórico no que se refere aos limites da medicina liberal para o manejo da situação

[...] As nossas grandes endemias, a imensa necessidade de cuidados médicos, extensivos a todos, as campanhas de ordem preventiva, somam um total de trabalho e atividades, que ultrapassam de muito, a capacidade da Medicina Liberal, realizada por profissionais independentes, e livres de qualquer relação com o Estado. [...] (p.8).

E o seu corolário é a reafirmação da tese de que a socialização da medicina é a única solução para tarefa desta envergadura. O estatuto da profissão médica se choca, assim, com a perspectiva, colocada naquele momento histórico, de articulação em *múltiplas e cada vez maiores relações com o Estado* (p. 8).

A visão do autor, entretanto, se expressa claramente em um apelo inelutável para que os colegas compreendam a situação e posicionem-se ao lado da ação do Estado *quando forem adotadas medidas, que atinjam a medicina e os médicos. Que estas sejam ditadas e orientadas pela própria classe* (p. 10).

Mais adiante, a título de conclusão fica patente o limite do significado dado pelo autor à expressão *socialização da medicina*.

[...] A extensão dos serviços médicos, adotada e distribuída pelo Estado, ou por melhores motivos, pelo Seguro, deve ser dirigida, apenas para aqueles, que não conhecem os próprios males, ou não contam com meios para combatê-los.
 Não há o menor interesse, em que ela invada campos, onde a medicina Liberal, por questões afetivas ou facilidades econômicas, é a mais indicada para resolver casos pessoais, sem interesse coletivo.
 Pensamos, mesmo, que de algum modo deve ser preservado o espírito liberal da medicina, porque ele representa uma aspiração e um prêmio, e bem pode assumir o caráter de “atrativo” [...] (p. 127).

Ou ainda:

[...] Nada indica que a clínica particular, que frequenta os consultórios de melhor apresentação ou renome, vá desaparecer. Os empregadores, os industriais, os burgueses, os agricultores, enfim, todos os indivíduos de posses, e que sustentam as clínicas privadas mais caras, continuarão, mesmo em pleno regime de socialização, e desde que não penetrem na órbita das coisas compulsórias, a ter a mesma predileção e facilidades. [...] (p. 128).

Ou seja, trata-se de socializar a assistência às classes trabalhadoras em expansão, mantendo as prerrogativas liberais no estatuto da profissão médica para atendimento aos detentores dos meios de produção *empregadores, industriais, burgueses, agricultores*¹⁶ e *indivíduos de posses* (p. 128).

De forma esquemática, os principais argumentos veiculados por aquele texto publicado em 1943 podem ser enunciados da seguinte forma:

A política previdenciária e de assistência à saúde de trabalhadores instaurada a partir de 1930 expande o escopo da ação do Estado na área social; Esta expansão permite um apuro no diagnóstico dos problemas estruturais a partir de dados elaborados pelos diversos institutos e põe em evidência os desafios de responder aos problemas dentro dos limites do modelo de assistência liberal então em voga; Admite-se a saúde individual como um bem coletivo dentro de uma visão funcionalista de recuperação da higidez da força de trabalho; A discussão pautada na Europa em conflito sobre a possível institucionalização de um seguro-saúde universal de caráter estatal é tomada como adequada e necessária para fazer frente aos problemas de saúde característicos do Brasil em processo de industrialização; Admitem-se prerrogativas discricionárias aos segmentos populacionais detentores dos meios de produção no sentido da garantia de uma assistência diferenciada daquela oferecida às classes trabalhadoras mediante financiamento de uma estrutura privativa com traços liberais; Postula-se o protagonismo da corporação médica na definição das diretrizes políticas relacionadas com a assistência à saúde.

As mudanças institucionais ocorridas em 1930 ensejaram, no plano ideológico, a abertura para novas possibilidades de projeto de nação incluindo a ampliação do escopo de políticas sociais de assistência médica para trabalhadores urbanos e uma clara visão da função social da profissão médica. As contradições e os limites da proposta de *socialização da medicina*, entretanto, já esboçados no texto de Borges (1943) não tardaram a se avolumar após o desfecho da guerra em 1945 e a consolidação da supremacia econômica, política e ideológica do modelo de desenvolvimento liberal estadunidense sobre os países periféricos do hemisfério ocidental inclusive, com expressão setorial no campo da assistência à saúde.

O esboço elaborado até aqui pode seguir como o modelo primário de uma contenda política ainda aberta, pautada em torno da disputa pela apropriação privada das bases materiais da atual *Seguridade Social*, incluindo previdência, assistência social e, no caso da assistência à saúde, os serviços prestados por profissionais e sua infraestrutura conexa.

¹⁶ Refere-se a fazendeiros e latifundiários, grandes proprietários de terras e não a pequenos agricultores ou trabalhadores rurais.

1.4 A VISÃO AMPLIADA DO SOCIAL

A visão que toma a prática médica como *fato social* e não como um dado *natural* desprovido de historicidade é fundamental para o campo da Saúde Coletiva. Não se pode avançar no terreno onde se situa o objeto da nossa investigação sem a admissão do pressuposto de que a prática médica é historicamente construída e assume expressões distintas em diferentes sociedades e momentos históricos (DONNANGELO, 2011; GONÇALVES, 1984). Da mesma forma, o papel do Estado como instrumento de controle dos mecanismos de reprodução da força de trabalho é destacado por referências importantes nas décadas de 1980 com um olhar especial sobre a assistência à saúde dos trabalhadores (POSSAS, 1989; BRAGA; PAULA, 1981).

São, portanto, contribuições das Ciências Sociais em geral e da Medicina Social em particular, elaboradas a partir do tema da assistência à saúde e da sua articulação público/privada que compõem algumas das discussões mais importantes na conformação do campo que hoje reconhecemos como Saúde Coletiva.

Ainda na década de 1950, se introduziu gradualmente o estudo das Ciências Sociais nos cursos médicos do Brasil sob a influência de recomendações oriundas, principalmente, dos Estados Unidos em um contexto de acirrada disputa ideológica com países do bloco liderado pela antiga União Soviética.

Há importantes trabalhos de revisão, ainda atuais, sobre evolução dos estudos de Ciências Sociais em Saúde, entre os quais destacamos os de Nunes (1992; 2006) e Canesqui (2011). Ambos apontam a proeminência de teorias de recorte funcionalista, culturalista ou comportamental na base dos primeiros estudos do que se denominava então de *Ciências da Conduta na Saúde*.

A crescente influência econômica, cultural e ideológica dos Estados Unidos sobre a América Latina nos anos do pós-guerra se expressou, no campo da saúde, pela incorporação das disciplinas de *Medicina Preventiva* e *Medicina Integral* aos currículos dos cursos de formação profissional, com o trânsito crescente de jovens professores bolsistas financiados por instituições estadunidenses para períodos de formação em suas universidades. Esta estratégia pode ser considerada como um esforço, no quadro de disputa ideológica subjacente, pela conquista de corações e mentes dos jovens intelectuais oriundos de países do cinturão periférico da área de

influência da potência hegemônica ocidental. Algumas vezes, entretanto, o efeito produzido foi precisamente o contrário do esperado pelos financiadores, ou seja, o desenvolvimento de uma massa crítica de pensamento, comprometida com as necessidades locais, e atenta ao fenômeno da transposição alienada de conceitos formulados para um contexto de dominação econômica e cultural.

No Brasil, o estudo da prática médica como objeto da *sociologia do trabalho* tem uma genealogia que remonta ao período desenvolvimentista das décadas de 1950 e 1960 em seu esforço de elaboração de uma explicação endógena para a trajetória de desenvolvimento nacional que contemplasse as peculiaridades da formação social brasileira. A tese de doutorado (1973) e a de livre docência (de escopo bem mais abrangente) ao Departamento de Medicina Preventiva da USP em 1976 de *Maria Cecília Donnangelo* representam um marco na construção desse conhecimento.

A obra de Donnangelo é referência essencial para o ordenamento da argumentação a que nos propomos. Entretanto, sua exegese não tem sido tomada como objeto de estudo frequente¹⁷.

Não pretendemos aqui empreender uma revisão completa da enorme contribuição desta autora ou de outros formuladores importantes no campo da Saúde Coletiva, mas apenas destacar os elementos necessários para o desenvolvimento da nossa linha argumentativa sobre a conformação e a dinâmica dos grupos econômicos ligados ao esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil e a articulação público/privada na assistência no quadro atual de *dominância financeira*. Para esta tarefa recorreremos aos textos de Donnangelo (2011, 1979) e também ao trabalho de comentadores de primeira mão como Nunes (2008) e Mota *et alii* (2004)¹⁸.

A *organização social da prática médica* foi a linha de investigação que permitiu a reelaboração de conceitos da Medicina Social europeia para a produção de dados sobre a realidade empírica local, dando visibilidade às relações entre saúde e estrutura social a partir da análise das práticas dos agentes prestadores da assistência.

¹⁷ José Ruben de Alcântara Bonfim na segunda edição da tese de doutoramento de Donnangelo publicada em 2011 aponta apenas duas publicações acessíveis como revisão abrangente da obra e trajetória da autora: uma publicada pelo Ministério da Saúde (MOTA *et alii*, 2004) outra publicada em periódico indexado (NUNES, 2008). Ambas são referenciadas no desenvolvimento de nossa argumentação.

¹⁸ Chamamos de comentadores de primeira mão autores que conheceram pessoalmente e/ou trabalharam diretamente com Donnangelo como Everardo Duarte Nunes e Lília Blima Schraiber.

De forma convergente com outras análises sociológicas sincrônicas orientadas para a investigação da constituição da profissão médica¹⁹, Donnangelo soube valorizar as contribuições de autores que se debruçavam sobre a questão do desenvolvimento econômico e social do Brasil²⁰ e retomou, de forma qualificada, a discussão sobre o binômio medicina liberal/medicina socializada, pautada desde a década de 1940²¹ e exacerbada no anos que se seguiram à unificação dos institutos de previdência (1966) e à publicação do Plano Nacional de Saúde de 1968.

O trabalho de Donnangelo se inscreve em um momento de inflexão nos estudos sobre as profissões ocorrida nos anos 1970 (NUNES, 2008), que representam um olhar renovado e enriquecido por novas categorias analíticas como: relações com o mercado, tipo de clientela e afinidade com a ideologia dominante²².

Assim como Garcia (1981)²³ que havia partido de análises limitadas ao micro ambiente social de instituições de assistência para outras de escopo mais abrangente envolvendo o processo de formação acadêmica do profissional médico em países da América Latina, Donnangelo percorreu um trajeto que primeiro investigou as relações de *status* profissional entre médicos e enfermeiros, e destes com os pacientes, e sua influência no equilíbrio do sistema assistencial baseado na instituição hospitalar, para depois realizar uma investigação sobre a perda de autonomia dos médicos no mercado de trabalho, a partir de entrevistas com 905 profissionais atuantes na região metropolitana de São Paulo.

Esse estudo enfatiza a heterogeneidade de uma categoria de trabalhadores da saúde e qualifica os tipos de oportunidades de trabalho a que têm acesso os profissionais médicos pesquisados

¹⁹ Havia então, na Europa e nos Estados Unidos, uma literatura sobre a prática médica como fato social que foi possivelmente compulsada por Donnangelo. Entre os textos de interesse sobre sociologia do trabalho não citados pela autora e produzidos nos Estados Unidos destacamos, por seu caráter mais abrangente relacionado com a nova configuração da sociedade urbana de massas no pós-guerra e pelo fato de ter sido publicada uma versão em português no Brasil em 1969, a obra de C Wright Mills (MILLS, 1969). No que se refere especificamente ao trabalho médico, destacamos por sua abrangência e atualidade, a obra premiada de Paul Starr, publicada apenas um ano antes da morte de Donnangelo (STARR, 1982).

²⁰ Mesmo sem citar diretamente os autores clássicos do estudo da formação social e política brasileira, é possível identificar no trabalho de Donnangelo um compromisso com a prática política (MOTA *et alii*, 2004) transformadora e uma filiação acadêmica que remonta em linha direta a Luiz Pereira e Florestan Fernandes. Sobre Luiz Pereira, orientador e autor de um apêndice à tese de livre docência de Donnangelo pode-se situar o conjunto do seu trabalho em três linhas fundamentais: (1) dimensão educacional dos processos sociais; (2) processo de desenvolvimento; (3) diversas facetas do modo de produção capitalista no Brasil (NUNES, 2008).

²¹ A obra de Borges (1943), que mencionamos acima, aparece relacionada entre as referências compulsadas por Donnangelo.

²² Segundo Nunes (2008, p.912), “Donnangelo realizou esta pesquisa e escreveu a sua tese no momento em que os estudos sobre profissões entravam em um novo momento. Após a fase em que as profissões são analisadas a partir dos atributos, na linha de Greenwood, Wilbert Moore e Harold L. Wilensky, aparecem outros autores como Larson e Paul Starr, que repensam o tema sob outro olhar, usando outras categorias como controle, relações com o mercado, tipo de clientela, afinidade com a ideologia dominante. Dentre outros críticos dos estudos sobre profissões e que lançam uma nova linha de pesquisas, destaca-se Elliot Freidson (1923-2005) e seu trabalho seminal de 1970 – “*Profession of medicine*”. No Brasil ainda permanece a lacuna de uma obra de investigação sócio-histórica sobre a profissão médica de escopo tão abrangente e análoga à de Starr (1982).

²³ Na sequência do texto desse capítulo tratamos da obra de Juan Cesar Garcia em detalhe.

identificando processos em curso como o *assalariamento* e o surgimento do *empresário-médico* na prática assistencial. Tais processos são estudados em sua *articulação* com a forma pela qual se organiza o setor de produção de serviços de saúde na sociedade, em particular, no que se refere às origens e modalidades da atuação do Estado no setor de assistência médica.

São esses dois aspectos os que consideramos essenciais para a discussão sobre os atuais grupos econômicos atuantes nos esquemas de intermediação na assistência à saúde do Brasil, ou seja: a dimensão *processual* ou *longitudinal* do fenômeno do empresariamento em saúde e a *articulação* desse processo com o Estado e, portanto, com a dimensão pública da vida em sociedade.

De fato, Donnangelo trouxe para o setor de produção de serviços²⁴ em saúde o léxico da sociologia do trabalho que se refere às transformações incidentes sobre padrões de sociabilidade naturalizados. *Assalariamento*²⁵ é um neologismo que imprime um sentido de movimento à análise e descreve mudanças em curso para as quais, muitas vezes, aqueles agentes diretamente envolvidos não conseguem lançar um olhar abrangente capaz de identificar e projetar tendências e perspectivas. Embora o estudo do empresariamento *per se* esteja fora do escopo do trabalho de Donnangelo, o seu registro aparece subscrito na categoria *empresário-médico* utilizada em sua tese.

Dar visibilidade à extensa interface de articulação entre a dimensão pública, consubstanciada pelo Estado, e a dimensão privada que define o modelo de organização do setor de produção de serviços de saúde na sociedade equivale a dizer que não se pode avançar na compreensão dessa dinâmica sem considerar a natureza e as características das pontes entre ambas as dimensões, construídas pela ação política.

Donnangelo reconhece a existência de uma visão que questiona a participação estatal na assistência à saúde a partir de concepções liberais estritas, mas se detém na explicação de duas vertentes de abordagens sobre o papel do Estado no processo de mudança do modelo de relações assistenciais:

²⁴ Donnangelo usa o referencial do materialismo histórico e da Economia Política e, portanto, vincula sua argumentação reiteradamente, embora não exclusivamente, à base material da vida em sociedade e ao processo de conhecimento de fenômenos demográficos e macroeconômicos.

²⁵ Expressão de uso corrente no âmbito das Ciências Sociais, o termo “assalariamento” foi introduzida no campo da Saúde Coletiva por meio do trabalho seminal de Maria Cecília Ferro Donnangelo na década de 1970. Havia evidências que sugeriam a perda de autonomia no mercado de profissões tradicionalmente liberais. Donnangelo delinea algumas tendências de reestruturação da prática médica e refere-se a três categorias típicas: “empresário-médico”, assalariamento e autonomia liberal.

[...] A primeira delas parte da constatação de uma tendência mundial à estatização dos serviços de saúde, identificando a incorporação de interesses coletivos como uma resultante do aumento das responsabilidades sociais gerais do Estado. [...] A partir daí, fica deduzida a ampliação necessária da interferência, e suas modalidades adquirem o sentido de peculiaridades internas a cada país. [...] (p.18).

[...] A segunda linha de abordagem, que aparece mais claramente nos estudos sobre planejamento no setor de assistência médica, caracteriza-se pela dimensão racionalizadora proposta para a ação estatal, consistente sobretudo nas tarefas de coordenação dos serviços de saúde, com vistas à elevação da produtividade desses serviços. [...] (p. 18).

A crítica formulada aos limites da segunda linha de abordagens deixa claro o sentido e o escopo atribuídos por Donnangelo à ideia de *ação política*:

[...] Essa concepção mecanicista das relações entre os diferentes planos da vida social reduz as dimensões da política estatal às de um conjunto de decisões radicadas na esfera da racionalidade consistente na adequação entre meios disponíveis e fins idealmente definidos. Não explica a diversidade de políticas de saúde, assim como a persistência de ‘distorções’ no interior de cada sistema. Ao incorporar, na forma de um dado, o ‘caráter universal’ do ‘direito à saúde’ e o conceito de ‘solidariedade social’ a ele subjacente²⁶ deixa de apreender a dinâmica das relações sociais como base da ação estatal. Em outros termos, ao envolver concepções de neutralidade real ou potencial do Estado, consistente na incorporação de interesses comuns de toda a coletividade, reduz a importância dos recursos aos planos econômico e social da realidade como explicativos, ao mesmo tempo que estreita o significado da dimensão política, deixando de explicitar o sentido das próprias ‘resistências’ à racionalização. [...] (p. 20).

A ênfase na determinação econômica do processo de produção da assistência em saúde neste caso não está, obviamente, apartada da visão que confere à prática política um potencial transformador diante das relações de produção estabelecidas.

Se as origens e modalidades de atuação do Estado na assistência médica constituem o primeiro objeto de análise do texto de Donnangelo, são também desenvolvidas pela autora diversas categorias de análise que permitem tratar com propriedade das formas de participação do profissional médico no mercado de trabalho da região metropolitana de São Paulo naquele período histórico.

Finalmente, e não menos importante, são analisadas as ideologias ocupacionais em circulação entre os entrevistados, encaradas como projetos de reorganização dos meios de produção de serviços de saúde e, em particular do trabalho médico.

²⁶ Nesse ponto Donnangelo se refere ao texto da OPAS produzido a partir do trabalho clássico de *Donabedian*. Ver referência original em Donnangelo (2011, p. 20).

Sobre esse aspecto, merece destaque a defesa do trabalho autônomo como exigência interna à prática profissional e a participação das associações profissionais de âmbito nacional ou regional na sustentação de ideias e valores tomados como pressupostos da uniformidade e coesão grupal da categoria.

Os dados das entrevistas, entretanto, expõem uma heterogeneidade nas modalidades de inserção profissional e dão visibilidade aos processos de *assalariamento* e *empresariamento* da prática médica em curso, ou seja, de algo que tende a diminuir a uniformidade e coesão grupal. Ao lado disso, é possível destacar a atuação política de importantes entidades representativas da categoria em apoio ao Plano Nacional de Saúde²⁷ apresentado pelo governo em 1968 e a emergência das cooperativas médicas como modalidade de empresariamento da prática assistencial.

[...] A adesão ao Plano Nacional de Saúde, mas principalmente a organização das Cooperativas Médicas, podem ser definidas como formas de concretização do projeto implícito nos princípios defendidos pela Associação Médica Brasileira. Não parece necessário retomar os aspectos já descritos do Plano para caracterizar uma estreita aproximação entre eles e os elementos centrais da ideologia em discussão: privatização, livre escolha, financiamento estatal, eliminação de toda a estrutura de assistência médica pública. Ressalve-se que essa aproximação não implica atribuir ao Plano Nacional de Saúde o privilegiamento de todos os produtores diretos de serviços. Ela permite, contudo, explicar a participação direta da Associação Médica Brasileira na experimentação e na defesa daquela tentativa de reorganização do mercado [...] (p. 168-9).

No que se refere especificamente à defesa da ideologia empresarial, e sua relação com a racionalização e a modernização da prática médica e com o ideário liberal, Donnangelo destaca a importância da atuação da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) registrada nos Anais do Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972.

[...] Durante o Simpósio, que vem servindo como ponto de referência para a caracterização da ideologia empresarial, procedeu-se à defesa jurídica da empresa médica com relação às normas contidas no Código de Ética Médica. [...] (p. 176).

Uma clara convergência é instaurada nesse debate em relação a um aspecto crucial, qual seja: o papel do Estado, para a produção de um bem de relevância pública como a saúde de populações e indivíduos seja na perspectiva empresarial seja na liberal estrita.

²⁷ A Revista de Saúde Pública publicou, em dezembro de 1968 o editorial histórico *Apreciação do “Plano Nacional de Saúde”* com uma crítica direta ao documento. O plano havia sido anunciado em dezembro de 1967, nomeadamente com o objetivo de introduzir radicais transformações e expansão no sistema de saúde. Nos primeiros meses de 1968 o governo já havia produzido documentos preliminares antes mesmo da aprovação da versão definitiva no mês de maio (ALMEIDA, 2006) e (PAIM, 2006).

[...] Essa ação **supletiva**²⁸ [*grifo nosso*] que lhe é reservada como produtor não altera o fato de que o Estado é definido, basicamente, no interior das duas ideologias que foram descritas, como órgão captador e canalizador de recursos, ou seja, como elemento de sustentação da iniciativa privada. (p. 178).

Resta evidente o dinamismo do processo de transformação captado em tempo real pela investigação de Donnangelo e a relevância da questão política no delineamento das novas alternativas de *articulação público/privada*.

A emergência do campo da Saúde Coletiva como espaço de práticas calcado simultaneamente em uma base empírica, na elaboração teórica e na prática política seria um corolário e uma síntese dessa visão estratégica.

No caso da produção específica dessa autora, novas possibilidades de desenvolvimento teórico vieram se somar a partir do texto que trata de *Medicina e Estrutura Social*, visando compreender o campo de emergência da *Medicina Comunitária*.

Esse campo, segundo Donnangelo, é o das modalidades de articulação *medicina/estrutura social* em sociedades capitalistas onde a medicina comunitária tem seu lugar na reprodução da estrutura, manutenção da força de trabalho e participação no controle das tensões e antagonismos sociais (DONNANGELO, 1979, p. 14).

O formato ensaístico adotado no estudo de Donnangelo (1979, p.10) sobre o campo de emergência da Medicina Comunitária permitiu

[...] a elaboração de uma gama variada de informações passíveis de ampliar a compreensão do campo da prática médica, em lugar do desenvolvimento de uma tese delimitada com vistas à elucidação, em profundidade, de um objeto de análise. [...] (p. 10).

e, de fato, abriu um leque de novas possibilidades interpretativas para além dos limites estritos da sociologia do trabalho acerca das relações entre a prática médica e a estrutura de formações sociais dotadas de especificidades históricas e culturais, projetando uma trilha que viria a

²⁸ Nesse trecho, Donnangelo utiliza o termo “supletiva” para se referir ao papel reservado às empresas representadas pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) possivelmente reproduzindo o termo utilizado pela própria ABRAMGE para se auto referenciar já que comenta a fala dos empresários por ocasião do Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972. Embora fique evidente que não escapa à autora a crítica de que o Estado é definido “como órgão captador e canalizador de recursos, ou seja, como elemento de sustentação da iniciativa privada” (DONNANGELO, 2011, p. 178), essa autodenominação viria, mais tarde a se transmutar na expressão “assistência suplementar” que passaria inclusive a denominar a agência reguladora criada em 2000 e se reproduzir também em diversas publicações no interior do campo da Saúde Coletiva.

percorrer toda a extensão do campo da Saúde Coletiva desde sua origem. Cabe destacar nessa introdução os pontos imprescindíveis para o desenvolvimento da investigação a que nos propomos.

Se a medicina pode ser compreendida como uma prática técnica de manipulação do corpo humano e do meio físico para produzir uma ação transformadora sobre esse objeto, não se pode olvidar que tal ação, no interior de uma formação social específica, responde a exigências que são definidas à margem da própria técnica no todo organizado das práticas sociais que obedecem a uma determinação econômica, política e ideológica, ou seja, a partir de tal articulação se pode evidenciar o caráter histórico e contingencial da prática médica (DONNANGELO, 1979).

Donnangelo (1979, p. 15) assinala que a maioria dos estudos históricos que se propõem a reconstituir o traçado das práticas médicas no ambiente social, realçam a dimensão da cientificidade e seu desenvolvimento histórico como um processo cumulativo de novas descobertas e suas superações.

Trata-se de uma historicidade que se refere aos meios de desenvolvimento das práticas, mas que naturaliza uma *anistoricidade* no que se refere aos objetivos desta mesma prática.

A cientificidade atribuída aos meios utilizados na prática médica, entretanto, não pode ser transposta para o ato terapêutico em si. Este remete suas raízes históricas ao nascimento da clínica que, de forma alguma pode ser considerada uma ciência no sentido moderno, embora se utilize de meios cuja eficácia seja comprovada por critérios científicos.

A clínica e a terapêutica definem-se no seu propósito de instauração e restauração da norma que serve de referência ao patológico em uma teleologia que escapa à jurisdição do saber objetivo (DONNANGELO, 1979 p. 16).

Por outro lado, definida a clínica como *meio de trabalho* ou como conjunto de procedimentos que compõem o ato terapêutico, interessa saber também a forma histórica específica como esse conjunto se articula em uma sintaxe plena de significado.

Uma vertente importante da análise crítica sobre a situação clínica utilizada por Donnangelo em seu trabalho sobre a *Medicina Comunitária* havia sido desenvolvida originalmente por *Michel Foucault* para se referir às transformações decorrentes do desenvolvimento científico e industrial do século XIX na Europa e sua relação com o nascimento da clínica moderna.

Assim, a partir dos elos argumentativos descritos anteriormente pode-se realçar que

[...] a tendência à indistinção analítica entre ciência e prática médica cientificamente fundada leva frequentemente a ignorar a especificidade dos meios de trabalho médico para reduzi-los a um conjunto de recursos tecnológicos e, mais que isso, de tecnologia material. Onde localizar, a partir daí outras dimensões da prática médica, entre elas o seu caráter até mesmo pedagógico? [...]. (p.17).

Ao contrário, quando se assume a distinção fundamental entre ciência e prática clínica, enormes possibilidades heurísticas podem ser construídas a partir, por exemplo, da observação da convergência entre as exigências da voga ideológica, política e aquelas relacionadas com a tecnologia médica aplicada.

Em formações sociais capitalistas com algum grau de desenvolvimento industrial, por exemplo, as determinações econômicas, mediadas pela interface política e ideológica modelam a função social da prática médica expandindo enormemente seu escopo de atuação e instaurando um vínculo específico entre a medicina e os objetivos fundamentais da produção econômica geral.

A articulação da prática médica com as exigências do capital, embora destacada no trabalho de Donnangelo não é *per se* considerada suficiente para explicar de forma completa o sentido desta articulação com os diversos níveis da estrutura social em sociedades modernas.

O caráter complexo das estruturas no interior das quais o fato médico torna-se socialmente relevante, confere destaque político ao fenômeno do adoecimento de indivíduos e populações como virtual ameaça à ordem social estabelecida.

Além disso, há uma peculiaridade relacionada com a prática médica e seu objeto de trabalho, o corpo humano:

[...] a impossibilidade de estabelecer, em todas as circunstâncias, um limite claramente discernível entre objeto e produto, consubstanciados, na imediatez da prática, em um mesmo espaço que é o do corpo. Característica que reflete, em outra perspectiva, a identidade, no plano da prática médica, dos momentos da produção e do consumo. [...] (p. 22).

Ou seja, trata-se de uma situação especial não redutível ao padrão de relações de consumo usuais onde o consumidor pode se distanciar do produtor do serviço sem comprometer a sua própria integridade física e o produtor, ao manipular seu objeto de trabalho age diretamente sobre a base de subsistência mais imediata do seu cliente, o seu próprio corpo.

Daí decorre uma série de possibilidades de desenvolvimento teórico focadas na dinâmica de produção e *comércio* de produtos e serviços de saúde enquanto processo econômico que atende aos interesses do conjunto do capital em circulação no país, mas também, de modo particular, aos interesses do capital diretamente envolvido com esta produção agora em um espaço reconhecido como setor da economia industrial em expansão.

A partir, por exemplo, da categoria *empresário-médico* utilizada por Donnangelo nos anos 1970, considerando que o caso típico era daquele profissional que simultaneamente atuava na administração da sua empresa e no atendimento aos doentes, é possível, agora, cotejar com variações não encontradas naquele momento, mas observadas nos dias atuais: *empresário-médico/ não médico* (que é médico, mas não tem atuação clínica e dedica-se integralmente à administração da empresa) e *empresário/empresário* (que não tem formação médica mas administra empresas médicas)²⁹.

Lilia Schraiber (MOTA *et alii*, 2004) menciona um inventário de possibilidades de desenvolvimento de pesquisas no campo da Saúde Coletiva elaborado por Donnangelo a partir de material publicado até 1983 que relacionamos abaixo:

Estudos demográficos que permitiram a incorporação de dados epidemiológicos, distribuição demográfica da saúde/doença e reconhecimento da sua distribuição social; Estudos epidemiológicos aplicados a problemas sanitários; Estudos voltados para doenças endêmicas; Alternativas metodológicas e ampliação dos modelos aplicados à História Natural da Doença; Relação entre saúde e trabalho; Planejamento e reorganização administrativa como base para a racionalização da prática médica; Estudos sobre prática de saúde e a articulação econômica e político-ideológica da prática sanitária na sociedade brasileira; Aspectos específicos das articulações da medicina na sociedade brasileira; Investigações sobre o sentido histórico de práticas médicas específicas; Estudos voltados para a medicina comunitária; Questões suscitadas pela organização das práticas de saúde no Brasil.

Deste elenco, destacamos duas vertentes mais diretamente relacionados com a nossa investigação para que possamos avançar com a análise proposta do período histórico pretérito ao nosso fulcro analítico (ano 2000): aqueles sobre *prática de saúde e a articulação econômica e político-*

²⁹ Categorização elaborada por Lígia Bahia.

ideológica da prática sanitária na sociedade brasileira e aqueles sobre aspectos específicos das articulações da medicina na sociedade brasileira.

Na primeira vertente, além do trabalho de Donnangelo revisado acima, podemos apontar como objeto de interesse, entre outros, as contribuições de: Madel Luz; Cristina Possas; Amélia Cohn; José Carlos de Souza Braga e Sérgio Góes de Paula.

Na segunda, que se refere a aspectos específicos das articulações da medicina na sociedade brasileira, podemos apontar as contribuições de Hésio Cordeiro, Geraldo Giovanni e Regina Giffoni tratando respectivamente de: indústria da saúde, produção e consumo de medicamentos e convênio-empresa com a previdência social.

1.5 A CRÍTICA DA ECONOMIA NEOCLÁSSICA

A análise da prática de saúde e sua *articulação* econômica e político-ideológica na sociedade brasileira sob uma perspectiva crítica possibilitou o alargamento do escopo da discussão setorial e a inclusão do pensamento econômico mais qualificado nessa problemática.

Uma revisão histórica sobre a inserção da questão saúde no pensamento econômico, feita por Braga & Paula (1981), remonta ao período do mercantilismo europeu e se estende até a crítica à visão neoclássica do período pós-guerra relacionada com a *economia da saúde*, de caráter etnocêntrico, difundida a partir dos Estados Unidos.

No que se refere à visão mercantilista típica dos séculos XVII e XVIII, Braga & Paula (1981) destacam três aspectos fundamentais: a saúde deve ser encarada como questão social e econômica que ultrapassa os limites da prática médica; a saúde deve ser encarada, portanto, como um problema de administração pública; os limites determinados pela precariedade do modelo de organização da prática médica então em voga, assim como o baixo nível de organização administrativa do Estado Nacional, não permitem a efetivação das ações pretendidas naquele momento quando na estrutura administrativa ainda prevalecia um caráter paroquial.

Foi no contexto de acumulação do capitalismo mercantil, portanto, que a questão saúde foi incorporada no elenco das questões de Estado dentro de uma visão que fundia os elementos

ponderais da ciência moderna emergente com a política voltada para o *aumento da riqueza da nação*.

Parece que o mais significativo a ser destacado no pensamento dos mercantilistas é a integração entre o que hoje se reconhece serem campos de saber referentes à saúde – ciências da saúde e ciências sociais; a tal integração correspondia (ali onde a organização administrativa permitia) uma atuação do Estado, no sentido de constituir uma rede de atenção à saúde, preventiva e curativa. (p. 7).

As mudanças estruturais no padrão de acumulação capitalista estimuladas pela revolução industrial e pelo desenvolvimento de mecanismos administrativos pautados na integração dos planos local e regional sob controle central, resultam, entretanto, em um paradoxo que pode ser definido nos seguintes termos: o aumento na produção de bens de consumo e o desenvolvimento de tecnologias mecânicas industriais alimentadas por fontes de energia alternativas à força física humana (vapor e queima de combustíveis fósseis) possibilitam o surgimento de uma expectativa de melhoria das condições de vida da sociedade e dos trabalhadores em particular; esse novo potencial energético, entretanto, de fato, é direcionado prioritariamente para uma maior acumulação de capital e a melhoria no padrão de morbi/mortalidade humana é, na prática, subordinada ao controle e regulação da reprodução da força de trabalho dos operadores diretos do aparato mecânico/industrial com vistas à apropriação privada de excedentes.

Um olhar sobre o caso inglês revela outras nuances dessa questão fundamental para a compreensão da ação Estatal:

Mas é na Inglaterra, país onde primeiro se desenvolvem as condições capitalistas de produção, que se desenvolvem também os mecanismos capazes de transformar a ideia da medicina social numa prática de Estado. Nesse país surge, pela primeira vez, a ideia de uma assistência controlada, de uma intervenção médica que significasse tanto uma maneira de ajudar os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde – já que sua pobreza não permitia que o fizessem por seus próprios meios – quanto um controle pelo qual a classe dominante e seus representantes no governo assegurassem a saúde das classes dominadas e, por conseguinte, a proteção dos ricos. Constrói-se nas cidades um cordão sanitário autoritário entre ricos e pobres: estes passam a ter a possibilidade de se tratarem gratuitamente ou sem grandes despesas e os ricos passam a contar com a ‘garantia’ de não serem vítimas de fenômenos epidêmicos que se disseminam a partir da classe pobre. (p. 11).

Ou ainda, coincidindo com o modelo extraído do texto de Borges (1943) apresentado anteriormente:

E, por outro lado, a medicina social inglesa – e nisto está sua originalidade

– Permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes: uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la. (p. 11).

Assim, na perspectiva econômica clássica a questão saúde aparece, em geral, despida de qualificativos que a vinculem com atributos exógenos ao processo de produção material e ao nível mínimo de subsistência da força de trabalho humana.

O desenvolvimento, ao final do século XIX, de aparelhos de atenção à saúde de abrangência socialmente relevante torna mais complexa a análise da questão do ponto de vista econômico, por que toma o aparato assistencial como um espaço de acumulação privada de capital dotado de dinâmica própria e com capacidade de mobilização de recursos progressivamente maior na medida do desenvolvimento da capacidade industrial instalada.

A par disso, a questão da saúde passa a estar inserida no quadro dos problemas *legítimos* da esfera econômica ainda que em detrimento de uma visão global da questão e vinculada a uma conotação etnocêntrica apoiada nos preconceitos culturais prevalentes nos polos dinâmicos da atividade industrial, especialmente daqueles baseados nos Estados Unidos, como se fossem válidos para modelos aplicados indistintamente em qualquer formação social a qualquer tempo.

Braga & Paula (1981) denominam de *neoclássico* este pensamento econômico ao qual está vinculada a *economia da saúde* focada em análises microeconômicas, quase administrativas florescentes na segunda metade do século XX.

O ciclo expansionista do capitalismo industrial naquele período envolveu o espaço da assistência de forma que não se pode avançar na descrição e análise de sistemas de saúde sem considerar a um só tempo

[...] o seu desempenho como ‘locus’ de acumulação de capital, de valorização de capital, de transformação técnica e social do processo de trabalho médico, como local político-ideológico de regulação pelo Estado de uma dimensão importante da vida das populações. (BRAGA; PAULA, 1981 p. 39).

Assim, Braga & Paula (1981) examinam a *questão saúde* no quadro de uma descrição mais ampla do desenvolvimento do Estado capitalista no Brasil que envolve diferentes processos e suas respectivas políticas setoriais como: regulação do mercado de trabalho e do processo de trabalho; normatização da atividade política sindical; composição do consumo coletivo dos

assalariados e composição das *rendas de trabalho* a partir de fundos constituídos com recursos de salários (FGTS, PASEP). Nesse sentido, a assistência médica previdenciária é, em outras palavras, um salário indireto que entra na quota dos recursos empenhados na manutenção e reprodução da força de trabalho.

Destacamos a seguir, no texto de Braga & Paula (1981) os pontos mais relevantes na linha do tempo com o propósito de dar visibilidade aos fenômenos da interface público/privada na assistência à saúde no Brasil.

Braga & Paula (1981) entendem que a saúde emerge como questão social na primeira fase do desenvolvimento capitalista brasileiro ainda no bojo da economia exportadora cafeeira do início do século XX. Referem-se concretamente a

[...] Endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos que surgem no processo de acumulação cafeeira; [...] A estratégia de atração e retenção de mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado, tendo em vista a escassez relativa de mão de obra e as condições de reprodução da força de trabalho. [...] (p. 42).

Entre as medidas oficiais de controle e regulamentação do mercado de trabalho nessa quadra, Braga & Paula (1981) relacionam:

[...] Em 1917 passa a ser exigida a autorização dos pais para o emprego de menores de 18 anos; em 1919 promulga-se a lei de indenização de acidentes de trabalho nas companhias de transporte e construção e nas fábricas. No mesmo ano, são criadas as companhias privadas de seguro do trabalho e que, a partir de então, se constituirão em foco de resistência a uma política securitária por parte do Estado; [...] (p. 48).

Entretanto é na década de 1920 com a transformação do padrão exportador capitalista primário e com a crise institucional do Estado que a assistência à saúde ganha destaque como questão social no Brasil.

[...] quando a primeira fase de acumulação capitalista ultrapassa seus próprios limites com o auge da economia cafeeira, refletindo-se numa aceleração da urbanização e do desenvolvimento industrial, nos marcos da crise política da Velha república. [...] (p. 44).

Entre as medidas oficiais formuladas na década de 1920, Braga & Paula (1981) destacam a criação do Conselho Nacional do Trabalho em 1922 no governo de Artur Bernardes e a publicação da Lei Federal 4.682 em 1923, conhecida como *Lei Elóy Chaves* que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), embrião do seguro social no Brasil.

Vimos acima que Oliveira & Teixeira (1985) referem-se à maior prodigalidade de benefícios assistenciais de saúde providos pelas CAPs em relação ao modelo organizado pelo novo governo a partir de 1930. Braga & Paula (1981) de forma convergente colocam a questão nos seguintes termos:

[...] É possível afirmar que a partir de 1930 emerge e toma forma uma política nacional de saúde e, mais precisamente, instalam-se os aparelhos necessários à sua efetivação. Entretanto, cabe desde já afirmar também o caráter 'restrito' desta política de saúde. 'Restrito porque limitada na amplitude de sua cobertura populacional e nos aspectos técnicos financeiros da estrutura organizacional [...] (p. 50).

Instaura-se, a partir de 1930, uma diretriz centralizadora que se opõe decididamente ao modelo de pacto federativo esgotado junto com a República Velha

[...] em 1930 foi criado o Ministério de Educação e saúde, composto de dois departamentos Nacionais, um de educação e outro de saúde; em 1934, como parte da reorganização ministerial então efetivada, o Departamento Nacional de saúde passou a ser chamado de Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-social, ocorrendo simultaneamente a criação de várias diretorias e serviços, como a Diretoria de Assistência Hospitalar, a Diretoria Sanitária Internacional e da capital da República etc. [...] (p. 54).

É, portanto, com uma estrutura de Estado centralizada e restrita, forjada no início do processo de urbanização e industrialização do capitalismo brasileiro que se dará a articulação de um novo padrão de economia industrial mais expansionista e dinâmica a partir da década de 1950.

A criação, em 1956, do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) marca o que Braga & Paula (1981) chamam de ponto final na estruturação centralista dos organismos de saúde pública.

O debate sobre a estratégia de desenvolvimento econômico e social passa a ser pautado em torno da expansão e diversificação da base industrial à qual se agrega, subsidiariamente, as políticas sociais em geral e as políticas de saúde em particular.

[...] Isto é feito não só ao se questionar o padrão em operação, como também ao atribuir-se ao desenvolvimento industrial a capacidade de resolver os problemas sociais, entre eles o da saúde. E é no contexto desse debate que aparece a consciência das restrições financeiras do Estado para atender à saúde da população, restrições ao mesmo tempo agravadas pelo padrão de atendimento sanitário, agora já sob crítica, e também, por outro lado, justificadas porque a concentração de recursos nas medidas 'desenvolvimentistas' conduziria à solução, se dizia, das questões sociais. [...] (p. 58)

A excessiva centralização da política sanitária do Brasil gestada ao longo das campanhas contra doenças infecciosas no início do século XX mereceu crítica de sanitaristas ligados ao desenvolvimentismo, como *Mário Magalhães da Silveira*³⁰.

Braga & Paula (1981) apresentam a discussão pautada no período desenvolvimentista sobre as formas de atenção médico-sanitárias em torno de dois pontos fundamentais.

O primeiro pode ser ilustrado por meio do argumento reducionista de que para se romper o ciclo vicioso pobreza/doença prevalente nos países periféricos como o Brasil bastava gastar os mesmos recursos e montar aqui a mesma estrutura assistencial planejada pelos países centrais sem cogitar sobre sua viabilidade e seu encaixe em nossa formação social.

O modelo de inspiração estadunidense patrocinado pela Fundação *Rockefeller* e difundido pelos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP) subsistiu ao longo de vários anos como um enclave desprovido de organicidade com o conjunto do sistema de saúde. A transposição acrítica da ideia de *medicina de grupo* e os esquemas empresariais de intermediação assistencial viriam, posteriormente, a configurar uma outra vertente desta mesma visão estratégica descasada das peculiaridades nacionais e regionais.

O segundo ponto refere-se à questão administrativa acerca da histórica polarização recorrente entre centralismo e municipalização que remonta à *República Velha* e ainda no período pós SUS tem sido objeto de debate inconcluso.

Braga & Paula (1981) sintetizam as linhas mestras do debate setorial anterior a 1964 da seguinte forma:

[...] De um lado, aqueles que supunham que o progresso, a riqueza e o bem-estar seriam alcançados se fossem seguidos os caminhos percorridos pelos países capitalistas industrializados – visão que tem como paradigma a teoria do desenvolvimento econômico [...].

³⁰ Sarah Escorel (ESCOREL, 2015 p.2453) define Mário Magalhães da Silveira como

[...] principal mentor da corrente de pensamento conhecida como 'sanitarismo desenvolvimentista' que atinge seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde. Crítico da adoção de modelos norte-americanos da organização sanitária, do centralismo e do verticalismo das campanhas sanitárias e da interferência dos organismos internacionais, o médico sanitarista defendia que por ser a saúde um problema de superestrutura dependia do desenvolvimento econômico industrial, além da necessidade imperiosa de municipalizar a saúde pública para atender as reais necessidades da população brasileira. Pioneiro do cruzamento de variáveis econômicas e demográficas, pode ser considerado como o precursor da economia da saúde.

Este sanitarista posicionava-se em favor da valorização dos demais entes federativos como estados e municípios a partir de uma visão de planejamento ascendente em um debate se estenderia ao longo dos anos seguintes se equilibrando em uma linha tênue entre as vantagens da lógica organizativa sistêmica e a pura e simples desoneração do Orçamento Geral da União das despesas assistenciais em detrimento dos demais entes federativos, especialmente dos municípios.

De outro lado, estavam os que pretendiam um caminho ‘nacionalista’ para o Brasil. Embora esta corrente seja mais diversificada que a anterior, e abrigue em seu interior diversas expressões políticas, interessa ressaltar aqui que seus defensores tinham em comum a busca de uma prática que estivesse – a seu ver – articulada à realidade brasileira. [...] (p. 60).

O ambiente político instaurado a partir de 1964 resolveu o debate com a sua extinção em favor de uma nova rodada centralizadora acompanhada pela reiteração da transposição acrítica de modelos exóticos para a nossa formação social.

Braga & Paula (1981) relacionam dados quantitativos que demonstram que em 1950, 53,9% dos leitos totais do país eram de propriedade particular. Em 1960 esse percentual havia subido para 62,1% dos quais 14,4% tinham finalidade lucrativa.

Em linhas gerais o transcurso dos dez anos que vão de 1956 a 1966 quando ocorreu a unificação dos antigos institutos e a criação do INPS se deu em movimentos que resultaram em articulação ampliada entre Estado, empresas de serviços assistenciais e empresas industriais com a vigência de um processo incremental de acumulação de capital no setor de saúde com taxas de crescimento mais altas que o restante da economia.

Portanto, *antes [grifo nosso] da centralização, no que toca ao complexo produtor de serviços de saúde, estava assentada a estrutura da rede assistencial que serviria de base aos contratos e convênios do INPS* (BRAGA; PAULA, 1981, p. 76).

Com a instauração do governo militar em 1964 esse processo assume características cada vez mais convergentes com os interesses do capital ancorado na assistência. Destacamos abaixo elementos relevantes da trajetória de capitalização da medicina em conjunto com as mudanças nas políticas de saúde do período desenvolvidos por Braga & Paula (1981).

A crise institucional era também a expressão de um descompasso entre a extraordinária expansão da versão periférica do capitalismo industrial com a reduzida capacidade do aparelho de Estado para acompanhar e corresponder às novas necessidades de acumulação setorial³¹.

A unificação dos institutos ocorrida em 1966 em conjunto com a criação do *Sistema Financeiro Habitacional* livrando o orçamento da previdência dos encargos com a construção de moradias,

³¹ Em particular, a crise no regime de capitalização da Previdência Social, determinada em parte pelos investimentos imobiliários de baixa rentabilidade destinados à construção de conjuntos habitacionais a serem adquiridos pelos beneficiários (CORDEIRO, 1984, p.18), viria a ser um dos pontos centrais da reforma administrativa pós 1964.

permite entender as novas possibilidades de expansão da assistência médica previdenciária baseada no modelo hospitalar.

Por outro lado, o acompanhamento do gasto estatal em saúde do período atesta a *participação decrescente do orçamento do Ministério da Saúde no orçamento global da União: em 1968 correspondia a 2,21% deste; em 1972, a 1,40%* (BRAGA; PAULA, 1981, p. 91).

A partir das eleições de 1974, com a perda de sustentação política parlamentar do regime, a questão setorial entra na agenda em um cenário de restrição orçamentária para as ações de saúde pública e forte aumento na demanda por assistência médica hospitalar. Instaura-se uma nova onda de racionalização da estrutura de assistência médica previdenciária, desta vez, com ações voltadas para o controle de fraudes no pagamento das faturas de prestação de serviços por meio da implantação de um Centro de Processamento de Dados da Previdência-DATAPREV e de ações voltadas para a integração dos níveis de assistência por meio de projetos de Sistemas Integrados de Serviços de Saúde e do Plano de Pronta Ação.

[...] Aceleraram-se desde então os contratos de prestação de serviços de saúde com o setor privado, sob a forma de convênios com hospitais e clínicas da rede privada, e de convênios com empresas ‘no sentido de manterem serviço próprio ou contratado para o atendimento de seus empregados em caso de doença’ [...] (BRAGA; PAULA, 1981, p. 99).

O governo reconhece o descompasso entre a baixa dotação orçamentária do Ministério da Saúde e os valores empenhados para a assistência médica previdenciária mas considera que não é possível a utilização de recursos do caixa da previdência para ações típicas de saúde pública devido a restrições legais. Ao contrário, reforça-se cada vez mais a *articulação entre Estado e capital privado, na área industrial, de serviços e financeira, que vieram a conformar um amplo espaço para acumulação de capital* (BRAGA; PAULA, 1981. p. 101).

A natureza geral do gasto estatal, portanto, equilibra-se precariamente em uma concepção que ergue um muro entre ações de saúde pública e assistência médica previdenciária ambas amplamente financiadas com recursos provenientes dos salários.

Braga & Paula (1981) ponderam que, no que se refere ao orçamento do Ministério da saúde

[...] Sua reduzida participação relativa e o caráter notoriamente regressivo da estrutura tributária brasileira indicam quem suporta seu peso: os assalariados. Ou alguém de boa-fé poderia supor que a despesa em saúde pública, aos níveis em que vem sendo feita,

funciona como mecanismo efetivo e ponderável de redistribuição de renda? [...] (BRAGA; PAULA, 1981, p. 105).

Na assistência médica previdenciária alguns elementos evidenciam a ênfase na fonte de financiamento salarial. As bases do financiamento eram ancoradas nas contribuições de empregados e empregadores e não em recursos repassados pela União como previsto em Lei. Em um mercado de bens e serviços oligopolizado como o brasileiro, as parcelas pagas pelas empresas, por seu turno, podem facilmente ser incorporadas como custos relativos e assim transferidas aos consumidores por mecanismo de preços.

A expansão da assistência médica previdenciária financiada pelos trabalhadores, portanto, resultou em diversificação dos mecanismos de acumulação a partir da base material consolidada de leitos hospitalares privados em direção ao atendimento ambulatorial agora, cada vez mais, intermediado por empresas de medicina de grupo ou por cooperativas médicas recém-criadas.

1.6 AS EMPRESAS MÉDICAS

Cordeiro (1984) estuda as relações entre o Estado, seus aparelhos de assistência à saúde e o *complexo médico-empresarial*, estrutura de dinâmica contraditória articulada com segmentos da burocracia previdenciária e com a medicina empresarial, em particular aquelas empresas então denominadas de *empresas médicas de pré-pagamento*.

Na crise da assistência que marcou os últimos anos da ditadura, Cordeiro (1984) assinala que as relações entre a previdência oficial e a medicina empresarial consubstanciavam-se a partir de normas, portarias e ordens de serviço que transitavam à margem do debate conjuntural público e, silenciosamente, estimulavam ou interditavam o desenvolvimento do processo de acumulação capitalista na prática médica.

Nesse cenário, as empresas médicas de pré-pagamento ocupam um lugar especial. Embora nas décadas de 1970 e 1980 ainda não apresentassem um faturamento comparável ao de outras empresas do complexo médico-empresarial no setor industrial, as empresas médicas representam um importante elemento catalizador do processo de acumulação na saúde devido a sua posição

estratégica na intermediação entre profissionais da assistência, produtores de insumos e populações de trabalhadores transformados em clientes cativos por meio de políticas de Estado.

Assim como Braga & Paula (1981), Cordeiro (1984) analisa a história da Previdência Social brasileira sem tomá-la como tema central da investigação, mas como recurso para elucidar hipóteses sobre a constituição e desenvolvimento da sua articulação com a composição das empresas médicas de pré-pagamento na década de 1980. Cordeiro (1984) considera que a unificação do aparelho previdenciário ocorrida em 1966 contribuiu para acentuar o caráter capitalista comercial da assistência médica na sociedade brasileira.

Sem a pretensão de reconstituir a revisão histórica empreendida por Cordeiro (1984) e em acréscimo ao conteúdo de interesse selecionado até aqui, passamos a assinalar alguns pontos evocados por esse autor que podem contribuir com o desenvolvimento da nossa linha de argumentação sobre as empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde no ambiente de dominância financeira entre 2000 e 2015.

Ainda no período em que o aparelho previdenciário não era unificado, Cordeiro (1984) assinala que a inclusão da assistência médica no escopo da cobertura das Caixas de Aposentadorias e Pensões regulamentadas pela *Lei Elóy Chaves* em 1923 se deu em decorrência de reivindicações de segmentos da classe trabalhadora urbana composta, em grande medida por imigrantes oriundos do continente europeu. Os gastos com assistência viriam a decrescer na sua participação relativa aos gastos totais do sistema previdenciário no período posterior a 1930 com a criação dos institutos, como assinalaram Oliveira & Teixeira (1985).

O fato essencial que pode ser destacado é que se constituiu no interior do aparato previdenciário oficial, desde o período de formação dos institutos, uma ideologia de limitação, postergação ou exclusão da assistência médica da pauta de direitos da população coberta baseada em uma visão atuarial estrita. Simultaneamente, e de forma mais intensa no período posterior a 1945, a expansão da atividade econômica de base industrial inclusive no setor de produção de bens e serviços de saúde viria a pressionar pela constituição de uma demanda compradora estável e incremental baseada na massa expandida de trabalhadores urbanos estabelecendo dois vetores de sinais trocados incidentes sobre o sistema, prenúncio da crise estrutural mais evidente após 1964.

O vetor de geração e estabilização de demanda avançou a partir da década de 1950 quando já havia, como vimos anteriormente, uma base material de leitos hospitalares expressiva sob o controle de particulares. Em 1962, segundo Cordeiro (1984) surgiu a primeira tabela de remuneração de serviços médicos e o primeiro plano de classificação de hospitais elaborados pelo Conselho Médico da Previdência Social (CMPS), órgão de assessoramento do Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS).

[...] essa tabela e os critérios nela propostos para credenciamento, avaliação, classificação e remuneração dos serviços médicos tiveram enorme repercussão na organização hospitalar brasileira, servindo de base para outras normas que posteriormente, regulamentariam a prestação de serviços médicos contratados [...] (CORDEIRO, 1984, p. 42).

Os convênios entre a previdência e os sindicatos assumiram um importante papel político na década de 1960 ao permitir o reembolso do atendimento médico prestado nos serviços próprios potencializando um aumento no quadro de associados e criando uma situação *sui generis* onde o movimento sindical assume responsabilidades assistenciais típicas da função pública.

A solução para a crise, que após 1964 foi efetivamente implementada, tinha como tônica e fonte propulsora políticas de fortalecimento do setor assistencial privado. O *Plano de Emergência* elaborado pela burocracia do IAPI e posteriormente incorporado pelo INPS desaconselhava a prestação direta de assistência médica e propugnava que

[...] a cobertura de segurados por esses serviços era restrita e que o teto orçamentário para esse fim era limitado, adotava o estabelecimento de cobertura de despesas médicas de grande risco, ficando a prestação dos serviços a cargo de profissionais e estabelecimentos existentes em cada localidade, através da promoção de convênios celebrados com a Previdência Social e do credenciamento de profissionais, mantido o critério de pagamento por unidade de serviços [...] (CORDEIRO, 1984, p. 44).

Entre os diversos institutos, o IAPI era aquele que, a par de possuir uma grande massa de segurados, estava diretamente ligado ao vetor expansionista do capital industrial no que se refere ao controle e manutenção da sua força de trabalho. Assim, foi o primeiro instituto a adotar o *convênio-empresa* como solução para as limitações dos serviços próprios face à demanda crescente pela assistência.

A Policlínica Central de São Paulo foi a empresa de *Medicina de Grupo* que celebrou o primeiro *convênio-empresa* com o IAPI, em 1964, para atendimento aos empregados da fábrica da Volkswagen do Brasil. Após alguma discussão acerca do modelo de restituição dos valores empenhados com as despesas assistenciais ficou definido um critério único com base num valor fixo mensal *per capita*/segurado, estabelecido a partir de cálculos dos gastos do IAPI em seus serviços contratados e de dados fornecidos pela Policlínica Central (CORDEIRO, 1984, p. 49). Desta forma, a empresa ficava desobrigada do recolhimento relativo à assistência prestada e o segurado deixaria de ser atendido na rede própria do instituto, recebendo em sua carteira de trabalho o carimbo *Convênio-empresa*.

Assim, a *Policlínica Central de São Paulo* pode ser tomada como a versão primitiva do que viriam a ser a partir da década de 1990 os grupos econômicos envolvidos na intermediação da assistência médica para assalariados por meio de planos de saúde. Alguns elementos estruturantes da lógica *financeira*, entretanto, podem ser identificados nesse cenário pretérito: o pagamento por procedimento ao lado do faturamento *per capita*/segurado na forma de pré-pagamento ou pós-pagamento, o convênio ou credenciamento de profissionais da assistência privados e a formação de clientelas cativas a partir do aparelho de Estado.

Mais que tudo, para que uma massa consolidada de recursos estivesse disponível a decisões discricionárias era imprescindível promover a alienação dos principais financiadores da estrutura previdenciária da gestão do sistema: o trabalhador assalariado e os consumidores finais dos produtos e serviços.

Cordeiro (1984) assinala que

[...] As condições político-ideológicas gerais do regime autoritário encerravam os postulados que sustentavam tais alianças: apoio à iniciativa privada, “economia de mercado”, modernização, oposição à “estatização” e à politização da vida social. Decisões técnicas e neutras deveriam reorientar o desenvolvimento do país. No âmbito da Previdência Social, dever-se-ia; afastar a “influência nefasta” dos interesses político-partidários e sindicais; em outros termos, **excluir os beneficiários dos processos de decisão e da gestão, abrir espaço para novas alianças obscurecidas pela aparência da neutralidade técnica, do planejamento e da centralização burocrática das decisões** [*grifo nosso*] (p. 57).

Por outro lado, as empresas médicas primitivas, constituídas em seu capital inicial a partir da poupança de profissionais médicos que praticavam uma dupla jornada como assalariados do setor

industrial, pagos para cuidar da manutenção e reprodução da força de trabalho e como liberais pagos pela mesma clientela que constitui a força de trabalho de seus patrões, foram unidas com legitimidade e sustentação política e financeira pela estrutura de Estado financiada com recursos dos trabalhadores.

Segundo Cordeiro (1984),

Foram as normas do PAPS [Plano de Ação para a Previdência Social criado pela portaria nº583 de 24/08/1966] que consolidaram, no plano legal e normativo, as articulações entre os segmentos privatizantes da burocracia previdenciária, os empresários médicos e os capitalistas dos setores produtivo e de serviços. A partir daí, estavam dadas as condições legais e institucionais para o incentivo à expansão das empresas médicas (p. 59-60).

Ainda no bojo das reformas setoriais de 1966, Cordeiro (1984) relaciona o Decreto Lei nº 73 de 21 de novembro, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Seguros Privados, regula as operações de seguros e resseguros e dá outras providências. Na seção que trata da instituição do seguro-saúde, no artigo 135, o termo *pré-pagamento* é introduzido no léxico normativo da seguinte forma:

As entidades organizadas sem objetivo de lucro, por profissionais médicos e paramédicos ou por estabelecimentos hospitalares, visando a institucionalizar suas atividades para a prática da medicina social e para a melhoria das condições técnicas e econômicas dos serviços assistenciais, isoladamente ou em regime de associação, **poderão operar sistemas próprios de pré-pagamento de serviços médicos e/ou hospitalares** [grifo nosso], sujeitas ao que dispuser a Regulamentação desta Lei, às resoluções do CNSP e à fiscalização dos órgãos competentes.

A estes marcos normativos setoriais pode-se acrescentar outro de escopo mais abrangente. O Decreto Lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967 que dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências. O seu capítulo terceiro que trata da descentralização administrativa dispõe:

Art. 10. A execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada.
 § 1º A descentralização será posta em prática em três planos principais:
 a) dentro dos quadros da Administração Federal, distinguindo-se claramente o nível de direção do de execução;
 b) da Administração Federal para a das unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio;
 c) **da Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões** [grifo nosso]

[...]

§ 7º Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle e com o objetivo de impedir o crescimento desmesurado da máquina administrativa, a Administração procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, **recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente desenvolvida e capacitada a desempenhar os encargos de execução** [*grifo nosso*].

§ 8º A aplicação desse critério está condicionada, em qualquer caso, aos ditames do interesse público e às conveniências da segurança nacional.

Sob as condições políticas e institucionais relacionadas acima, portanto, é que se dá o desenvolvimento das empresas médicas de pré-pagamento. A análise desse processo feita por Cordeiro (1984) está subordinada a duas dimensões fundamentais: as articulações do esquema privado de intermediação da assistência com a Previdência Social unificada após a criação do INPS e a base material sob a qual está estabelecido este mesmo esquema seja no que se refere às instalações físicas e equipamentos, seja na formação e distribuição social do trabalho médico.

Se antes de 1964 prevaleciam as acusações de uso político da Previdência Social para fortalecimento dos sindicatos, com a exclusão dos trabalhadores e a retórica do critério técnico prevalecendo na reforma administrativa em curso, o padrão de articulação público/privada passa a transitar por uma dinâmica que liga diretamente o aparelho de Estado a iniciativas particulares mediadas pelo capital.

Exemplo disso é apontado por Cordeiro (1984) na criação do grupo Interclínicas em São Paulo. Foram organizadas em 1968 duas sociedades médicas de caráter beneficente, uma composta por profissionais do Hospital Oswaldo Cruz e outra por integrantes do corpo clínico do Hospital Samaritano. A essas duas sociedades se associaram os seus respectivos hospitais, locais de prática médica, para oferecer convênio-empresa para empregadores do setor industrial. O primeiro diretor e idealizador da Interclínicas foi Thomás Russel Raposo de Almeida que *participara, desde a criação do IAPI, da elaboração e da gestão das policlínicas médico-assistenciais e cujo último cargo fora o de presidente do Conselho Médico da Previdência Social* (CORDEIRO, 1984 p. 69).

Tendo participado, portanto, como agente público da elaboração da primeira tabela de remuneração de serviços médicos e do primeiro plano de classificação de hospitais elaborados pelo Conselho Médico da Previdência Social em 1962, Raposo de Almeida também participou da elaboração da minuta do Decreto Lei nº 73/1966 citado acima para, em seguida, assumir a gestão

da Interclínicas, organização privada em tudo ajustada aos preceitos normativos *ad hoc* recém formulados.

O cenário político das articulações com a burocracia previdenciária, segundo Cordeiro (1984), viria a se tornar mais complexo com o movimento de oposição às empresas de medicina de grupo liderado pela Associação Médica Brasileira e por alguns sindicatos de médicos sob o argumento da defesa da prática liberal sem intermediação de terceiros. Um dos desdobramentos concretos dessa contenda foi o surgimento das cooperativas de trabalho médico, inicialmente na cidade de Santos-SP liderada pelo sindicalista médico Edmundo Castilho.

Embora as cooperativas médicas tenham se apresentado como uma alternativa à mercantilização da assistência representada pelas medicinas de grupo, seus clientes eram oriundos da mesma massa de trabalhadores da indústria que gravitava em torno do polo mais dinâmico da atividade econômica nos grandes centros urbanos. Logo, a modalidade de convênio-empresa e as estratégias de autofinanciamento apoiadas no pré-pagamento das despesas assistenciais tornaram-se de uso comum a ambas as modalidades de empresariamento assim como a articulação com o aparelho de Estado por meio da Previdência Social.

Em 1974, ao tempo em que se estabelece a dedução das despesas médicas com convênios e credenciamentos do imposto de renda das empresas, o Plano de Pronta Ação (PPA) atribui às empresas médicas que faziam a intermediação da assistência amplas prerrogativas discricionárias no processo de internação hospitalar para pronto atendimento de segurados e não segurados.

Os critérios para credenciamento ou convênio com a Previdência Social eram, em grande parte, aqueles propostos pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), e

[...] A reprodução ao infinito de um sistema de contratações e subcontratações de serviços, atendidas certas exigências mínimas, facilitava que se fossem legitimando grupos médicos de menor capacidade instalada, ainda incipientes em sua base física e tecnológica, ao mesmo tempo que os articulava à rede hospitalar e de serviços complementares privados. (CORDEIRO, 1984, p. 83).

Cordeiro (1984) analisa a base material sob a qual está estabelecido este esquema de intermediação no que se refere às instalações físicas e equipamentos e na formação e distribuição social do trabalho médico a partir de dados coletados no Rio de Janeiro, antiga capital federal,

onde historicamente os recursos públicos imobilizados na estrutura assistencial eram mais volumosos do que em São Paulo, polo dinâmico da atividade industrial.

Sabemos, entretanto, que a infraestrutura hospitalar pública era local de prestação de serviços para a clientela coberta pelo convênio-empresa. Além disso, com o aporte financeiro do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, entre 1975 e 1979 a rede hospitalar privada se expandiu em um ritmo mais intenso que a rede pública.

A vinculação com a clientela de trabalhadores e a transferência do atendimento de acidentes de trabalho de menor gravidade para as empresas conveniadas, estimulou o crescimento de algumas especialidades médicas como a traumatologia ortopédica e procedimentos complementares de diagnóstico conformando o perfil da oferta de serviços na rede assistencial.

A formação de pessoal em saúde e, em particular a formação médica, transcorreu com o acúmulo de um excedente relativo de mão de obra nos grandes centros urbanos, expansão do ensino universitário ainda que com mecanismos excludentes de ingresso, e aumento do empresariamento das escolas de formação profissional.

De um modo geral, o cenário apontado por Cordeiro (1984) na década de 1980 evidencia a existência de políticas públicas de estímulo à demanda pela rede privada com ou sem a intermediação de empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas ou seguradoras, mas um caráter ainda restrito na capitalização dessas empresas sem o envolvimento direto de grandes grupos econômicos, a exemplo do que vinha ocorrendo em outros segmentos do setor de serviços em geral.

Os limites impostos às empresas maiores por parâmetros atuariais, face às suas projeções de margem de lucro estáveis, e a baixa capacidade de investimento das empresas menores não faziam supor uma perspectiva de desenvolvimento acelerada para o setor.

Uma nova configuração viria a ser plasmada no empresariamento da assistência a partir da década de 1990 com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e com o crescimento e transformação ocorridos nas relações entre oferta e demanda por serviços privados de saúde no mercado de planos e seguros saúde, tornando-o mais diversificado e complexo (BAHIA, 1999).

1.7 A DIFUSÃO DAS IDEIAS SOBRE O SOCIAL NA SAÚDE

Alguns personagens se destacaram nos anos 1970 e 1980 no papel de difusores e articuladores de ideias, de pessoas e instituições em um cenário repleto de barreiras e restrições à formulação e circulação do pensamento crítico sobre as relações entre o social, o público e o privado na assistência.

Tomamos aqui como paradigmático o caso do jovem médico argentino *Juan Cesar Garcia* que, em sua trajetória de formação e na sua obra publicada entre 1961 e 1984, reproduz as enormes mudanças na maneira de pensar sobre questões relativas ao tema da assistência à saúde que se operaram entre os intelectuais latino americanos, em particular, no que se refere à tensão entre aspectos particulares ou corporativos e o interesse público. Sua atuação como intelectual orgânico destacada por autores como Nunes (2015) e Galeano, Trotta & Spinelli (2011) define a trajetória desse autor, ao contrário do que se poderia esperar, como a de um verdadeiro *Psicopompo*³² no trabalho de articular redes de difusão de conhecimento e reflexão crítica em uma época de grande restrição e controle político do pensamento de oposição ao *status quo*.

Graduado em medicina na Argentina, migrou para o Chile em 1960 para estudar na Faculdade Latino Americana de Ciências Sociais (FLACSO), instituição criada sob os auspícios da UNESCO e pautada em uma sociologia de viés funcionalista como era a voga da época. Relatos históricos (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011) fazem referência à vigência então, naquele ambiente, de um clima intelectual extremamente conservador muito orientado pela academia estadunidense sob a influência de autores como Parsons e Merton³³. Algo que se poderia definir como um funcionalismo estrutural com alguma orientação antropológica.

A partir de 1966, *Juan Cesar Garcia* passa a integrar o quadro de pessoal da Organização Panamericana de Saúde - OPAS, atuando em seu Departamento de Recursos Humanos. Dedicada-

³² Palavra de origem grega de uso corrente em Psicologia Analítica relacionada com o papel de mensageiro ou guia em situações de mudança estrutural ou de transição a uma condição radicalmente diversa. A denominação de *Psicopompo* é tradicionalmente atribuída, no panteão grego, a Hermes como personagem capaz de transitar entre dois mundos de natureza distinta. Usamos essa figura de linguagem aqui para ilustrar, com licença poética, o papel desempenhado por Garcia entre intelectuais de diversos países da América Latina nas décadas de 1970 e 1980. A exegese da obra e da trajetória de formação de Garcia, pela sua importância para o do campo da Saúde Coletiva, constituem em si um tema profícuo de investigação. Para um olhar em profundidade destacamos os trabalhos de Nunes (2015) e Galeano; Trotta & Spinelli (2011).

³³ Refere-se a *Talcott Edgar Frederick Parsons* (cientista social estadunidense atuante na Universidade de Harvard. Desenvolveu o funcionalismo estrutural em um ambiente acadêmico influenciado pela Teoria Geral dos Sistemas) e *Robert King Merton* (cientista social estadunidense grandemente influenciado por Parsons, e autor de trabalhos sobre sociologia médica e sobre as relações entre ciência, tecnologia e sociedade). Ver (NUNES, 2007b).

se então à pesquisa sobre o ensino médico na América Latina e o desenvolvimento do seu pensamento atinge um outro patamar ao incorporar pressupostos do materialismo histórico com um viés estruturalista que era a contraparte do estruturalismo funcionalista que conheceu em sua primeira etapa de formação em Ciências Sociais.

Pode-se mencionar, nesse sentido, a influência da produção de autores que utilizavam uma abordagem histórico-social como Sigerist³⁴ ou estudavam a relação de fatores sociais com a medicina como Stern³⁵. Este recorte foi capaz de reatualizar uma base de produção de conhecimento formulada pela Medicina Social³⁶ europeia ainda no século XIX, que havia sido deslocada da corrente principal acadêmica diante do sucesso das teorias de contágio e da microbiologia na explicação do processo saúde/doença e em sua aliança com modelo de produção industrial emergente para o desenvolvimento de medicamentos em escala comercial e limitação dos períodos de inatividade da força de trabalho por motivo de doença (NUNES, 1998).

Garcia, a partir do estudo da base empírica das escolas médicas, desenvolveu um olhar que entendia os espaços de formação universitária como historicamente determinados e integrantes de uma cadeia de produção, transmissão e socialização do saber vinculados a formações sociais específicas (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011). Embora reconhecendo a existência de certo grau de autonomia na produção de inovação, Garcia entendia os espaços de formação médica como estruturas vinculadas à reprodução do modelo de serviço de saúde em voga nos países latino-americanos, com todas as contradições e desigualdades características de seu padrão de sociabilidade periférico e dependente.

Assim, a partir do trabalho de *Juan Cesar Garcia*, se coloca e aprofunda a ideia da prática médica como fato social que não pode ser apartado da estrutura econômica nem do processo histórico em curso e se vislumbra a possibilidade de construção de uma estratégia concreta de promoção de mudanças na estrutura social.

³⁴ Refere-se a *Henry Ernest Sigerist*, historiador da medicina que atuou na universidade *Johns Hopkins* e contribuiu para a reatualização da Medicina Social europeia do século XIX em contraposição a teses conservadoras da corporação médica estadunidense no período entre guerras.

³⁵ Refere-se a *Bernhard J. Stern*, cientista social perseguido nos Estados Unidos durante o período *McCarthy* por suas ideias políticas relacionadas com a Medicina Social.

³⁶ Nunes (2007a) comenta em uma resenha sobre o livro de *Samuel Bloom* publicado em 2002 descrevendo a evolução histórica da sociologia médica nos Estados Unidos (*BLOOM, Samuel W. Word as Scalpel: a History of Medical Sociology. New York: Oxford University Press, 2002*) que há diferenças entre a percepção da medicina como ciência social que tinham os europeus no século XIX e a que existe hoje. Menciona também o ambicioso projeto de “Sociologia da medicina” concebido por *Sigerist* no período entre guerras, ainda antes da reação de *McCarthy*. No que se refere ao Brasil, Nunes (1998) destaca que a incorporação da visão de Medicina Social no século XX tem peculiaridades e aponta a obra de Roberto Machado e colaboradores (*MACHADO, R. et al. Danação da norma: Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978*) como referência fundamental para a compreensão do tema.

A Medicina Social reatualizada foi capaz de apontar na educação médica, por exemplo, um papel chave para a introdução de valores afinados com o modo de produção dominante e uma estratégia de reprodução desses valores na sociedade por meio da prática assistencial organizada.

Dentro dessa visão, Garcia correlaciona mudanças ocorridas no âmbito das instituições de saúde e das instituições de investigação científica em saúde com mudanças estruturais ocorridas no conjunto da sociedade.

Todo esse desenvolvimento teórico, envolvendo as ferramentas do estruturalismo funcionalista, o corpo de conhecimento da Medicina Social e o estruturalismo fundado no materialismo histórico³⁷ não estava facilmente disponível no Brasil nos anos que antecederam o golpe militar de 1964 nem nos anos imediatamente posteriores. Entretanto, à medida que a instituição previdenciária, e os serviços assistenciais de saúde a ela associados, cresciam, instaurava-se uma discussão sobre os usos e abusos dos recursos consolidados para o financiamento dessa instituição que lançou mão desse cabedal.

Nesse sentido pode-se dizer que foi relevante o papel desempenhado por *Juan Cesar Garcia* enquanto agente político e institucional, vinculado à área de formação de recursos humanos da OPAS, na difusão entre intelectuais latino americanos de referências acadêmicas fundamentais para a construção de uma base autóctone de pensamento crítico sobre o tema saúde/adoecimento e assistência em sua articulação com a estrutura do Estado.

A nova ordem imposta a partir de 1964 no Brasil não foi capaz de erradicar por completo a oposição política instalada no seio da burocracia estatal. Também merece destaque nas décadas de 1970 e 1980, por sua visão crítica em relação à política de expansão da assistência praticada pelo regime militar, a obra de *Carlos Gentile de Mello*. Este autor publicou uma série volumosa de títulos em periódicos especializados em medicina e ciências da saúde bem como em jornais e revistas de circulação geral como *Folha de São Paulo*, *Jornal do Brasil* e *O Globo* tratando de questões políticas ligadas à prática da assistência médica no Brasil.

³⁷ Segundo Galeano; Trotta & Spinelli (2011), ainda que Garcia houvesse incorporado a contribuição de Foucault ao seu cabedal teórico, especialmente no sentido apontado por Arouca (2003) em sua tese de doutorado, restou uma crítica à ausência de um ponto de vista de classe social e ao descolamento das respostas proporcionadas pelo materialismo histórico em questões relacionadas com assistência à saúde de populações. A aceitação do argumento elaborado por Foucault sobre a relação direta entre o desenvolvimento do capitalismo industrial e o florescimento das políticas sociais de controle biopolítico do corpo dos trabalhadores não era consensual entre os intelectuais marxistas latino americanos nos anos 1970.

Três livros encerram uma síntese do pensamento do autor: *Saúde e assistência médica no Brasil* (MELLO, 1977), *O sistema de saúde em crise* (MELLO, 1981) e *A medicina e a realidade brasileira* (MELLO, 1983).

O primeiro é o título de abertura da coleção *Saúde em Debate* publicada pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES com a coordenação editorial de José Rubens Ferreira de Alcântara Bonfim, David Capistrano da Costa Filho, Antonio Augusto Fernandes Quadra e Maria Célia Guerra Medina. À época da publicação (1977) figuravam nesta mesma coleção apenas outros três títulos de autores seminais para o desenvolvimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil: Samuel Pessoa³⁸, Jean-Claude Polack³⁹ e Giovanni Berlinguer⁴⁰.

A medicina e a realidade brasileira é obra póstuma, publicada em 1983. Mais do que uma coletânea de textos curtos sobre temas relacionados à assistência à saúde no Brasil da década de 1970, o livro expõe uma série de argumentos bem fundamentados contra a política de expansão da assistência à saúde praticada pelo governo da época e faz referência a importantes publicações acadêmicas sobre a medicina previdenciária e suas relações com a economia política.

Nildo Aguiar⁴¹ atribui a Gentile de Mello a autoria da minuta padrão do convênio celebrado entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social para subsídio variável no financiamento das unidades hospitalares de ensino.

Este convênio, instituído em 1974, estabelecia que os hospitais universitários teriam prioridade absoluta quando da celebração de contratos e convênios pela Previdência Social com terceiros para prestação de serviços assistenciais. Além disso, esses contratos ou convênios seriam pautados por um modelo de relação diferente daquele estabelecido com casas de saúde ou instituições assistenciais privadas em geral.

³⁸ Refere-se ao médico parasitologista paulista Samuel Barnsley Pessoa. Quadro oriundo da elite médica sanitarista/campanhista da década de 1920, não antagonizou com o nacional-desenvolvimentismo de Mário Magalhães da Silveira (ver nota 30) e tornou-se referência para o movimento sanitário nos anos 1970 (PAIVA, 2006).

³⁹ Psiquiatra e psicanalista francês Jean-Claude Polack. Editor da revista *Chimères*, fundada por Guattari e Deleuze em 1987. Trabalhou junto a Jean Oury e a Félix Guattari na Clínica de La Borde, dirigiu um filme sobre o psiquiatra catalão François Tosqueles (1912-1994), um dos inspiradores da psicoterapia institucional e produziu obras de referência para a clínica na saúde mental e sobre cinema.

⁴⁰ Político de esquerda, médico e professor de Medicina Social italiano, desenvolveu análise crítica do sistema sanitário de seu país e apoiou o movimento sanitário brasileiro nos anos 1970.

⁴¹ Nildo Eimar de Almeida Aguiar trabalhou com Carlos Gentile de Mello entre 1969 e 1982 no Hospital de Ipanema (INAMPS) e no Hospital do Instituto Nacional do Câncer (Ministério da Saúde) no Rio de Janeiro. No prefácio da obra póstuma de Mello (1983) atribui a ele a autoria da minuta padrão do mencionado convênio entre o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Tratava-se da criação de um subsídio mensal variável em função de padrões de consultas ambulatoriais, altas clínicas, obstétricas e cirúrgicas que extinguiu a forma de remuneração por *unidades de serviço* vigente na maioria dos hospitais.

Gentile apontava esse sistema de atribuição de preços a procedimentos assistenciais como um dos pilares da política de expansão da assistência praticada pelo INAMPS por meio da compra de serviços de prestadores privados. Nos hospitais de ensino ainda se caracterizava, com a vigência de uma tabela de honorários médicos e hospitalares precificada, a dupla remuneração de docentes pagos para desenvolver atividades pedagógicas. Nesse caso, a doutrina do próprio Ministério da Educação e Cultura que consagrava o princípio segundo o qual a assistência o ensino e a pesquisa são atividades indissociáveis, era deixada de lado.

A obra póstuma de Gentile de Mello e a data da sua publicação, no início da década de 1980 quando o regime ditatorial perdia sustentação política diante de uma crise fiscal do Estado que já se instalava, permitem um recorte que dá visibilidade ao acúmulo crítico consolidado contra o processo de expansão privatizante da assistência intensificado a partir de 1964. A crítica de Gentile de Mello destaca os pontos fundamentais desse processo e descortina a perspectiva do que viria a se consolidar posteriormente como padrão de *articulação público/privada* na assistência à saúde no Brasil.

O quadro 1 representa uma sinopse da visão desse autor sobre o tema da expansão da assistência médica previdenciária:

Quadro 1 - Síntese dos principais temas e argumentos usados por Carlos Gentile de Mello em textos publicados entre 1977 e 1983

TEMA	ARGUMENTO	REFERÊNCIA TEXTUAL
Medicina Social	A prática médica visa promover, proteger e recuperar a saúde, mas, os níveis de saúde das populações e indivíduos são determinados também pelas condições de alimentação, moradia, trabalho e ambiente social.	<i>“A medicina, sem embargo dos progressos introduzidos na sua metodologia de diagnóstico e de tratamento, não tem condições, isoladamente, de alterar o nível de saúde da população, que depende, em última análise, de muitos outros fatores de ordem social e econômica”</i> (MELLO, 1983, p.16)
Interiorização da assistência à saúde	A extensão territorial do Brasil e as características sociais e demográficas de suas populações solicitam que a composição das equipes de saúde não dependa exclusivamente da presença do profissional médico.	<i>“Dentro dessa orientação foi aprovado, em 1976, o Plano de Interiorização das ações de Saúde e Saneamento (PIASS), com a proposta, respeitável por todos os motivos, de interiorizar a medicina sem interiorizar o médico. Em outras palavras, utilizar pessoal de nível auxiliar, recrutado e treinado localmente, para desenvolver ações preventivas e terapêuticas mais simples, de eficácia comprovada e baixo custo unitário.”</i> (MELLO, 1983, p. 24)

Visão sistêmica na assistência à saúde	A assistência à saúde no Brasil (na década de 1970) é exercida em um contexto que envolve órgãos públicos das três esferas de governo e diversos tipos de instituições privadas que atuam sem o mais elementar sentido de entrosamento e organicidade.	“Registra-se frequente superposição de atuação de dois ou mais órgãos, implicando no atendimento do mesmo paciente em duas ou mais instituições. E quando um paciente, por qualquer motivo, é removido de um hospital para outro, ainda que do mesmo ministério ou da mesma secretaria, é submetido aos mesmos exames já realizados na unidade de origem. Tal situação importa em gastos desnecessários, dissipando recursos escassos. É mais que isso: sacrificando, desnecessariamente, o paciente.” (MELLO, 1983, p. 27).
Privatização da assistência médica previdenciária	A expansão da assistência médica previdenciária na década de 1970 se deu por meio de uma política declarada de privatização e compra de serviços de empresas privadas.	“Com a implantação do Plano de Pronto Ação (PPA) expandiu-se, rapidamente, a assistência médica previdenciária, obedecendo uma programação flexível, consagrando-se a política de privatização, de hospitalização, de especialização, com características de uma completa irracionalidade.” (MELLO, 1983, p. 33).
Convênio MEC/MPAS	A existência de uma tabela de procedimentos vinculada a uma estratégia de pagamento por “unidades de serviço” é um dos pilares da política de privatização da assistência praticada pela instituição previdenciária e geradora de deformações no ensino profissional em saúde.	“Como seria de se prever, o Convênio MEC/MPAS encontrou, na sua implantação, uma série de obstáculos, seja por parte do INAMPS, seja por parte do MEC. Por parte do INAMPS porque contraria a política de privatização, de compra de serviços no setor privado, com valores fixados em uma tabela de honorários médicos e hospitalares. Por parte do MEC porque muitos professores, no próprio hospital de ensino, recebiam dupla remuneração: uma como docente, nas suas tarefas de ensino, pagas pela escola médica, e outra pelas suas atividades assistenciais, pagas pela Previdência Social”. (MELLO, 1983, p.43).
Residência médica	As residências médicas surgiram como espaços pedagógicos para formação de especialistas por meio do treinamento em serviço, passaram a ser encaradas como uma solução para as deficiências na formação da graduação e principalmente como uma oferta de mão-de-obra de baixo custo para unidades assistenciais.	“Hoje, a residência médica absorve cerca de 50% dos diplomados. Mas foi a própria Comissão Nacional de Residência Médica, do MEC, que assumiu a responsabilidade de denunciar o aparecimento de pseudo residências, desordenada e perniciosamente criadas, de má qualidade, e visando, acima de tudo, a mão-de-obra de baixo custo. O aproveitamento do médico-residente na execução do trabalho, substituindo o médico integrante do corpo clínico, não ocorreu apenas nas casas de saúde privadas, mas, por igual, em instituições oficiais”. (MELLO, 1983, p.44).
Segmentação do sistema de saúde em dois compartimentos estanques	Todo adoecimento individual tem um impacto social logo, não faz sentido separar as dimensões pública e privada da assistência nem as práticas preventivas das curativas.	[...] “causou espanto a posição oficial das autoridades sanitárias brasileiras, de nível federal, constante dos documentos da 6ª Conferência Nacional de Saúde, em agosto de 1977, admitindo, ainda, a superada dicotomia entre ações preventivas e curativas, com a recomendação da coexistência de duas redes distintas de serviços de saúde a pessoas, ambas autônomas, funcionando sem prejuízo de suas individualidades e identidades. Contra essa heresia científica discordou, na oportunidade, de viva voz, o Secretário Estadual de Saúde da Bahia, Ubaldo Porto Dantas recebendo o apoio dos participantes da conferência. Insurgia-se contra o que o sanitarista Manoel José Ferreira denominava de Muro da Vergonha.” (MELLO, 1983, p. 47-48).
Influência da ideologia de “medicina liberal” da Associação Médica Americana sobre o Brasil	A Associação Médica Brasileira (AMB) reproduz no Brasil a ideologia de medicina liberal difundida pela <i>American Medical Association</i> (AMA), baseada na ideia de pagamento de honorários por	“O Brasil importou não apenas o modelo de saúde norte americano, como, por igual a <i>American Medical Association</i> , com o nome da Associação Médica Brasileira, a AMB, que, durante anos e anos, tem defendido uma política assistencial inteiramente

	meio de uma tabela precificada de procedimentos definidos.	<i>distanciada dos interesses da saúde da população.</i> [...] <i>Em nome da liberdade a AMB tem defendido um sistema altamente corruptor [o pagamento por procedimento], responsável pela deterioração da imagem do médico e do conceito da medicina.</i> ” (MELLO, 1983, p. 51-52).
Assistência farmacêutica	A indústria farmacêutica utiliza estratégias não éticas para influenciar a prescrição de medicamentos por profissionais de saúde estimulando o uso irracional. É preciso uma intervenção estatal na esfera da distribuição para evitar a desnecessária multiplicidade de especialidades farmacêuticas em circulação	“ <i>Os fabricantes de medicamentos conquistam o mercado com a utilização das técnicas tradicionais aos métodos mais modernos. Oferecem financiamentos e custeiam congressos, seminários e simpósios, reuniões, jornadas médicas, de enfermagem, de odontologia, de farmacêuticos. [...] Organizam concursos e instituem prêmios em que os participantes, julgadores e laureados são médicos.</i> ” (MELLO, 1983, p.64). “ <i>A anarquia farmacêutica e a nossa dependência externa poderiam diminuir substancialmente se a Central de Medicamentos (CEME) cumprisse fielmente seus objetivos.</i> ” (MELLO, 1983, p. 65).
Empresas hospitalares	O sistema de saúde no Brasil estimula a demanda à assistência hospitalar e as empresas hospitalares privadas são financiadas principalmente com recursos públicos	“ <i>O estudo da evolução da rede hospitalar brasileira no âmbito do setor privado revela o papel decisivo desempenhado pela Previdência Social no seu financiamento e manutenção.</i> [...] <i>No período compreendido entre 1974 e 1980 a quantidade de internações pagas pela Previdência Social à rede hospitalar contratada cresceu de 4,1 milhões para 8,4 milhões, o que representa, em termos proporcionais, um aumento superior a 105%.</i> ” (MELLO, 1983, P.70).
Medicinas de grupo	Esse tipo de empresa foi beneficiado pela criação do convênio-empresa para atendimento dos empregados do polo dinâmico da economia. Realiza seu lucro pela restrição da oferta assistencial e limitação da remuneração do prestador, atua como polícia médica na seleção de trabalhadores excluindo os potenciais usuários da assistência e não faz o ressarcimento devido das despesas praticadas pelos segurados na rede pública, configurando um esquema assistencial que não deve ser estimulado por políticas públicas.	“ <i>O modelo, também conhecido como medicina de grupo e grupo médico, prosperou com o apoio da Previdência Social</i> ” (MELLO, 1983, P.75). “ <i>[...]os lucros aumentam na medida em que diminuem as despesas assistenciais. Há, em consequência, uma tendência natural, coerente, no sentido de reduzir, tanto quanto possível, os gastos com recursos materiais e humanos, minimizando os procedimentos técnicos de diagnóstico e de terapêutica</i> ” (MELLO, 1983, P.75). “ <i>Na prática, não há notícia de pagamento feito pela Medicina de Grupo ao INAMPS por atendimento feito em seus hospitais, ambulatórios, postos de atendimento de emergência ou na rede hospitalar contratada ou conveniada</i> ” (MELLO, 1983, P.76).
Seguro-saúde privado/ Seguro social	O Seguro-saúde privado facultativo não pode substituir o seguro social obrigatório de base populacional.	“ <i>O seguro privado, sendo facultativo, promove uma seleção negativa dos segurados. As pessoas mais sujeitas ao risco (de adoecer, no caso do seguro-saúde) são, precisamente, as que aderem mais frequentemente ao sistema, concorrendo, dessa maneira, para aumentar a incidência de riscos e encarecer os prêmios</i> ” (MELLO, 1983, p. 108).

Fonte: MELLO (1983). Elaboração própria.

Gentile de Mello dialogou e fez referência em suas publicações a diversos autores que trataram de expansão da assistência previdenciária, da sociologia do trabalho médico e das relações do

sistema assistencial com o complexo médico industrial da saúde sob uma perspectiva da Medicina Social ou da Economia Política. O trabalho de Gentile pode ser qualificado não propriamente como o de um formulador de novos conceitos, teorias e abordagens originais, mas como o de um amplificador e modulador dotado de grande capacidade de atuação política em um ambiente marcado pela repressão institucionalizada a toda forma de pensamento crítico.

A disposição das ideias veiculadas por Gentile de Mello em um quadro sinóptico permite ter, por um lado, uma visão panorâmica do espírito da época de sua publicação, mas, por outro lado, a confrontação de alguns dos argumentos desenvolvidos pelo autor com os desdobramentos verificados nos dias de hoje pode ser útil na identificação de linhas de ruptura e continuidade no desenvolvimento das estratégias corporativas de algumas empresas que não estavam dadas anteriormente.

Assim, se nos anos 1970 era possível dizer que para as *medicinas de grupo*,

[...] os lucros aumentam na medida em que diminuem as despesas assistenciais. [e] Há, em consequência, uma tendência natural, coerente, no sentido de reduzir, tanto quanto possível, os gastos com recursos materiais e humanos, minimizando os procedimentos técnicos de diagnóstico e de terapêutica (MELLO, 1983, p. 75).

tal raciocínio dificilmente poderia ser aplicado aos atuais grupos econômicos dominantes na assistência à saúde. Ao contrário, a sobre utilização de procedimentos técnicos de diagnóstico e terapêuticos pode ser considerada a tendência em um cenário de expansão da *dominância financeira* no âmbito setorial. Cabe investigar os detalhes da articulação entre fabricantes de produtos e equipamentos, prestadores e intermediadores do processo assistencial e sua capacidade de garantir margens de lucratividade para os agentes econômicos envolvidos, com estabilidade de financiamento sobre tais operações assegurada a partir de suas clientelas e do orçamento público.

Por outro lado, a afirmação de que a expansão da assistência médica previdenciária na década de 1970 se deu por meio de uma política declarada de privatização e compra de serviços de empresas privadas é irrefutável e ajuda a explicar o atual padrão de acumulação praticado na assistência bem como o seu potencial para alavancagem de operações financeiras a partir do grande número de leitos hospitalares sob o controle proprietário de particulares.

Também é possível identificar uma linha de continuidade na persistência da demarcação artificial e esquizoide entre as dimensões pública e privada da assistência. Tal demarcação ainda instrui algumas descrições do sistema de saúde e contribui enormemente para revestir de nebulosidade todo um elenco de fenômenos de interface.

Da mesma forma, é possível dizer que alguns atributos das empresas médicas pioneiras permanecem atuais e a investigação do seu desenvolvimento pode ajudar a diminuir a nebulosidade nesta seara. A ação dessas empresas, análoga a de uma *polícia médica*⁴², na seleção de trabalhadores excluindo aprioristicamente os potenciais usuários da assistência, e a contumaz negativa do ressarcimento devido aos cofres do Estado das despesas praticadas pelos seus clientes na rede pública, configuram um esquema assistencial que não poderia ser avaliado de forma acrítica por políticas públicas. O corolário desse esquema, apontado por Gentile de Mello, é que o seguro-saúde privado facultativo não reúne condições de sustentabilidade para substituir o seguro social obrigatório de base populacional como solução estrutural para o Brasil.

Enfim, as formulações com maiores possibilidades heurísticas incorporadas à análise da *articulação público/privada* na assistência até os anos 1980 foram aquelas capazes de extrapolar os limites das abordagens setoriais e, rompendo o insulamento e a segmentação, dar uma perspectiva social, política e histórica ao processo de constituição da prática médica.

1.8 O SUS: MUDANÇAS NO PADRÃO DE ARTICULAÇÃO PÚBLICO/PRIVADA

O SUS, segundo Bahia (1999), pretendia superar uma das principais características históricas do sistema de saúde brasileiro - *a fragmentação institucional e programática das instituições públicas - expressas na dicotomia entre a medicina previdenciária e as políticas preventivas do Ministério da Saúde* (p.16).

O debate setorial na conjuntura que se seguiu ao surgimento do SUS contemplava perspectivas contraditórias com relação ao conjunto do sistema de saúde e, em particular aos planos e seguros de saúde. O sucateamento da rede pública e a trajetória cadente dos gastos federais em saúde,

⁴² A expressão Polícia Médica foi usada originalmente como uma síntese das principais políticas estatais de controle sanitário na Europa absolutista em finais do século XVIII.

pelo menos desde 1987, fazia par com as possibilidades políticas abertas a partir da chegada de uma nova geração de gestores na rede assistencial pública em vários estados da federação depois do fim do regime militar.

A incorporação, por alguns sindicatos, de pautas que incluíam planos de saúde para trabalhadores e dependentes tornava-se comum em uma conjuntura de inflação elevada e baixo crescimento econômico onde vantagens salariais indiretas tornaram-se estratégias compensatórias para o arrocho salarial. Ainda assim, naquele momento, a referência de excelência em assistência especializada recaía sobre alguns hospitais públicos.

De fato, o esforço dos novos dirigentes na configuração institucional do SUS foi capaz de estruturar uma base de informações preciosas e também bastante específicas sobre diversos aspectos da assistência sob sua alçada direta de gestão. Entretanto, no que se refere ao florescente comércio de planos e seguros de saúde não havia informações fidedignas que permitissem avaliar sua extensão e a trajetória de desenvolvimento de suas empresas (BAHIA, 1999).

Não obstante, o senso comum atestava a magnificação experimentada pelo esquema de intermediação da assistência e, de forma conceitualmente sincrônica com o processo de privatização de empresas públicas de setores estratégicos como telecomunicações, siderurgia e energia elétrica, passava a veicular a denominação de *mercado* de planos e seguros de saúde para se referir ao espaço de atuação das medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras.

Face às restrições do orçamento público e à voga neoliberal privatizante na década de 1990, passaram a circular propostas que tomavam como referência de modernidade e eficiência, modelos assistenciais amplamente privatizados como o caso chileno.

Os adeptos da privatização argumentavam que, ficando livre de uma parte da demanda, o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/ seguros saúde. (BAHIA, 1999, p. 17).

Esse tipo de argumento seguramente ajudou a construir uma visão falaciosa segundo a qual existiriam dois compartimentos estanques no sistema de saúde, um público e outro privado, desconsiderando todo o acúmulo de conhecimento sobre a trajetória histórica do sistema previdenciário e do *empresariamento* da assistência no Brasil.

O conceito de mescla (*mix*) público/privada, formulado no âmbito das agências multilaterais de fomento controladas pelos países centrais como Banco Mundial (BM), Fundo Monetário Internacional (FMI) e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) pressupunha a existência de dois subsistemas, um público e o outro privado, combinados em proporções ajustadas às peculiaridades de cada país mas sempre de forma a sustentar as bases de um comércio de serviços assistenciais para as populações com capacidade de pagamento e uma estrutura pública limitada e focalizada para populações de baixa renda.

Bahia (1999) aponta a vinculação desse tipo de argumentação com as teses apresentadas no relatório do Banco Mundial em 1994 (*World Bank*, 1994: 151 e 157) onde a definição sobre o papel do governo deveria considerar o contexto, no qual um esquema híbrido público-privado estava firmemente estabelecido, e as expectativas dos consumidores por serviços privados e pela possibilidade de escolha entre provedores.

Em 1995 o Banco Mundial publicou um documento, intitulado *The Organization, Delivery and Financing of Health Care in Brazil: Agenda for the 90s* contemplando diretrizes específicas para a intervenção governamental no segmento de planos e seguros privados. Recomendava-se que o governo assumisse seu papel regulatório, através de incentivos, para promover um “ambiente competitivo” entre as empresas de planos e seguros e destas com as opções financiadas com recursos públicos, favorecendo o aumento da eficiência. (BAHIA, 1999 p. 18).

A legislação federal editada após 1964 explicitava claramente o propósito de reservar um lugar de destaque ao setor privado na assistência. Com a criação do SUS o Ministério da Saúde assume o papel de gestor federal do sistema assistencial público, oriundo da medicina previdenciária, ampliando o escopo da sua atuação para a rede própria e para a relação com os prestadores privados complementares.

O esquema de intermediação da assistência representado pelas empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, seguradoras e empresas de autogestão em saúde, entretanto, permaneceu virtualmente autorregulado, celebrando contratos fora da alçada do gestor público federal do sistema de saúde.

Apenas em 1998 viria a ser elaborado um marco legal específico para o comércio de planos e seguros de saúde. Bahia (1999) aponta pelo menos dois fatores que influenciaram a formulação da Lei Federal 9.656/98. O primeiro foram os interesses do capital das seguradoras que, a

despeito da pequena participação proporcional do *seguro-saúde* na intermediação da assistência, almejavam a expansão do seu modelo de negócios. A área econômica do governo *tomou a iniciativa de propor autorização para a entrada de capital e empresas estrangeiras para a operação de planos e seguros privados e a transformação de todas as empresas em seguradoras* (p.20).

O segundo fator foi a pressão de consumidores, *insatisfeitos com a majoração de preços, inclusive na vigência de planos de estabilização e as restrições de cobertura dos planos de saúde, que vinham acionando as entidades de defesa do consumidor, o poder judiciário e os meios de comunicação* (p.20).

A Lei Federal 8.078 de 11 de setembro de 1990, conhecida como *Código de Defesa do Consumidor*, antecedeu o marco legal específico dos planos e seguros de saúde e, do ponto de vista conceitual, contribuiu para estabelecer uma vinculação direta do esquema de intermediação da assistência com o universo das relações comerciais de serviços reguladas por oferta e demanda.

Se o envolvimento do Ministério da Saúde na elaboração da Lei Federal 9.656/98 que dispõe sobre planos e seguros privados de assistência à saúde colocou novamente o tema da articulação público/privada na ordem do dia, também pôs em evidência as imperfeições de um *mercado artificialmente expandido com clientela cativas subsidiado direta e indiretamente por recursos públicos* (BAHIA, 1999, p. 21)

Além disso, segundo Bahia (1999), a inexistência de dados confiáveis que permitissem uma análise pormenorizada do fenômeno da intermediação da assistência praticada pelas empresas de planos e seguros de saúde de forma a instruir a elaboração de políticas públicas efetivas aparece como uma limitação de difícil superação.

Ao chegar mais perto das empresas de planos e seguros saúde nos despedimos de uma das quimeras que povoavam o imaginário de alguns estudiosos e militantes da saúde. As informações sobre os planos e seguros saúde, que alguns julgavam “guardadas a sete chaves” eram extremamente precárias. Não existiam bancos de dados secretos contendo as bases para os cálculos atuariais “cientificamente exatos”. Algumas operadoras sequer possuíam registros dos indivíduos a elas vinculados.

[...] os parâmetros que vêm sendo tomados como expressão da realidade das coberturas e empresas de planos e seguros saúde provêm de estimativas bastante provisórias e tendenciosas que permitem, quando muito, dimensionar a magnitude da população abrangida por essas modalidades privadas de assistência médica, mas não possibilitam

nenhuma aproximação empírica das características dessas clientela e comprometem também as tentativas de análise das empresas que atuam no segmento. A ausência de uma base empírica impede até que se subscrevam esses ou aqueles esquemas explicativos para a expansão dos planos e seguros privados e que surjam novos questionamentos para avançar o conhecimento sobre o tema. Dispomos de um conjunto de investigações sobre o mercado de planos e seguros saúde diversificado quanto aos referenciais e ângulos de análise priorizados, porém limitado pela qualidade e abrangência das informações disponíveis. (p. 21).

Do ponto de vista teórico também havia dificuldades para uma aproximação que contemplasse as peculiaridades do caso brasileiro. Bahia (1999) utiliza conhecimentos de Ciência Política e de Economia com noções da Teoria dos Seguros, assinalando que as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil se constituem em um espaço híbrido entre a prestação de serviços de saúde e o seguro de riscos pessoais.

O cotejamento com o caso dos Estados Unidos, maior referência de modelo liberal, também revela similitudes e distinções que precisam ser consideradas quando se faz uma análise comparativa, inviabilizando a adoção de modelos explicativos comuns.

Análises dicotômicas que dividem o sistema de saúde em dois compartimentos estanques, um público e outro privado no qual estaria incluído um *mercado* de planos e seguros de saúde efetivo na alocação dos melhores recursos assistenciais, não ajudam a entender o elenco de fenômenos localizados na extensa interface público/privada que percorre o dia a dia da assistência.

Da mesma forma, as comparações que atribuem valorações específicas a esses compartimentos virtuais devem apresentar com precisão os parâmetros utilizados para que não se tornem espúrias.

Bahia (1999) aponta distinções na permeabilidade da oferta de serviços em cada compartimento, em relação à sua respectiva demanda, que devem ser consideradas:

Os riscos selecionados (absorvidos) pelo SUS não são os mesmos dos aceitos pelas empresas de assistência médica suplementar e muito menos são coletivos no primeiro caso e individuais no segundo. A dicotomia engendrada pelas vocações por riscos não é entre individual e coletivo, uma vez que a essência de qualquer atividade de gestão de risco implica a reunião de grupos que os compartilham, e sim entre os considerados pequenos e grandes riscos, riscos naturais e riscos catastróficos.

Os serviços públicos, geralmente, atendem os riscos catastróficos, que implicam despesas assistenciais elevadas, os “ambientais”, associados a doenças infecciosas e os relacionados aos estilos de vida, que se expressam pela formulação e implementação de programas de controle de doenças crônicas ou de práticas de risco. As operadoras de planos e seguros preferem os pequenos riscos (consultas, internações de pequena duração e procedimentos diagnósticos e terapêuticos de menor custo). O que se desprende adicionalmente é que a vocação pelos riscos mais severos de alguns serviços

estatais, que vem se aperfeiçoando, com a definição de unidades para gestantes de risco, pacientes com problemas complexos, bem como através da sofisticação dos programas de saúde pública modulados para diferentes graus de risco, não é a mesma dos serviços privados, em torno das empresas de planos e seguros. Estes não recusam pacientes a partir de uma avaliação do risco no ato do atendimento. Existe uma negação preliminar de cobertura para determinados eventos e procedimentos que se expressa claramente pela não oferta de serviços e em alguns casos não aceitação de inclusão de indivíduos com problema pré-existentes. (BAHIA, 1999, ANEXO I)

A investigação feita por Bahia (1999) permite sistematizar com mais precisão especificidades do esquema de intermediação da assistência constituído pelas empresas de planos e seguros de saúde no Brasil e exibir detalhes da sua complexidade. Dispomos abaixo um quadro sinóptico baseado em considerações daquela autora:

Quadro 2 - Especificidades do esquema de intermediação da assistência constituído pelas empresas de planos e seguros de saúde no Brasil segundo Bahia (1999)

TEMA	ARGUMENTO	REFERÊNCIA TEXTUAL
Seleção de provedores de serviço/seleção de riscos	A propaganda dos planos informa que os melhores médicos disponíveis são os que atendem seus clientes. Na verdade, os mesmos profissionais transitam pelo público e pelo privado podendo optar por atender os casos mais rentáveis e de menor risco no ambiente privado ou no público de forma discricionária.	<i>[...] como o SUS e as empresas de planos compartilham largamente os mesmos provedores de serviços (principalmente os médicos) essa seleção se efetiva através de sutis estratégias utilizadas para a discriminação dos riscos “públicos” relativamente aos “privados”. O mesmo médico ou hospital pode selecionar riscos mais graves ou considerados de saúde pública entre os demandantes do SUS e atender casos de menor risco seu consultório ou na ala reservada para os convênios com planos e seguros do hospital.</i>
Treinamento em serviço	O compartilhamento da infraestrutura assistencial possibilita, além da seleção de risco, a possibilidade de treinamento profissional em serviços de alta complexidade com demanda contínua e remuneração elevada para profissionais em tempo parcial.	<i>O total imbricamento da oferta de serviços para as operadoras de planos e seguros e para o SUS, ao lado da cristalina diferença entre a “melhor qualidade” do atendimento do privado sobre o público, atende interesses dos profissionais e estabelecimentos de saúde que conseguem organizar uma base ambulatorial especializada em pequenos riscos e um acesso e acomodações hospitalares diferenciadas para os clientes de planos e seguros e ao mesmo tempo usufruir das possibilidades de treinamento e aperfeiçoamento profissional, que na maior parte dos estados brasileiros é realizada fundamentalmente em instituições públicas e dos valores relativamente mais altos das tabelas de remuneração do SUS para procedimentos complexos.</i>
Matrizes empresariais	É possível identificar pelo menos duas matrizes empresariais no esquema de intermediação da assistência: uma mutual, que é representada pelas autogestões e outra securitária.	<i>As formas mutualistas de administração de planos de saúde se organizaram, principalmente, em torno das demandas de trabalhadores e empresas públicas ou do setor automobilístico de grande porte [...] Os planos de saúde que resultam da matriz mutualista são, via de regra, iguais e propiciam coberturas amplas para todos os trabalhadores de cada empresa, a despeito da posição hierárquica que ocupem. As modalidades empresariais originadas pela matriz securitária, [...] se baseiam na administração de riscos hierarquizados.</i>
Hierarquização sócio/ocupacional	Não há, de fato, nas modalidades de matriz securitária uma livre escolha individual racional do provedor, mas coberturas distintas para diferentes níveis	<i>A matriz securitária foi capaz de adaptar a ideia da hierarquização dos riscos à hierarquização sócio ocupacional e organizar planos/seguros diferenciados quanto a abrangência de coberturas</i>

	hierárquicos de empregados e seu <i>status</i> social.	<i>não em função da contribuição, mas sim do mérito. Essa adaptação subverte a ideia da escolha individual racional pelo seguro, já que traz coberturas prontas para cada segmento interno das empresas empregadoras. É como se as empresas empregadoras se adiantassem a escolha que seria “livremente” realizada pelos trabalhadores e arbitrassem que os mais temerosos são os empregados que ocupam posições gerenciais: a eles se propicia coberturas mais abrangentes, com ampla possibilidade de escolha de provedores de serviços e acesso a quartos particulares em hospitais considerados excelentes. Os trabalhadores de nível operacional seriam mais destemidos e por isso, caso lhes fosse facultada uma escolha racional, optariam por coberturas básicas, com pouca ou nenhuma possibilidade de escolha de profissionais e internações em enfermarias dos hospitais disponibilizados pela empresa médica ou seguradora.</i>
Diferenciação pelo tipo de plano e não pela modalidade empresarial	As empresas vendem a seus clientes diferenciais de atendimento em qualidade e variedade de provedores que estão segregados por tipos diferentes de plano em uma mesma empresa.	<i>Grande parte das empresas que operam planos ou seguros saúde tem como traço comum o credenciamento de provedores autônomos de serviços. Na prática a distinção entre um plano de auto-gestão, de uma medicina de grupo, de uma Unimed ou uma apólice de seguro saúde está no tipo de plano e não no de tipo de modalidade empresarial. As informações analisadas mostram que a padronização da oferta dos planos e seguros saúde, apaga as linhas de demarcação entre as distintas matrizes e modalidades empresariais, mesmo da mutualista. A oferta de todos os tipos de planos, definidos pela quantidade/ qualidade dos provedores de serviços por todas as empresas que os comercializam é uma característica estrutural das empresas de planos e seguros saúde no Brasil.</i>

Fonte: Elaboração própria a partir de Bahia (1999).

Em um cenário complexo onde os dados empíricos disponíveis são limitados e não é possível a utilização de matrizes teóricas explicativas plenamente ajustadas ao conjunto dos fenômenos implicados, o dinamismo dos agentes envolvidos continua, entretanto, a produzir novas variáveis, aumentando ainda mais a nebulosidade.

As descrições e explicações disponíveis a partir do final da década de 1990, assumem, não obstante, cada vez mais um viés reducionista que interroga o esquema de intermediação de assistência constituído pelas empresas de planos e seguros de saúde como algo relacionado estritamente aos fenômenos de mercado sem relação direta com a esfera pública, com as externalidades em saúde compartilhadas pelo conjunto da população ou com concepções de saúde e doença que sejam estruturantes para a totalidade do sistema.

Uma visão panorâmica da produção acadêmica sobre o comércio de planos e seguros de saúde no Brasil publicada depois da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000

até 2010 revela a sua expansão e a naturalização de um viés fortemente identificado com o trato de questões administrativas específicas das empresas (SESTELO; SOUZA; BAHIA 2014).

Esta expansão se dá, em parte, pela produção de autores formados em empresas educacionais provedoras de cursos de administração e direito espalhados em diversos estados da federação, mas, também se observa um quantitativo importante de textos produzidos em instituições públicas de ensino e pesquisa que passam a tratar do tema nos limites da perspectiva das empresas, incorporando e naturalizando seu universo conceitual.

Na revisão feita por Sestelo, Souza & Bahia (2014) 25,3% dos textos pesquisados tratam de aspectos relacionados com a *administração da Saúde Suplementar* na perspectiva das empresas gestoras e prestadoras de serviços. Outros temas de destaque são: *legislação sobre saúde suplementar*, seja no aspecto relacionado com o Código de Defesa do Consumidor e suas implicações nas relações contratuais entre compradores e vendedores de planos de saúde (RODRIGUES, 2004), seja na discussão do princípio constitucional da liberdade à iniciativa privada e seus reflexos na dinâmica de comercialização de planos de saúde (SILVA, 2004) e *regulação em saúde suplementar* desde o período imediatamente posterior à criação da agência reguladora em 2000 (RIBEIRO; COSTA; SILVA, 2000) até 2009, com referência ao processo de captura do agente regulador pelos interesses do segmento regulado (FARIAS, 2009).

Sestelo, Souza & Bahia (2014, p. 619) analisando o conjunto das publicações revisadas apontam também lacunas relacionadas com abordagens interdisciplinares

[...] observa-se a ausência de uma caracterização do conjunto da produção acadêmica por meio de trabalhos de revisão e de uma maior compreensão das relações entre as dimensões econômicas e sociais com a saúde em abordagens interdisciplinares. Tendo como referência o projeto de construção um sistema único de saúde baseado no interesse público, pode-se apontar também a baixa ocorrência de trabalhos sobre temas importantes como a articulação entre, de um lado, a saúde suplementar e, de outro, o mercado de trabalho profissional, a financeirização da economia além de padrões de organização de redes familiares de apoio para o financiamento da assistência. Faltam ainda estudos sobre a relação entre políticas de estímulo à transformação de empresas hospitalares em unidades de ensino e a saúde suplementar.

Quando, ao invés de analisar a literatura de forma panorâmica ao longo do período selecionado destaca-se do conjunto da produção revisada por esses autores um subgrupo de textos que trata especificamente da *articulação público/privada* na assistência para um olhar em profundidade

sobre os elementos teóricos, conceitos e argumentos utilizados é possível esclarecer nuances e contradições presentes nesse cenário (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013).

É evidente a subsistência de um nicho de publicações que segue caudatário do cabedal acumulado no período anterior à voga neoliberal dos anos 1990 e não toma a atual configuração das relações público/privadas consubstanciadas no esquema comercial dos planos e seguros de saúde como fenômeno natural, mas como circunstância histórica plasmada pelo movimento dos agentes interessados e, portanto, passível de crítica.

Abaixo dispomos um quadro que relaciona trabalhos selecionados com viés argumentativo crítico sobre o lugar do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde no Brasil.

Quadro 3 - Trabalhos selecionados com viés argumentativo crítico sobre o lugar do esquema de comércio de planos e seguros dentro do sistema de saúde no Brasil

Autores	Principais conceitos	Elementos teóricos	Argumento/os
Andreazzi & Kornis (2003)	Relações público/privadas; Regulação; Relação Estado/mercado; Processo de acumulação de capital; Equidade; Direito de consumo; Assistência suplementar em saúde	Economia Política; Macroeconomia; Teorias sobre regulação; Medicina Social; Campo da Saúde Coletiva	Aponta o caráter concorrencial do esquema de venda de planos em relação à lógica sistêmica da saúde como direito de cidadania representado pelo SUS
Bahia (2001)	Inter-relações SUS-planos privados de saúde; Institucionalização dos riscos; Assistência médica suplementar; Regulação governamental da assistência médica; Esquemas assistenciais privados; Cidadania regulada; Universalização excludente; Cidadania invertida; Mercado artificialmente expandido; Empresariamento da assistência médica; Interfaces público/privadas da gestão dos riscos à saúde	Economia Política; Economia da Saúde; Ciência Política; Teorias sobre regulação em saúde; Campo da Saúde Coletiva	Aponta que a institucionalização dos riscos, ainda que gerida por agentes privados, é, obrigatoriamente, revestida por um envoltório social. Distingue duas estratégias diferentes de gerenciamento do risco de adoecimento individual: uma de caráter mutual/sindical, onde relações sociais ou de trabalho mediam o processo de transferência para o plano coletivo, e outra baseada em relações contratuais estabelecidas entre seguradoras e indivíduos. Examina a hipótese de adequação de uma mesma base de provedores de serviços à segmentação da demanda e refuta a ideia simplista da existência de uma única linha demarcatória no sistema de saúde brasileiro estabelecida entre usuários clientes de planos de saúde e usuários sem planos de saúde
Bahia (2005)	Segmentação do sistema de saúde; Subsistema privado; Padrão híbrido e competitivo de financiamento e regulação	Economia Política; Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde	Defende a ideia de que não existe, de fato, na assistência à saúde, uma clara separação entre elementos públicos e privados, mas antes uma extensa zona nebulosa onde, de forma sub-reptícia, ocorre uma apropriação privada de recursos públicos. Além disso, as agendas dos principais fóruns de debate sobre políticas de saúde, como as conferências e instituições governamentais ligadas diretamente ao sistema de saúde, teriam assumido pautas especializadas no componente público do sistema, permitindo a constituição de outras arenas especializadas no componente privado e passando ao largo da nebulosa zona de interseção entre o público e o privado apontada
Castro (2006)	Relação entre o público e o privado; Falhas de governo; Regulação econômica; Regulação na saúde; Mercado; Governança; Estado	Economia Política; Políticas de Saúde; Teorias sobre regulação pública; Campo da Saúde Coletiva	Delimita a hipótese de que, para avançar na construção do sistema de acesso universal com financiamento e provisão públicos, é preciso alterar a ótica de análise, passando de uma lógica de definição do tamanho do Estado para “qual o tamanho do mercado que se deseja”

Gerschman (2008)	Política de saúde suplementar; Atenção à saúde por meio de planos privados; Relação do sistema de saúde público com o privado no contexto de sistemas de saúde públicos e universais; Cidadania social; Sobreposição aos serviços de atenção à saúde do SUS; Nicho de mercado; Segurança social; Segmentação do SUS	Políticas de saúde comparadas; Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde	Evidencia a vigência de uma política de estímulos sub-reptícios à expansão do esquema dos planos ao lado de uma mitigação do caráter público e universal do sistema de saúde que, configura-se como um sistema, de fato, segmentado e focalizado nos aspectos menos rentáveis da atividade de provimento de serviços de saúde. Assume uma visão crítica sobre o atual esquema de relacionamento entre as dimensões pública e privada da assistência à saúde e propõe uma redefinição desta articulação em uma perspectiva de subordinação da dimensão privada à lógica pública no provimento da assistência à saúde
Gomes (2004)	Relação público e privado; Coberturas mediadas pelas empresas privadas; Universalidade; Equidade; Empresas de assistência suplementar; Segurança social; Movimento sanitário; Subsistema de atenção médica supletiva; Inversão da complementaridade do sistema	Medicina Social; Campo da Saúde Coletiva; Políticas de Saúde	Compõe com o argumento que resiste à simplificação de admitir a existência de dois sistemas mutuamente excludentes, um de caráter público e o outro privado para avançar na investigação da interseção entre estes dois elementos a partir da manifestação dos depoentes e do posicionamento dos parlamentares sobre o tema
Ibanhes <i>et alii</i> (2007)	Relação público/privado; Governança como categoria analítica; Regulação; Equidade; Público; Privado.	Políticas de Saúde; Teorias sobre regulação; Campo da saúde Coletiva	A governança do gestor municipal sobre o seu território de saúde não inclui a dimensão política do sistema de saúde nem se apropria da interface entre o público e o privado como objeto de regulação
Menicucci (2003)	Configuração institucional da assistência à saúde no Brasil; Privatização; Regulação do mercado privado de assistência; Mix privado/público; Modelo dual de assistência	Ciências Sociais; Ciência Política; Políticas de Saúde; Novo Institucionalismo Histórico	Constrói uma interpretação original sobre a configuração institucional da assistência à saúde no Brasil a partir de uma reconstituição histórica da trajetória das políticas públicas setoriais. Utiliza conceitos teóricos neoinstitucionalistas para argumentar sobre a persistência de políticas de favorecimento da segmentação do acesso à assistência pela capacidade de pagamento simultaneamente à definição constitucional clara com relação ao acesso universal por direito de cidadania
Santos <i>et alii</i> (2008)	Tipos ideais (Weber); Asseguramento privado; Marco conceitual desenvolvido pela OECD; Mix público/privado do sistema de saúde; Cobertura duplicada; Corporativismo	Economia; Economia da Saúde; Políticas de Saúde; Economia Política; Campo da Saúde Coletiva	Assume uma crítica ao processo de apropriação privada da estrutura de prestação de serviços de saúde, com a virtual subordinação do interesse público ao interesse particular de determinados segmentos populacionais e empresariais, e a manutenção do padrão de desigualdade no acesso aos serviços
Santos (2000)	Público; Privado; Setor suplementar; Estado; Setor supletivo de assistência médico-hospitalar; Setor supletivo de saúde; Mercado privado de saúde	Administração e Planejamento em Saúde; Campo da saúde Coletiva	O foco na saúde do trabalhador permite uma discussão sobre a posição do movimento sindical no desenvolvimento do esquema de comercialização de planos e seguros de saúde para trabalhadores do mercado formal. Examina a inter-relação entre o espaço público e privado na assistência à saúde, buscando explorar a nebulosidade dessa interface e fazer uma crítica direta à apropriação privada da esfera pública com prejuízo para o conjunto da população
Santos (2009)	Cobertura duplicada; Regulação; Arranjo público/privado do sistema de saúde; Mix público/privado; Marco conceitual desenvolvido pela OECD; Interesse público em saúde; Estado de bem-estar social	Campo da Saúde Coletiva; Teorias sobre regulação em saúde; Saúde Pública; Políticas de Saúde	Propõe uma regulação sobre a articulação entre o público e o privado pautada pela lógica do interesse público em saúde. Aponta a limitação do viés focalizado em regulação econômica vigente na agência reguladora e demonstra a contradição do argumento que pretende transferir a lógica sistêmica da integralidade na atenção para o interior do segmento suplementar, sem atentar para a questão fundamental do lugar desse segmento no conjunto do sistema
Silva (2006)	Artigo publicado em periódico indexado com base em análise histórico/crítica feita com base nas dimensões econômicas e políticas relacionadas com os conceitos de público e de privado	Economia Política; Filosofia; Materialismo dialético e sua crítica; Ciências Sociais; Campo da Saúde Coletiva	Evidencia a relação dialética entre os elementos da polaridade “público/privado” e trata da complexidade da articulação que une/separa os dois termos. Ao mesmo tempo, traz a discussão para o campo da Saúde Coletiva percorrendo as dimensões pública e privada ligadas ao tema da saúde, e reafirmando que a construção de um sistema de saúde verdadeiramente público e guiado por uma lógica pública não pode prescindir de um diálogo com a totalidade social e seus contraditórios
Silva (2007)	Globalização econômica; Sistema integrado de	Direito do Estado; Políticas de Saúde	Assume uma visão crítica sobre as perspectivas de desenvolvimento do sistema de saúde como um todo, focando

	financiamento e provisão dos serviços públicos de saúde; Articulação público/privada; Livre mercado; Sistema de saúde suplementar; Focalização das políticas públicas de saúde; Universalidade		nas contradições entre a norma legal e a realidade fática
--	--	--	---

Fonte: Adaptado de Sestelo, Souza & Bahia (2013).

O panorama da literatura acadêmica nos anos 2000, entretanto, muda e passa a incorporar os argumentos da ideologia empresarial de uma forma que não se observava em décadas anteriores. Assim, cada vez mais é possível destacar peculiaridades na argumentação de autores que assumem um entendimento naturalizador sobre a existência do esquema de comércio de planos e seguros de saúde tomando-o como fenômeno dado ou prescrevem a sua expansão como um ideal a ser perseguido por formuladores de políticas públicas.

Quadro 4 - Trabalhos selecionados que naturalizam a existência do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil

Autores	Principais conceitos	Elementos teóricos	Argumento/os
Santos <i>et alii.</i> (2008)	Regulação; Mercado saudável; Tecnologias sem cobertura atuarial; Incorporação tecnológica; Relação público/privado	Teorias sobre regulação em saúde; Economia de mercado; Economia da Saúde; Saúde Pública	Aponta avanços, lacunas e perspectivas no processo de regulação pública sobre as empresas de planos e seguros de saúde. Para isso, utiliza os eixos avaliativos propostos pela própria agência reguladora setorial, com algumas adaptações, em seu projeto de qualificação voltado para as empresas denominadas operadoras do setor de saúde suplementar
Cordeiro Filho (2006)	Compartilhamento entre o público e o privado; Sistema privado de saúde; Acumulação de capital	Teorias econômicas liberais (livre mercado)	Propõe uma estratégia de capitalização das operadoras de planos e seguros de saúde a partir da eliminação do ônus do custeio da alta complexidade na assistência à saúde, e transferência deste risco para as contas públicas. Ao mesmo tempo identifica na perspectiva de expansão da base de clientes de baixa renda, viabilizada pelo barateamento do valor das prestações, um fator de manutenção do ciclo virtuoso de capitalização dessas empresas
Lima <i>et alii.</i> (2007)	Segmento hospitalar filantrópico; Desenvolvimento gerencial; Mercado de saúde suplementar; Regulação	Administração e gerência de serviços de saúde; Políticas de Saúde; Economia da Saúde	Estabelece uma discussão pautada na busca de soluções para viabilização econômica do empreendimento “hospital filantrópico” e sugere que a oferta de planos de saúde próprios por estes hospitais poderia ser uma estratégia adequada à garantia da sua manutenção, desenvolvimento e maior integração do sistema de saúde brasileiro
Pereira (2004)	Economia do sistema familiar; Equidade; Integralidade; mosaico público/privado na saúde; Qualidade de vida; Regulação; Mercado; Parceria Estado/empresa	Economia Doméstica; Economia da Saúde; Teorias econômicas liberais (livre mercado); Políticas de saúde	Adota o ponto de vista das empresas de planos de saúde ao propor a subsegmentação do rol de procedimentos mínimos estabelecidos pela ANS para baratear o valor das mensalidades dos planos e permitir o acesso de um maior contingente populacional à sua clientela, associando a expansão do esquema de comercialização de planos de saúde com um espaço relacional mais humanizado

Fonte: Adaptado de Sestelo, Souza & Bahia (2013).

1.9 UMA SÍNTESE DAS ACEPÇÕES SOBRE ARTICULAÇÃO PÚBLICO/PRIVADA

O desenvolvimento das acepções sobre a articulação público/privada na assistência oscila ao longo do período iniciado com a urbanização, industrialização e constituição da moderna burocracia estatal brasileira no início do século XX até os anos 2000, em torno de ideias recorrentes que expressam a subsistência de aspectos estruturais à nossa formação social, mas também de rupturas que apontam novas perspectivas em um cenário de disputas.

Existem análises comparativas entre sistema de saúde de países diferentes e entre aspectos específicos de um mesmo sistema de saúde que podem ser úteis para o entendimento da realidade empírica de cada formação social. A condição fundamental para a consecução desse tipo de análise é a definição dos parâmetros de comparação de tal forma que se proceda o pareamento do que pode ser comparado. Entre os estudos comparativos clássicos de sistemas estruturalmente distintos como, por exemplo o estadunidense e o canadense, pesquisadores de políticas públicas de saúde como Hacker (1998) consideram central para o entendimento de sua lógica de funcionamento que se considere nos modelos explicativos a incidência simultânea de determinantes localizados em instituições de governo e em instituições privadas. Um olhar que se limite à dimensão institucional pública sem transitar pela sua articulação com os agentes privados e suas idiosincrasias pode criar barreiras cognitivas intransponíveis.

As matrizes mutualista e securitária apontadas por Bahia (1999) para caracterizar as empresas de planos e seguros de saúde na década de 1990 são formulações que permitem transitar simultaneamente pelo público e pelo privado já que estavam presentes respectivamente nas caixas de aposentadorias e pensões da década de 1920 e na lógica atuarial estrita de alguns institutos previdenciários criados após 1930.

Em ambos os modelos subsiste a ideia de formação de um fundo comum composto por um agregado de contribuições individuais para fazer frente aos fenômenos saúde/doença, morte, envelhecimento e suas consequências econômicas para indivíduos e populações.

As contradições estruturais da nossa formação social se expressam no padrão contributivo, na composição do elenco de contribuintes e, principalmente, nas prerrogativas discricionárias de gestão dos recursos expressas no modelo de redistribuição desses fundos.

Todas essas questões dizem respeito ao campo da ciência política onde, explicitadas as contradições, é no acúmulo de poder detido por cada um que se apoiam as formulações e as soluções possíveis para as disputas em cada momento histórico.

A ideia de *fundo comum* remete necessariamente à dimensão pública da vida em sociedade onde, segundo Bahia (2001), a institucionalização dos riscos, ainda que gerida por agentes privados, é, obrigatoriamente, revestida por um envoltório social.

A socialização da assistência excogitada na década de 1940 pela burocracia estatal marca o reconhecimento da ubiquidade desse envoltório social, mas não tem o condão de revogar as tensões de classe social presentes entre a massa de trabalhadores urbanos sindicalizados e outros possíveis beneficiados na gestão de recursos desses fundos como, por exemplo, os detentores dos meios de trabalho médico/assistenciais⁴³.

O golpe de 1964 e a deposição do governo eleito marcaram um momento de exercício de poder com uso de força militar por uma coalizão de elementos sociais opostos aos interesses dos trabalhadores organizados em sindicatos. A exclusão dos trabalhadores da gestão do fundo previdenciário a partir da reforma administrativa implementada em 1966 é a expressão cristalina dessa dinâmica. As linhas de continuidade e ruptura dessa circunstância política podem ser investigadas atualmente com maior acuidade se levamos em conta essa perspectiva histórica.

O contrário ocorre quando, desligados os registros históricos, tomamos as atuais circunstâncias como *tabula rasa* de onde brota, por geração espontânea uma paisagem nebulosa para a qual não há explicação possível nem superação à vista.

As mudanças em escala global no transcurso dos últimos 50 anos ampliaram enormemente o grau de articulação entre os agentes econômicos por meio de novas tecnologias de processamento de informação, potencializando o trânsito de capitais entre regiões geográfica e politicamente distantes.

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas no Brasil por uma crise fiscal profunda no orçamento público e extrema vulnerabilidade política aos ditames neoliberais propugnados por instituições

⁴³ *Meios de trabalho médico* aqui se refere tanto a instalações físicas e equipamentos médico-hospitalares quanto ao acesso à formação profissional de nível universitário em saúde.

financeiras controladas pelos países centrais como Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI).

Bahia (1999) assinala as contradições patentes na década de 1990 entre a institucionalização do SUS *vis a vis* a expansão na abrangência da clientela das empresas de planos e seguros de saúde. É digno de nota o fato de que enquanto o conjunto da economia vivia um período de estagnação em suas taxas de crescimento com inflação alta e desemprego estrutural, o setor de planos e seguros consolidava e expandia sua clientela a partir de contratos coletivos com empresas empregadoras.

Isso não significa que essa clientela tenha renunciado ao seu direito constitucional à assistência financiada diretamente pelo fundo público ou que tenha se auto excluído e abdicado de qualquer tipo de relacionamento com o SUS na esfera assistencial. Suas prerrogativas foram mantidas, mas o esquema privativo de intermediação da assistência assumiu características peculiares como uma *solução condominial*⁴⁴ criativa voltada ao trato de problemas do cotidiano. Nesse caso, os clientes dos planos, com a possível exceção das autogestões, optaram, isto sim, pela auto exclusão no controle das decisões gerenciais dos seus respectivos fundos condominiais, delegando prerrogativas discricionárias às empresas das quais aceitam ser meros clientes pagantes.

Sob essa perspectiva, o sentido da exclusão mencionada na tese da universalização excludente (FAVARET; OLIVEIRA, 1990)⁴⁵ formulada no período da institucionalização do SUS poderia ser considerado muito mais em relação ao controle dos recursos dos fundos do que em relação à dimensão assistencial.

No que se refere ao desempenho econômico e financeiro do setor de planos e seguros de saúde em um período de contração da base material de reprodução da vida em sociedade, portanto, as explicações parecem insuficientes e o debate não se encontra esgotado. Ao contrário, com a nova crise fiscal instaurada a partir de 2013 e a inversão das expectativas de crescimento econômico, mais uma vez se apresenta a oportunidade de definição de uma opção política voltada para a

⁴⁴ O conceito de “benefício condominial” foi cunhado por *Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna* na década de 1990 (VIANNA, 1998) para definir a proteção contra os riscos provida pelas empresas a partir da “solução” encontrada pelas famílias de maior renda de morar em condomínios fechados.

⁴⁵ A tese da *universalização excludente* sustenta que simultaneamente à universalização da assistência nos anos 1990 ocorreu uma migração de parte da clientela de maior nível de renda do sistema público para o privado, face às dificuldades de acesso observadas na rede assistencial. Uma das premissas implícitas nesse argumento é a existência de dois sistemas mutuamente impermeáveis, um público e outro privado.

preservação de políticas sociais ou para as soluções baseadas na capacidade de compra das populações.

As situações expostas acima ilustram um cenário complexo e repleto de contradições que precisam ser melhor qualificadas antes que se dê vazão a explicações simplificadas, haja vista o caráter processual ou longitudinal do fenômeno do empresariamento em saúde, a articulação desse processo com o Estado e, portanto, com a dimensão pública da vida em sociedade.

Em termos meramente descritivos, há alguns aspectos que podem ser demarcados na conformação do esquema de intermediação assistencial representado pelos planos e seguros de saúde no período posterior à criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): houve um aumento no número absoluto dos clientes de planos de saúde acompanhado por um aumento em números relativos ao conjunto da população do país pelo menos até 2012; o faturamento das empresas ultrapassou o volume total empenhado pelo orçamento público federal nas despesas assistenciais do SUS; fusões, incorporações e aquisições reduziram a quantidade de empresas ativas registradas na ANS; novos agentes econômicos de peso passaram a atuar associados ao capital dessas empresas impondo mudanças em suas estratégias corporativas.

Grandes linhas de continuidade podem ser observadas no padrão de articulação estabelecido entre o orçamento público e o conjunto das empresas com a manutenção de políticas de subsídio à demanda por planos de saúde, mas outros canais de articulação podem ter se estabelecido de forma menos evidente.

As balizas estabelecidas em meados do século XX por Borges (1943) subsistem na expansão da assistência com marcada segmentação sócio ocupacional em detrimento dos extratos menos qualificados e de menor renda em uma razão inversa às suas necessidades de saúde. O controle⁴⁶ dos meios de produção do trabalho médico especializado por particulares, por sua vez, avançou a um nível que teria sido inconcebível na década de 1940. O processo iniciado entre as décadas de 1950 e 1960 a partir da expansão dos leitos hospitalares privados transbordou para espaços ainda mais estratégicos a partir dos anos 1970 e 1980.

⁴⁶ Refere-se ao controle político do sistema de assistência mais do que a mera titularidade da posse material dos meios de trabalho médico, ou seja, uma subversão do princípio constitucional da subordinação do interesse privado ao público quando se trata de um bem de relevância pública como a saúde.

Mesmo os centros de incorporação de novas tecnologias e processos assistenciais, originalmente, e até os anos 1990, amplamente controlados pela esfera pública, deslocam-se gradualmente para instituições sob a tutela de grupos particulares denominadas de *hospitais de excelência* que avançam também no âmbito da formação de pessoal em saúde envolvendo a perspectiva futura em um viés de compromisso com um alto nível de apropriação privada de recursos circulantes no sistema de saúde.

Essa nova situação tem o potencial de colocar em segundo plano programas de residência médica e redes de pesquisa clínica baseadas nos tradicionais hospitais universitários enfraquecendo a sua articulação com o conjunto do sistema de saúde.

A vinculação de agentes econômicos ligados a bancos de investimento com a estrutura societária de hospitais e empresas de planos de saúde por sua vez introduz novos protagonistas entre os provedores e intermediadores da oferta de produtos e serviços.

A participação de fundos de investimento *Private Equity* e a abertura de capital de algumas empresas em ofertas públicas de ações observadas depois do ano 2000 tipificam a chegada de uma nova dominância em um território tradicionalmente ocupado por empresas familiares, muitas delas de propriedade de profissionais médicos sem ligação orgânica com o campo financeiro.

Entretanto, não é possível aceitar que apenas o movimento de abertura de capitais e a instauração de um novo padrão de aproximação das empresas setoriais com bancos comerciais, bancos de investimentos ou fundos de pensão de empresas públicas sejam tomados como um desdobramento natural ditado pela expansão global dos mercados de serviços de saúde. O esvaziamento dos conteúdos históricos e conflituosos das políticas dos processos de privatização esconde os diversos tipos de intermediários e intermediações que os dinamizam (ABRASCO, 2013).

Para explicar a *dominância financeira* nas empresas de planos e seguros de saúde do Brasil nos anos 2000 também não cabem elaborações reducionistas que transitem apenas pela esfera econômica ou se limitem à descrição de processos inespecíficos de grande amplitude como *globalização* ou *financeirização*. É preciso identificar com mais precisão a extensão e os limites da *dominância financeira* no setor e inquirir sobre as perspectivas abertas a partir dessa nova

configuração. Para isso é necessário construir dados a partir de fontes não mapeadas e transitar por territórios que desconhecem quaisquer parentescos com o universo conceitual familiar ao campo da assistência à saúde.

Ainda que a descrição e análise do elenco de fenômenos situados na interface público/privada da assistência à saúde no Brasil não disponha de matrizes teóricas elaboradas sob medida para as nuances e peculiaridades nos anos 2000, há elementos que podem constituir um ponto de partida seguro ao menos no que se refere ao esquema de comércio de planos e seguros de saúde.

Da mesma forma, embora diversas categorias operacionais apresentadas ao longo dessa introdução como, *empresas-médicas*, *empresariamento*, *empresário-médico*, *medicina liberal*, *social ampliado* e outras formulações historicamente importantes para o campo da Saúde Coletiva não sejam centrais para o desenvolvimento da nossa argumentação sobre os planos e seguros de saúde e a *dominância financeira* nos anos 2000, trata-se de um cabedal relevante sem o qual não teria sido possível elaborar uma base segura para avançar sobre a investigação dos problemas colocados presentemente para o estudo das políticas de saúde e das perspectivas do conjunto do sistema de saúde.

2 DOMINÂNCIA FINANCEIRA: DESAFIOS PARA A COMPREENSÃO DA SUA EXPRESSÃO NAS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE E APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 INTRODUÇÃO

Para estudar os planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 e a *dominância financeira* é preciso construir uma moldura para o enquadramento desse objeto e reunir os elementos necessários para pôr em prática uma estratégia de investigação.

A partir do material analisado no capítulo introdutório verificamos que há, no campo da Saúde Coletiva, diversos trabalhos que tomam a relação entre a acumulação privada de capital e o conjunto do sistema de saúde como pano de fundo para o desenvolvimento de sua argumentação⁴⁷.

Os estudos seminais referenciados no capítulo anterior compõem um cabedal baseado em abordagens críticas, que não consideram a expansão do empresariamento na assistência à saúde como um fenômeno natural. Esses estudos, em geral, utilizam modelagens que concentram o foco da investigação empírica na compreensão do papel das instituições públicas e no reflexo das ações de governo sobre os agentes econômicos privados.

Trata-se de um nicho de pensamento crítico que se situa, a partir dos anos 2000, no que se refere às empresas de planos e seguros de saúde, em um cenário onde a produção acadêmica interessada no tema assume um viés marcadamente gerencialista, baseado na abordagem neoclássica ou mais precisamente na categoria falhas de mercado⁴⁸, de tal forma que os ganhos em escala observados na atuação dos grupos econômicos e o desenvolvimento de novas formas de empresariamento são tratados como um fenômeno natural. O modo de ser do processo de acumulação efetivamente operado pelas novas corporações passa a se situar em uma esfera virtualmente imune às abordagens críticas qualificadas e as estruturas de governo igualmente convergem para a

⁴⁷ Ver: Donnangelo (2011); Braga & Paula (1981); Cordeiro (1984) e Bahia (1999).

⁴⁸ O detalhamento e caracterização do conjunto da produção acadêmica sobre planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2010 (SESTELO, SOUZA & BAHIA, 2013; 2014) revela uma tendência de aumento no volume da produção acadêmica sobre o tema com a consolidação de um viés marcadamente gerencialista. Não há trabalhos de revisão sistemática para o período posterior a 2010, mas também não há motivos para supor que aquele padrão tenha sido modificado.

validação e legitimação das inovações comerciais e financeiras introduzidas pelos agentes privados situados na sua esfera de atuação.

O ambiente acadêmico onde a abordagem crítica está reduzida a um nicho residual e os limites para o processo de acumulação na assistência foram, na prática, revogados é o cenário onde buscamos reconhecer as articulações entre as empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde identificando a *dominância financeira* como novo modo de ser da riqueza global. O estudo da situação concreta é o ponto de apoio e referencial histórico para a qualificação do processo geral de acumulação privada de capital incidente sobre uma parcela importante dos recursos disponíveis para a assistência à saúde no Brasil dos anos 2000, modulando com mais precisão de que forma se dá esse fenômeno em um espaço revestido de relevância pública transcendental como é o caso da saúde.

O esforço empreendido é no sentido de situar o esquema comercial de planos e seguros de saúde como um dos fenômenos que expressam concretamente a dominância financeira e não tomar o domínio das finanças apenas como uma moldura abstrata. Trata-se, portanto, de estudar os planos e seguros de saúde do Brasil entre 2000 e 2015 e, dentro disso, observar a extensão e os limites do fenômeno da *dominância financeira* e não o contrário.

Se, de um lado, a *dominância financeira* introduz no sistema de saúde novos agentes dotados de poder para influenciar na elaboração de políticas públicas convenientes aos seus interesses, de outro, as empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde no Brasil são uma das vias mais destacadas que podem *articular* o trânsito desses interesses com o conjunto da sociedade.

Daí decorre a importância de buscar compreender a natureza das mudanças operadas no interior desse conjunto de empresas, tomando-o como objeto de análise⁴⁹ e a necessidade de construir um referencial adequado para estudar o atual esquema de intermediação assistencial praticado no Brasil considerando o aumento do seu poder econômico e político.

Apenas recentemente a financeirização é mencionada na literatura sobre a assistência à saúde no Brasil, em geral, por meio de abordagens abrangentes não vinculadas a dados elaborados a partir

⁴⁹ As empresas médicas estudadas por Hésio Cordeiro nos anos 1980 e por Lígia Bahia nos anos 1990 não possuíam a dimensão econômica nem o nível de articulação financeira que passaram a dispor nos anos 2000. Pode-se dizer também que o seu peso político e as consequências da sua inserção privilegiada no sistema de saúde aumentaram na mesma proporção.

de agentes privados, o que reforça a importância de incluir esse tema na problemática das políticas sociais e da saúde em particular.

Uma vez consolidado o nosso conhecimento sobre a presença e a dimensão ampliada dos processos de acumulação privada na intermediação assistencial no Brasil dos anos 2000, postulamos que os referenciais extraídos do conceito de *dominância financeira* podem ser os mais adequados para a compreensão das mudanças que alavancaram os grupos econômicos atuantes no cenário atual.

Estudos de revisão recentes (VAN DER ZWAN, 2014; BRUNO *et alii*, 2011) consideram a relevância da *dominância financeira* como fenômeno datado, analisado pelas ciências sociais em geral. É a qualificação desse fenômeno e suas especificidades que serão detalhadas no conjunto das empresas e grupos econômicos estudados.

Esse detalhamento assume a existência de assimetrias nas relações políticas e econômicas entre formações sociais em diferentes regiões que precisam ser consideradas em cada momento histórico. O escopo da nossa investigação é o Brasil dos anos 2000 e suas empresas de planos e seguros de saúde.

Nosso objetivo inicial nesse capítulo, portanto, é apresentar uma sistematização das abordagens sobre *dominância financeira* e buscar uma aproximação mais adequada às mediações que permitam fazer o deslocamento do âmbito abstrato e geral para um nível mais operacional, identificando as principais linhas investigativas a partir da revisão de textos selecionados para daí extrair as formulações mais ajustadas à nossa abordagem.

*Dominância financeira*⁵⁰ e *financeirização* são conceitos que têm sido utilizados como chave explicativa para a compreensão de diversos fenômenos e processos ligados à própria definição e formas de realização de riqueza no capitalismo contemporâneo, assim como a crescente centralidade das operações financeiras no processo de acumulação global. São, portanto, expressões que remetem à relação de subordinação do conjunto da sociedade a um amplo mecanismo de dominação e controle que opera por meio de processos e instrumentos tipicamente financeiros. Os trabalhos de revisão compulsados, em geral utilizam o termo genérico

⁵⁰ *A dominância financeira – a financeirização – é expressão geral das formas contemporâneas de definir, gerir e realizar riqueza no capitalismo. Por dominância financeira apreende-se, inclusive conceitualmente, o fato de que todas as corporações (...) têm em suas aplicações financeiras, de lucros retidos ou de caixa, um elemento central do processo de acumulação global de riqueza* (BRAGA, 1993, p. 26).

financeirização eventualmente associado aos seus correlatos *globalização* e *neoliberalismo* para se referir ao fenômeno.

Uma analogia à genealogia de senso comum referida aos termos *globalização*, *financeirização* e *neoliberalismo* pode ser evocada ao recuperar de Hobsbawm (1990) sua menção feita ao uso do termo genérico *imperialismo* pela linguagem jornalística do século XIX em um sentido positivo relacionado com a expansão industrial europeia viabilizada pelo acesso a fontes baratas de matérias primas e a zonas de comércio monopolista localizadas em territórios colonizados⁵¹. Posteriormente a obra seminal do economista e cientista social inglês *John Atkinson Hobson*⁵² transformou o sentido dessa expressão em um conceito chave para o desenvolvimento da economia política do século XX agregando especificidades que permitiram o seu uso instrumental no plano teórico e político/institucional. O mesmo pode ocorrer com os usos do conceito de *financeirização*.

José Carlos Braga, que foi pioneiro no estudo da dominância financeira como novo modo de ser da riqueza global (BRAGA, 1985), assinala que o debate e os discursos em torno da *financeirização* e do capitalismo contemporâneo apontam para um contexto de confusão, de situação em que a linguagem de um não é entendida por outro e conduz, eventualmente, à destruição do objeto almejado (BRAGA, 2013).

A reflexão sobre as finanças percorre, segundo Braga (2013), o território mais complexo da cartografia marxista onde o capital a juros e as formas mais alienantes de produção de riqueza capitalista movem-se contraditoriamente ao lado da riqueza derivada da produção de mercadorias como duas faces do mesmo fetiche permanentemente reatualizado em cada formação social específica e em cada momento histórico.

A tese de Braga (1985) sustenta que a dominância financeira configura um novo padrão sistêmico de *definição* de riqueza por meio do tripé moeda/crédito/patrimônio. É também o novo padrão de *gestão* da riqueza produzida utilizando para isso a macroestrutura financeira composta pelos principais bancos centrais, pelo sistema financeiro privado e pelas tesourarias das grandes empresas industriais e comerciais. Além disso, a dominância financeira define as formas de

⁵¹ Este argumento foi apresentado originalmente por Tavares & Fiori (1997) na apresentação da obra organizada por eles com a colaboração de diversos autores. Ver lista de referências.

⁵² John A. Hobson. *Imperialism, A Study* (1902). Disponível em: <https://www.marxists.org/archive/hobson/1902/imperialism/index.htm>

realização dessa riqueza por meio do dinheiro e da predominância dos ativos financeiros sobre os operacionais em um número crescente de países e de agentes econômicos privados.

Braga (2013) critica o uso corrente da ideia de financeirização como se fosse uma *deformação* do capitalismo ou uma suposta barreira ao desenvolvimento da produção e do progresso técnico industrial. No limite, tais desenvolvimentos tenderiam a assumir uma visão dicotômica que separa, de forma ideológica, o *mau* capital que se movimenta no mundo dos ativos monetário-financeiros, do *bom* capital que remete ao mundo da produção de mercadorias por meio do uso de recursos naturais e trabalho humano assalariado.

Critica também a ênfase que certas análises da financeirização atribuem ao conceito de *governança corporativa*⁵³ como se houvesse uma espécie de ditadura dos investidores-acionistas sobre a gestão das empresas em prol da predominância da valorização das ações, em detrimento da gestão orientada pelo investimento com progresso técnico e pelo sucesso organizacional e econômico no âmbito da produção de mercadorias conduzido pelo administrador-industrial. Aqui, mais uma vez, com variações, pode estar presente a dicotomia reducionista de capital financeiro *versus* capital produtivo.

Há ainda, segundo Braga (2013) as formulações que explicam o fenômeno global da financeirização como consequência direta do esgotamento da capacidade de acumulação produtiva nas economias centrais após o fim da regulação *fordista* e o colapso dos acordos de *Bretton-Woods* celebrados no pós-guerra imediato. Tais formulações aparecem frequentemente vinculadas a propostas de reforma dos sistemas financeiros atuais com um retorno ao padrão keynesiano instaurado nos anos 1930 ou com uma redução do tamanho e do escopo das atuais instituições financeiras.

Braga (2013) situa o sentido da dominância financeira no capitalismo atual em uma perspectiva diversa daqueles que consideram o predomínio das finanças como uma crise conjuntural ou como uma consequência de *bolhas especulativas* e comportamentos disfuncionais dos agentes econômicos e seus mecanismos institucionais de controle e regulação.

⁵³ No interior desse marco teórico destacam-se as contribuições de autores como Michael Jensen e Eugene Fama (Teoria da Firma ou Teoria do Agente/Principal). Os princípios da Governança Corporativa estão estabelecidos pela clara separação entre propriedade e gestão empresarial e são utilizados na solução de conflitos e divergências entre os sócios dispersos em quotas de participação societária e os executivos remunerados para gerenciar a empresa.

Como novo modo de ser da riqueza global, a financeirização envolve a um só tempo as grandes corporações produtivas e as instâncias de regulação do Estado. O poder financeiro das grandes corporações globais maneja o dinheiro e as quase-moedas, tanto na circulação industrial quanto na circulação financeira, que passam a ser domínios altamente conexos, ao contrário do passado, do padrão anterior de riqueza, em que a primeira era adstrita às empresas industriais, enquanto a segunda aos bancos. Braga (2013) sustenta que pela macroestrutura financeira dá-se uma interação do dinheiro e dos ativos entre ambas as circulações.

A financeirização, portanto, se inscreve em movimentos globais de *interdependência patrimonial* entre os agentes econômicos mais relevantes de todos os setores e não apenas uma articulação comercial e creditícia reversível como outrora. De outro lado Braga (2013) identifica nesse novo cenário a captura das finanças dos Estados Nacionais por meio da financeirização da dívida pública que, desse modo, sanciona ganhos financeiros privados e amplia o processo geral de dominância financeira sobre o conjunto da sociedade.

É no interior desse debate que tratamos de buscar referências teóricas elucidativas para a compreensão da *dominância financeira*. Tratamos de explorar as possibilidades e limites desse conceito na explicação do desenvolvimento das empresas de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015, explorando as contribuições mais representativas das diferentes abordagens identificadas pelos trabalhos de revisão e, incluindo aqueles que se aproximam, na formação social brasileira, do campo das políticas sociais onde se inserem as políticas de saúde e as empresas de intermediação da assistência vinculadas a essas políticas.

2.2 A DOMINÂNCIA FINANCEIRA

O estudo das finanças está bem estabelecido nos marcos das teorias sobre o capital e o comércio e ganha contornos peculiares nas abordagens marxistas a partir da caracterização do capital financeiro em sua ação conjugada com a indústria para produção de mercadorias com utilização de matérias primas e trabalho humano assalariado.

Há diversas formas de olhar as finanças como objeto de estudo nas ciências econômicas, mas nos interessa pesquisar para além dos seus limites disciplinares originais e observar o espalhamento

dessa temática em todos os espaços do campo social até o limite fundamental da reprodução e manutenção da vida em sociedade que diz respeito às políticas sociais em geral e às políticas de saúde e assistência em particular.

A seleção do material disposto abaixo, portanto, obedece a esse viés, partindo de artigos de revisão e de autores da economia em direção ao escopo do nosso campo de reflexão e crítica, que é a Saúde Coletiva, incluindo o estudo das empresas de planos e seguros de saúde, de tal forma a constituir uma base ampla, não necessariamente disciplinar que ultrapassa os limites estritos das teorias econômicas.

O trabalho de revisão de Van der Zwan (2014) situa o fenômeno da financeirização a partir de sua relação com um conjunto de pelo menos três abordagens utilizadas por autores europeus e estadunidenses para tratar de financeirização: *novo regime de acumulação de capital, princípio orientador de estratégias de atuação corporativa e mudanças na subjetividade da vida cotidiana em sociedade*.

Segundo essa autora, o elo de união entre o elenco de estudos enfileirado é a visão que toma as finanças como algo que vai além do papel tradicional de provimento de capital para a economia produtiva e interroga sobre o seu caráter crescentemente autônomo, com consequências transbordantes para a lógica de funcionamento da economia industrial e o processo político institucional das sociedades democráticas.

Van der Zwan (2014) aponta que, partir dos anos 2000⁵⁴, a literatura passa a identificar com destaque a prevalência de imperativos financeiros no processo econômico em particular aqueles relacionados com os interesses dos acionistas de empresas e grupos empresariais de capital aberto. Embora comporte variações na abordagem dos fenômenos relacionados com a nova dominância dos interesses financeiros de acionistas, há consenso no questionamento sobre a outrora natural estabilidade dos modelos nacionais de política econômica baseados nos acordos socialdemocratas do pós-guerra que estabeleceram laços fortes entre salários e demanda por produção industrial. Essa constatação empírica é ponto de apoio relevante para o desenvolvimento da nossa argumentação.

⁵⁴ Esse argumento é uma das justificativas para a delimitação do escopo da nossa investigação.

A tese da financeirização, segundo Van der Zwan (2014), gradualmente ampliou o escopo de abordagens em múltiplas disciplinas movendo-se simultaneamente da periferia para o *mainstream* do corpo de ciências sociais e dos limites geográficos dos países centrais da Europa e Estados Unidos para a periferia da esfera econômica global.

As crises financeiras observadas ao longo dos anos 2000 no núcleo dinâmico do sistema com desdobramentos em escala global validaram empiricamente muitas das hipóteses iniciais aventadas pelos estudiosos da financeirização trazendo definitivamente o tema para o centro da vida econômica e política.

A experiência de expansão continuada da atividade econômica de base industrial acompanhada dos acordos políticos viabilizados entre capital e trabalho para políticas sociais compensatórias estáveis nos países centrais após a segunda guerra mundial, experimentados com variações, pelo menos, até a década de 1990, representam um contraste com a instabilidade permanente associada a expansão da financeirização nos anos 2000.

Da vivência desse contraste possivelmente decorre a questão fundamental apresentada por Van der Zwan (2014, p. 101) em sua revisão: *como podemos criar um sistema capitalista mais estável e equitativo no contexto de mercados financeiros em expansão?*⁵⁵ A premissa subjacente a essa questão é a constatação empírica de que a expansão dos mercados financeiros gera instabilidade política e iniquidade social.

A complexidade e a dimensão do desafio analítico colocado pela financeirização é, segundo Van der Zwan (2014) possivelmente um dos motivos que impedem, até o momento, a emergência de uma definição direta e inequívoca do fenômeno, tornando o uso do termo *financeirização*, em um paralelo com o seu correlato *globalização*, uma palavra conveniente para designar um elenco de mudanças estruturais mais ou menos discretas nas economias do mundo industrializado⁵⁶.

Os três grupos de abordagens identificados por Van der Zwan (2014), entretanto, comportam em seu interior diferentes níveis de análise sobre o fenômeno da financeirização e constituem, em si, um ponto de partida para a sua caracterização.

⁵⁵ Tradução livre do original em inglês: *how we can create a more stable and equitable capitalist system in the context of expanding financial markets?*

⁵⁶ Van der Zwan atribui esse comentário a Ronald Dore em: DORE, R. *Financialization of the Global Economy, Industrial and Corporate Change*, 17, 1097-1112, 2008.

O grupo que considera a financeirização como um novo regime de acumulação capitalista consequente ao tradicional regime industrial fordista vigente ao longo do século XX, origina-se principalmente na *escola regulacionista francesa*⁵⁷ e explica o desenvolvimento da *dominância financeira* a partir do declínio verificado na produtividade industrial no final da década de 1960 quando a relação entre níveis salariais elevados e demanda por produtos industriais torna-se crítica⁵⁸.

Segundo Van der Zwan (2014), além dos regulacionistas, autores pós-Keynesianos, de sociologia econômica e de crítica política internacional também exploraram a relação entre o declínio da taxa de acumulação do capitalismo industrial observada no final da década de 1960 e o aumento da atividade financeira de empresas que originalmente não auferiam lucro com esse tipo de operação.

Van der Zwan (2014) identifica a presença de um viés marxista nas abordagens relacionadas com as mudanças no regime de acumulação onde a figura histórica do financista ocupa o centro da cena em um sistema intrinsecamente instável⁵⁹.

Um segundo grupo de trabalhos analisados por Van der Zwan (2014) vincula a financeirização à prevalência de novos princípios orientadores nas estratégias de atuação corporativa atuais, em particular à nova dominância atribuída aos acionistas na determinação de metas de lucratividade previsíveis para empresas e grupos econômicos.

O principal marco teórico que instrui esse grupo de publicações, segundo Van der Zwan (2014) é a *Teoria de Agência* e seu conceito de *Governança Corporativa*⁶⁰. Essa teoria lida com o problema da separação entre propriedade e controle operacional de empresas e grupos econômicos. Alguns autores consideram ainda que, a dominância atribuída aos detentores de ações na relação com gerentes e demais trabalhadores assalariados não constitui um juízo neutro, mas um constructo ideológico que legitima um determinado padrão distributivo de riqueza e poder que vai além do ambiente corporativo e se espalha potencialmente pelo conjunto da

⁵⁷ O crescimento capitalista e suas crises, suas variações espaço-temporais, sua vinculação às diversas formações sociais existentes são o centro da análise econômica da escola regulacionista inaugurada com o trabalho de Michel Aglietta nos anos 1970 (AGLIETTA, M. A. *Theory of Capitalist Regulation: the U.S. experience*. VERSO: London, 1979).

⁵⁸ Refere-se especificamente a Michel Aglietta (AGLIETTA, M. A. *Theory of Capitalist Regulation: the U.S. experience*. VERSO: London, 1979) e Robert Boyer (BOYER, R. *Is a Finance-led Growth Regime a Viable Alternative to Fordism? A preliminar analysis*. **Economy and Society**. 29, 111-145. 2000).

⁵⁹ Ver nota 65 a seguir.

⁶⁰ Ver nota 53 acima.

sociedade. No limite, essa tendência ideológica distópica, do ponto de vista humanista, eleva a corporação empresarial ao nível do cidadão dotado de direitos constitucionais defendidos na esfera judicial⁶¹.

A abordagem do terceiro grupo de trabalhos analisados por Van der Zwan (2014) está focalizada nos fatores culturais e sociais relacionados com a presença da financeirização na vida quotidiana das pessoas.

A incorporação dos extratos sociais de renda média e baixa ao mercado de produtos financeiros por intermédio de fundos de pensão, de forma descentralizada, com a utilização de novas tecnologias e sistemas de conhecimento voltados para as finanças pessoais encoraja indivíduos a internalizar novas formas de comportamento de risco e um novo tipo de subjetividade atinente ao universo dos detentores de ativos financeiros.

Assim, em termos políticos, a atividade financeira deixa de ser um mecanismo neutro e eficiente de alocação de capital para a produção de riqueza material, mas, ao invés disso, passa a ser a expressão de um mecanismo de controle de classe social associado ao capitalismo tardio do século XX (Van der Zwan, 2014). Em outras palavras, um mecanismo de dominação atuante sobre múltiplos aspectos da vida social, uma *dominância financeira*.

Van der Zwan (2014) destaca pelo menos dois aspectos importantes que sintetizam possibilidades e limites analíticos para novas abordagens sobre financeirização. O primeiro aspecto refere-se à complicação política decorrente do surgimento de novas identidades e interesses organizados em bases não identificáveis pelos padrões explicativos aplicados ao modelo de desenvolvimento típico do pós-guerra imediato. Como consequência, um segundo aspecto passa a ser relevante na investigação de novos padrões não categorizados qual seja, a realização de estudos comparativos que considerem as manifestações locais da financeirização em contextos institucionais diversos.

É preciso, portanto, reconhecer que qualquer investigação em um ambiente de *dominância financeira*, ainda que apoiada em dados empíricos, percorre um território não mapeado e potencialmente preenchido por processos revestidos de nebulosidade, especialmente no que se refere aos detalhes da articulação entre suas dimensões pública e privada. Em um cenário assim,

⁶¹ Há uma discussão, ainda em curso, sobre os princípios relativos a disputas judiciais entre Estados Nacionais e corporações estabelecidos pelo Acordo Geral sobre Comércio de Serviços, AGCS, (do inglês *General Agreement on Trade in Services*, GATS) no âmbito da Organização Mundial do Comércio (OMC). Este acordo entrou em funcionamento em janeiro de 1995 como um resultado das negociações da Rodada do Uruguai.

passa a ser importante a análise exploratória comparada e a observação de recorrências não esperadas entre os processos.

Bruno *et alii* (2011) analisam o atual regime de crescimento da economia brasileira com base no conceito de financeirização. O estudo desses autores revisa o estatuto teórico do tema, apresenta evidências empíricas e interroga sobre as consequências macroeconômicas do fenômeno aproximando-se, portanto, dos estudos interessados na financeirização como novo regime de acumulação da escola regulacionista.

Abaixo dispomos os quadros sinópticos elaborados por Bruno *et alii* (2011) contendo uma relação de diferentes abordagens do processo de financeirização mapeadas por esses autores.

Quadro 5 - Abordagem macro setorial: análise histórico-estruturalista

AUTOR	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	ANÁLISE EMPÍRICA
BRAGA, 1998	Parte do conceito de capital financeiro de Hilferding (1963) para compreender como os agentes econômicos monetizam a riqueza financeira	O processo de financeirização se manifesta por uma defasagem, crescente e recorrente, entre o valor dos papéis que representam a riqueza, o valor dos bens e serviços e as bases técnico-produtivas de uma sociedade.
SALAMA, 1999	Faz referência à teoria do ciclo do capital de Marx e retoma a hipótese sobre as origens do valor. Também se inspira na teoria keynesiana para compreender a condução da política econômica	O grau de financeirização de uma nação ou de uma empresa é mensurado pelo seguinte indicador: ativos financeiros/ativos totais (ativos financeiros e reais).

Fonte: BRUNO et alii, 2011.

Quadro 6 - Abordagem macro setorial: análise regulacionista

AUTOR	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	ANÁLISE EMPÍRICA
BOYER, 2000	Inser-se no contexto geral da Teoria da Regulação. A macroeconomia keynesiana é também utilizada para construir um modelo representativo de uma economia simplificada	São estimados para Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Japão diferentes parâmetros representativos da financeirização: fração da riqueza sob a forma de ações/renda disponível; e fração de ações e obrigações/capital financeiro das famílias
BRUNO, 2007	Retoma a hipótese de hierarquização das formas institucionais da teoria da regulação, assim como a hipótese dos autores clássicos que relacionam a forma de repartição do excedente econômico com o ritmo de acumulação do capital	Realiza uma análise setorial para a economia brasileira a partir da evolução da estrutura patrimonial das empresas não financeiras e da análise macroeconômica por meio da construção do indicador: fluxo de juros recebido pelo setor bancário e financeiro/produto interno bruto

Fonte: BRUNO et alii, 2011.

Quadro 7 - Abordagem macro setorial: outros trabalhos empíricos

AUTOR	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	ANÁLISE EMPÍRICA
EPSTEIN, 2001	Busca entender os quatro fatores determinantes da política do Banco Central (BC): i) a relação de força capital/trabalho e a relação produtos/mercado; ii) a estrutura política do BC; iii) a relação finanças/indústria; e iv) o posicionamento da nação na economia mundial	Apresenta um modelo de Banco Central e o estima para a economia americana na década de 1960.
KRIPPNER, 2005	A evidência empírica do processo de financeirização necessita conjugar uma abordagem setorial com uma abordagem extra setorial	Dois indicadores de financeirização são apresentados: i) lucros gerados no setor financeiro/lucros gerados no setor não financeiro e ii) rendas de portfólio/ <i>cash flow</i> . Estes são estimados para a economia americana durante o período 1950-2000.
STOCKHAMMER, 2007	Parte de uma função de demanda agregada para analisar a relação entre financeirização e transformação dos comportamentos macroeconômicos	Estima as funções de comportamento (consumo, investimento, exportações líquidas e déficit público) para o conjunto das economias desenvolvidas entre 1970 e 2000.

Fonte: BRUNO et alii, 2011.

Quadro 8 - Abordagens microeconômicas: governança corporativa e relações de trabalho

AUTOR	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	ANÁLISE EMPÍRICA
SERFATI, 1999	Retoma a hipótese marxista sobre as origens do valor a fim de analisar a relação entre o capital financeiro e o capital produtivo	Analisa a evolução da estrutura patrimonial das grandes corporações industriais
PLIHON, 1999	A consolidação do poder do setor financeiro favoreceu a adoção de políticas econômicas e formas de organização e gestão do mercado de trabalho	Análise da evolução da estrutura patrimonial das grandes empresas francesas a partir da década de 1980
STOCKHAMMER, 2004	Remete-se à teoria da firma pós-keynesiana e, mais particularmente, aos trabalhos de Lavoie (1992) e Davidson (1994)	Testa a relação entre financeirização e acumulação de capital. O estudo empírico abrange o período 1963-1997 e se aplica aos países desenvolvidos (Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra e França)

Fonte: BRUNO et alii, 2011.

Em acréscimo ao esquema de revisão disposto por Bruno *et alii* (2011) na economia, podemos dizer que um dos marcos teóricos mais utilizados para tratar sobre *financeirização* se insere no recorte macroeconômico e pode ser transcrito em poucas palavras na definição de uso corrente formulada por Gerald Epstein: *o papel crescente da motivação financeira, dos mercados*

*financeiros, dos agentes e instituições financeiras no funcionamento das economias domésticas e internacional*⁶².

Guttman (2008, p. 12-14) se refere a três aspectos fundamentais na definição de financeirização: a maximização do valor ao acionista como norma de gestão das empresas, o descolamento dos vínculos entre lucros (usados para operações de fusões e aquisições, distribuição e aquisição de ativos financeiros) e investimentos (tendo como resultado a redução das taxas de crescimento) e um processo de redistribuição de renda com crescente peso das rendas do capital sobre o trabalho, e dentre elas, juros, dividendos e comissões.

A remoção de barreiras entre compartimentos financeiros antes separados, a desregulamentação dos mercados financeiros e a formação de um espaço mundial integrado, hierarquizado, sem instâncias de regulação e controle, marcado por inovações financeiras e unificado pelos seus operadores, com destaque para investidores institucionais conformam, segundo Chesnais (1998) um conjunto de mudanças deliberadas, normalmente associadas ao neoliberalismo. Mais recentemente (CHESNAIS, 2016, p. 16), este mesmo autor postula que *o capitalismo conseguiu, até certo ponto, variando de um país para outro, erigir formas de dominação que ascendem à real subsunção do trabalho às finanças*⁶³.

O desdobramento desse conjunto de mudanças para diversos aspectos da atividade econômica veio acompanhado de um debate sobre o posicionamento de empresas não financeiras (ENFs) nesse processo. Há autores que enfatizam a interpretação de que a financeirização teria sido imposta de fora para dentro, *submetendo e fragilizando* as empresas (PLIHON, 2005), o que levaria ao enfraquecimento do lado real do investimento e do crescimento (STOCKHAMMER, 2004; CROTTY, 2005; ORHANGAZI, 2008). Outros enfatizam a participação ativa das ENFs neste processo (SERFATI, 1998) por meio da incorporação das atividades financeiras ao rol de atividades da função objetivo das suas corporações. Nesse sentido, as empresas transnacionais (ETNs) podem ser entendidas como categorias econômicas em si, características deste período, em que grupos financeiros assumem simultaneamente atividades produtivas, comerciais e de serviços (SERFATI, 2011), fato materializado na forma *holding* e no uso de diversas estratégias

⁶² Tradução livre de Epstein (2005, p. 3): increasing role of financial motives, financial markets, financial actors and institutions in the operation of the domestic and international economies.

⁶³ Tradução livre de: *capitalism has achieved, to an extent still varying from country to country, forms of domination amounting to the 'real subsumption of labour to finance'.*

de enxugamento, valorização e crescimento por meio de fusões e aquisições (F&A), terceirização e operações em paraísos fiscais para evitar impostos⁶⁴.

Tauss (2012) faz uma descrição e contextualização da crise financeira de 2008 postulando que a sua natureza é intrinsecamente relacionada com o fracasso do regime fordista de acumulação observado a partir dos anos 1970 e com a emergência de um novo regime, pós fordista, neoliberal e impulsionado pelo setor financeiro. Seu trabalho critica as explicações reducionistas ao campo da economia que ignoram o contexto histórico ampliado onde se pode investigar as origens da crise atual. No que se refere às políticas sociais, Tauss (2012) sugere que a voga neoliberal determina a precedência de soluções de mercado para problemas político/sociais e a naturalização de padrões de sociabilidade mercantilizados pautados pela dominação e pela espoliação com a proclamação de um *novo normal*.

Guillén (2014) reatualiza a abordagem marxista de *Rudolf Hilferding*⁶⁵ e sua conceituação de capital financeiro formulada no início do século XX, na passagem do capitalismo de competição para o capitalismo monopolista na Europa colonialista. Sua hipótese é de que o principal achado de Hilferding não se refere tanto à fusão do capital de origem bancária com o capital industrial nem tampouco à dominância dos bancos sobre a indústria constituída a partir dessa associação, mas ao controle exercido por esse capital monopolista fusionado sobre a circulação do capital fictício representado pelos títulos, ações e papéis financeiros negociados pelos bancos.

Ele distingue a categoria de *capital financeiro monopolista*, fruto da fusão do capital bancário com o industrial do conceito de financeirização datado dos anos 1980 e vinculado ao novo regime de acumulação dominado pelas finanças, sincrônico com o declínio da hegemonia dos Estados Unidos na produção capitalista verificado a partir dos anos 1970. Nesse novo regime não são apenas os intermediários tipicamente financeiros como bancos comerciais, bancos de investimentos e grandes fundos de investimento que se apropriam do lucro financeiro acumulado, mas também as corporações produtivas transnacionais, as companhias de seguro, as agências de

⁶⁴ Na a discussão de ordem geral sobre a financeirização na economia e na pesquisa sobre os autores referenciadas nesse trabalho merecem crédito as contribuições dos colegas Artur Monte Cardoso e Lucas Andrietta do Instituto de Economia da UNICAMP.

⁶⁵ Refere-se à influência da obra de *Rudolf Hilferding*, economista marxista austríaco, ministro das finanças da Alemanha durante a República de Weimar (HILFERDING, R. **Finance Capital**: A study of the latest phase of capitalista development. REUTLEDGE and KEGAN PAUL: London. 1981).

classificação de risco e toda uma rede de interesses que constitui o esquema global de *dominância financeira*.

Guillén (2014) entende que os processos de financeirização, globalização e desregulamentação observados a partir dos anos 1980 conformam uma reação conduzida por setores do capital monopolista financeiro à queda nas taxas de lucro observadas na atividade produtiva nos Estados Unidos a partir dos anos 1970.

Mateo (2015) considera que as explicações formuladas sobre as origens e desdobramentos da crise financeira de 2008 no campo marxista giram em torno do conceito de financeirização da economia global. Embora não se tenha chegado ao nível de uma teoria geral da crise financeira, Mateo (2015) assinala que a tese da financeirização está implícita nas vertentes explicativas mais destacadas, em geral, focadas em aspectos conjunturais que não confrontam o desafio de revelar a maneira como as possíveis leis de funcionamento do modo de produção capitalista dão lugar a períodos de expansão financeira que desencadeiam crises econômicas globais.

Para Mateo (2015), assim como para Tauss (2012), o que tem prevalecido, ao invés de análises estruturais sobre tendências intrínsecas do sistema capitalista para crises, são descrições sobre o desdobramento de crises concretas onde o conceito de financeirização, ainda que mal definido, é utilizado como chave explicativa instrumental. O pressuposto geral do conjunto das explicações sobre a crise analisadas por Mateo (2015) é de que se trata de uma situação conjuntural que poderia ser evitada com uma gestão apropriada dos recursos em circulação de modo a reestabelecer as condições de proporcionalidade entre os segmentos de capital, favorecer a produção e uma política redistributiva que equacione os desequilíbrios entre oferta e demanda.

Mateo (2015) considera que qualquer solução para a crise financeira atual, entretanto, requer um conhecimento mais detalhado sobre os principais agentes investidos de poder político e econômico atuantes na escala ampliada de relações estabelecidas pelas transações comerciais e financeiras globais. As explicações possíveis, sejam estruturais ou conjunturais, não prescindem da elaboração de uma cartografia descritiva dos elementos que controlam o capitalismo monopolista global sob dominância financeira.

Vitali & Battiston (2014) estudam a estrutura proprietária da rede corporativa global em larga escala e identificam a prevalência de comunidades e agregados característicos que não obedecem

a critérios aleatórios. Embora a atuação e área de influência dessas comunidades corporativas tenha um escopo global, é possível identificar uma dominância de determinadas regiões geográficas sobre outras mais do que de um determinado setor da economia sobre outro. As oito maiores comunidades, em número de empresas, têm sua estrutura proprietária controlada a partir dos Estados Unidos e, na Europa, a partir do Reino Unido. Ao analisar as 50 maiores comunidades corporativas globais, Vitali & Battiston (2014) identificam o papel importante do setor financeiro na articulação entre os diversos agregados por meio do *controle de suas estruturas proprietárias*.

A descrição do universo corporativo em larga escala apresentada por Vitali & Battiston (2014) valida a tese de que há uma presença difusa do setor financeiro vinculando a estrutura proprietária das diversas comunidades corporativas em escala global independente do setor econômico de atuação das empresas controladas. Por outro lado, há uma concentração geográfica do controle proprietário a partir de países como Estados Unidos e Reino Unido que configura uma questão geopolítica relevante.

José Carlos de Souza Braga, relacionado por Bruno *et alii* (2011) entre os autores de abordagem macro setorial com análise histórico-estruturalista, é pioneiro (BRAGA, 1985) na investigação da relação entre financeirização e desenvolvimento econômico definindo a nova dominância desde os anos 1980 como *norma sistêmica de riqueza articulada*, portanto, como um elemento estrutural e não meramente conjuntural da dinâmica do capital. Essa visão merece destaque na composição dos apontamentos conceituais dispostos nesse capítulo pela abrangência de suas implicações, pela sua precedência histórica e pela relação da sua argumentação com a tese da articulação entre financeirização e restrições a rubricas orçamentárias de políticas sociais. Este último aspecto pode ser depreendido de forma ampla a partir de Braga (1985) como uma crise das formas de regulação extra mercado. *A crise das formas públicas de regulação que tiveram vigência na expansão pretérita*⁶⁶. *Sua eficácia dissolve-se na crise, e assim as formas públicas tornam-se cúmplices da crise* (BRAGA, 1985 p. 395).

O dado estrutural relaciona-se precipuamente com a agudização de uma contradição inerente às expectativas de valorização de capital onde, segundo Braga (1985, p. 393)

⁶⁶ Refere-se à fase dourada de expansão industrial capitalista apoiada nos acordos socialdemocratas entre capital e trabalho vigentes, em sua expressão institucional mais completa, desde o pós-guerra imediato até pelo menos a crise no regime de acumulação verificada nos anos 1970.

A *dominância financeira*⁶⁷ [grifo nosso] e a monopolização (oposição à livre concorrência) produzem a convivência da valorização com a riqueza oriunda da base técnica pretérita. A expansão requer desvalorização de dívidas e de ativos de capital, no presente, para recompor a valorização futura. Os capitais centralizados, em concorrência, requerem a valorização presente e cerceiam o processo de desvalorização.

Há, portanto, do ponto de vista estrutural, uma contradição entre expectativas de valorização futura baseadas em investimentos consignados em uma base técnica de acumulação pretérita e uma visão de curto prazo que cerceia essa trajetória ao reivindicar uma valorização precoce. O corolário desse impasse, entretanto, segundo Braga (1985), não é necessariamente o colapso do processo de acumulação de capital, mas uma repetição de avanços e retrocessos em meio uma tendência geral de estagnação no crescimento econômico, e uma cristalização da instabilidade financeira com internacionalização da crise, algo que não pode ser considerado uma deformação ou desvio de rota na trajetória histórica do capital, mas como uma reatualização intrínseca à sua natureza essencial.

Esse autor, em um texto mais recente (BRAGA, 1997), considera que a financeirização como *novo padrão de riqueza sistêmica* é um fenômeno datado que pode ter a sua origem identificada na década de 1960 nos Estados Unidos⁶⁸. A partir dessa base regional é que teria ocorrido sua difusão global e um aumento na instabilidade sistêmica com potencial de ameaçar o paradigma econômico produtivista de base industrial em voga até então.

O fenômeno da internacionalização dos processos econômicos apontado por Braga (1985) é mais uma faceta que reafirma o caráter estrutural da financeirização. Em meados da década de 1980 se observa a presença de um grau elevado de interdependência entre as economias em escala global e o correspondente entrelaçamento de processos, tanto na fase expansiva quanto nos períodos de retração da atividade econômica.

O quadro geral de instabilidade financeira torna-se mais complexo quando se *projeta para as relações entre as moedas nacionais, agravando as transações financeiras e comerciais com as incertezas cambiais* (BRAGA, 1985, p. 393).

Assim, segundo Braga (1985),

⁶⁷ Esse é o registro mais antigo que apuramos sobre o uso acadêmico dessa expressão. Assim, salvo melhor juízo, consideramos que a expressão *dominância financeira* foi introduzida no Brasil por este autor em 1985.

⁶⁸ Sobre a emergência da financeirização como fenômeno datado a partir dos Estados Unidos no final do século XX ver Tavares & Fiori (1997). No Apêndice destacamos uma resenha e comentários sobre esse texto em especial.

Nada mais equivocado também do que inferir dos processos de socialização do capital, de negação da livre concorrência, de condicionalidades monopolistas, de perda de essencialidade da forma valor, de não existência de auto regulação pelo mercado, digo, nada mais equivocado do que inferir de tudo isto que a regulação estatal venha a ser dotada da vigência perpétua que a torna hábil para administrar a crise e conduzir as transformações em direção a propriedades superiores. (p. 394).

As mudanças globais matizadas pela alternância de fases de expansão e retração da atividade econômica configuram-se, portanto, também como uma crise das formas de regulação extra mercado, o que, vale dizer, significa que as ações do Estado regulador, de modo diverso do que prevaleceu nos grandes acordos social democratas entre capital e trabalho do pós-guerra imediato, passam a ser convergentes com a voga de *dominância financeira*, suas contradições e sua intrínseca instabilidade estrutural ampliada.

É isto que fica demonstrado nos desequilíbrios fiscais, na aceleração das dívidas públicas, na inoperância das políticas monetárias e cambiais, no antagonismo entre as lógicas pública e privada (atuantes nas empresas estatais), na cumplicidade do Estado com a instabilidade financeira e cambial, na corrosão dos instrumentos administrativos. As formas públicas e privadas de negar a crise têm de ser uma novidade histórica (BRAGA, 1985, p. 395).

A formulação de Braga (1985), portanto, assume que a estrutura regulatória extra mercado, a estrutura do Estado, não subsiste indene às transformações operadas na nova norma sistêmica de riqueza articulada sob a égide da *dominância financeira*, mas revela o caráter histórico e contingencial das suas premissas.

O caráter cíclico da temporalidade capitalista e o agravamento e ampliação do escopo de sua reatualização atual, entretanto, segundo Braga (1985), não significam necessariamente que a imperfeição sincrônica e estrutural entre riqueza privada e riqueza social se manifestará, como no passado, por uma profunda deterioração da produção, da renda e do emprego, mas significa que seguramente serão elevados os requisitos econômico-financeiros e político-institucionais necessários a uma verdadeira superação da crise.

A crescente e recorrente defasagem, verificada na linha do tempo, entre os valores de moedas, títulos, ativos financeiros em geral e os valores de bens e serviços que representam os fundamentos econômicos da reprodução da vida em sociedade pode ser analisado segundo alguns indicadores, quais sejam:

[...] a subida da relação, em valor, entre ativos financeiros e ativos reais; a elevação das operações cambiais totais sobre aquelas relativas ao comércio internacional; a

superioridade das taxas de crescimento da riqueza financeira, em comparação com as do crescimento do produto e do estoque de capital; a escalada das transações internacionais com títulos financeiros como percentual do Produto Interno Bruto dos países avançados; a expressiva participação dos lucros financeiros nos lucros totais das corporações industriais. (BRAGA, 1997, p. 196).

A centralidade assumida pelas operações financeiras em todas as organizações relevantes do sistema produtivo se expressa, do ponto de vista organizacional, na hipertrofia dos departamentos financeiros das grandes corporações e na virtual mudança da função objetivo das empresas. A preferência pela liquidez dos ativos e a subordinação das decisões estratégicas dos principais grupos econômicos à pauta ditada pelo cálculo financeiro geral definem, no nível microeconômico, uma das faces mais características da dominância financeira.

Braga (1997) refuta, como vimos na introdução desse capítulo, as teses que atribuem à emergência do capital financeiro, considerado nas suas especificidades histórica e funcionalmente distinto do capital produtivo, como fator explicativo para um fenômeno recorrente verificado nos ciclos expansionistas ou como fases finais dos grandes desenvolvimentos capitalistas. Ao contrário, ele analisa a financeirização como um novo *modo de ser* da riqueza contemporânea que não decorre apenas da *práxis* de segmentos ou setores específicos do capital, mas se afigura como um novo *padrão sistêmico de riqueza* que se espalha por *todos* os agentes privados relevantes e condiciona dispêndios públicos modificando a dinâmica macroeconômica de forma inexorável. Ele considera que não é correto, do ponto de vista teórico, relacionar os fenômenos em curso com as expansões financeiras pretéritas verificadas historicamente de maneira recorrente.

A institucionalização desse novo *modo de ser* da riqueza global foi ancorada na securitização⁶⁹ consubstanciada pela emissão de títulos públicos negociáveis em garantia de dívidas de empresas e governos nacionais operada inicialmente nos Estados Unidos e depois em escala global incluindo os países periféricos como o Brasil onde a desnacionalização e desindustrialização da economia acompanha o caminho das inversões securitizadas. Considerando que os ativos financeiros têm um peso maior nas classes mais altas de renda, pode-se dizer que em países com

⁶⁹ *Securities* são instrumentos financeiros negociáveis que podem representar tanto uma dívida expressa na forma de títulos ou obrigações de débito, quanto capital próprio implicado na propriedade real ou potencial de uma companhia ou ativos na forma de ações e opções de compra. O termo securitização (*securitization*) entretanto não se refere geralmente a esses instrumentos financeiros tradicionais, mas àqueles que convertem fluxos de renda como hipotecas ou recebíveis em geral, em títulos comercializáveis. (ver: Thomson, F. & Dutta, S. *Financialization: a primer*. Transnational Institute: Amsterdam, October 2015.)

níveis elevados de desigualdades como o Brasil, o processo de financeirização tende a agudizar as tensões políticas relacionadas com a redistribuição da riqueza nacional.

O mecanismo de securitização, substitutivo dos empréstimos bancários tradicionais, mas também conveniente aos bancos, tornou-se, segundo Braga (1997) a peça-chave para a disseminação de operações nacionais e transnacionais nos regimes monetário/financeiro e cambial.

Com a inserção dos orçamentos públicos no circuito global da financeirização por meio de mecanismos de securitização de dívidas, o financiamento de políticas públicas sociais torna-se, como vimos acima, objeto de interesse como nova fronteira de acumulação em escala global. Este fenômeno determina o transbordamento da voga de *dominância financeira* para o campo das políticas sociais, inclusive na assistência à saúde, pois é o conjunto da sociedade que se move em torno de um novo modo de ser da riqueza.

Bresser Pereira (2010), escrevendo logo depois da quebra de instituições financeiras sediadas nos países centrais em 2008, considera que as origens da crise estariam ligadas à criação maciça de riqueza financeira fictícia iniciada da década de 1980, na hegemonia de uma ideologia reacionária, o neoliberalismo, baseada na defesa de mercados autorregulados e na crença na sua eficiência e funcionalidade na alocação dos recursos produtivos na forma de crédito. A sua análise considera a perspectiva de uma virada na história do capitalismo diante do fracasso evidente do modelo neoliberal em voga até então. A desregulação gradual do sistema financeiro, combinada com a recusa política de se regular inovações financeiras posteriores, foram os novos fatos históricos responsáveis pela crise de 2008.

Esse autor, de modo diferente de Braga (1985), entende financeirização como um arranjo distorcido, baseado na criação de riqueza financeira artificial, ou seja, riqueza financeira desligada da riqueza real ou da produção de bens e serviços e, neoliberalismo não apenas como um liberalismo econômico radical, mas também como uma ideologia hostil aos pobres, aos trabalhadores e ao *Estado de bem-estar social* inclusive no que se refere à assistência à saúde.

Bresser-Pereira (2008) considera que, em decorrência da crise, instaura-se uma nova tendência favorável a um aumento no nível de regulação dos mercados com uma retomada dos modelos de capitalismo tecno burocrático predominantes nos trinta anos dourados de expansão industrial com seguridade social entre 1948 e 1978. Sua expectativa é de que a globalização siga sua trajetória

expansiva envolvendo os setores comercial e produtivo, porém, com um refluxo das atividades financeiras e a prevalência de um ambiente político mais democrático e participativo com decisões voltadas para ampliação de políticas sociais. Em outras palavras, um novo capitalismo global, mas não neoliberal ou financeirizado.

Almeida-Filho & Paulani (2011) fazem uma reflexão sobre a natureza do capitalismo contemporâneo à luz da interpretação neomarxista de *David Harvey*⁷⁰ sobre sua natureza essencialmente espoliadora em confronto com elementos da teoria de *Joachim Hirsch*⁷¹ relativos ao processo de regulação social sua diversificação e complexificação atuais. Os autores buscam mostrar que a associação entre as teses da regulação social e da acumulação por espoliação pode ampliar o escopo de caracterização do processo social de reprodução no capitalismo de hoje na perspectiva de superação de suas crises.

Ao tratar sobre financeirização, Almeida-Filho & Paulani (2011), do mesmo modo que Bresser-Pereira (2008), recorrem à formulação apresentada por *François Chesnais*⁷² na escola regulacionista francesa que parte dos conceitos básicos de regime de acumulação e modo de regulação, comuns à Teoria da Regulação entendendo que o mundo contemporâneo apresenta uma configuração específica do capitalismo, na qual o capital portador de juros está situado no centro das relações econômicas e sociais tendo como referência as instituições financeiras não bancárias como fundos de pensão, fundos coletivos de aplicação, sociedades de seguros, bancos que administram sociedades de investimento e fundos de *hedge*⁷³, constitutivas de um capital com traços particulares, hegemônico e determinante de um novo capitalismo.

Nesse cenário, o controle patrimonial capitalista seria dominado pela figura do proprietário acionista possuidor de títulos negociáveis de empresas e pelo proprietário de títulos negociáveis da dívida pública, ambos situados em uma posição de exterioridade em relação ao processo de

⁷⁰ Geógrafo britânico, nasceu em 1935, professor da Universidade da Cidade de Nova York. Foi agraciado em 1995 com o Prêmio *Vautrin Lud*.

⁷¹ Hans Joachim Hirsch (1929-2011) jurista e cientista político alemão. Entre 1972 a 2003 foi professor de Ciência Política na Universidade de Frankfurt. Ver edição brasileira da sua obra **Teoria Materialista do Estado** (2010), Editora Revan.

⁷² François Chesnais é professor de economia internacional na Universidade de Paris XIII. Crítico do neoliberalismo e estudioso da financeirização e mundialização do capital é citado acima na introdução desse capítulo.

⁷³ Tipo de fundo de caracterizado pela maior autonomia do administrador nas decisões de investimento e, portanto, maior risco para os quotistas. A remuneração dos seus gestores, em geral, obedece ao esquema 2 e 20, ou seja, 2% de taxa de administração e 20% dos lucros antes da tributação o que, na prática, funciona como um estímulo a iniciativas arrojadas de seus administradores com possíveis impactos sobre o conjunto do mercado financeiro.

produção industrial e de serviços se diferenciando da figura tradicional do controlador de crédito bancário.

Para Almeida-Filho & Paulani (2011) ao se referir às formas institucionais constituidoras do modo de regulação social *François Chesnais* se abstém de uma análise do papel do Estado e da instância política sobre esse novo regime de acumulação se limitando à dimensão estritamente econômica, ao contrário de *David Harvey* que toma um referencial mais amplo em sua análise das transformações experimentadas pelo capitalismo contemporâneo. Harvey considera que as condições genéticas para a explosão do capital fictício foram dadas nos anos 1970 com a expansão das emissões em dólar em um nível além das necessidades de crescimento da economia global.

A afirmação global do neoliberalismo como visão de mundo se deu, em grande medida por intensa pressão dos Estados Unidos sobre organismos multilaterais como Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional. Este país, ameaçado no campo da produção por outras economias industrializadas, passou a exercitar sua hegemonia por meio das finanças com a abertura dos mercados em geral e do mercado financeiro em particular a um padrão global de circulação de ativos⁷⁴. Harvey, ao tratar de poder político e do Estado, considera a sua relação íntima com o processo de acumulação de capital e define a natureza desse processo como uma espoliação que demanda permanentemente novas fronteiras de acumulação primitiva⁷⁵ para se sustentar. Ainda que a acumulação capitalista possa prescindir da ação precípua do Estado, esse processo efetivamente funciona melhor em associação com esse poder político institucional quando se trata de acumulação primitiva⁷⁶.

A privatização de ativos públicos é um caso típico de expansão das fronteiras de acumulação mediada pela ação do Estado, mas há outros expedientes de espoliação que se encontram embutidos no sistema de crédito e na financeirização que permitem movimentos de arbitragem com dilapidação de ativos, valorizações fraudulentas, enriquecimento sem causa e aprisionamento de populações inteiras a enormes montantes de dívidas públicas não auditadas.

⁷⁴ Ver no Apêndice resenha sobre o texto de Tavares & Fiori (1997) que trata desse tema.

⁷⁵ Conceito utilizado no campo marxista originalmente pelo próprio Marx para se referir ao mecanismo original de espoliação de bens públicos para formação de capital privado e posteriormente por outros autores como Luxemburg (2016) e Harvey (2013) para se referir a um fenômeno de caráter permanente e fundamental para a expansão de novas fronteiras de acumulação em diversos setores da economia.

⁷⁶ Harvey denomina esse processo de *acumulação por despossessão* associado à privatização, desindustrialização e erosão dos direitos de pensão e previdência em uma ação orquestrada pelo sistema de crédito e pelos poderes do Estado (HARVEY, D. Os Limites do Capital. Tradução Magda Lopes. 1 ed. São Paulo: BOITEMPO, 2013, p.20).

São, portanto, importantes mecanismos de acumulação primitiva por fraude e predação com o uso do monopólio estatal da violência e suas definições de legalidade.

O ponto de confluência assinalado por Almeida-Filho & Paulani (2011) entre os trabalhos de Chesnais e Harvey é, assim, a financeirização do capitalismo contemporâneo e as novas possibilidades de acumulação primitiva mediadas pela ação do Estado abertas por esse regime de riqueza. Nesse sentido, os fenômenos observados a partir da década de 1970 em escala global como expansão das fronteiras de acumulação por meio da privatização de ativos públicos, criação exacerbada de capital fictício por meio do sistema de securitização da dívida pública ou a ação facilitadora do processo de financeirização da riqueza por meio do uso do monopólio da violência e da prerrogativa legislativa, reforçam a tese que entende o Estado como o *locus* por onde passa o processo integral de regulação social e de reprodução do capital.

A partir dessa premissa, Almeida-Filho & Paulani (2011) buscam recuperar alguns elementos da discussão teórica do campo da Ciência Política sobre o Estado como a contribuição de *Joachim Hirsch* no interior do debate alemão sobre o derivacionismo⁷⁷, que deduz do processo de acumulação de capital, a forma e a função assumidas pelo Estado em um dado momento. Além disso, incorporam as contribuições críticas de *Antonio Gramsci*⁷⁸ que apresenta a *sociedade civil* e o *Estado ampliado* como pontos chave para se compreender a aceitação da sociedade de classes pelas classes subalternas utilizando o conceito de *hegemonia* e de *Claus Offe*⁷⁹ que argumenta que o Estado é independente de qualquer controle sistemático da classe capitalista ainda que a burocracia de estado a represente.

Tomando em conjunto essas contribuições sobre a natureza do Estado, Almeida-Filho & Paulani (2011) passam a dialogar com a Teoria da Regulação ponderando que a regulação não está limitada ao âmbito institucional do Estado, mas se dá por um sistema múltiplo de instituições, conexões e organizações sociais que incluem empresas e suas federações, sindicatos, uma malha de organizações de interesse geral, instituições de ensino, meios de comunicação, o conjunto do aparato do sistema político administrativo e a família como lugar de reprodução da força de

⁷⁷ Para os derivacionistas alemães, a crítica materialista da economia política pode servir de base para uma nova Teoria do Estado capitalista com ações expressas por meio do combate às taxas de lucro decrescentes e da regulação e distribuição dos excedentes entre diferentes segmentos do capital e entre capital e trabalho.

⁷⁸ Antonio Gramsci fundador do Partido Comunista Italiano em 1921, foi preso pelo regime fascista em 1926. No Brasil, Carlos Nelson Coutinho e Luiz Werneck Vianna destacam-se na exegese de sua obra.

⁷⁹ Carl Offe cientista social e cientista político alemão, foi aluno de Jürgen Habermas e estuda a relação entre a sociedade e o Estado no capitalismo avançado do século XXI.

trabalho, cada uma dessas instâncias com seu padrão de relações de sociabilidade capitalistas contraditórias mediadas pela instância especial do Estado na determinação da forma de expressão e ligação particulares desses antagonismos.

Em síntese, Almeida-Filho & Paulani (2011), ao contrário de Bresser-Pereira (2008), consideram que a perspectiva anunciada pela financeirização é de recrudescimento da violência implícita nos processos de espoliação e acumulação primitiva de capital atualizados por essa nova fase do capitalismo contemporâneo de tal maneira que as formas de regulação requeridas passam a solicitar um escopo social ampliado e articulado para que possam ser efetivas. Nesse sentido, a crise é também a crise das formas de regulação do capitalismo e a expansão das fronteiras de acumulação traz consigo um aumento previsível das tensões sociais.

2.2.1 A financeirização na periferia

Trazendo a discussão sobre o sentido da financeirização para a macroeconomia da formação social brasileira, Bruno *et alii* (2011) investigam o regime de crescimento da sua economia enfatizando a existência de vínculos estruturais e conjunturais entre a acumulação de base rentista-patrimonial e a acumulação de capital fixo produtivo, enquanto fator fundamental do crescimento e do desenvolvimento econômicos. Esses autores identificam a existência de um padrão de crescimento conduzido pelas finanças e estabelecido a partir de um esquema específico de financeirização em associação com o orçamento público. Bruno *et alii* (2011)⁸⁰ revisam a discussão teórica sobre o conceito de financeirização, percorrem o processo histórico de mudanças estruturais globais que tornou possível a existência de regimes de crescimento econômico conduzidos pelas finanças e desenvolvem indicadores macroeconômicos da presença de financeirização na economia brasileira.

A especificidade assinalada por Bruno *et alii* (2011) para a financeirização da economia brasileira consiste na sua base de renda estabelecida a partir dos juros da dívida pública interna, enquanto que o que se observa nas economias dos países centrais é um processo amplamente lastreado no endividamento privado sob taxas reduzidas de juros onde o mercado de capitais é o principal

⁸⁰ Esse trabalho foi referenciado como um estudo de revisão na introdução desse capítulo e aparece aqui com um detalhamento do seu conteúdo.

locus de acumulação rentista. O nível elevado de comprometimento do orçamento público com o serviço da dívida, no caso brasileiro, ameaça a sustentabilidade de outras rubricas orçamentárias, especialmente aquelas relacionadas com políticas sociais.

Para discorrer sobre o estatuto teórico da financeirização Bruno *et alii* (2011) utilizam a referência seminal de José Carlos de Souza Braga, embora sem citar especificamente a sua tese publicada em 1985. Na visão de Braga (1985), como vimos anteriormente, não se pode falar apenas de um aumento da atividade de um segmento econômico específico especializado em finanças representado tradicionalmente pelo capital bancário e rentista, mas de uma norma global que envolve as estratégias de todos os agentes econômicos relevantes como grandes corporações industriais, famílias, Bancos Centrais e Tesouros Nacionais de diversos países. Nesse sentido a financeirização condiciona as operações de financiamento e de despesas públicas, modificando a dinâmica macroeconômica de forma estrutural.

Bruno *et alii* (2011) consideram que a utilização do conceito de financeirização pode permitir sair dos limites estreitos da discussão econômica ortodoxa que atribui ao setor financeiro uma funcionalidade e eficiência na alocação de recursos produtivos deixando de lado a discussão sobre a estrutura do conjunto do sistema.

Assumindo, eles mesmos, uma abordagem macrosetorial e regulacionista Bruno *et alii* (2011) percorrem a trajetória histórica de desenvolvimento do regime monetário-financeiro no Brasil e consideram que no período 1980-1993 o país conviveu com um regime dual e inflacionista com a presença de duas moedas, uma utilizada como meio circulante geral e outra indexada, lastreada por títulos públicos e gerida pelo sistema financeiro privado funcionando, na prática, como reserva de valor e instrumento de enriquecimento privado, a partir de ativos de alta liquidez e rentabilidade com baixo risco. Essa fase foi caracterizada pelo estabelecimento de um processo de financeirização por inflação com indexação.

Um novo padrão de financeirização seria estabelecido a partir de 1995 pelo menos até 2008 com uma redução forte e rápida dos níveis inflacionários e, portanto, dos ganhos associados ao processo de indexação em paralelo com a criação de um novo eixo da acumulação financeira

vinculado a derivativos e títulos de renda fixa conectados ao endividamento público sob taxas reais de juros extremamente elevadas pelos padrões internacionais⁸¹.

A avaliação de Bruno *et alii* (2011, p. 742) é de que

Trata-se, portanto de um sistema financeiro disfuncional no que concerne à promoção do crédito e do financiamento do crescimento econômico, mas altamente eficiente em promover a renda de juros e sua apropriação por parte dos segmentos diretamente beneficiados pelo processo de financeirização da economia brasileira.

Em um cenário como esse, o crescimento da carga tributária é responsivo à punção rentista exercida pelos detentores de capital e credores do Estado e não para garantia de financiamento de gastos sociais e investimento público. Trata-se, em outras palavras, de um processo de financeirização que reproduz os limites estruturais ao desenvolvimento econômico brasileiro. Bruno *et alii* (2011) consideram que, em países com o nível de desenvolvimento econômico do Brasil, a financeirização torna-se um entrave ainda maior por que provoca uma reconcentração funcional da renda em favor dos detentores de capital sem que isso signifique aumento do investimento produtivo e aumento dos níveis de emprego e renda de salário em um ambiente social marcado pela desigualdade.

A contribuição de Carneiro (2002) também se refere à macroeconomia e acompanha a trajetória da expressão regional da crise global instaurada entre 1975 e 2000 em uma perspectiva que considera a existência de três fases históricas distintas. A primeira relacionada com o colapso dos grandes acordos celebrados entre os vencedores da guerra na década de 1940 e a correspondente resposta brasileira à nova conjuntura internacional por meio do segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) no governo Geisel até a gênese da indexação monetária e a instauração definitiva da crise fiscal subsequente que marcaria o final do regime militar. A segunda fase relacionada com o período mais agudo de crise até os limites da década de 1990 com os anos de baixo crescimento econômico, inflação elevada com indexação e espalhamento da financeirização para os setores mais dinâmicos da economia e, finalmente, os últimos anos do século XX com o estabelecimento de um novo padrão de inserção do país no sistema internacional por meio da liberalização do fluxo de capitais, da desnacionalização do setor bancário e de outros setores estratégicos da economia em conjunto com a privatização de ativos

⁸¹ Esse argumento aparece de forma mais específica em Carneiro (2002) referenciado a seguir.

públicos. Nessa última fase é que se dá a passagem do regime de inflação alta com indexação para um cenário de baixa inflação e juros elevados vinculados ao aumento progressivo no comprometimento do orçamento público com o serviço da dívida.

A análise de Medialdea (2013) sobre o período de 1993 a 2003 é convergente com a de Bruno *et alii* (2011) no que diz respeito ao domínio das finanças sobre o conjunto da economia brasileira sob uma perspectiva regulacionista. Essa autora se refere a uma armadilha autoperpetuada de atividade financeira relacionada com a vulnerabilidade externa da economia brasileira e com o endividamento público do Estado. Além disso, destaca outras peculiaridades do caso brasileiro em comparação com o que se observa nas economias dos países centrais, como, por exemplo, o padrão de distribuição de ganhos de capital e capacidade de oferecer garantias de crédito para consumo estarem concentradas em uma parcela reduzida da população.

Medialdea (2013) aponta que as grandes companhias do setor produtivo da economia brasileira participam do processo de financeirização com a magnificação do seu lucro financeiro *vis a vis* o lucro operacional. Paradoxalmente, o acesso a linhas de financiamento tradicionais para investimento produtivo e de recursos captados em bolsa de valores sofreu restrições no período, prevalecendo o processo de autofinanciamento. Dados de balanço operacional apontam que 80 das 318 maiores companhias não financeiras do Brasil obtém, naquele período, mais da metade do seu lucro no mercado financeiro e, dessas 80 companhias, 35 registraram resultados financeiros líquidos maiores que os operacionais.

Grande parte das 20 maiores companhias com lucros financeiros expressivos estão nos setores comercial, produção de bebidas e no setor têxtil, mas empresas atuantes nos setores de saúde, como a *Medial Saúde*⁸², e educação também aparecem com destaque nessa relação.

Em síntese, Medialdea (2013) considera que a elevação da taxa de juros promovida pelo governo nos anos 1990 para impedir a fuga de capitais, associada à sua indexação aos títulos da dívida pública contribuíram para aprofundar a financeirização da economia brasileira. Ao mesmo tempo, a manutenção das taxas de juros em patamares elevados favoreceu o direcionamento das estratégias de investimento dos grandes agentes econômicos para o mercado financeiro, restringindo o montante de capital disponível para o investimento produtivo e aumentando o nível

⁸² Em 2009, a AMIL passou a controlar a MEDIAL SAÚDE, empresa de capital aberto listada no Novo Mercado da BMF BOVESPA, com a compra de 52% do seu capital total.

de despesas financeiras do orçamento público de tal forma a ameaçar a manutenção da infraestrutura pública e as políticas sociais. Segundo Medialdea (2013), a volatilidade do fluxo de capital especulativo externo e sua vinculação com a tendência de elevação da taxa de juros e despesas financeiras orçamentárias estatais, constituiu uma armadilha de autopetuação dos mecanismos de financeirização da economia brasileira no período de 1993 a 2003.

Paulani (2013) recupera, por meio de uma análise histórica, a forma de inserção da economia brasileira no processo de capitalista global de acumulação destacando seu lugar de subordinação aos centros de controle desse processo. Essa autora destaca a tendência cíclica de sobrevalorização da taxa de câmbio e sua relação com o rentismo internacional em um ambiente global financeirizado.

Paulani (2013) reconstitui a trajetória histórica da formação econômica brasileira partindo do período colonial à luz de grandes referências da economia política como Caio Prado, Celso Furtado e Francisco de Oliveira, destacando suas origens como reserva patrimonial, base de operação de força de trabalho compulsória e fonte de fornecimento de metais preciosos e matérias-primas para os colonizadores europeus em uma dinâmica típica dos processos de acumulação primitiva por espoliação.

A continuação desse processo evolui para uma fase onde se destaca a produção colonial de bens primários, de baixo valor agregado em um fluxo determinado desde fora, no período de consolidação e afirmação do modo capitalista de produção. Dessa forma, todo o ganho de produtividade que a expansão da manufatura e depois a revolução industrial proporcionaram ao centro colonizador europeu fez com que esses países tomassem a dianteira na economia mundial a partir da exploração dessa vantagem estratégica.

O deslocamento do centro dinâmico da economia mundial verificado a partir de 1930 abriu a possibilidade de que o processo de acumulação no Brasil passasse a ser determinado desde dentro, com sua dinâmica sendo pautada pelas variáveis relacionadas à economia e à demanda doméstica. Essa conjuntura permitiu o florescimento de uma perspectiva desenvolvimentista entre 1930 e 1950 quando a industrialização passou a constituir em um instrumento efetivo de desenvolvimento do país.

Entretanto, a partir de meados da década de 1950 o capital do centro do sistema parte em busca de novos espaços de valorização e vai encontrar na economia brasileira o mercado que começava a escassear no mundo desenvolvido. Nesse período se estabelece uma relação crônica de dependência da economia brasileira com a poupança externa a partir da instalação de setores industriais mais avançados controlados pelos países centrais que impõem um retorno à circulação internacional de uma parte do excedente acumulado internamente comprometendo a expansão futura da economia doméstica em bases próprias.

Paulani (2013) considera que, a partir dos anos 1970, esse cenário se torna mais complexo com as mudanças verificadas no processo de acumulação e a instalação definitiva da lógica financeira como novo regime global de riqueza. Em 1987 o país entra em moratória em um ambiente marcado pela crise da dívida e alta inflação com indexação. A década de 1990 marca a completa submissão da política econômica do país às exigências dos credores com a combinação de taxas de juros elevadas e sobrevalorização da moeda nacional de modo a assegurar ganhos financeiros altos e uma desidratação progressiva do setor industrial. Dá-se a abertura do mercado brasileiro de títulos privados e públicos aos capitais externos e a completa abertura financeira da economia brasileira com a concessão de isenções tributárias a ganhos financeiros de não residentes, alterações legais para dar mais garantias aos direitos dos credores do Estado, e uma reforma previdenciária para cortar gastos públicos e abrir o mercado previdenciário ao capital privado (PAULANI, 2013, p. 243).

As mudanças políticas ocorridas com as eleições de 2003 não alteram a essência da política econômica e o país completa o seu processo de inserção nos circuitos mundiais de acumulação financeira com a extensão da reforma da previdência ao funcionalismo público, a reforma da lei de falências no sentido de priorizar os interesses dos credores financeiros e a adoção de medidas para aumentar o grau de abertura financeira já consolidada. Nesse período a intermediação bancária tradicional perde força e é substituída por outras modalidades de agentes financeiros como os fundos de investimento e os fundos de pensão, as bolsas e os mercados secundários de títulos, os processos de securitização e os derivativos. O elevado fluxo de divisas e a sobrevalorização da moeda contribuem para a desindustrialização e reprimarização da pauta de exportações do país.

Segundo Paulani (2013), a histórica utilização da poupança externa como base para o processo de desenvolvimento econômico do país assume, em um cenário de financeirização, uma característica mais atual, sofisticada e perversa no sentido do aprofundamento do grau de dependência e subordinação do Brasil ao centro de acumulação de capital rentista. A perpetuação desse mecanismo garante não apenas a captura do excedente e a valorização do valor dos capitais externos, em detrimento dos capitais e do trabalho sediados no país, mas contribui para a consolidação de um estado de indigência tecnológica que reiteradamente reproduzido, impede o descolamento da economia nacional de uma posição de subordinação.

A análise de Soto (2013) é convergente com a de Paulani (2013) e reafirma a tese de que a internacionalização do rentismo e a estratégia de desenvolvimento baseada em poupança externa e estabilidade macroeconômica estrita afetam o processo de financiamento da atividade produtiva nos países periféricos da América latina terceirizando e reprimarizando a sua produção.

Este autor estuda a difusão de instrumentos financeiros por empresas privadas e entidades públicas e aponta as modificações fundamentais operadas no sistema financeiro Latino Americano sob a forma de desregulação e alteração de seu padrão funcional.

A utilização de mecanismos contábeis criativos, ou engenharia de finanças, pelas tesourarias de grandes empresas financeiras e não financeiras torna-se uma estratégia comum utilizada para redução no cálculo de impostos devidos. As estratégias mais comuns adotadas por grandes agentes econômicos no cenário atual de financeirização são as reservas prudenciais ou contas fictícias e as projeções de taxas futuras ou valor hipotético na constituição de valores de títulos atuais.

As reservas prudenciais consistem no registro em contas separadas de uma parte dos lucros atuais para compensação de possíveis perdas futuras com derivativos de longo prazo. Esses expedientes utilizados de forma conjugada permitem aos operadores de tesouraria manipular o perfil de lucro e perda das empresas de forma a adaptá-lo a um balanço contábil fictício.

Soto (2013) menciona exemplos de mudanças estruturais operadas nos sistemas financeiros de países da América Latina como o caso do Chile onde a privatização de seu sistema de aposentadorias contribuiu para financiar atividades do setor privado expondo a poupança de trabalhadores a atividades financeiras de alto risco assim como o caso do México que permite que

os recursos das aposentadorias sejam investidos em mercados de derivativos criando um ambiente onde se estabelece a privatização de ganhos financeiros e a socialização de possíveis prejuízos por meio do orçamento público.

Grün (2009) traz a análise da financeirização para a formação social brasileira e para o campo da sociologia econômica e sociologia das elites. Seu trabalho publicado em 2009 não se refere diretamente à crise financeira de 2008, mas, ao contrário, discorre sobre as relações sociais entre os protagonistas do processo de financeirização da economia brasileira em um cenário de bonança vivido pelo país na primeira década dos anos 2000 caracterizado pela queda do risco Brasil, valorização do Real frente ao Dólar estadunidense, quedas discretas mas constantes das taxas básicas de juros, investimentos maciços de fundos de *Private Equities*⁸³ na agroindústria canavieira e balanço de pagamentos com o exterior superavitário.

Entre as mudanças relevantes com impacto nas atividades financeiras ocorridas até 2007 no Brasil destacam-se o alongamento de prazos de carência para os fundos de investimentos, permitindo aos seus gestores o estabelecimento de estratégias mais amplas e o crescimento do volume de negócios na Bolsa de Valores Mobiliários de São Paulo – BOVESPA, alçada de uma condição irrelevante nos anos 1990 para a de virtual centralizadora dos negócios bursáteis na América latina em 2007.

Grün (2009) desenvolve sua argumentação em torno da antinomia, pautada no interior do campo financeiro, entre os Fundos de Pensão tradicionais de empresas públicas movidas pelo *ethos* da Governança Corporativa e os *Private Equities* imbuídos de uma atitude agressiva na gestão de ativos e dispostos a avançar sobre os setores mais rentáveis da economia. Essa antinomia seria também a experimentada entre seus gestores representados de um lado por sindicalistas recém-chegados ao campo financeiro e jovens financistas oriundos de escolas de negócios dos Estados Unidos.

No campo político, um primeiro embate entre os polos dessa antinomia havia transcorrido na disputa pelo controle das empresas públicas privatizadas no setor de telecomunicações na década de 1990 com os dois grupos, associados no controle proprietário, se hostilizando publicamente. Os gestores dos *Private Equities* acusando os Fundos de Pensão de serem uma nova faceta do

⁸³ Fundos que direcionam investimentos em empresas de médio porte com potencial de crescimento, mas ainda não listadas em bolsa. Sua estratégia, em geral, obedece a uma lógica de entrada e saída com a compra de participação, reestruturação da empresa segundo padrões financeiros e venda de participação, com realização de lucro, em bolsa de valores.

corporativismo estatal brasileiro e sendo acusados de personificarem o novo capitalismo selvagem de base financeira que precisaria ser controlado e debelado. Na ocasião, os fundos de pensão, embora contribuindo com a maior parte dos recursos para a compra das empresas, foram alijados da sua gestão estratégica, depois de privatizadas, em favor dos administradores dos *Private Equities* associados, considerados mais modernos, dinâmicos e arrojados na capacidade de aproveitar as oportunidades de investimento oferecidas pelo mercado.

Grün (2009) vê nessa disputa a expressão de uma questão maior relacionada com a centralidade assumida pelo campo financeiro na confrontação com os demais setores da economia do país.

Os Fundos de Pensão geridos por sindicalistas e revestidos pelo *ethos* da governança corporativa, contribuíram, ao seu modo, para o avanço da financeirização a partir do apoio a iniciativas de expansão dos serviços financeiros formais para os estratos menos privilegiados da população como a explosão do crédito subsidiado, a tentativa de bancarização universal através do Banco Postal e a extensão das iniciativas de crédito solidário e cooperativo⁸⁴. Grün (2009) considera que essa *financeirização de esquerda*⁸⁵ teve papel importante na consolidação do domínio das finanças sobre o conjunto da economia do país a partir dos anos 2000.

Outro aspecto relevante, no plano sociológico, mencionado por Grün (2009) foi o entrelaçamento ideológico e estratégico entre os Fundos de Pensão e os estabelecimentos tradicionais, como grandes bancos comerciais e empresas de seguros que cultivam a responsabilidade social e a sustentabilidade como forma de aumentar a legitimidade e o reconhecimento das empresas envolvidas com atividades financeiras.

Os fundos de empresas públicas brasileiras apresentam ainda uma dupla face ao emular seu congênere sediado nos Estados Unidos, CALPERS - *California Public Employees Retirement System*, naquilo que se pode apresentar para o mercado financeiro como sinônimo de eficiência alocativa de recursos associada ao sentido social da governança corporativa e, para o meio sindical, destacar a referência europeia, em particular a francesa do *Épargne Salariale*, apresentada como uma alternativa coletivista e politicamente mais defensável do que os sistemas estadunidenses.

⁸⁴ Ver Lavinias (2015).

⁸⁵ Considerando que a coalizão política no executivo federal à época era liderada pelo Partido dos Trabalhadores (PT).

Por outro lado, os fundos *Private Equity*, emprenhados no mesmo objetivo estratégico de aumentar a sua legitimidade social patrocinam projetos de intervenção na educação básica nos quais preconizam o uso de incentivos à produtividade entre alunos e professores nos moldes do que se pratica no mercado financeiro entre os gestores de fundos de investimento. Sua meta seria a obtenção de um nível mais elevado de desempenho escolar.

Grün (2009) considera que o escopo dessa disputa assume a dimensão de uma *guerra cultural* onde gradualmente as investidas dos *Private Equities* no mercado financeiro são transmutadas de simples aventuras irresponsáveis, ou mesmo chantagens explícitas feitas por escroques, para a categoria de inovações nas estratégias de investimento financeiro desenvolvidas por visionários e homens de negócio *brilhantes*⁸⁶. O transcurso desse processo segue em direção a um entrelaçamento dos personagens e do seu espaço de atuação comum sob a denominação de *campo financeiro* no sentido utilizado por *Pierre Bourdieu*⁸⁷. Nesse campo, querendo ou não, detestando-se e invejando-se mutuamente, os grupos inseridos no espaço financeiro acabam estabelecendo uma relação de cooperação objetiva e um estado de equilíbrio dinâmico.

Em síntese, Grün (2009) considera que a introdução de novos instrumentos financeiros na formação social brasileira a partir dos anos 1990 e seu desdobramento nos governos de esquerda a partir de 2003 é um fenômeno bem mais amplo e complexo no plano sociológico do que a simples adoção de um nível de racionalidade econômica e financeira mais elevada que no passado, levando a alterações de posições relativas no campo econômico, no campo sindical e também no campo do poder político.

2.2.2 A financeirização e as políticas sociais

A consequência mais direta da socialização dos possíveis prejuízos dos quotistas de fundos de investimento financeiro por meio do orçamento público no Brasil é o empenho de valores

⁸⁶ Esse adjetivo foi atribuído a um dos mais notórios representantes dos fundos, o banqueiro Daniel Valente Dantas, por duas destacadas lideranças políticas da década de 1990 responsáveis pela política de privatização de empresas públicas: Antônio Carlos Magalhães e Fernando Henrique Cardoso.

⁸⁷ Refere-se às formulações desenvolvidas por *Bourdieu* sobre estruturas objetivas no mundo social que podem coagir a ação dos indivíduos. *Bourdieu* considerava que essas estruturas são construídas socialmente e rejeitava a dicotomia subjetivismo/objetivismo nas ciências humanas, dizendo que as relações sociais estão numa relação dialética. A estrutura social referida por Grün em seu artigo é denominada *campo financeiro*. Grün foi aluno de Bourdieu na França.

elevados nas rubricas relacionadas com o serviço da dívida pública e o seu corolário que é a compressão das despesas públicas com políticas sociais.

Pochmann (2007) trata dessa questão e evidencia as especificidades do caso brasileiro na sua relação com o ciclo de financeirização da riqueza que favorece uma diminuta parcela de detentores de títulos da dívida pública em detrimento do conjunto da população de menor renda e desassistida de políticas sociais progressivas.

Sua argumentação é convergente com a de Bruno *et alii* (2011), Medialdea (2013) e Paulani (2013) na descrição do processo de crise fiscal da década de 1980 seguida da adoção de políticas neoliberais com ênfase no processo de financeirização da economia sustentado fundamentalmente pelo endividamento do Estado. A combinação de estabilidade monetária com valorização de ativos financeiros a partir de 1990 interditou a retomada de um projeto desenvolvimentista produtivo nacional.

Pochmann (2007) interpreta a evolução recente do padrão de gasto social do Governo Federal e do ajuste fiscal implicado, utilizando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE e da Secretaria do Tesouro Nacional.

A liberação da conta de capitais ocorrida em 1992 permitiu o aumento da circulação internacional do capital detido pelas classes de renda mais altas de forma a aumentar o seu descolamento de qualquer compromisso com o investimento produtivo nacional. Desde 1990 até 2004 a renda do trabalho perdeu cinco pontos percentuais em sua participação relativa na renda nacional, enquanto a renda do capital permaneceu relativamente estável. Nesse mesmo período a participação dos tributos cresceu seis pontos percentuais e o peso relativo dos gastos com juros cresceram quatro pontos percentuais na renda nacional resultando na apropriação de um montante de R\$841 bilhões pelos proprietários de títulos da dívida pública em 2004.

Na comparação dos gastos sociais com o serviço da dívida verifica-se que, no ano de 2005, a despesa real e *per capita* com encargos da dívida pública cresceu 7,96%, um crescimento anual de 7,4 vezes maior que a expansão do gasto social do Governo Federal. A rubrica saúde em particular teve um crescimento de 1,22% em 2005 em relação ao ano anterior em uma proporção bem inferior à despesa financeira.

O mecanismo recorrente de ajuste fiscal no Brasil adota, segundo Pochmann (2007) as seguintes estratégias típicas: contingenciamento na liberalização de recursos para a área social, descentralização do gasto federal para entes subnacionais e reconcentração da receita na União, privatização do setor público e corte no gasto público, elevação da carga tributária e desvinculação de receitas públicas de seu mínimo obrigatório.

Um dado importante registrado por Pochmann (2007) se refere ao aumento do superávit primário do governo na área social de 0,4% em 1995, para 2,4% do PIB, em 2004. Isso significa que o superávit primário social federal representou 33,1% do total de 128,3 bilhões de reais (7,26% do PIB) comprometidos com o pagamento de juros da dívida pública do ano de 2004. No caso da saúde a transferência de 11,3 pontos percentuais do gasto nacional da saúde da União para estados e municípios não foi acompanhada, no mesmo ritmo e sentido, da descentralização da receita pública entre 1995 e 2004.

Pochmann (2007) considera que as despesas financeiras do orçamento público, além de improdutivas deprimem os mecanismos de geração de novos postos de trabalho e funcionam como um instrumento extremamente regressivo de distribuição de renda que, ao lado da igualmente regressiva política tributária consolidam a reprodução dos níveis históricos de desigualdade de renda no país.

A questão da assistência à saúde se destaca entre as políticas sociais no Brasil pela contradição patente entre a letra do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde que colocam o SUS como um sistema público de acesso universal financiado por recursos do orçamento e o padrão histórico de subfinanciamento setorial verificado na prática.

Mendes & Marques (2009) reconstituem a trajetória histórica da institucionalização do financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS e do Orçamento da Seguridade Social - OSS, prejudicados pelas condições macroeconômicas no período entre 1990 e 2000 e depois disso pelos efeitos da atual voga financeirizada da economia global.

Três momentos destacados no estabelecimento do nível histórico de subfinanciamento do SUS são a situação verificada entre 1989 e 1990 quando os recursos do FINSOCIAL não foram destinados integralmente ao financiamento da Seguridade Social como determinado pela Constituição Federal e, depois disso, em 1993, quando a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)

estipulava que 15,5% do total arrecadado a título de contribuições deveriam ser repassados para a área da saúde e não foi efetuado nenhum repasse para a saúde em maio de 1993 sob a justificativa de problemas de caixa na Previdência Social. Em 1994 foi criado o Fundo Social de Emergência, posteriormente denominado Desvinculação de Recitas da União – DRU, que definiu o contingenciamento de 20% da arrecadação das contribuições sociais com desvinculação de sua finalidade e disposição para uso discricionário do governo federal.

Mendes & Marques (2009) consideram que a situação instaurada a partir da crise fiscal da década de 1980 resultou no abandono do projeto desenvolvimentista e em uma aliança estratégica da política econômica com os interesses globais do rentismo.

Pesquisadores envolvidos com o estudo de políticas sociais também têm associado o novo padrão de riqueza sistêmica representado pelo espalhamento da *dominância financeira* com a utilização do orçamento público como ativo garantidor de última linha para a concessão de crédito consignado a assalariados (LAVINAS, 2016). Tratam também (FINE, 2009) do desenvolvimento recente, pós crise 2007/2008, de políticas sociais elaboradas em um ambiente dominado pela ideologia neoliberal como resposta aos efeitos disfuncionais do fenômeno global da financeirização ou ainda dos mecanismos financeiros de securitização de hipotecas de imóveis residenciais como estratégias de expansão das fronteiras de acumulação capitalista para espaços antes preservados desse tipo de atividade conferindo extraordinária liquidez a bens de raiz como as moradias e as políticas habitacionais (BRYAN; RAFFERTY, 2014).

O ponto de partida utilizado por Lavinias (2015) para o estudo da financeirização nas políticas sociais do Brasil é a sua crítica à adoção pelo governo de um modelo de crescimento econômico, a partir de 2004, denominado de *convenção pelo crescimento com consumo de massa* ao invés de uma fórmula baseada no princípio do *crescimento com redistribuição*.

Lavinias (2015) aponta o ineditismo da estratégia de articulação entre políticas sociais de pagamento de benefícios pecuniários condicionais e expansão da concessão de créditos para trabalhadores de baixa renda como alavanca para o crescimento do mercado de consumo interno. A autora identifica um fato novo relevante no nível de coordenação estabelecido entre macroeconomia e políticas sociais em geral pelo novo governo a partir de 2004.

A política de aumento incremental do poder de compra do salário mínimo, sua vinculação ao piso de aposentadorias e pensões e a ampliação do universo de beneficiários dos Benefícios de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) não seriam suficientes para alimentar um ciclo de crescimento econômico de longo prazo com consumo de massa sem o desenvolvimento de mecanismos de engenharia social que articulassem o acesso ao mercado financeiro para grupos desprovidos de colaterais em garantia à concessão de crédito individual. Para esses grupos, o Orçamento Público, pagador dos benefícios e avalista da política de valorização do salário passou a ser o garantidor de última linha. A criação do crédito consignado para detentores de emprego formal ou beneficiários da previdência ao lado da regulamentação do microcrédito ao consumo em geral seriam o complemento para assegurar o desfecho do objetivo traçado de crescimento com consumo de massa.

Ao analisar a composição do gasto social cotejando as transferências monetárias com o investimento direto em infraestrutura pública assistencial Lavinias (2015) identifica uma distorção que se expressa na universalização dos mecanismos de crédito *vis a vis* as patentes restrições na ampliação do acesso a água encanada, saneamento adequado, acesso a saúde e educação de qualidade, moradia e segurança estabelecidos pela Seguridade Social na Constituição de 1988.

Ao invés de fortalecer a oferta pública, o superávit orçamentário obtido para uso discricionário do governo é realizado às expensas do *Orçamento da Seguridade Social* por meio da perpetuação do mecanismo de *Desvinculação de Receitas da União* (DRU). A opção pelas transferências monetárias e créditos ao consumo traz implícita a compressão no investimento social para oferta de serviços desmercantilizados de saúde, educação, assistência social e previdência.

O aumento no nível de endividamento das famílias com despesas financeiras e a continuidade da expansão das políticas de concessão de crédito a juros mais altos para rolagem de dívidas não quitadas constitui, segundo Lavinias (2015) uma das faces da financeirização das políticas sociais no Brasil que resulta, ao final, em um mecanismo de transferência de renda dos trabalhadores para os detentores de ativos financeiros. Mais ainda quando se sabe que uma parte importante desses recursos emprestados é utilizada para pagamento de serviços de relevância pública como assistência à saúde e educação e não apenas para a compra de bens de consumo.

As alternativas apontadas por Lavinias (2015), envolvem a retomada do investimento público e a elevação do gasto social na provisão de serviços e bens públicos como estratégia de fomento à

coesão social e desvinculação das políticas sociais dos objetivos econômicos financeiros de curto prazo inerentes ao mercado de consumo.

Para que esse objetivo político possa se realizar, a autora defende a promoção de uma reforma tributária que eleve a progressividade do sistema e resolva problemas estruturais relacionados com o fato de que os mais pobres, com maior propensão ao consumo, são os que mais contribuem, proporcionalmente, com a carga de impostos baseada em tributos indiretos. Em outras palavras, são os principais financiadores do orçamento público.

Defende também como pré-requisito para a preservação das políticas sociais e sua desvinculação do esquema geral de financeirização do orçamento público, a revisão das políticas de isenções fiscais operadas nos últimos cinco anos que, segundo Lavinias (2015), comprometem cerca de 25% das receitas do governo e representam 4,5% do PIB.

Fine (2009) trata do desenvolvimento recente, pós crise 2007/2008, de políticas sociais elaboradas em um ambiente dominado pela ideologia neoliberal como resposta aos efeitos disfuncionais do fenômeno global denominado *financeirização*. O pressuposto é que a crise atual, ao produzir algum grau de deslegitimação do ideário neoliberal poderia eventualmente produzir um movimento pendular em direção a políticas sociais mais comprometidas com a visão do *Estado de Bem-Estar Social*, entretanto, evidências recentes apontam, ao contrário, uma contínua subordinação das políticas sociais em escala global aos imperativos da financeirização na linha do que apresenta o trabalho de Lavinias (2015) referido acima.

Fine (2009) argumenta que esse fato é decorrência da hegemonia neoliberal definida por ele como uma composição caótica e mutável de ideologia, conteúdo acadêmico e prática política institucional cujo fio condutor tem sido a promoção e a defesa da financeirização com impacto direto sobre as políticas sociais. Mesmo no atual ambiente de crise, a hegemonia neoliberal tem erodido a capacidade de formulação de alternativas que vinculem as metas de desenvolvimento com a consolidação do *Estado de Bem-Estar Social*.

Entretanto, segundo Fine (2009), se é clara a relação indissociável entre neoliberalismo e financeirização, ao mesmo tempo, é preciso evidenciar a natureza complexa, composta e multifacetada daquilo que, de uma forma reducionista, se poderia denominar simplesmente neoliberalismo.

A suposta crise de legitimidade do neoliberalismo expõe pelo menos duas de suas características definidoras mais amplamente reconhecidas que são o seu caráter regressivo, concentrador de renda e sua valorização de estratégias de mercado baseadas em responsabilização individual ao invés de políticas sociais compensatórias financiadas pelo fundo público.

De fato, o que ocorreu no auge da crise financeira de 2007/2008 foi uma extensiva intervenção estatal voltada para a sustentação do sistema financeiro atrelada a uma ampla recessão em escala global ainda de duração incerta.

Fine (2009) problematiza uma possível interpretação simplista desse fenômeno que tomaria o paradoxo apresentado acima como o fim da hegemonia neoliberal e sugere que, ao contrário, pode-se vislumbrar a partir daí uma reinvenção da natureza composta do neoliberalismo às expensas das políticas sociais⁸⁸.

As questões relativas à utilização do neoliberalismo como categoria de análise totalizante têm sido discutidas desde antes da crise atual e ponderam que quando se interroga a realidade local nem sempre é possível distinguir claramente a prevalência desse viés entre os agentes institucionais implicados com políticas sociais.

Em outras palavras, a armadilha simplista que opõe *neoliberalismo* a *Estado de Bem-Estar Social* pode obscurecer a nossa capacidade de dar visibilidade às questões-chave operadas a nível local, em tese situadas no polo oposto ao neoliberalismo, mas, na prática representativas de uma estratégia de aprofundamento de sua hegemonia sobre todos os aspectos da vida social.

De forma mais específica, mas ainda no plano teórico, Fine (2009) apresenta duas questões correlatas e relacionadas com a nebulosidade implícita na dicotomia reducionista entre neoliberalismo/financeirização *versus* Estado de Bem-estar Social apresentada acima.

A primeira refere-se à natureza complexa e multifacetada do neoliberalismo de tal forma a considerar que tal heterogeneidade seria um limite a quaisquer esforços possíveis de caracterização que seja aceitável e útil. A comparação reiteradamente imputada ao longo dos últimos 30 anos com o marco Keynesiano precedente virtualmente jogou fora junto com a turbidez da água do banho o bebê neoliberal já bem desenvolvido e toda a sua complexidade.

⁸⁸ A respeito dessa discussão ver a referência feita a Bresser Pereira acima.

A segunda questão refere-se a uma postura estratégica que pode considerar o neoliberalismo como descritor a ser contestado, e, portanto, implicitamente legitimado no plano teórico, ou simplesmente rejeitado como uma cortina de fumaça que, ao invés de explicar produz nebulosidade. Nesse sentido, o futuro possível das políticas sociais consistiria em tomar o neoliberalismo como ponto de partida para descritores mais ajustados ou simplesmente como elemento desprovido de potência heurística a ser desprezado.

Fine (2009) propõe o enfrentamento dessa disjuntiva de forma ponderada considerando simultaneamente aspectos do neoliberalismo que de fato podem ser utilizados como chaves explicativas úteis e outros que devem ser estrategicamente rejeitados como produtores de nebulosidade.

Um primeiro e fundamental aspecto do neoliberalismo a ser considerado é a expansão e promoção da atividade financeira verificada empiricamente nos últimos anos em uma dimensão que vai muito além da mera proliferação dos mercados financeiros e sua correspondente atividade especulativa para um leque amplo de atividades associadas tanto à reprodução econômica como social ao longo do período neoliberal.

Assim, o conceito de financeirização pode ser considerado não apenas como revelador do grande peso das finanças no conjunto da economia, ou seja, em sua dimensão macroeconômica, mas também em relação ao escopo e alcance desse padrão de acumulação na vida social. É certo que à explicação da financeirização como mera hipertrofia do setor financeiro pode-se atribuir grande parte do contraste imputado ao neoliberalismo com a forma pretérita Keynesiana.

Entretanto a relação entre financeirização e políticas sociais não pode ser tomada como globalmente uniforme nem se pode fazer uma transposição direta e automática entre esses dois campos. Por outro lado, pode-se afirmar que este entrelaçamento avançou mais onde o privado deslocou o provimento público e, conseqüentemente incorporou ao mercado financeiro as políticas habitacionais e o pagamento de pensões, rubricas de maior peso financeiro na área social.

Da mesma forma, se a privatização tem o potencial de induzir mais financeirização a partir de seus ativos, há uma variação na forma como os ganhos especulativos se relacionam com a base

da atividade produtiva em diversos setores como, por exemplo, habitação e assistência à saúde, dependendo da forma como se dá o provimento desses serviços.

Fine (2009) considera que a privatização em geral e, em particular no provimento de políticas sociais, simultaneamente sustenta e é promovida pelo fenômeno da financeirização tanto direta como indiretamente. Há então uma relação inequívoca entre os dois fenômenos.

Em uma perspectiva histórica, Fine (2009) considera que a hegemonia neoliberal transitou por uma primeira fase de *shock* representada exemplarmente pela guinada das economias da Europa Oriental em direção a práticas de mercado sem qualquer gradualismo ou aferição de possíveis consequências sociais e evoluiu para uma segunda fase, nos anos 1990, a partir da necessidade de dar respostas às disfuncionalidades produzidas pelo *shock* inicial. Essa demanda por ajustes veio a se consolidar com a crise financeira de 2007/2008 e suas repercussões globais. A partir daí se configura um imperativo de prover sustentabilidade ao processo de financeirização.

Prova disso é o nível de comprometimento do fundo público empenhado na salvação do sistema financeiro em crise quando em passado recente esse mesmo fundo não estaria disponível para viabilizar saúde, educação e bem-estar social, mas, ao contrário, essas rubricas eram apresentadas como despesas insustentáveis para o orçamento público.

Paradoxalmente a segunda fase do neoliberalismo, a partir dos anos 1990, pode ser apresentada, e é apresentada por agentes políticos e agentes de governo, como uma reação ao próprio neoliberalismo ou como uma anódina terceira via associada a políticas sociais. Essa interpretação reforça a tese de que é preciso aprofundar o conhecimento sobre a partição dos diversos elementos constituintes do neoliberalismo no que se refere à produção de conhecimento acadêmico, construção de ideologia, implementação de políticas públicas e no seu reconhecimento como chave explicativa da realidade. Esses elementos não se apresentam necessariamente como um bloco monolítico onde um se liga naturalmente ao outro, mas há trocas e contradições expressa ao longo do tempo, em diferentes regiões e com relação a temas específicos.

Como regra geral, entretanto, as políticas de ajuste da segunda fase tendem a reforçar e não a revogar as deliberações originais do consenso de Washington.

Fine (2009) faz uma crítica à transposição generalizada de referências teóricas sobre o *Welfare* elaboradas por autores imersos na realidade dos países centrais como *Esping-Andersen*⁸⁹. Argumenta que tal extrapolação não é sensível às variações observadas entre os diversos países, em particular aqueles do Sul Global e pondera que é preciso estar atento a contradições que subsistem a análises comparativas simplificadas.

A mercantilização e a (des) mercantilização das ações de política social têm um impacto sistêmico que pode ser mutuamente contraditório. Programas habitacionais subsidiados podem fomentar o desenvolvimento de empreiteiras que operam com orçamentos financeirizados e a ampliação do acesso a assistência à saúde para trabalhadores via financiamento público pode resultar em expansão da rede de prestadores privados dependendo de como é efetivamente prestado o serviço e por quem.

A análise de Fine (2009) converge para o argumento de que a emergência da crise global tem a virtude de dar visibilidade a determinadas contradições estruturais e abrir possibilidade antes não vislumbradas. A dimensão inédita do aporte de recursos públicos para o sistema financeiro e a agilidade com que se deu essa transferência é sincrônica com o fato de que apenas 5% desse recurso seriam suficientes para prover água potável para pelo menos $\frac{3}{4}$ da população urbana mundial.

Simultaneamente o prognóstico da hora é que, como resposta à crise, se espera que dois temas sejam colocados na linha de frente das políticas sociais em escala global: pensões e transferências condicionadas de renda.

As políticas de privatização do provimento de pensões evoluíram lentamente a partir do consenso de Washington apenas por que foi preciso dar alguns passos preliminares à consecução desse objetivo estratégico.

A partir de 1994 com a publicação pelo Banco Mundial do documento *Averting the Old Age Crisis*⁹⁰ marca um divisor de águas na postura do banco. O modelo experimental chileno foi flexibilizado e assim viabilizado para um leque maior de países com a manutenção dos princípios

⁸⁹ Refere-se a *Gosta Esping-Andersen*, cientista social dinamarquês radicado no sul da Europa que estuda o Estado de Bem-estar Social nas sociedades capitalistas modernas (ver: ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do *welfare state*. *Lua Nova* no.24 São Paulo Sept. 1991).

⁹⁰ Este documento vincula fenômenos demográficos relacionados com o envelhecimento da população e o declínio nas taxas de natalidade nos países centrais com o financiamento de aposentadorias e pensões pelo fundo público. Ver texto integral em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/973571468174557899/Averting-the-old-age-crisis-policies-to-protect-the-old-and-promote-growth>

básicos de provimento estatal de uma pensão mínima baixa, asseguração obrigatório em contas privadas individuais e complementação opcional por previdência complementar privada. A expansão desse modelo colidiu com a crise financeira de 2007/2008 e resultou em cortes de até 20% no valor das pensões de trabalhadores e de aposentados. Fundos de pensão tiveram perdas de 8 a 50% em seu portfólio de investimentos e, assim como os bancos, passaram a expor seus clientes os riscos inerentes ao processo de financeirização.

A mudança observada recentemente na retórica do Banco Mundial no sentido de advogar um foco maior no provimento de pensões via fundo público deve ser analisada com reservas e pode ser entendida como um ajuste conjuntural que não revoga os princípios estabelecidos previamente como meta global.

As transferências condicionadas de renda por sua vez, servem, para o Banco Mundial, como um instrumento ideal de resposta à segunda fase do neoliberalismo em crise. Embora consideradas como uma resposta imediata e necessária, sua vinculação com a expansão do provimento de políticas sociais permanentes não está assegurada como mostra o trabalho de Lavinias (2015) referenciado acima.

2.2.3 A financeirização da vida cotidiana

Há, nas Ciências Sociais, uma revisão feita por Deutschmann (2011) que situa os limites da financeirização no âmbito das análises sociológicas da crise financeira recorrente ao longo dos anos 2000. Embora este autor tenha também selecionado e analisado trabalhos que tratam da crise fundamentalmente como produto de falhas gerenciais e administrativas nos sistemas de regulação ou como fruto da histórica instabilidade característica dos mercados financeiros, o seu interesse recai sobre a *dominância financeira* como fato social de ampla repercussão e sobre a teorização de um modelo multi nível da dinâmica capitalista apoiado em dados empíricos que pode ser útil.

A tese de Deutschmann (2011) sustenta que a precedência de fundos de investimento na formulação de estratégias corporativas no grande circuito de acumulação tende a ampliar o quinhão de ganhos de capital direcionado aos acionistas com visão de curto prazo e aos rentistas.

Entretanto, essa dominância financeira convive obrigatoriamente com os limites impostos pela economia real à qual, em última instância, todos os processos de acumulação estão acoplados.

Como resultado, se estabelece um ambiente econômico e político com nível de tensão e instabilidade institucional elevados como se observa nos desdobramentos da grande crise de 2007/2008. A tendência configurada é de exportação das contradições desse novo padrão sistêmico de riqueza para o orçamento público, transformando a crise financeira em uma crise fiscal dos Estados Nacionais com imposição de restrições às rubricas relacionadas com políticas sociais que, na prática, são formas indiretas de salário para trabalhadores.

A multiplicação de relatos de casos envolvendo grupos populacionais, programas corporativos ou governamentais específicos ou ainda indivíduos em situação de vulnerabilidade afetados pelo processo de espalhamento da dominância financeira na vida cotidiana envolve situações experimentadas em países do centro e da periferia do circuito econômico global.

O caminho em direção à financeirização passa, no caso das unidades assistenciais originalmente sob a esfera do Estado, pela privatização dessa rede de organizações com impactos diretos sobre a vida cotidiana das populações assistidas e dos trabalhadores que prestam o atendimento.

A mudança de nível na observação empírica com foco ajustado nos fenômenos decorrentes do espalhamento da *dominância financeira* em todos os recessos da vida social encontra na produção acadêmica recente algumas análises descritivas que se aproximam do nosso objeto de interesse relacionado com as políticas sociais de saúde e reúnem em um mesmo substrato a noção de *articulação público/privada*, desenvolvida no capítulo anterior, e o conceito de *dominância financeira*.

Abramovitz & Zelnick (2015), considerando que nos últimos trinta anos houve uma predominância de políticas de restrição de gastos públicos e privatização de serviços essenciais nos Estados Unidos, analisam sob uma perspectiva histórica o processo de privatização e seus estágios descrevendo a operacionalização e implantação dessas mudanças na linha de frente do atendimento ao público. Trata-se de um estudo de escopo limitado a instituições públicas e privadas não-lucrativas localizadas na cidade de Nova Iorque.

A análise desses autores contempla as alterações estabelecidas no padrão de articulação público/privado ao longo da linha do tempo em três estágios distintos, mas não mutuamente

excludentes. O primeiro se refere à mercadorização dos benefícios oferecidos pelos serviços assistenciais, o segundo à introdução de práticas gerenciais típicas do mundo dos negócios nas agências públicas e o terceiro à financeirização ou importação da lógica inerente aos investimentos financeiros para a prestação de serviços públicos. Tomados em conjunto, esses três estágios definem um novo *modo de ser* da relação entre Estado e mercado nos serviços assistenciais.

A fusão do segundo e terceiro estágios representados pelo gerencialismo de negócios e pela financeirização respectivamente têm o condão de criar um *mercado*⁹¹ de prestação de serviços de relevância pública que assegura, de fato, um aumento no faturamento das empresas privadas atuantes enquanto agrega ao patrimônio imaterial dessas empresas um ativo que as qualifica como instituições, elas mesmas, de relevância pública segundo a visão de senso comum.

Estudos antropológicos têm descrito a utilização da oferta de mecanismos financeiros como estímulo para a adoção de crianças filhas de pais falecidos com HIV residentes em orfanatos, por novas famílias na África meridional (GOLOMSKY, 2015), outros têm revelado a utilização de estímulos financeiros como mecanismo de indução da subutilização de serviços de saúde por meio de um processo dissimulado de responsabilização do indivíduo sobre o seu próprio adoecimento em Porto Rico e nos Estados Unidos (MULLIGAN, 2015; O'KEEFE, 2016).

Novos modelos de produção da indústria farmacêutica têm sido descritos como decorrência da financeirização global e envolvem a aquisição pela indústria de redes de comércio varejista de drogas e a vinculação do sucesso na venda de fármacos com o preço das ações das empresas que as produzem e comercializam (MONTALBAN; SAKINÇ, 2013).

Iriart, Franco & Merhy (2011) trazem a discussão sobre financeirização para o interior do campo da assistência à saúde tratando da conversão de pacientes em consumidores de produtos e serviços expostos à biomedicalização e ao proselitismo biopedagógico que, de forma sutil se apresenta como um mecanismo de empoderamento dos indivíduos sobre sua própria condição de saúde. O exemplo da judicialização das políticas de saúde verificado no Brasil é utilizado como ilustração.

⁹¹ Consideramos importante destacar as ressalvas necessárias à utilização do termo *mercado* no ambiente de trocas de bens e serviços de relevância pública sempre articulados com a estrutura do Estado, mesmo quando envolve agentes privados.

A financeirização da economia estadunidense ganha expressão particular no setor saúde daquele país desde meados dos anos 1970 quando companhias seguradoras e administradoras de fundos mútuos e fundos de pensão expandem suas oportunidades de negócios para diferentes países e também para diferentes setores da economia inclusive o setor saúde.

O modelo de produção de serviços de saúde, em grande medida controlado pela indústria farmacêutica e de equipamentos até os anos 1980 era tradicionalmente dependente do consumo incremental de medicamentos, serviços e equipamentos para geração de lucro operacional. Esse modelo passa a ser confrontado com a lógica da financeirização no controle das empresas de planos de saúde que lucra com a restrição ao consumo de tratamentos mais caros. A partir dos anos 1990, conceitos como controle de custos, responsabilização individual, custo-efetividade na assistência, manejo de casos e coordenação do cuidado passaram a circular no campo da assistência subordinando decisões clínicas a processos administrativos.

Na disputa entre o modelo favorecido pelo sobre consumo e o modelo voltado para geração de lucro nas empresas de planos de saúde por meio de restrição ao consumo de produtos e serviços surgiram estratégias de mercado contraditórias como o desenvolvimento de protocolos para diagnóstico de novas patologias, e sobre diagnóstico de outras, além da pressão pela aprovação de tratamentos experimentais pagos pelos sistemas públicos ou por planos de saúde ligados a empresas em conjugação com a estratégia de transformação de pacientes em consumidores ávidos por novos produtos e serviços. No Brasil, uma face importante desse fenômeno é expressa pela judicialização da saúde.

Os autores consideram que as disputas judiciais pela aprovação de tratamentos que envolvem o uso de medicamentos pagos pelo SUS ou por empresas de planos de saúde no Brasil são parte de uma estratégia global da indústria farmacêutica e de equipamentos para assegurar a demanda por seus produtos em um ambiente de restrição de gastos públicos e onde empresas de planos de saúde são controladas pela lógica da financeirização. Esse tipo de fenômeno seria parte de uma contradição instaurada entre os agentes econômicos controladores do setor saúde na sua vertente de produção de produtos industriais e na intermediação da assistência dominada pela lógica de restrição ao consumo para maximização de ganhos.

Na Europa, um dos principais elementos apontados pelos gestores de sistemas públicos de saúde para o aumento dos custos na assistência tem sido as despesas com medicamentos (HESPANHA, 2017).

A discussão teórica sobre financeirização ganhou novos elementos empíricos a partir da observação da crise instaurada nos mercados financeiros dos países centrais em 2008 a partir dos Estados Unidos. Essa crise rapidamente afetou a zona do Euro e especialmente os países situados na sua periferia, ameaçando os sistemas de proteção social e aumentando o nível de desigualdades entre indivíduos e populações.

De Vogli (2014) examina as consequências da crise na Eurozona no que se refere à saúde e às iniquidades em saúde e considera como causas principais desse processo a voga ideológica neoliberal, a financeirização e a presença de iniquidades na distribuição de riquezas. Ele não aceita a explicação ortodoxa veiculada pelo *maistream* corporativo que atribui a instauração da crise à corrupção governamental, erros na condução das finanças públicas ou ineficiências alocativas verificadas no mercado de trabalho na zona do Euro.

O exame dos dados comparativos sobre a recorrência de crises financeiras em uma linha do tempo com a existência de mecanismos de regulação extra mercado e a concentração de riqueza mostram que, com exceção do período entre as décadas de 1940 e 1970, quando vigorou o modelo estabelecido pelo pacto do pós guerra, o que prevalece é a vigência de crises financeiras recorrentes de intensidade cada vez maior e uma relação direta entre a incidência dessa crises e um aumento na concentração de riqueza no topo da pirâmide de renda, especialmente entre os 1% mais ricos.

As consequências da última crise no plano social foram mais sentidas por trabalhadores de baixa renda, pequenos empregadores e pelos pobres com 10,2 milhões de novos desempregados na Europa e um número não quantificado de falências de pequenos negócios. Ao mesmo tempo, os orçamentos públicos foram pressionados por novos compromissos financeiros com a contrapartida de diminuição de investimentos em políticas sociais que afetam diretamente os mais pobres.

O índice de suicídios na Europa que mostrava uma tendência declinante inverteu em direção a um aumento verificado a partir de 2007 pelo menos até 2010. Na Grécia em especial esse aumento foi de 17% no período⁹².

De Vogli (2014) considera o aumento de dois fatores determinantes de iniquidades em saúde que são a pobreza e a desigualdade de renda. Dados da OCDE demonstram que o número de pessoas vivendo na pobreza aumentou na Europa entre 2007 e 2010. Da mesma forma, a desigualdade de renda aumentou mais nos três primeiros anos de crise do que nos doze anos anteriores, especialmente nos países que sofreram mais cortes em seus orçamentos sociais como Irlanda, Grécia, Portugal, Espanha e Itália.

Por esses motivos, De Vogli (2014) considera que, a menos que os governos intervenham com o objetivo de proteger as populações mais vulneráveis dos efeitos da crise, mais pessoas devem morrer na Europa nos próximos anos. Esse autor sugere que o foco da política econômica deveria sair do crescimento do PIB como objetivo fundamental e mirar a promoção de equidade e sustentabilidade das políticas sociais. A hegemonia da ideologia neoliberal, entretanto, é um obstáculo importante para a efetivação desse tipo de mudança.

No Canadá, Webster (2015) relata a incidência de mudanças nas políticas governamentais de cooperação internacional da área de saúde primeiro com a concentração de investimentos na saúde materna e infantil e depois modificando a forma tradicional de financiamento não lucrativo desses projetos abrindo o campo para investidores privados.

O novo paradigma financeiro proposto envolve o estabelecimento de parcerias público privadas e o envolvimento do governo canadense em um esforço internacional coordenado pelo Fórum Econômico Mundial e pela OCDE para injetar capital privado em projetos internacionais de saúde materna e infantil a exemplo do programa *Merck for mothers* que recebeu US\$500 milhões da empresa *Merck*.

As críticas a esse modelo, da mesma forma que em De Vogli (2014), apontam que há uma transposição do conceito de desenvolvimento econômico estrito para a área social e o estabelecimento de uma estratégia de transferência de recursos públicos para empresas privadas

⁹² Sobre o uso de modelagem estatística para análise de fenômenos epidêmicos relacionados com as restrições orçamentárias a políticas sociais na Europa sob dominância financeira ver: David Stuckler. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis D Stuckler, S Basu, M Suhrcke, A Coutts, M McKee *The Lancet* 374 (9686), 315-323.

na forma de subsídios. Dessa forma, as empresas assumiriam a linha de frente e o protagonismo nas políticas de saúde materna e infantil em projetos que resultam, de forma indireta, no aumento da demanda por seus produtos industriais.

Existem, portanto, especificidades inerentes ao espaço de prestação de assistência à saúde e políticas sociais que expressam o espalhamento do novo padrão de riqueza sistêmica representado pela dominância financeira para setores que, historicamente guardaram uma distância das corporações especializadas em finanças.

2.2.4 Os limites da dominância financeira

A natureza histórica claramente expansiva do capital e a reatualização permanente do seu processo de acumulação primitiva pela dominação de novos espaços para realização de lucro, com a exploração do trabalho humano e a utilização de recursos naturais, estão bem estabelecidos na literatura crítica. Da mesma forma, o caráter contraditório desse processo pode ser observado no estudo de casos concretos limitados por contingências históricas e sociais.

A saúde se tornou tema permanente nas políticas públicas do Estado capitalista moderno de forma sincrônica com o desenvolvimento industrial do próprio campo assistencial ou da sua exploração como espaço de comércio de mercadorias e prestação de serviços em si, resultando no estabelecimento de um novo polo de acumulação com potencial de expansão global a partir desse *locus privilegiado*⁹³.

Embora, historicamente a prestação de serviços de saúde tenha se constituído a partir de uma estrutura limitada em seu aspecto comercial, ao menos no que se refere ao atendimento das massas de trabalhadores industriais, com o tempo, houve uma expansão nas transações de compra e venda de produtos e serviços de assistência médica e um aumento nas possibilidades de acumulação de capital a partir de atividades conexas a essa dimensão da vida social.

Em outras palavras, embora o espaço assistencial tenha sido preservado na sua exposição ao processo de acumulação de capital em um primeiro momento, com o tempo, as fronteiras da

⁹³ Privilegiado por que lida com um bem de relevância pública: a saúde de indivíduos e populações.

acumulação ultrapassaram o seu limiar e a prestação de serviços de saúde se tornou um importante polo de realização de lucro para o capital.

Entre as razões que se pode apontar para o estabelecimento dessa tensão entre preservação e rompimento das fronteiras do espaço assistencial pela expansão do capital está a natureza insubstituível da vida humana como base para a sustentação do trabalho e do consumo nas sociedades capitalistas industriais até os dias atuais.

A manutenção de níveis mínimos reprodução da vida do trabalhador/consumidor é um elemento central para o estabelecimento do escopo e dos limites das políticas sociais em geral e das políticas de saúde em particular, assim como para o estabelecimento das fronteiras de acumulação do capital no setor assistencial em um processo dinâmico que comporta uma permanente reatualização das tensões inerentes a essa contradição ao longo das circunstâncias históricas.

A tese da *dominância financeira* como novo modo de ser da riqueza global implica no espalhamento dessa *nova condição do capital em processo* para todos os recessos da vida social, inclusive aqueles relacionados precipuamente com a saúde e assistência de indivíduos e populações.

Assim, pode-se dizer que o domínio das finanças e a elevação do capital ao seu limite superior de acumulação alavancado para além da base industrial de acumulação original se depara dialeticamente com o limite inferior, até agora intransponível, da reprodução da vida humana representado pela estrutura social de proteção que inclui a assistência à saúde.

A produção acadêmica selecionada na revisão feita por Van der Zwan (2014) contempla uma vertente de trabalhos que tratam da financeirização da vida cotidiana e das mudanças na subjetividade inerentes ao relacionamento das pessoas com as situações concretas da assistência em um ambiente sob dominância financeira.

No que se refere ao plano político, e às políticas sociais em geral, sabemos que há estudos desenvolvidos a partir de modelos causais baseados nas ações institucionais de governos e na análise do seu rebatimento para o conjunto do tecido social. São trabalhos que assumem a tese da financeirização e apresentam evidências empíricas robustas sobre as consequências regressivas dessa relação para os indicadores sociais (LAVINAS, 2015; FINE, 2009).

As possibilidades e os limites analíticos para novas abordagens sobre financeirização, entretanto, comportam, como vimos acima em Van Der Zwan (2014), a necessidade de encarar substratos depositados em bases não identificáveis pelos padrões explicativos aplicados ao modelo de desenvolvimento típico do pós-guerra imediato⁹⁴ e a investigação de novos padrões organizativos não categorizados a partir da realização de estudos comparativos que considerem as manifestações locais da financeirização em contextos institucionais diversos.

Para avançar na investigação sobre o nosso objeto, portanto, precisamos reunir elementos dotados de maior especificidade e proximidade com o campo da saúde, da assistência e das políticas públicas conexas. Além disso, é importante considerar o desenvolvimento de modelos causais explicativos de caráter multidirecional que possam captar não só o sentido e o significado das ações de governo, mas também de outras organizações e agentes da esfera privada atuantes em articulação com o orçamento público como modeladores do espaço assistencial sob influência da dominância financeira.

Pesquisadores da área de políticas de saúde como Mackintosh *et alii* (2016) evidenciaram a relevância de se elaborar uma compreensão rigorosa e sistemática sobre o setor privado na saúde devido às particularidades e à heterogeneidade do mesmo observadas nas múltiplas interações que estabelece com o setor público nos sistemas de saúde dos países de nível de renda baixo e médio e no papel do privado nos sistemas de saúde. Estes autores observam que o conhecimento limitado sobre os agentes privados limita a capacidade dos gestores públicos para a elaboração de políticas mais efetivas. Assinalam ainda que a ausência de consensos na forma de avaliar a magnitude e as características do setor. Entre as principais conclusões destacam que a escala e o funcionamento do setor público podem modelar a estrutura e o comportamento do setor privado e *vice-versa*.

Apesar do evidente espalhamento da dominância financeira para o âmbito das políticas sociais, a produção acadêmica sobre financeirização originada no campo da assistência à saúde, entretanto, não é robusta.

Esse descompasso entre a ampla prevalência e disseminação de um fenômeno global com expressão regional diversificada e o registro incipiente do recorte que se posiciona no campo da

⁹⁴ Argumento validado também por Braga (1985) e Tavares & Fiori (1997).

assistência à saúde e das políticas sociais é um fator limitante que justifica uma estratégia de exploração mais flexível e generosa no trabalho de recolhimento de evidências para fundamentação de um roteiro argumentativo.

Algumas referências revisadas acima apresentam escopo mais abrangente tratando de questões teóricas e de economia política, outras focadas em aspectos mais específicos com análises sobre o Brasil e a América Latina, sobre microeconomia e grupos econômicos ou diretamente sobre políticas sociais e políticas de saúde. Abaixo passamos a relacionar os elementos mais relevantes do material coletado e analisar seu conteúdo na perspectiva de compor um ponto de partida para uma descrição, ainda que exploratória, sobre as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 e a dominância financeira.

2.3 PLANOS DE SAÚDE E DOMINÂNCIA FINANCEIRA

A discussão teórica sobre financeirização no campo da macroeconomia está presente no material revisado e configura uma moldura de escopo mais abrangente que permite situar o tema em uma perspectiva histórica e recuperar as principais contribuições sobre o padrão de acumulação de capital em escala global ao longo do século XX até a fase atual.

Um ponto de destaque na análise do conteúdo do material sobre macroeconomia revisado é a reiteração da importância atribuída às transformações ocorridas nos mercados financeiros dos países centrais a partir da crise global de 2008. Esse marco delimita um divisor de águas pleno de significados.

O primeiro deles é que a incidência de mudanças importantes é em si é um elemento empírico de dimensão tão relevante que não pode simplesmente ser ignorado, ou seja, há uma reatualização do processo de acumulação capitalista de escopo global e os mercados dos países centrais estão envolvidos junto com seus principais agentes econômicos.

Há, entretanto, diferentes leituras sobre a natureza das transformações e seu prognóstico e há também uma rica discussão sobre financeirização que antecede os anos 2000. De fato, pode-se dizer que a década de 1980 foi marcada pela emergência de uma nova tendência político/institucional direcionada à desregulamentação, globalização e financeirização das

relações econômicas que é o corolário de um processo anterior, datado da década de 1970, configurado a partir do colapso dos grandes acordos celebrados entre os países centrais após a guerra na Europa.

Na análise desses fenômenos, ao lado da contribuição da escola regulacionista europeia destaca-se, na abordagem macroeconômica da *dominância financeira*, o trabalho seminal de *José Carlos de Souza Braga* publicado no Brasil em 1985 que considera a financeirização como o novo *padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo* e não apenas como uma hipertrofia recorrente do capital financeiro e suas organizações especializadas. Além disso, considera que se trata de uma mudança nas formas de regulação extra mercado que tiveram vigência no período de expansão da atividade econômica pretérita. A perda de eficácia desses mecanismos institucionais consagrados está entre os fatores cruciais na evolução dos processos em curso, e assim, as formas públicas de regulação se tornam elas mesmas, com a sua obsolescência, cúmplices da crise.

Essa leitura nos permite situar o fenômeno da *dominância financeira* para além dos limites da dicotomia simplista entre capital financeiro e capital industrial produtivo além de assumir a caducidade dos esquemas regulatórios extra mercado concebidos na conjuntura da década de 1940. Sinaliza que, a cumplicidade do Estado com a instabilidade financeira e cambial e a corrosão dos seus instrumentos administrativos indicam, como diz Braga (1985), que as formas públicas e privadas de negar a crise têm de ser necessariamente uma novidade histórica.

Assumir esse desafio implica em trazer a discussão sobre financeirização para o campo da ciência política. Alguns autores têm utilizado um conceito ampliado de Estado para tratar dos limites possíveis entre a dinâmica predatória de acumulação primitiva do capital e os interesses do conjunto da sociedade.

A controvérsia principal no interior das diversas contribuições está colocada, por um lado, entre os que se limitam a um diagnóstico conjuntural e, portanto, apresentam propostas de soluções que em nada alteram a estrutura de relações econômicas vigente desde a década de 1970 dinamizada pelo fluxo liberalizante e globalizante da voga neoliberal e, por outro lado, aqueles, em geral marxistas, que apontam a precedência de fatores estruturais relacionados com a própria natureza do modo de produção capitalista.

A continuidade das crises é interpretada como evidência empírica definitiva do colapso da ideologia neoliberal, ou simplesmente como mais um exemplo da recorrência de um ciclo que sinaliza os limites da capacidade expansiva do capital na esfera produtiva. Pode-se entender a ideologia neoliberal também como uma expressão da restauração da hegemonia global estabelecida a partir do núcleo central estadunidense e brevemente ameaçada na década de 1970 pela tendência de fragmentação no condomínio de poder dos países capitalistas centrais.

Algumas explicações conjunturais são fundamentadas em conceitos limitados da esfera microeconômica que atribuem apenas ao universo da gestão empresarial a precedência entre os fatores determinantes das mudanças observadas. Por outro lado, as abordagens descritivas sobre a rede de articulações entre empresas e conjuntos de agentes econômicos sejam eles da esfera tipicamente financeira ou não, constituem uma cartografia preciosa baseada na observação empírica. São descrições que, em alguma medida, validam as teses de Braga (1985) quando identificam na estrutura proprietária de organizações empresariais vinculadas a diversos setores econômicos, a presença de agentes da esfera financeira articulados em um processo global de acumulação. Dessa forma a financeirização passa a assumir características mais específicas e, portanto, passíveis de intervenção qualificada respaldada pela ação política.

Há também especificidades relacionadas com a formação social brasileira e dos países periféricos da América Latina que começam a ser exploradas sob a forma de análises macroeconômicas. O trabalho de *Miguel Bruno* e colaboradores, assim como a contribuição de *Bibiana Medialdea* são exemplos de análises que buscam reconstituir as especificidades do processo histórico da financeirização no Brasil e postular a existência de uma relação direta entre esse fenômeno e o endividamento público do Estado. O nível de comprometimento das despesas orçamentárias com o serviço da dívida pública no caso brasileiro funciona a um só tempo como fator limitante ao investimento em infraestrutura e em políticas sociais, inclusive políticas de saúde.

A abordagem original de *Roberto Grün* no campo da sociologia econômica e sociologia das elites acrescenta novos matizes à explicação do caso brasileiro e revela nome e sobrenome de personagens influentes que transitam simultaneamente pelo meio sindical e empresarial. O destaque conferido ao papel dos Fundos de Pensão de empresas públicas e às inovações financeiras transpostas dos Estados Unidos para o Brasil desde os anos 1990, principalmente por meio dos fundos do tipo *Private Equity*, diminuem a nebulosidade característica do mundo das

finanças e apresentam novas pistas para o aprofundamento das descrições dos fenômenos relacionados com a *dominância financeira*.

A investigação empírica sobre novos mecanismos de contabilidade criativa praticados por grandes corporações revela as possibilidades abertas com a liberalização do fluxo internacional de capitais que transitam no limite da norma legal e avançam, em alguns casos para a fraude e a elisão fiscal tipificada.

Fora do Brasil as abordagens antropológicas do processo de financeirização têm se multiplicado a partir da ponta onde transcorre a relação assistencial. O pano de fundo desse tipo de estudo, em geral, é a investigação sobre a penetração da dominância financeira na vida cotidiana das pessoas comuns que normalmente não teriam relações diretas com o mercado financeiro e seus produtos. Os exemplos são variados e apontam para a criação de novos mecanismos de captura de recursos tradicionalmente veiculados em relações não lucrativas relacionadas com saúde e assistência social para o circuito de intermediação financeira operado por seguradoras e fundos de investimento. O setor de prestação de serviços tem se destacado como nova fronteira de expansão do capital em uma época em que se aproxima do limite de exploração de alguns mananciais de recursos naturais não renováveis e a urbanização atinge níveis globais elevados.

Em síntese, o campo da assistência à saúde que historicamente tem sido definido como um território distante do universo das finanças globais não pode mais ser considerado exclusivamente sob esta perspectiva. Em países com uma grande tradição de políticas econômicas liberais como os Estados Unidos e mesmo em outros com histórico de maior presença do Estado na área assistencial novas formas de articulação desse tipo de atividade com o universo das finanças tomam corpo e assumem características específicas que solicitam uma descrição mais apurada seja no nível da pesquisa etnográfica, da sociologia econômica, da análise dos modelos de organização corporativa ou das articulações de redes empresariais entre si e com a estrutura do Estado.

As análises de escopo mais ampliado, de economia política ou de ciência política em geral também não podem prescindir de considerar a dimensão assistencial na saúde como um dos aspectos mais importantes da estrutura de controle da reprodução da força de trabalho e da própria vida em sociedade.

Embora, no momento, a produção acadêmica especializada em saúde relacionada com a financeirização seja incipiente, o tema está colocado em diversos campos disciplinares e não há motivo para supor que essa discussão possa avançar sem considerar a assistência à saúde.

Dito isso, é preciso reconhecer os desafios inerentes à análise mais específica sobre o acúmulo de capital e poder político/econômico no conjunto das empresas e grupos econômicos atuantes no comércio dos esquemas de intermediação assistencial privativa no Brasil dos anos 2000 sob a lógica da dominância financeira. Não obstante, ainda que por meio de uma abordagem exploratória, é possível reunir alguns elementos que nos permitam avançar com segurança sobre os dados apresentados no capítulo a seguir.

O ponto de partida que adotamos para a análise da situação concreta dos planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015 é, no nível macroeconômico, a tese defendida por Braga (1985) que compreende a *dominância financeira* ou *financeirização* como característica dominante do capitalismo contemporâneo em desenvolvimento pelo menos desde os anos 1970 até o presente segundo um padrão reconhecível de mudanças fundamentais quais sejam: a suspensão da conversibilidade do Dólar estadunidense em ouro, tornando a moeda corrente daquele país plenamente fiduciária, ou seja, baseada na confiança nela depositada com base no poderio econômico/financeiro dos Estados Unidos e no poder político/militar do seu Estado Nacional; a flexibilização e flutuação das taxas de câmbio entre as diversas moedas gerando uma instabilidade cambial bem diferente da característica estabilidade verificada no período do pós-guerra imediato; a livre movimentação internacional dos capitais estabelecida em um contexto de liberação das contas dos balanços de pagamento entre os países; a desregulamentação e liberalização dos mercados financeiros nacionais e dos mercados em geral; o surgimento de cadeias internacionais de produção conduzidas pelas empresas transnacionais cujo poder econômico e financeiro se amplia aceleradamente.

Assumimos, assim como Braga (2016), o pressuposto de que todos os elementos relacionados acima conformam um novo padrão de riqueza que é sistêmico, ou seja, envolve simultaneamente todos os setores da economia e todos os recessos da vida social.

As próprias corporações do setor produtivo passam a ter como objetivo alcançar substancial poder financeiro ao lado do poder decorrente do controle tecnológico para assegurar êxito na concorrência intercapitalista. Os sistemas financeiros vão se tornando mercados das finanças

onde diferentes funções são executadas, desde o tradicional crédito à produção e consumo até, no outro extremo, o crédito à especulação financeira que cria riqueza fictícia, entendida como a riqueza existente nos títulos que se valorizam em um ritmo independente daquele que se verifica nos ativos produtivos, operacionais. Os bancos centrais passam a ser fundamentais para evitar grandes depressões decorrentes das crises de desvalorização da riqueza fictícia. Esses bancos atuam como prestamistas de última instância no socorro às instituições financeiras quando seus mercados se tornam líquidos e sem referência para o preço dos ativos podendo inclusive oferecer títulos da dívida pública em troca de títulos privados desvalorizados e sem liquidez. As poupanças das famílias reunidas em fundos de pensão e fundos de investimento participam do processo geral de financeirização de tal forma que o consumo deixa de ser determinado apenas pela renda e passa a ser influenciado também pela valorização de ativos financeiros detidos pelos consumidores.

A financeirização, portanto, definindo perfis e dinâmicas de acumulação de capital simultaneamente para os períodos de expansão da atividade econômica e para os períodos de retração não pode ser compreendida como sinônimo de crise, de anormalidade ou de *doença* do sistema capitalista. Longe disso, é modo de ser lógica e historicamente determinado e consequente com as características inerentes do processo de acumulação do capital em todas as suas variantes.

Daí decorre, segundo a formulação de Braga (2016), uma Função-objetivo (Fo) típica das grandes empresas e grupos econômicos, seja da indústria, do comércio ou do sistema bancário, atuantes sob a lógica da financeirização, em relação direta com os seguintes componentes: função *finanças em geral* (Fg), investimento em progresso técnico ou inovação (Ipt), investimento padrão feito dentro de um dado conteúdo tecnológico conhecido (Ip), exportações (X), cadeias globais de valor em produção e comércio de empresas ou grupos internacionalizados, ou seja, alocação espacial do investimento direto produtivo ou comercial (Cgv).

O primeiro e mais abrangente componente da Função-objetivo aplicado às empresas e grupos econômicos se refere à função *finanças em geral* (Fg) que passamos a detalhar a seguir tomando Braga (2016) como referência.

Trata-se da busca permanente pela posse de liquidez estratégica de tal forma que o grupo econômico almeja sempre estar de posse de dinheiro ou de ativos financeiros líquidos do tipo

quase-dinheiro como os títulos financeiros das dívidas públicas e outros dotados de liquidez e rentabilidade. Ao lado disso existe a estratégia de ganhos de capital no mercado acionário por meio da negociação das ações de empresas em seus portfólios no mercado de controle corporativo.

Para os grupos com escopo de atuação global as práticas de arbitragem em diferentes mercados de crédito, de câmbio e de capitais são frequentes assim como a pura e simples especulação com moedas conversíveis internacionalmente como o Dólar estadunidense o Euro e o Yen.

A rede de empresas produtivas vinculadas aos grupos econômicos financeirizados, incluindo fornecedores e parceiros no desenvolvimento de tecnologia estratégica podem ser financiadas pelos ganhos auferidos fora da esfera da produção. O *funding* dos investimentos considera as oportunidades internacionais no crédito bancário, no mercado de capitais e nas condições fiscais dos diversos países.

A depreciação do capital fixo, imobilizado em plantas e instalações⁹⁵, envolve um componente financeiro nos preços estabelecidos para a constituição de um fundo que faça frente à reposição do capital depreciado. O uso de capital de terceiros e uma adequada estrutura de dívida é montada para imobilizar capital nos investimentos e, ao mesmo tempo, fazer uso da liquidez para a constituição de posições financeiras credoras segundo as oportunidades dadas pelas condições internacionais nos sistemas financeiros mundialmente integrados.

Essa é, portanto, a moldura mais geral da financeirização aplicada às empresas e grupos econômicos estudados. Um segundo componente da Função-objetivo de interesse para o estudo do esquema de intermediação assistencial se refere às cadeias globais de valor em produção e comércio de empresas ou grupos internacionalizados, ou seja, na alocação espacial do investimento direto produtivo ou comercial (Cgv).

Esse elemento da Função-objetivo aplicado aos atuais grupos econômicos controladores do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil pode permitir compreender melhor a lógica de territorialidade econômica vinculada aos grandes fundos de investimento em participação societária atuantes no Brasil dos anos 2000 e seus possíveis efeitos regressivos sobre o conjunto do sistema de saúde.

⁹⁵ No caso das empresas de planos e seguros de saúde é um componente de pequena dimensão, mas nas empresas de prestação de serviços hospitalares é de porte considerável.

Cadeias globais de valor (Cgv), segundo Braga (2016) são redes de escopo internacional implementadas por grupos econômicos financeirizados que envolvem a um só tempo a produção, o comércio, o desenvolvimento tecnológico, o dinheiro e as finanças. Agentes econômicos, inclusive do setor produtivo, detentores de grandes massas monetárias líquidas são capazes de definir uma *territorialidade econômica* auto referenciada a partir de seus interesses particulares no mundo dos negócios e o fazem a partir das bases nacionais de seus principais controladores definindo globalmente países, segmentos geográficos ou setores econômicos específicos⁹⁶ como espaço lucrativo a ser explorado.

Diferente da fase de internacionalização capitalista do pós-guerra que possibilitou o desenvolvimento de algum nível de industrialização nos países periféricos com a participação de empresas multinacionais, as cadeias globais de valor estruturadas a partir da lógica da dominância financeira atual trazem mais fatores de desequilíbrio para a divisão internacional do trabalho e diminuem as chances de convergência entre diferentes países no desenvolvimento do investimento produtivo.

As corporações e grupos econômicos líderes desse processo constituem estruturas *multinacionais*, *multisetoriais* e *multifuncionais* definidas segundo as estratégias da Função-objetivo de financeirização mencionada anteriormente.

Multinacionais por que seu espaço de realização de lucro envolve diversas formações sociais em escala global, entretanto, o controle desse processo está ancorado em países centrais com fundamentos macroeconômicos, industriais e tecnológicos mais sólidos.

Multisetoriais por que a realização de lucro financeiro se dá também por meio da exploração simultânea de um amplo espectro de oportunidades de grande magnitude situadas na órbita *real* da produção, comércio e serviços.

Multifuncionais por que se ocupam, como Função-objetivo, simultaneamente da produção, do comércio e das finanças sob a lógica determinada pela dominância financeira. Nesse sentido, seu núcleo organizacional passa a gravitar em torno dos departamentos financeiros e a atividade rentista deixa de ser especialidade dos detentores de grandes fortunas pessoais, do capital bancário ou de seguradoras.

⁹⁶ É nesse sentido que pode ser entendido o padrão geral de articulação público/privada no sistema de saúde brasileiro assim como o esquema de comércio de planos e seguros de saúde em particular.

Sob o aspecto microeconômico ou setorial pode-se dizer que há uma articulação entre o potencial financeiro e a liquidez dos grupos econômicos organizados sob a lógica da *dominância financeira* e as suas capacidades de investimento técnico e produtivo seja na indústria, no comércio ou nos serviços. O agrupamento de empresas com diferentes funções dentro da mesma rede corporativa proporciona o acesso amplo e privilegiado a capital, informação e base tecnológica além de uma flexibilização do tempo e das formas de rentabilidade dos investimentos. A temporalidade das relações débito/crédito é estendida em função de uma articulação entre mobilidade, liquidez, rentabilidade e especulação viabilizada pela circulação mundial desses capitais.

Em síntese, trata-se de máquinas articuladas de acumulação de capital em geral, seja na forma de lucro operacional ou na forma rentista/financeira. Sua capacidade produtiva e financeira possibilita uma atuação sobre a esfera institucional capaz de criar mercados e nichos de mercado para produtos e serviços bem como um potencial de arbitragem na valorização e desvalorização de ativos de natureza diversa, inclusive moedas de reserva internacional. O peso de suas posições patrimoniais (mobiliárias e imobiliárias) confere relevância aos movimentos e estratégias corporativas definidos pelos seus controladores como um fator político a ser considerado no dinamismo e na reprodução ampliada das economias nacionais ou de setores específicos.

O olhar sobre as empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde que pode ser estabelecido a partir das referências descritas acima não autoriza, em princípio, extrapolações de caráter geral a respeito da financeirização, mas pode nos permitir reconhecer e identificar aspectos característicos do processo de acumulação do capital em circulação na assistência à saúde do Brasil nos anos 2000 sob a lógica da dominância financeira o que constitui um ponto de partida mais seguro para futuros desenvolvimentos.

O desafio da análise política relacionada com a acumulação de poder conexas à acumulação de capital pelos grupos econômicos também não está mapeado de forma direta para a situação concreta onde se coloca o problema do esquema de comércio de planos e seguros de saúde, mas a identificação dos principais agentes envolvidos e suas relações pode ser útil para diminuir a nebulosidade característica do padrão de articulação público/privada estabelecido historicamente no Brasil.

A seguir passamos a delinear os detalhes dos apontamentos metodológicos elaborados para essa investigação exploratória.

2.4 APONTAMENTOS METODOLÓGICOS

Considerando o objetivo de proceder uma análise exploratória das empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 à luz da *dominância financeira* foram percorridos os seguintes passos metodológicos: revisão bibliográfica preliminar; construção de uma base empírica de empresas de planos e seguros de saúde selecionadas contendo estrutura societária/proprietária e informações sobre relatórios financeiros; processamento e análise de entrevistas com empresários e executivos das empresas; busca processamento e análise de informações extraídas de documentos empresariais e da mídia especializada e comercial.

Foi realizada preliminarmente uma revisão bibliográfica levada a efeito em três etapas: A primeira com textos selecionados a partir de referências fundamentais do campo da Saúde Coletiva, da Economia e das Ciências Sociais relacionados com *articulação público/privada* na assistência; a segunda com a produção acadêmica identificada com os indexadores *Saúde Suplementar, Planos de Saúde e Seguro-saúde* entre 2000 e 2010 no Brasil; a terceira com textos selecionados sobre *dominância financeira* e, de forma mais sistemática, com a produção acadêmica sobre *financeirização* na saúde e assistência.

Uma busca com o marcador inespecífico “*fnacialization*” nas bases *PubMed*, que envolvem a *US National Library of Medicine* e o *National Institute of Health* (NIH) identificou, em junho de 2016 um total de 24 referências das quais apenas oito se enquadraram nos critérios de seleção e puderam ser utilizados para leitura e análise.

Na base *Scientific Eletronic Library Online (SciELO)*, vinculada à Organização Mundial de Saúde (OMS) o uso do marcador “*fnacialization*” identificou 44 referências das quais apenas 12 se enquadraram nos critérios de busca e puderam ser selecionados para leitura e análise.

Após realizar o cruzamento dos dados originados nas duas bases pesquisadas restou um total de 16 referências publicadas entre 2007 e 2015 e relacionadas de alguma forma com o tema *financeirização*.

O conjunto das referências sobre *dominância financeira* dispostas nas seções iniciais deste capítulo foram sistematizadas segundo áreas disciplinares e categorias analíticas que partem de abordagens mais abrangentes da economia global e regional em direção a leituras mais próximas

do campo das políticas sociais e da assistência à saúde em particular envolvendo, além da economia, outras disciplinas das ciências sociais como Ciências Políticas e Antropologia.

O referencial utilizado para a análise do padrão de acumulação de capital nas empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 é o conceito de *dominância financeira* sob a perspectiva desenvolvida originalmente por Braga (1985) ao lado da formulação operacional denominada *Função-objetivo (Fo)*, descrita na seção anterior (BRAGA, 2016), e tomada como atributo típico de agentes econômicos financeirizados junto com seu componente direto denominado Cadeia Global de Valor (Cgv).

Para operacionalizar e situar a acumulação de capital e as próprias empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde nas matrizes da Função-objetivo (Fo), no seu componente Cadeia Global de Valor (Cgv) e caracterizar as metas de financeirização descritas por Braga (2016) procedeu-se a busca, processamento e análise de fontes documentais de domínio público tais como balanços e relatórios da administração, contratos sociais, publicações especializadas, bases de dados de agências de governo conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 9 - relação de fontes documentais utilizadas na caracterização das empresas e grupos econômicos estudados

TIPO DE FONTE DOCUMENTAL	DETALHAMENTO
Balanços contábeis	Auditados e publicados pelas empresas segundo norma legal
Relatórios da administração e relatos de fatos relevantes	Documentos publicados pelas empresas e dirigidos a acionistas e potenciais investidores contendo análises corporativas estratégicas
Contratos sociais	Documentos de domínio público depositados em cartórios ou em Juntas Comerciais contando dados sobre estrutura de participação societária, objeto social e composição do capital das empresas
Publicações especializadas	Revistas e periódicos especializados em análises setoriais e notícias sobre as empresas
Bases de dados de agências de governo	Caderno de Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Central de Sistemas da Comissão de Valores Mobiliários – CVM; Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas da Secretaria da Receita Federal do Brasil; Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE
Publicações de empresas	Bolsa de valores Mobiliários de São Paulo – BM & FBOVESPA e sítios na rede mundial de computadores alimentadas organizados e alimentados pelas empresas pesquisadas
Imprensa	Veículos de mídia comercial impressa e virtual.

Fonte: Elaboração própria.

Selecionamos um conjunto de empresas com registro ativo na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS para análise exploratória considerando como critério de inclusão o seu faturamento, expresso pela receita proveniente de contraprestações pecuniárias, e a sua carteira

de clientes de assistência médica em números absolutos, ou seja, selecionamos as maiores. Como regra geral não foram incluídos os dados relativos à assistência odontológica ambulatorial pois consideramos que esta modalidade possui características específicas e distintas da assistência médica sendo a principal delas a sua virtual desvinculação da demanda por leitos hospitalares.

Entretanto, como exceção à regra geral, selecionamos uma grande empresa de planos odontológicos (ODONTOPREV), controlada por um dos grupos econômicos selecionados (BRADESCO SAÚDE), que será considerada em aspectos específicos, úteis para a composição do conjunto da análise a que nos propomos.

Esse recorte se justifica por motivos práticos, ou seja, pela dificuldade de conciliar dados da totalidade das empresas registradas, mas também pela alta concentração de clientes e de faturamento nas carteiras de poucas organizações empresariais. A seleção das maiores, embora reduzida em números relativos ao total de empresas registradas, abarca a maioria dos clientes e o maior volume de faturamento podendo assim ser tomada como representativa do ambiente corporativo dominante no setor e adequado para efeito da investigação a que nos propomos.

Embora, no que se refere ao número de clientes, cooperativas do sistema UNIMED como CENTRAL NACIONAL UNIMED, UNIMED DO ESTADO DE SP, UNIMED PORTO ALEGRE, UNIMED CAMPINAS e UNIMED CURITIBA aparecem na base de dados da ANS com um quantitativo maior do que algumas empresas selecionadas, consideramos que a inclusão das UNIMEDs Rio e BH contemplam o conjunto das cooperativas para efeito da análise a que nos propomos.

A QUALICORP é a única administradora de benefícios selecionada e, se observarmos a relação entre o número de clientes e a receita de contraprestações dessa empresa, veremos que foge ao padrão das demais. Isto se deve ao fato de que a QUALICORP não é, a rigor, uma empresa de plano de saúde que faz a intermediação entre o cliente e os serviços de saúde, mas uma empresa que presta serviços administrativos e faz a intermediação entre coletivos de usuários e empresas de planos de saúde. Seus clientes, portanto, terão, necessariamente, uma dupla vinculação com esse conjunto de organizações⁹⁷.

⁹⁷ Os detalhes desse modelo serão detalhados na seção que trata especificamente da QUALICORP.

Quando observamos o conjunto das empresas registradas na ANS em uma perspectiva longitudinal verificamos uma tendência na diminuição do número de unidades atuantes em todas as modalidades existentes, o que confere ainda maior relevância ao grupo de empresas selecionadas. A partir de um pico de 2.004 empresas de intermediação da assistência médica/hospitalar registradas em dezembro de 2000, se observa uma queda contínua na série histórica anual elaborada pela ANS até o número de 1.013 registros em junho de 2015⁹⁸.

As fontes dos dados apresentados nesse capítulo estão indicadas ao final de cada inserção e compõem um mosaico amplo e variado de referências entre as quais destacamos: Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS; Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo-BM&FBOVESPA S.A.; periódicos de circulação nacional; periódicos das empresas ou especializados em algum setor da economia; entrevistas com representantes das empresas; sítios na rede mundial de computadores; imprensa especializada em economia como *Valor Econômico* e *Revista Exame*; questionários; balanços e relatórios de gestão das empresas; registros em Juntas Comerciais; publicações oficiais de órgãos públicos.

O objetivo é caracterizar um quadro panorâmico que contemple elementos relevantes das empresas e grupos econômicos tais como discriminado pelas seguintes categorias: histórico de formação; estrutura proprietária; estrutura organizacional e societária; estratégias corporativas; variações patrimoniais e posicionamento político de executivos e empresários.

O histórico de formação remete às origens e à trajetória de formação do conjunto das empresas ou grupos econômicos estudados analisando as semelhanças e as peculiaridades de cada organização. Essa análise guarda uma relação de continuidade com o que foi disposto no capítulo introdutório sobre as mudanças nas acepções sobre *articulação público/privada* na assistência, mas, aprofunda o nível de detalhamento apresentado a partir de dados mais específicos, ou seja, por meio do estudo dos casos concretos aprofundamos e confrontamos o sentido geral da ideia de articulação público/privada na assistência apresentado previamente.

No que se refere aos dados de estrutura organizacional e societária, estratégias corporativas, variações patrimoniais e outras especificidades que permitam o desenvolvimento de novas

⁹⁸ Fontes: SIB/ANS/MS - 06/2015 e CADOP/ANS/MS - 06/2015 / Caderno de Informação da Saúde Suplementar - setembro/2015.

perspectivas analíticas não vislumbradas em um ambiente de dominância financeira, optamos por um recorte de escopo mais reduzido do que o conjunto inicial selecionado. Nesse caso, tomamos como objeto um subgrupo de seis empresas ou grupos econômicos relevantes e tipicamente comerciais quais sejam: BRADESCO SAÚDE, AMIL, QUALICORP, INTERMEDICA, SULAMERICA e ODONTOPREV.

Trata-se de uma opção metodológica que permite o estudo em profundidade de um volume considerável de dados documentais sem perder de vista o nosso propósito inicial de preservar um olhar panorâmico sobre o conjunto dos agentes e suas articulações.

Excluídas as cooperativas e as autogestões dotadas de especificidades organizacionais que solicitam um estudo em separado⁹⁹, mantivemos: duas grandes seguradoras, duas medicinas de grupo de grande porte, uma empresa especializada em planos odontológicos que é vinculada ao grupo econômico de uma seguradora, e, a maior administradora de benefícios em atuação.

A análise dos dados compilados a partir de fontes documentais exigiu uma revisão sobre os principais conceitos e definições utilizados pelo Código Civil para tratar de empresas e grupos econômicos com contratos sociais registrados em juntas comerciais. Uma breve nota explicativa foi elaborada com o objetivo de esclarecer o significado dessa nomenclatura especializada¹⁰⁰.

Existem, na descrição dos elementos próprios de cada empresa ou grupo econômico, aspectos comuns e fluxos de interface que conferem uma dinâmica característica e um sentido ao conjunto dos agentes atuantes no comércio de planos e seguros de saúde no país.

A disposição dos dados sobre estrutura organizacional e proprietária das empresas e grupos econômicos estudados é um desse aspectos e pode apreender a configuração de um corte transversal atual destacando, simultaneamente, as intercessões entre os elementos comuns que articulam seus diversos agentes, bem como os fluxos mais significativos observados na estrutura proprietária desse mosaico. As empresas estão obrigadas a publicar seus balanços anuais até o mês de abril do ano subsequente então, o ponto de corte situado no mês de abril de 2016, adotado nessa pesquisa, permite o acesso a informações de balanço consolidadas até 31 de dezembro de 2015.

⁹⁹ A seção que trata do histórico de formação das empresas no capítulo 3 detalha quais sejam tais especificidades.

¹⁰⁰ Ver Nota explicativa sobre o novo Código Civil no Apêndice.

O acesso a fontes documentais com dados fidedignos de empresas particulares é restrito e representa uma limitação considerável para a investigação sobre esse tema. Entretanto, ao menos para as sociedades civis limitadas e para as sociedades anônimas que estão obrigadas a registrar sua atividade em juntas comerciais é possível, a partir dessa fonte, recolher e consolidar informações sensíveis e realizar uma pesquisa com bases de dados de acesso público organizadas por outras instituições como: Receita Federal; Comissão de Valores Mobiliários – CVM; Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE; Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e BM&FBOVESPA S.A. – Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros de São Paulo.

A pesquisa baseada no registro em junta comercial possibilita a obtenção de dados sobre a denominação, o objeto social, a sede, o tempo de duração e o fundo social da empresa, quando houver. Além disso permite identificar os nomes e a individualização dos seus fundadores e diretores, o modo como a empresa é administrada, as condições de extinção da pessoa jurídica e o destino do seu patrimônio, quando for o caso.

A Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP concentra atualmente os registros do maior número de sociedades limitadas ou anônimas do país e dispõe de sistema de acesso informatizado a documentos originais em *fac-símile*, o que justifica a utilização dessa base como ponto de partida para a busca de dados documentais.

Com base nos documentos depositados na JUCESP é possível, cotejando com dados de balanço, acompanhar o histórico de variação patrimonial, a movimentação societária e alterações de atividade econômica que são importantes na definição da estratégia corporativa das empresas ou grupos econômicos estudados. Além disso, é possível identificar os principais quotistas/acionistas/gestores bem como a distribuição da participação societária entre eles permitindo a inferência de outras especificidades relacionadas com as empresas.

Para elaborar dados sobre as empresas e grupos econômicos selecionados a partir dessa base é necessário identificar aquelas que possuem registro na JUCESP e em seguida proceder a individualização das fichas de registro e seus documentos anexos. Foi necessário realizar um cadastro individual de pesquisador na JUCESP para ter acesso ao serviço de pesquisa *on line* mediante autenticação eletrônica.

Os registros consignados na JUCESP são fidedignos e abrangentes, mas não foram organizados para atender às necessidades da pesquisa acadêmica e sim das movimentações realizadas para abertura, fusões, aquisições, variações de capital e de objeto social.

Os principais objetivos da pesquisa sobre os registros de sociedades empresárias na JUCESP e em outras fontes de dados documentais como Receita Federal, Comissão de Valores Mobiliários – CVM, Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e BM&FBOVESPA S.A. – Bolsa de Valores, Mercadorias e Futuros, são: identificar a estrutura proprietária e composição acionária, quando for o caso; a estratégia de diversificação dos tipos de negócios, das áreas/mercados em que atuam as empresas pesquisadas; a concentração e o controle de grandes empresas sobre as vendas setoriais; identificar os processos de centralização de capital por meio de fusões e aquisições.

Para adequar as informações disponíveis aos objetivos da pesquisa elaboramos, a partir dos dados registrados em junta comercial consignados na Ficha Simplificada (composição atual e últimos registros), Ficha Completa (composição original e trajetória histórica) e Breve Relato (síntese do período anterior ao registro na junta comercial) certificados em sua autenticidade por meio de registro eletrônico numerado, uma série de quadros descritivos com as trajetórias de constituição de empresas específicas compreendendo os dados mais relevantes e organizados em torno das seguintes variáveis: data de registro e extinção, valor de abertura, alterações de capital social, objetivo social declarado, fusões, incorporações, cisões, extinções, composição societária.

Os balanços patrimoniais são documentos elaborados pelas empresas e grupos econômicos para distribuição entre os acionistas, investidores e ampla circulação depois de auditados por especialistas independentes segundo critérios pré-estabelecidos. A nova Lei das Sociedades Anônimas¹⁰¹ determina a obrigatoriedade da divulgação e os critérios de elaboração não só para companhias de capital aberto, mas também para aquelas sociedades ou conjunto de sociedades sob controle comum que tiverem, no exercício anterior, ativo total superior a R\$240 milhões ou receita bruta anual superior a R\$300 milhões.

As informações gerais de natureza contábil contidas nos balanços normalmente são analisadas segundo métodos padronizados pré-estabelecidos e reconhecidos internacionalmente para efeito

¹⁰¹ Ver nota explicativa no Apêndice.

de auditoria externa nas contas das empresas. É possível, entretanto, selecionar alguns elementos específicos de interesse para análise fazendo um recorte que explicita as características dos dados que se pretende analisar.

O conjunto do setor, ou uma parte representativa dele, pode ser considerada para a análise da expressão particular da dominância financeira. Cada empresa ou grupo econômico também pode ser considerado separadamente como objeto de análise e comparação com a demais.

No caso do esquema de comércio de planos e seguros de saúde do Brasil nos anos 2000 procedemos a análise dos dados originados nos balanços das empresas e grupos econômicos agregados pela ANS em sua base geral de informações setoriais segundo um conjunto de duas grandes linhas de aproximação ao fenômeno da dominância financeira no nível microeconômico validados pela literatura especializada¹⁰²: a caracterização e especificidades dos movimentos de *fusões e aquisições* entre as empresas com registro ativo na agência e suas estratégias de aumento da *eficiência financeira* dos balanços vinculados a aumento de receitas e diminuição de custos operacionais. O pressuposto nesse caso é de que se trata de processos comuns à dinâmica geral de acumulação do capital que podem assumir um aspecto particular na vigência da dominância financeira segundo a Função-objetivo (Fo) descrita por Braga (2016).

Além dos dados contábeis, é possível extrair dos balanços informações estratégicas qualitativas apresentadas nos relatórios da administração aos acionistas. Esses relatórios tratam, em geral, de uma avaliação consolidada sobre o exercício fiscal findo, ou exercícios anteriores, sobre as principais deliberações corporativas em curso e sobre as perspectivas gerais incidentes sobre os projetos da empresa ou grupo econômico, bem como suas possíveis consequências para o conjunto do sistema de saúde.

Para uma visão panorâmica e aproximativa¹⁰³ da ordem de grandeza das principais empresas e grupos econômicos vinculados ao esquema comercial de intermediação assistencial no Brasil dos anos 2000 selecionamos grandes números dispostos em quadros sinóticos, relativos ao ativo e às receitas. Para essa série de dados as empresas selecionadas são as dispostas no quadro abaixo:

¹⁰² Entre os autores referenciados para análise microeconômica da financeirização estão: Braga (2016); Crotty (2005); Davis (2014); Lazonic & O'sullivan (2000); Orhangazi (2008); Serfati (2008, 2011) e Stockhammer (2004).

¹⁰³ O desenvolvimento do método de caracterização da dominância financeira no ambiente microeconômico das empresas atuantes na assistência à saúde no Brasil é comum às diversas linhas de pesquisa do Grupo de Documentação e Pesquisa sobre Empresariamento da Saúde Henry Jouval Jr. – GPDES/UFRJ e, além da referência seminal de Braga (2016) segue em desenvolvimento com as contribuições dos pesquisadores Artur Monte Cardoso e Lucas Andrietta do IE/UNICAMP.

Quadro 10 - Empresas de planos de saúde selecionadas para análise de grandes números sugestivos de um padrão de financeirização

BRADESCO SEGUROS S.A.	Grupo controlador do BRADESCO SAÚDE, MEDSERVICE e ODONTOPREV
BRADESCO SAÚDE S.A.	Controlada 100% do BRADESCO SEGUROS S.A.
MEDISERVICE Operadora de Planos de Saúde S.A.	Controlada 100% do BRADESCO SEGUROS S.A.
ODONTOPREV S.A.	Controlada 50,01% do BRADESCO SEGUROS S.A.
AMIL Participações S.A.	Até 2013, controlador Edson Bueno
AMIL Assistência Médica Internacional S.A.	A partir de 2013, controlador United Health
SULAMERICA S.A.	
NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.	
CASSI	
QUALICORP S.A.	
GEAP Autogestão em Saúde	
HAPVIDA Participações e Investimentos LTDA.	
UNIMED Rio	
UNIMED BH	

Fonte: Elaboração própria.

Os valores apresentados na série de grandes números foram deflacionados segundo a tabela abaixo:

Quadro 11 - série de deflatores aplicados aos grandes números das empresas selecionadas

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
IPCA	4,31	5,91	6,50	5,84	5,91	6,41	10,67
DATA	31/12/2009	31/12/2010	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015
DEFLATOR	1,489	1,406	1,320	1,247	1,178	1,107	1,000

Fonte: IPEADATA. Elaboração própria.

A magnitude e o aumento do ativo e das receitas das empresas pode ser decorrente de processos de fusões e aquisições e do aumento de seu volume de vendas, processos que são da esfera operacional, mas constituem elemento imprescindível para ganhos em escala na esfera financeira.

No que se refere à pesquisa sobre o posicionamento político das empresas recorreu-se a dados primários de entrevistas semiestruturadas com representantes qualificados das maiores e mais relevantes, bem como a análise de Relatórios aos Acionistas e notícias de mídia especializada.

O conjunto de entrevistas com representantes das empresas selecionadas pode permitir o estabelecimento, em primeira mão, de nuances explicativas não vislumbradas de forma isolada pelo registro documental. A receptividade das empresas a esse tipo de abordagem pode ser enquadrada no acervo de suas respectivas estratégias corporativas de legitimação ideológica e estabelecimento de uma narrativa favorável à função social de seu modelo de negócios, o que não diminui sua importância na composição do mosaico que expressa essa e outras contradições.

Em linhas gerais, os pressupostos teóricos para análise de sujeitos entrevistados estão bem estabelecidos na literatura pelo menos desde os anos 1970¹⁰⁴.

A *análise por categorias temáticas* visa identificar séries de significações que o codificador detecta por meio de indicadores que lhe estão ligados. Além disso visa codificar ou caracterizar um segmento de texto colocando-o em uma das classes de equivalências definidas, a partir das significações, em função do julgamento do codificador. Esse tipo de análise, portanto, funciona por operações de desmembramento do texto em unidades ou categorias segundo reagrupamento analógicos.

Para análise do conteúdo das entrevistas com os representantes das empresas de planos de saúde foram utilizadas as categorias definidas previamente nos blocos do roteiro semiestruturado apresentado aos (às) entrevistados (as). Foram também considerados temas reiterativos que não estavam necessariamente presentes no roteiro, mas que foram pautados espontaneamente pelos entrevistados bem como conteúdos pouco frequentes, mas considerados significativos para a caracterização de tendências ou perspectivas emergentes para o conjunto de empresas estudado e para o sistema de saúde.

Existem limites para as inferências feitas a partir da análise de conteúdo das entrevistas de um grupo de sujeitos representantes das empresas e grupos econômicos estudados e apenas a conjugação com outras fontes de dados pode conferir sentido e pertinência à sua utilização em um escopo mais abrangente, entretanto, é importante valorizar as falas dispostas na perspectiva de realçar a sua qualidade singular relacionada com as pessoas que ocupam posição destacada na gestão do comércio de planos e seguros de saúde no Brasil, algumas de inegável valor como registro histórico.

Foram realizadas, no período entre 06 de setembro e 11 de novembro de 2014, entrevistas presenciais com representantes das dez maiores empresas de planos e seguros de saúde do Brasil

¹⁰⁴ A Análise de Conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com a palavra, permitindo de forma prática e objetiva produzir inferências a partir do conteúdo da comunicação de um texto considerado como um meio de expressão do sujeito. A análise busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem. Para Bardin (1977), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às suas condições de produção/recepção.

selecionadas segundo o critério de número de clientes e de faturamento. As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado com perguntas dispostas em cinco blocos temáticos¹⁰⁵.

O primeiro bloco relaciona perguntas sobre a trajetória profissional do entrevistado (a), os desafios enfrentados por ele (a) na empresa, a missão institucional da empresa e sua localização no sistema de saúde. O segundo bloco se refere à relação da empresa ou grupo econômico com outras empresas do setor saúde, com usuários, com prestadores e com a Agência Nacional de Saúde Suplementar. O terceiro bloco se refere à composição do capital e à possível diversificação de atividades da empresa. O quarto bloco se refere à relação da empresa com o setor público e finalmente o quinto bloco se refere às estratégias de crescimento e investimento da empresa.

Previamente à entrevista presencial, os entrevistados(as) receberam pelo correio um questionário piloto¹⁰⁶ com perguntas relacionadas com: a estrutura organizacional da empresa ou grupo econômico representado incluindo a descrição de atividades conexas ao comércio de planos e seguros de saúde como prestação direta de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico, transportes especializados, seguradoras, empresas de vale-refeição, previdência complementar, apoio a atividades esportivas, tecnologia de informação ou consultorias e a discriminação das empresas integrantes do grupo econômico quando aplicável; a dinâmica operacional da empresa ou grupo econômico representado com a discriminação de seus principais contratantes e fornecedores de produtos ou serviços; a descrição da infraestrutura material da empresa ou grupo econômico representado com a discriminação de suas principais fontes de crédito, a caracterização de seu patrimônio imobiliário e do seu número de empregados.

Os (as) entrevistados (as) assinaram um termo de consentimento esclarecido¹⁰⁷ antes da realização das entrevistas e o processo de coleta foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro onde foi aprovado sob o título *Reorganização de Grupos Hospitalares e Empresas de Planos de Saúde* e, posteriormente, registrado na Plataforma Brasil sob o número CAAE 32973214.9.0000.5286.

O quadro abaixo apresenta uma relação nominal dos (as) entrevistados (as) e das empresas que eles representaram no momento da entrevista.

¹⁰⁵ Ver transcrição completa das entrevistas em anexo.

¹⁰⁶ Em anexo.

¹⁰⁷ Em anexo.

Quadro 12 - Relação nominal dos entrevistados (as) e das empresas representadas

NOME DO (A) ENTREVISTADO (A)	EMPRESA QUE REPRESENTA
Edson Godoy de Bueno Henry Szejder	AMIL
Márcio Coriolano	BRADESCO SAÚDE
Davi Salviano de Albuquerque Neto	CASSI
Luís Carlos Saraiva Neves Pedro Trindade	GEAP
Jorge Pinheiro Simone Varella	HAPVIDA
Luiz Celso Dias Lopes	INTERMÉDICA
Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo	QUALICORP
Mônica Nigri	SULAMERICA SAÚDE
Helton Freitas	UNIMED BH
Walter Cesar	UNIMED-RIO

Fonte: Elaboração própria.

Além dos sujeitos representantes das empresas entrevistados relacionados acima, algumas lacunas observadas na análise documental foram preenchidas por relatos pessoais colhidos de informantes-chave cujos nomes e qualificação parecem em notas de rodapé ao longo do texto quando necessário.

2.4.1 Limites metodológicos

Há uma série de limites que são colocados para a pesquisa exploratória com dados de empresas e grupos econômicos o que significa dizer que a própria elaboração de métodos de pesquisa para tratar desse tema em especial é um desafio em aberto.

Os relatórios da JUCESP, em alguns casos, não permitem identificar as pessoas físicas detentoras, em última instância, de quotas de participação societária das empresas investigadas, especialmente quando remetem a fundos de investimento impessoais administrados por terceiros¹⁰⁸.

Algumas articulações de controle societário e patrimonial são explícitas nos relatórios das empresas controladoras de grupos econômicos, mas, outras, baseadas em acordos informais de ação comercial e financeira coordenada podem ser menos evidentes.

¹⁰⁸ Fato recorrente nas principais empresas estudadas e por si mesmo característico da *dominância financeira*.

Os relatórios financeiros distribuídos aos acionistas e investidores, embora auditados segundo padrões internacionais de segurança e transparência contábil, estão sujeitos a fraudes e podem ter um viés favorável aos interesses corporativos que deve ser considerado previamente.

Os grandes números apresentados podem ser analisados apenas como dados aproximativos da ordem de grandeza das empresas selecionadas. Embora haja diversas evidências indicativas da financeirização da dinâmica corporativa praticada no interior do esquema de intermediação assistencial¹⁰⁹, indicadores quantitativos mais específicos focados no dimensionamento do lucro financeiro precisam ser cotejados com outras variáveis operacionais ao longo de uma série histórica suficientemente longa para que se possa ter validade.

Ainda assim, apesar das limitações relacionadas acima, consideramos que, dado o caráter exploratório e ao ineditismo desse tipo de análise, justifica-se a consecução da pesquisa tendo em vista o objetivo de criar as condições necessárias ao desenvolvimento de novas abordagens teóricas e metodológicas ajustadas ao novo *modo de ser* do processo de expansão e reatualização do capital na saúde sob *dominância financeira* e suas implicações sobre o sistema de saúde.

¹⁰⁹ A análise dos dados documentais permite verificar, por exemplo, a dimensão relativa das diretorias financeiras em relação a outras diretorias das empresas controladoras e as estratégias de acumulação claramente focadas nos resultados financeiros.

3 AS EMPRESAS DE PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE: APROXIMAÇÕES PARA ANÁLISE DA SUA INSERÇÃO NO REGIME DE DOMINÂNCIA FINANCEIRA

Os dados coligidos nesse capítulo referem-se a um conjunto de empresas e grupos econômicos que comercializam planos e seguros de saúde e possuem registro ativo na ANS. Trata-se, portanto, de organizações atuantes no período posterior ao ano 2000 quando foi criada a agência.

Tomamos as empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde do Brasil entre 2000 e 2015 como objeto de análise para caracterizar as transformações incidentes sobre este conjunto de agentes que atuam no interior do sistema de saúde e possuem influência política e econômica importante sobre a sua conformação em um cenário de *dominância financeira*. Não se trata, portanto, de um estudo de caso que se limite a uma determinada empresa ou grupo econômico, mas também não se trata de considerar a totalidade das organizações atuantes.

Este capítulo contém um histórico das empresas e a sistematização das informações sobre estrutura societária/proprietária e desempenho financeiro. Está organizado de acordo com as categorias de análise dispostas anteriormente, entretanto, as restrições no acesso a dados documentais de algumas empresas constitui um limite que produziu séries assimétricas mais ou menos extensas para cada uma delas.

São duas seções que reúnem um conjunto de dados sobre as empresas e grupos econômicos atuantes no comércio de planos e seguros de saúde no Brasil entre 2000 e 2015: a primeira reconstitui a trajetória histórica das empresas e grupos econômicos selecionados; a segunda, baseada em documentos de domínio público e pesquisa bibliográfica, reúne elementos que caracterizam e detalham a natureza e especificidades dos agentes econômicos estudados.

3.1 UMA TRAJETÓRIA DAS EMPRESAS E GRUPOS ECONÔMICOS

3.1.1 Introdução

As origens históricas do empresariamento na assistência à saúde no Brasil remontam ao período desenvolvimentista que se seguiu ao final da segunda guerra mundial. Foi na década de 1950 que

surgiram as primeiras empresas de *medicina de grupo* como um fenômeno conexo ao desenvolvimento industrial em torno de grandes centros urbanos.

É escassa a literatura que trata especificamente dessas empresas e são limitadas as fontes de dados primários passíveis de análise para o período anterior ao ano 2000.

As seguintes referências do campo da Saúde Coletiva merecem destaque para o estabelecimento de linhas gerais sobre esse tema: Donnangelo (2011) que ao tratar de ideologias ocupacionais na profissão médica refere-se à *ideologia empresarial* e utiliza excertos extraídos dos anais do Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972 pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE; Cordeiro (1984) que estudou a *medicina empresarial*, as *empresas médicas* sediadas no Rio de Janeiro e suas relações com o Estado e a *medicina previdenciária*; Giffoni (1981) que estudou o modelo de convênio de *empresas médicas* com a previdência social a partir de 1965; Bahia (1999) que assinalou a existência de mudanças e a persistência de padrões das *relações público-privado* envolvendo os seguros e planos de saúde no Brasil nos anos 1990 e organizou junto com outros o livro *Planos de Saúde no Brasil: origens e trajetórias* (BAHIA *et alii*, 2005); Scheffer (2006) que estudou os processos judiciais contra *empresas de planos de saúde* no estado de São Paulo por negação de cobertura.

Mais recentemente, Bahia *et alii* (2016) examinam estratégias de expansão das empresas de planos de saúde por meio da periodização de atributos da oferta e demanda e do exame da trajetória patrimonial recente de um dos grandes grupos do setor. A abordagem desse trabalho considera que a concentração e internacionalização das empresas de planos de saúde no Brasil conferiu feição financeira ao tradicional esquema comercial de intermediação da assistência identificado pelas referências seminais relacionadas acima.

Os dados dispostos nesse capítulo podem contribuir para elucidar as peculiaridades e a natureza das mudanças históricas ocorridas na acumulação capitalista setorial.

Uma distinção preliminar de utilidade na análise da trajetória histórica de formação das principais empresas e grupos econômicos refere-se ao período de início de suas atividades.

Todas as empresas selecionadas iniciaram suas atividades antes do ano 2000 quando foi criada a ANS ou mesmo antes de 1998 quando foi publicada a Lei Federal 9.656/98 que trata de planos e seguros de saúde. A vigência da nova matriz de legislação operada por um aparato burocrático

especializado, portanto, não constituiu obstáculo ao desenvolvimento dessas empresas, mas, ao contrário, no caso daquelas que foram criadas pouco antes de 1998 como a HAPVIDA, a QUALICORP e a ODONTOPREV, legitimou uma trajetória extraordinária de crescimento em faturamento e número de clientes.

Quadro 13 - Ano de início da operação de empresas de planos e seguros de saúde selecionadas

EMPRESA	ANO DE INÍCIO DA OPERAÇÃO
CASSI	1944*
GEAP	1945**
INTERMÉDICA	1968***
UNIMED BH	1971****
UNIMED RIO	1971*****
AMIL	1978 [#]
BRADESCO SAÚDE	1984 ^{##}
ODONTOPREV	1987 ^{###}
SULAMERICA SAÚDE	1989 ^{####}
HAPVIDA	1993 ^{#####}
QUALICORP	1997 ^{#####}

Fonte: *<http://www.cassi.com.br>; **http://www.anasps.org.br/publicacoes_af/arquivos/livro_geap_60_anos.pdf; ***<http://www.intermedica.com.br/nossa-historia>; ****<https://acoesunimedbh.com.br/memoria.pdf>; *****<http://www.unimedrio.com.br/unimed-rio/conhe%C3%A7a-a-unimed-rio/>; #<http://planodesaude.net.br/amil/historia>; ##<http://www.bradescosaude.com.br/acessibilidade/conheca-sobre.do>; ###<https://portal.odontoprev.com.br/home/portugues/grupo-odontoprev/conheca.xhtml>; ####<http://portal.sulamericaseguros.com.br/data>; #####<http://www.hapvida.com.br/internas.php?p=65>; #####<http://www.qualicorp.com.br/qualicorp>;

O intervalo histórico entre a criação da empresa mais antiga (CASSI, 1944) e a mais nova (QUALICORP, 1997) delimita um longo período de transformações nos principais marcos legais com a vigência de três diferentes Constituições Federais, mudanças institucionais em diversos setores da administração pública direta e indireta e câmbios estruturais em escala global relacionados ao processo de acumulação capitalista com expressão na formação social brasileira e em seu sistema de saúde.

É possível distinguir pelo menos quatro grupos entre as empresas selecionadas dotados de especificidades em seu histórico de formação, quais sejam: *mutuais* destinadas a categorias especiais de servidores públicos (CASSI e GEAP); empresas *securitárias* de medicina de grupo ou cooperativas médicas destinadas a trabalhadores do polo dinâmico da economia na fase de expansão industrial pós 1964 (INTERMEDICA, UNIMED BH, UNIMED RIO e AMIL); *seguradoras tradicionais* especializadas em seguro-saúde a partir da década de 1980 (BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA SAÚDE) e empresas *securitárias* constituídas

tardamente, poucos anos antes da criação da ANS (HAPVIDA, QUALICORP¹¹⁰ e ODONTOPREV).

A seguir passamos a analisar cada uma das empresas selecionadas, agrupadas segundo as categorias dispostas acima, assumindo uma perspectiva histórica, de forma a evidenciar suas especificidades e destacar os fatos mais relevantes em sua trajetória de formação na linha do tempo.

3.1.2 CASSI e GEAP

Essas duas empresas possuem características em comum e singulares no seu histórico de formação que precisam ser detalhadas para que se possa compreender como foi possível que se desenvolvessem em uma trajetória que parte da década de 1940 até os dias atuais, de forma a subsistir à edição de Lei Federal 9.656/98 e à criação da ANS, quando passaram a receber a denominação de *autogestões em saúde*.

Ambas se inscrevem dentro do modelo de *matriz empresarial mutualista* vinculada a instituições públicas descrito por Bahia (1999) que, via de regra, propicia coberturas amplas para todos os trabalhadores, a despeito da posição hierárquica que ocupem. O *modelo empresarial securitário* descrito pela mesma autora, por outro lado, adapta a ideia da hierarquização dos riscos à hierarquização sócio ocupacional e organiza aprioristicamente planos/seguros diferenciados quanto a abrangência de coberturas não em função da contribuição, mas sim do mérito, trazendo pacotes prontos para cada segmento ocupacional das empresas empregadoras. Esse modelo securitário viria a prosperar com a oferta de planos de saúde para trabalhadores do setor industrial nas décadas de 1960 e 1970 por intermédio de empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas.

A prática original concebida pela CASSI e pela GEAP na década de 1940, entretanto, não era propriamente de intermediação da assistência com referenciamento para uma rede credenciada, mas de reembolso de despesas assistenciais praticadas pelos participantes junto a prestadores

¹¹⁰ A QUALICORP, embora constituída tardiamente (1997) com as demais empresas desse grupo, possui características especiais entre as quais se destaca a ausência de risco atuarial.

privados. Algo que remete, portanto, à lógica mutual da antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões atingidas pela lei Eloy Chaves em 1923.

Cordeiro (1984) demonstra que a importância relativa da assistência médica no interior das CAPs viria a decrescer de forma contínua entre 1923 e 1949 passando de um patamar inicial na relação entre despesas com assistência e despesa total de 47,1% para 7,3%.

Quadro 14 - Relação entre despesa assistenciais (DA) e despesas totais (DT) nas CAPs entre 1923 e 1949

ANO	RELAÇÃO DA/DT
1923	47,1%
1930	13,8%
1939	10,2%
1949	7,3%

Fonte: Cordeiro (1984, p. 21).

De forma coincidente, Oliveira & Teixeira (1985) afirmam que o novo governo implantado em 1930, na prática, ampliou a abrangência do sistema previdenciário, com a criação dos IAPs, mas restringiu os gastos proporcionais com assistência à saúde da população segurada, reduzindo a antiga prodigalidade dos benefícios característica das CAPs no período anterior a 1930. Ou seja, não obstante a expansão do universo de segurados vinculados aos diversos IAPs houve uma redução dos gastos proporcionais com assistência à saúde no conjunto dos institutos e nas caixas remanescentes após 1930.

Cordeiro (1984) refere-se também a uma redução da importância relativa da assistência no plano normativo, o que significa uma preponderância da visão atuarial voltada precipuamente para as aposentadorias e pensões.

Essa tendência geral capitaneada pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI teve uma expressão diferenciada entre os diversos institutos, mas, segundo Cordeiro (1984, p.29), *o seguro social focado na previdência tornou-se, por excelência, o modelo almejado pelo Estado Novo*. Só a partir da década de 1940 as ideias a respeito do seguro social restritivo, contratual, atuarial seriam parcialmente suplantadas (BORGES, 1943) em um momento em que

já havia se constituído no interior do aparato previdenciário uma elite técnico-burocrática defensora de restrições à assistência médica.

A montagem de uma estrutura burocrático-normativa autônoma de assistência médica no sistema previdenciário se inicia efetivamente, segundo Cordeiro (1984, p.29), com a criação no Quadro Único do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, do cargo de Consultor Médico da Previdência Social, por meio do Decreto-lei nº 4.371, de 10 de junho de 1942.

As atribuições do cargo estabelecidas pelo decreto foram:

- a) orientar e fiscalizar a instalação e o funcionamento dos serviços médicos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões;
- b) opinar em todos os processos que envolverem matéria médica relativa aos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões, inclusive projetos de leis e regulamentos;
- c) propor ao diretor do Departamento as medidas que julgar necessárias para a maior eficiência dos serviços médicos dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões. (BRASIL. Decreto-lei nº 4.371, de 10 de junho de 1942).

Além disso, para efeito de planejamento estratégico das ações de governo, todos os estudos relativos à assistência médica dos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões passaram a ficar subordinados à orientação direta do Consultor Médico da Previdência Social dotado de uma visão restritiva com relação à concessão do benefício assistencial.

O fim do Estado Novo proporcionou, segundo Cordeiro (1984) o advento de novas ideias sem, no entanto, alterar significativamente a estrutura da política previdenciária no que se refere às restrições à concessão de assistência médica como benefício dos institutos.

O Decreto-lei 7.380 de 13 de março de 1945 (BRASIL, 2016) estendeu aos aposentados e pensionistas das instituições de previdência social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica e representou uma concessão tardia que só confirma a existência de um cenário restritivo.

Em linhas gerais, portanto, o ambiente instaurado no período de 1930 a 1945 como diretriz de governo era de ampliação da cobertura previdenciária via institutos, segregados por categorias profissionais ou por setor econômico, como no caso do IAPI, dentro de uma lógica de seguro social com restrições à concessão de assistência médica na forma de benefício ao segurado.

A oferta geral de bens e serviços para consumo da população assalariada também era limitada até 1945 em uma conjuntura de colapso global no financiamento à produção de bens de consumo, com as restrições ao comércio internacional instauradas pela crise de 1929. A guerra, nas décadas de 1930 e 1940, e o esforço de guerra do Brasil em particular, acentuaram o caráter restrito do padrão geral de consumo de bens e serviços.

No que se refere aos serviços de assistência médica, a oferta também era restrita e a demanda era financiada, em parte, pelos próprios institutos ou caixas, com as limitações que vimos acima, ou pelo desembolso direto e pelas obras de caridade.

A situação viria a se alterar radicalmente após 1945 com o final da guerra e o fim do Estado Novo inaugurando uma perspectiva expansionista para o padrão de consumo de bens e serviços em linha com o crescimento da produção industrial inclusive em países periféricos como o Brasil.

Esse período histórico representa a confluência de dois vetores contraditórios que estabeleceram uma tensão persistente sobre o sistema de saúde ao longo de vários anos.

De um lado havia o legado de uma estrutura previdenciária baseada em seguro social com restrições à concessão de assistência médica na forma de benefício ao segurado. Este legado foi consolidado por uma elite burocrática no aparelho de Estado em um período de oferta limitada de produtos e serviços de saúde, ou seja, gastava-se pouco com assistência à saúde em uma época em que não havia onde gastar.

De outro lado inaugurava-se uma perspectiva de expansão da produção industrial no pós-guerra com incidência sobre a oferta de produtos e serviços de saúde, ou seja, uma vez ampliada a oferta era preciso, para assegurar a acumulação de capital, forjar uma demanda estável e incremental. Nesse sentido tornava-se previsível um aumento da pressão política sobre o sistema previdenciário como principal financiador público direto e indireto da estrutura assistencial.

A CASSI surgiu em 1944 como a Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil e, segundo registros históricos da própria empresa (CASSI, 2015), no primeiro ano após a sua criação contava com 3,5 mil associados, de um total de 7,2 mil funcionários do Banco e, em 1962, 60% dos funcionários eram associados. Portanto, dez anos após a criação do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários – IAPB (criado em 1934) reatualizou-se a estruturação de uma Caixa de Assistência que conseguiu reunir a metade do contingente de trabalhadores do

banco legitimando um esquema paralelo à assistência do instituto que, não obstante, era um dos que possuía ligações mais estreitas com os sindicatos da categoria e maior abrangência em seu esquema assistencial próprio (OLIVEIRA, 1999).

A atual *GEAP Autogestão em Saúde* surgiu em 29 de setembro de 1945 com o nome de Assistência Patronal dos Servidores do Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários - IAPI (GEAP, 2015).

Funcionários do Banco do Brasil e servidores do IAPI na década de 1940 constituíam categorias destacadas de trabalhadores da administração pública com grande capacidade de vocalização no interior do aparato estatal. O banco como agente financiador de uma política de desenvolvimento de base industrial induzida pela ação do Estado, sendo que seus funcionários tinham atuação também na política de comércio exterior e se destacavam do conjunto da categoria dos bancários pelo seu nível salarial elevado; O IAPI, criado em 1936 como o instituto envolvido diretamente no controle da reprodução da força de trabalho do setor mais dinâmico da economia do país e principal beneficiário do ciclo desenvolvimentista, a indústria de substituição de importações e de produção de bens duráveis. Seus funcionários, entretanto, não possuíam ligações orgânicas com os sindicatos de industriários, mas dirigiam-se ao segurado de forma individualizada e fragmentada (OLIVEIRA, 1999).

A partir desse marco de origem, que situa as duas empresas no centro da burocracia estatal brasileira em um período de mudanças importantes no padrão de consumo de produtos e serviços de saúde, é possível traçar, na linha do tempo, um paralelo da evolução histórica da CASSI e da GEAP assinalando alguns pontos coincidentes e outros distintos em suas trajetórias.

Enquanto a CASSI surgiu a partir da iniciativa de um grupo de cinco funcionários¹¹¹ que organizaram a assembleia de constituição da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil em 27 de janeiro de 1944 (CASSI, 2015), A GEAP surgiu em 29 de setembro de 1945 por meio de uma resolução administrativa da presidência do IAPI então ocupada por Hélio Beltrão¹¹², no apagar das luzes do Estado Novo.

¹¹¹ João Candido de Andrade Dantas, Mario Martins de Melo, Orlando Tomaso Gelio, Manoel Bezerra de Oliveira Lima, Francisco Vieira de Alencar (CASSI, 2015).

¹¹² Adversário político de Vargas.

Oliveira (1999) estudando as ligações orgânicas entre os sindicatos de bancários e o IAPB estabelece distinções fundamentais entre este instituto e o IAPI assinalando que enquanto a estrutura de previdência e assistência dos bancários era fruto da *práxis* e da força do movimento sindical, no caso dos industriários, ao contrário, tratava-se de um *modelo ideal* dirigido pela burocracia do Estado Novo a partir de critérios e normas técnicas apriorísticas.

Oliveira (1999) transcreve o depoimento do sindicalista bancário e dirigente do IAPB *Lauro Jurandyr de Castro Leão* sobre a natureza do espírito corporativo em voga no IAPI e sobre a criação da Assistência Patronal

[...] todo funcionário que entrava para lá [para o IAPI] era concursado, era gente competente, mas eles não foram para lá com o propósito de servir aos trabalhadores, ao segurado, ao dono. Eles se organizaram lá dentro, pensando que aquilo era deles. Para o funcionalismo, aquilo funcionava que era uma maravilha! Agora, para o trabalhador, nunca funcionou. Foi um desastre. Basta dizer, para citar um exemplo, que foi lá que criaram a patronal. (OLIVEIRA, 1999 p. 146).

A Assistência Patronal foi criada para oferecer assistência médica aos funcionários do IAPI e seus dependentes. Os demais segurados do instituto, entretanto, só tiveram acesso a esse tipo de benefício a partir de 1950 ainda assim de forma limitada. Em 1966 quando foi extinto o IAPI apenas 30% dos segurados tinha acesso à assistência médica previdenciária enquanto que no IAPB, na mesma época, virtualmente 100% de demanda era atendida (COHN, 1980, p. 23).

O argumento esgrimido pela burocracia do IAPI para interdição do benefício assistencial aos segurados sempre foi o critério técnico e atuarial voltado para a preservação da capacidade de pagamento futuro das aposentadorias e pensões. No que se refere à Assistência Patronal, entretanto, relatos históricos revelam a prevalência de uma assistência essencialmente *paternalista* (CANTIANO, 2016) com as concessões dos benefícios ditadas mais por interesses políticos do que técnicos.

[...] pessoas viajaram para fazer “exames” pelo Brasil e até pelo exterior, utilizando-se da Patronal e, concomitantemente, da figura do benefício previdenciário “Tratamento fora de domicílio”. Dizia-se à época que a Patronal “era uma música tocada sem partitura”. Os profissionais não eram credenciados, nem os Hospitais, por uma avaliação especializada, criteriosa. Muitos dos considerados “especialistas” não eram avaliados pelos títulos que possuísem. (CANTIANO, 2016 p. 7).

Segundo Hochman (1992) a Assistência Patronal funcionava precipuamente como um setor de Medicina do Trabalho análogo ao modelo preconizado para o setor industrial em geral, regulando as questões relativas à capacidade laborativa dos funcionários, mas, além disso, oferecia as seguintes modalidades assistenciais na década de 1950:

- a) Assistência médica para tratamento clínico e pequenas cirurgias nos consultórios do instituto;
- b) Auxílio financeiro para tratamento clínico ou especializado nos consultórios médicos credenciados;
- c) Auxílio financeiro para internação em casas de saúde e sanatórios;
- d) Auxílios para intervenções cirúrgicas;
- e) Exames periódicos [...]

Além disso, eram prestadas assistências odontológicas e pré-natal, auxílio financeiro em caso de nascimento de filhos, auxílio para hospitalização e parto de funcionárias grávidas, licença de três meses às gestantes e adiantamentos em espécie para determinados casos – todas essas modalidades incluíam dependentes. A forma de prestação dessa assistência era, em geral, o “auxílio financeiro para tratamento” com o IAPI custeando parte das despesas. (HOCHMAN, 1992, p. 128).

Os funcionários do IAPI eram segurados obrigatórios do instituto e, mediante desconto em folha, tinham direito a todos os benefícios previdenciários oferecidos aos demais trabalhadores do setor industrial. A Assistência Patronal, tal como a CASSI, portanto, não revogava o acesso ao sistema previdenciário mas acrescentava prerrogativas de uso privativo dos funcionários do IAPI e seus dependentes.

Não é possível verificar detalhadamente o montante de recursos orçamentários executados pelo IAPI a título de Assistência Patronal a partir de 1945, mas o governo Dutra, por meio do Decreto nº 27.644 de 28 de dezembro de 1949, por um lado, reconheceu formalmente a criação da Assistência Patronal e, por outro, estabeleceu um limite de 3% da dotação orçamentária de pessoal do IAPI para seu financiamento (ANFIP, 2016).

A queda do regime varguista em 1945 representou assim, alguma mudança nas prerrogativas da burocracia estatal dos institutos afetando especialmente aquele que se destacava como o *tipo ideal* de autarquia previdenciária dotada de grande autonomia administrativa, o IAPI.

A discricionariedade expressa na restrição aos benefícios assistenciais praticada pelo IAPI até 1950 tem sua explicação fundamentada em dois argumentos principais. Oliveira & Teixeira (1985) entendem que a orientação intencionalmente contencionista está relacionada com o processo maior de acumulação de capital e a aplicação das reservas pecuniárias em projetos de

infraestrutura patrocinados pelo Estado desde a era Vargas como, por exemplo, a subscrição de quotas para a construção da usina siderúrgica de Volta Redonda. Hochman (1992), sem negar que parte das reservas dos institutos tenham sido efetivamente utilizadas para capitalizar o processo de industrialização, argumenta que a burocracia previdenciária praticava a política contencionista antes em nome de seus próprios interesses corporativos imediatos do que em nome do interesse remoto do capital industrial em expansão.

Em outras palavras, tratava-se de defender o lugar especial ocupado pelo corpo burocrático *inapiário*¹¹³ no aparato estatal, construído a partir da reputação de gestores incorruptíveis dos recursos previdenciários imunes à ação política dos sindicatos.

Esse imperativo corporativista ganha maior relevância após o fim do Estado Novo com a emergência de novas forças políticas em um cenário de transformações aceleradas. Hochman (1992, p. 130) refere-se à instauração de um processo de *desautarquização* que apontava para uma equiparação dos quadros funcionais do serviço público expresso pela Lei nº 1.711 de 28 de outubro de 1952 que criou o Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União e foi estendida às autarquias federais no mesmo ano.

Na prática, cotejando os dados da relação entre as despesas gerais com pessoal no IAPI e as despesas com a Assistência Patronal é possível identificar (HOCHMAN, 1992) que até 1945, quando ainda não existia a Patronal, a tendência foi de crescimento da despesa geral com pessoal. Depois disso e, em particular no período 1957 - 1964 há um decréscimo na participação dos salários sobre a receita e inversamente, um crescimento no peso proporcional das vantagens indiretas oferecidas pela Assistência Patronal como auxílio natalidade, bolsas de estudo e auxílio funeral.

Mesmo com o enquadramento do IAPI nos termos do Estatuto dos Funcionários Públicos Civis da União de 1952, o regulamento do instituto previa um elenco de vantagens que iam além da base salarial comum: acréscimo salarial bienal, gratificação anual, estabilidade funcional depois de dois anos para os concursados, licença para tratamento de saúde e uma licença sem vencimentos por tempo indeterminado conhecida como *avulsão* que permitia o trânsito de elementos do quadro funcional do instituto para outras organizações, inclusive do setor privado

¹¹³ Expressão auto referenciada para funcionário do IAPI usada até 1966.

(HOCHMAN, 1992). As vantagens indiretas concedidas pela Assistência Patronal, portanto, compunham um quadro mais amplo de vantagens corporativas próprias do IAPI.

A rigor, a possibilidade de trânsito para setor privado sem a perda do vínculo funcional por meio do mecanismo de *avulsão*, além de proporcionar uma saída vantajosa para o funcionário em tempos de restrição do orçamento público, estabelecia um padrão de articulação público/privada permeável à cooptação do agente público por interesses particulares¹¹⁴.

Não obstante o financiamento da Assistência Patronal contasse com contribuições de desconto em folha de salário dos trabalhadores do instituto, vale destacar que o limite de 3% da dotação orçamentária de pessoal estabelecido pelo Decreto nº 27.644 de 28 de dezembro de 1949 não era desprezível e caracterizou uma transferência continuada do fundo constituído pelo conjunto dos trabalhadores da indústria, que não tinham garantia de assistência médica, para um esquema de uso privativo dos funcionários do IAPI. Esse fato histórico deve ser considerado a partir das suas consequências imediatas sobre a viabilidade financeira da Assistência Patronal, mas, também, como um precedente relevante no padrão de articulação público/privada na assistência à saúde no Brasil.

Situação análoga ocorreu com a CASSI dentro dos limites da estrutura do Banco do Brasil, uma instituição financeira que tem como principal quotista e controlador o Tesouro Nacional.

Os recursos eram gerados pela contribuição dos associados à Caixa de Assistência, divididos inicialmente em cinco classes (A, B, C, D e E), de acordo com o salário no Banco. O limite máximo da ajuda financeira que a CASSI poderia conceder variava conforme o teto de contribuição dos funcionários. O Banco também apoiou a iniciativa, com aporte financeiro, cessão de funcionários e assistência técnica prestada pelo Serviço Médico do BB. (CASSI, 2016).

Desde o início de suas atividades a CASSI ressarcia ao conjunto dos seus associados um valor superior ao arrecadado pelas contribuições individuais provenientes da folha de salários. Ao longo das décadas de 1950 e 1960 modificações estatutárias elevaram progressivamente tanto os limites de auxílios pecuniários quanto o donativo mensal oriundo do caixa do banco, pressionados pela expansão geral no padrão de consumo de bens e serviços no país. Além disso, a partir de 1962 a CASSI admitiu a adesão de aposentados e pensionistas, modificou a tabela de

¹¹⁴ Escorssim (2010) menciona o fato de que Hélio Beltrão, funcionário concursado do IAPI desde a década de 1930 e presidente em cuja gestão foi criada a Assistência Patronal, exerceu funções de direção no setor de assistência do Instituto de Pensões e Aposentadorias dos Servidores do Estado – IPASE, retornando em seguida ao IAPI. O IPASE reuniu os antigos montepios de funcionários públicos e oferecia benefícios assistenciais mais amplos aos servidores do Estado do que aqueles oferecidos para as demais categorias de trabalhadores.

ressarcimentos e simplificou o esquema de contribuições individuais reduzindo para apenas três alíquotas (A, B e C).

Da mesma forma que os funcionários do IAPI após a criação da Assistência Patronal não perderam suas prerrogativas ou benefícios de segurados do instituto, também os associados da CASSI, como bancários, continuaram a ser atendidos pelos serviços previdenciários do IAPB e pelos serviços próprios do Banco do Brasil. Na prática, a CASSI funcionava como um esquema privativo financiado, em parte, com recursos do Tesouro Nacional por meio do caixa do banco.

Em 1966, a extinção dos diversos institutos e a unificação da sua estrutura funcional no INPS¹¹⁵, representou um marco histórico relevante com impacto direto sobre a CASSI e a Assistência Patronal.

Com a unificação, o Decreto nº 60.501 de 14 de março de 1967 que tratou da nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social não alterou o padrão de financiamento reconhecido pelo governo Dutra em 1949 mantendo os 3% da dotação orçamentária de pessoal para a Patronal. Além disso o esquema assistencial privativo foi estendido a todos os funcionários do INPS.

[...]Art. 289 Será prestada aos servidores do INPS e a seus dependentes a Assistência Patronal, nos moldes vigentes ao antigo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários – IAPI, limitada a despesa, em cada exercício, a 3% da dotação orçamentária de Pessoal (art. 19 do Decreto n. 27.644 de 28 de dezembro de 1949) [...] (BRASIL, 2016).

A extinção do IAPB favoreceu um aumento na quantidade de associados da CASSI sincrônico com a consolidação do regime expansionista de gastos assistenciais observado desde o final da segunda guerra. Naquele momento (1966), o descompasso entre o acelerado aumento de custos na assistência médica e os limites da contribuição salarial alocada pressionava o orçamento e ameaçava a sustentabilidade do sistema (CASSI, 2016).

Em decorrência dessa situação houve, em 1970, uma reestruturação da CASSI por meio de alteração em seu estatuto com restrição do regime de livre escolha do prestador e ressarcimento de despesas assistenciais, para a articulação e referenciamento em uma rede de prestadores previamente credenciados.

¹¹⁵ Órgão virtualmente controlado pela antiga burocracia do IAPI e seu ideário de restrição à assistência à saúde.

Esse processo ocorreu de forma incremental de tal maneira que ao longo da década de 1970 ainda se utilizou uma *Tabela Geral de Auxílios* (TGA) para cálculo dos valores de ressarcimento de despesas com assistência e medicamentos. A diferença não coberta era financiada pelo banco na forma de um adiantamento cobrado em parcelas fixas sem juros (CASSI, 2016).

A direção do banco assumiu um controle maior sobre a CASSI, passando a indicar o seu presidente, diretor executivo além de um titular e um suplente do Conselho Fiscal. Os demais membros da diretoria e do Conselho Fiscal continuaram a ser eleitos pelos associados (CASSI, 2016). Além disso, o antigo padrão de distribuição de benefícios baseado na segregação de três categorias distintas de funcionários foi unificado.

A partir desse ponto, portanto, a CASSI passou à linha de frente da política assistencial do banco, como estratégia corporativa de benefícios parcialmente financiada com recursos da instituição¹¹⁶.

Novos modelos de atendimento foram incorporados e, ao tempo em que distanciavam a CASSI do padrão original de caixa de benefícios, funcionavam como estratégias declaradas de enfrentamento do problema do aumento persistente das despesas assistenciais sincrônico com a oferta ampliada de bens e serviços de saúde no país. Buscava-se, na prática, reduzir a demanda por internações hospitalares¹¹⁷.

A pressão sobre as despesas assistenciais, entretanto, não parou de crescer¹¹⁸, *pari passu* com a oferta ampliada de serviços nos anos 2000, gerando um déficit crescente no orçamento da empresa¹¹⁹.

A Assistência Patronal, por sua vez, estendida ao conjunto dos servidores da previdência unificada no INPS, foi objeto de normatização em 1973 por meio da Lei 5.890 que alterou a Lei

¹¹⁶ Ao longo da década de 1980 essa política institucional de assistência assumiu contornos mais elaborados e a pretensão de incorporar conceitos de saúde/doença ampliados na forma de Modelos de Atenção Integral à Saúde e, posteriormente, programas focalizados para populações específicas como nos casos de Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, serviços próprios de saúde (chamados CliniCASSI) e Sempre Saúde, depois denominados em conjunto de Estratégia Saúde da Família.

¹¹⁷ Foram contratados profissionais da Universidade de Brasília (UnB), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade de Marília (Unimar) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para subsidiar os grupos de trabalho, formados por profissionais do quadro do Banco do Brasil com formação em saúde, na definição do novo modelo de atendimento.

¹¹⁸ Em 1989 a sede da empresa foi transferida do Rio de Janeiro para Brasília em uma época em que a estrutura administrativa da CASSI era viabilizada pela cessão de cerca de 700 funcionários do banco, 120 dos quais na nova sede (CASSI, 2016). Apenas na década de 1990 uma reorganização administrativa promoveu a desvinculação do quadro funcional do banco para a esfera de uma personalidade jurídica própria que possibilitou também, a partir de 1997, a criação de um plano de saúde da CASSI aberto para parentes de funcionários da instituição e a contratação de profissionais de saúde para os serviços próprios.

¹¹⁹ Em 2012 foi criado um grupo de trabalho formado por gestores de diferentes áreas e das 27 Unidades assistenciais próprias para identificar as causas do crescimento das despesas assistenciais acima do projetado. Esse grupo propôs ações de médio e longo prazos, como auditoria médica, remuneração diferenciada de prestadores e controle de procedimentos oncológicos ambulatoriais.

orgânica da Previdência Social estabelecendo o percentual de 2% dos rendimentos dos funcionários para custeio do seu esquema assistencial privativo (BRASIL, 2016).

Além disso, o Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973, regulamentou a matéria definindo detalhadamente as demais fontes de custeio e mantendo o aporte de 3% da dotação orçamentária de pessoal do INPS tal qual havia sido estabelecido em 1949:

Art. 410. A Assistência Patronal prestada aos servidores do Instituto Nacional de Previdência Social será custeada da seguinte forma: I - 3% (três por cento) da dotação orçamentária de pessoal do INPS; II - 2% (dois por cento) do salário-base dos funcionários, nos termos da alínea “c” do item I do parágrafo único do art. 220; III - participação direta dos servidores do INPS no preço dos serviços prestados. (BRASIL, Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973).

Os recursos consolidados passaram a ser depositados em um fundo constituído por força do artigo 441 do Decreto de regulamentação, denominado FAP - Fundo de Assistência Patronal e a presidência do INPS homologava a escrituração dos recursos do fundo destinados especificamente às despesas com os serviços prestados pela Assistência Patronal.

Em 1974, um plano de pecúlio facultativo destinado aos funcionários inscritos no esquema assistencial da Patronal ampliou o seu escopo de atuação para a esfera da previdência complementar, tornando ainda mais complexa a rede de interesses implicados na gestão de dois fundos dotados de contabilidade própria: o recém-criado FAP e o Fundo de Pecúlios Facultativo - FPF (ANFIP, 2016).

Nova expansão no elenco de associados da Assistência Patronal ocorreu em 1977 com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, integrado pelas seguintes entidades: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e, na condição de órgão autônomo da estrutura do Ministério da Previdência e Assistência Social, a Central de Medicamentos (CEME). Sob a orientação, coordenação e controle do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS o esquema assistencial passou a abranger todos os trabalhadores do sistema, inclusive os regidos pela

Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e não apenas aqueles estatutários do INPS (ANFIP, 2016).

Em 12 de março de 1979, *a assistência patronal aos servidores das entidades do SINPAS é constituída em sistema, sob a supervisão do Departamento de Pessoal do MPAS* nos termos do artigo 64 do Decreto nº 83.266 (BRASIL, 2016).

Em 1983, com o *status* de *Sistema de Assistência Patronal* e contando com fundos próprios para gestão dos recursos consolidados, ampliados pela inclusão de todos os trabalhadores do SINPAS, foi criada a Comissão Diretora da Assistência Patronal - CODAP, integrada por um representante do MPAS, na qualidade de Diretor Administrativo, um representante de cada entidade do SINPAS e sob a supervisão do Diretor Geral do Departamento de Pessoal do MPAS, para dirigir e controlar as atividades do Sistema de Assistência Patronal.

Em 15 de março de 1989, o Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social, *considerando a necessidade de se dotar o Ministério de meios que visem à administração do Programa de Assistência Patronal dentro dos padrões de eficiência a que o assunto está a exigir* (BRASIL, 2016), editou a Portaria n ° 4.431 e instituiu o *Grupo Executivo de Assistência Patronal* - GEAP composto por agentes públicos e representantes dos servidores indicados por três sindicatos, com a finalidade de gerir o Fundo de Pecúlio Facultativo - FPF e o Fundo de Assistência Patronal-FAP, até então administrados pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS).

Uma das primeiras iniciativas do novo Grupo Executivo foi sugerir que o *Sistema de Assistência Patronal* passasse a se constituir como fundação de direito privado sem fins lucrativos de tal forma que o controle do fundo de pecúlio facultativo estivesse em consonância com o disposto na Lei n ° 6.435, de 15 de julho de 1977, que dispunha sobre as entidades de previdência privada e previa apenas a existência das seguintes figuras jurídicas voltadas para esse objetivo específico: sociedades anônimas (quando com fim lucrativo), sociedade civil ou fundação (quando sem fim lucrativo).

De fato, em 28 de março de 1990, instituiu-se uma fundação de direito privado (*GEAP – Fundação de Seguridade Social*), sem fins lucrativos, devidamente autorizada a funcionar pelo

Ministro da Previdência e Assistência Social (Portaria n° 4.624, de 13 de março de 1990) como entidade fechada de previdência privada, conforme exigido pelo art. 37 da mencionada lei¹²⁰.

Art. 37. A autorização para funcionamento das entidades fechadas será concedida mediante portaria do Ministro da Previdência e Assistência Social, a requerimento, conjunto, dos representantes legais da entidade interessada e de sua patrocinadora ou patrocinadoras (ANFIP, 2016).

Ao longo do ano de 1990 o processo que resultou na formalização dessa importante mudança institucional incluiu a aprovação da Portaria n° 4.624, de 13 de março de 1990 do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social alterando a natureza jurídica do - Grupo Executivo de Assistência Patronal, a aprovação dos estatutos da nova entidade e seu reconhecimento como *entidade fechada de previdência complementar*, tendo em vista a aprovação, pela Secretaria de Previdência Complementar, do Regulamento Básico do Programa de Benefícios Previdenciários e Programas de Benefícios Assistenciais e respectiva Nota Técnica Atuarial (ANFIP, 2016).

A partir de então a *GEAP-Fundação de Seguridade Social* deixou de ser órgão público e passou a ser formalmente reconhecida como *Entidade Fechada de Previdência Complementar*, multi patrocinada, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira. Entretanto, não deixou de receber recursos públicos oriundos dos orçamentos dos seus diversos órgãos patrocinadores, no espírito redivivo do Decreto n° 27.644 de 28 de dezembro de 1949 que transferia até 3% da dotação de pessoal do IAPI para a Assistência Patronal.

Assim, a nova GEAP permaneceu na zona nebulosa onde recursos públicos e interesses privados ou corporativos coabitam. A figura jurídica de direito privado foi criada com o objetivo declarado de, atendendo à disposição legal, habilitar-se para gerir o fundo de previdência complementar facultativo constituído com recursos privados oriundos do salário dos seus optantes. Ao mesmo tempo, como o art. 5° da Lei n° 6.435, de 1977, previa a possibilidade de que essa mesma entidade, independentemente de autorização específica, pudesse incumbir-se da prestação de serviços de assistência à saúde e de assistência social desde que as operações fossem custeadas pelas respectivas patrocinadoras e contabilizadas em separado, estava aberta a chancela para

¹²⁰ A escritura pública da fundação foi registrada no Cartório do 3° Ofício de Notas em Brasília desde 28 de março de 1990, mas a nova entidade permaneceu sob a tutela do Grupo Executivo de Assistência Patronal até o final do exercício fiscal do mesmo ano (ANFIP, 2016).

incorporação do esquema de intermediação assistencial, parcialmente financiado por recursos públicos, com total autonomia patrimonial, administrativa e financeira (BRASIL, 2016).

Na década de 1990 a GEAP expandiu o escopo da sua atuação para além do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, passando a celebrar convênios com outros órgãos da administração pública direta federal como: Ministério da Justiça, Departamento de Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Imprensa Nacional, Ministério da Saúde, Ministério das Minas e Energia, Universidade Federal de Sergipe e Ministério do Trabalho (ANFIP, 2016).

Os funcionários desses órgãos¹²¹ passaram a contribuir com uma alíquota de 3% do salário, percentual maior do que os 2% atribuídos aos funcionários das *instituidoras* que participaram da antiga Assistência Patronal. O patrocínio das empresas *instituidoras* e *conveniadas* era igual, e equivalente a 3% da folha de pagamento.

A Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, que tratou da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, assegurou a manutenção da transferência de recursos públicos para o custeio do esquema assistencial privativo dos servidores atingidos pela mudança.

Art. 5º Os servidores do INAMPS, ocupantes de cargos efetivos, passam a integrar o Quadro de Pessoal Permanente do Ministério da Saúde, respeitados os seus direitos, deveres e vantagens, sendo-lhes garantido o direito de opção por redistribuição para o Ministério da Previdência Social ou outro órgão ou entidade federal, observado o interesse geral da Administração Pública e o específico do Sistema Único de Saúde.

§ 1º fica mantida a contribuição prevista no inciso II do art. 69 da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, com a redação dada pela Lei nº 5.890, de 8 de junho de 1973, e no art. 22 da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, para a Assistência Patronal, transformada na Fundação de Seguridade Social (GEAP), até que seja regulamentada a assistência à saúde do servidor prevista no art. 184 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2016).

Ainda no ano de 1993, o Ministério da Previdência determinou intervenção administrativa na GEAP com suspensão de atendimento pelos prestadores em decorrência de sucessivos atrasos no pagamento de faturas por serviços prestados. A ação saneadora dos interventores incluiu desde o recadastramento dos cerca de 800.000 assistidos em todo o país até o esforço de recuperação das contribuições em atraso por parte de entidades patrocinadoras como o Ministério da Saúde e a supressão gradativa de benefícios de assistência social (ESCORSSIM, 2010).

¹²¹ Denominados de *Órgãos Conveniados*.

Uma disputa judicial entre a GEAP e o INSS pelo pagamento de saldos da conta de pecúlios facultativos e de assistência social pendentes desde a extinção do IAPAS foi vencida pela GEAP e a decisão resultou no pagamento parcelado de cerca de R\$95,3 milhões a partir de maio de 1995 (ESCORSSIM, 2010).

A relação entre empresas *conveniadas* e *instituidoras* viria a ser modificada em 1995 com a assinatura de *convênios de adesão* entre as entidades patrocinadoras e a fundação GEAP, com o fim da intervenção. Todas as instituições patrocinadoras passaram a contribuir com 3% da folha e passou a ser cobrada uma taxa de administração de 15% pela Fundação GEAP já que deixou de haver compartilhamento de estrutura administrativa com as instituidoras.

O novo Conselho de Administração (CONAD) foi empossado em 30 de junho de 1995 e, no ano seguinte, instituiu uma redução de 15% para 10% no valor máximo do desconto no salário a título de coparticipação na assistência médico/odontológica. Além disso, foi iniciada a regulamentação para o ingresso de usuários auto patrocinados, ou seja, aqueles que eram empregados de instituições que não patrocinavam a Fundação GEAP (ESCORSSIM, 2010).

Em 1999 a forma de arrecadação dos fundos de funcionários públicos, como o Fundo de Assistência Patronal - FAP deixou de incidir como percentual sobre a folha de pagamento e passou a uma incidência *percapita* com valores estipulados anualmente pelo governo.

A Lei 9.656/98, dos planos e seguros de saúde, e a criação da ANS em 2000 foram sincrônicos com uma fase de reformulação administrativa na GEAP. Uma nova Diretoria Executiva retomou o limite máximo de 15% na margem consignável dos salários para pagamento de coparticipação na assistência em meio a denúncias de irregularidades na compra do imóvel para a sede da GEAP em Brasília. Tornou-se evidente, mais uma vez, um descompasso entre receitas e despesas assistenciais, comprometendo as reservas do Fundo de Assistência Patronal - FAP. Uma vez que a contribuição dos patrocinadores, *percapita* desde 1999, estava congelada em R\$24,00 como política de governo, a solução encontrada foi o aumento na taxa linear média de contribuição individual para 6,84% (ESCORSSIM, 2010).

Um passivo financeiro calculado em R\$108 milhões só viria a ser liquidado em 2002 e uma dívida de R\$59 milhões em tributos federais decorrente do fim da imunidade tributária atribuída às entidades fechadas de previdência complementar foi negociada pelo Regime Especial de

Tributação (RET) com desconto e isenção de multa e juros para pagamento parcelado (ESCORSSIM, 2010).

A regulamentação da assistência à saúde do servidor¹²² prevista na Lei 8.112 desde 1990 ocorreu apenas em 3 de fevereiro de 2004 quando foi editado o Decreto nº 4.978, posteriormente, em 9 de março de 2004, modificado pelo Decreto nº 5.010 nos seguintes termos:

Art. 1º. A assistência à saúde do servidor ativo ou inativo e de sua família, de responsabilidade do Poder Executivo da União, de suas autarquias e fundações, será prestada mediante: I - convênios com entidades fechadas de autogestão, sem fins lucrativos, assegurando-se a gestão participativa; ou II - contratos, respeitado o disposto na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. (BRASIL, 2016).

O decreto utiliza a expressão *entidade fechada de autogestão*, consagrada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS como modalidade especial de empresa *operadora*¹²³ de plano de saúde na qual a GEAP está registrada pela agência. Essa denominação é tomada pelo decreto como equivalente a *entidade fechada de previdência complementar* para todos os efeitos práticos o que não corresponde a uma definição rigorosa nos termos da lei.

O fato de ser *fechada* significa que o esquema assistencial não está disponível para a população em geral, mas apenas para pessoas com algum tipo de vinculação institucional com as entidades patrocinadoras. A expressão autogestão faz supor que se trata de empresa gerida com recursos próprios, dos trabalhadores e da empresa, e não faz distinção quando o agente patrocinador é da esfera pública como no caso dos diversos patrocinadores da GEAP. Nesse caso, recursos do fundo público consignados nos orçamentos dessas empresas financiam um esquema assistencial privativo, vedado aos contribuintes em geral sem que esse fato seja expresso claramente.

Esse padrão nebuloso de articulação público/privada, histórico nos casos de CASSI e GEAP, mas dotado de maior complexidade na GEAP em razão da multiplicidade de agentes públicos patrocinadores, ganha contornos de uma disputa judicial em discussão no plenário do Supremo Tribunal Federal a partir de 2006.

¹²² A proposta de universalização da assistência à saúde do servidor afetou a GEAP e questionou os fundamentos da justificação de sua existência ser voltada para um conjunto particular de funcionários na medida em que potencialmente todos os servidores estariam envolvidos com o esquema. A disputa pelo comércio da intermediação assistencial para o conjunto dos servidores torna artificial a denominação atribuída à GEAP de *autogestão fechada*.

¹²³ Denominação atribuída pela ANS às empresas de planos e seguros de saúde.

O caso teve início em 2004 quando o Tribunal de Contas da União – TCU, analisando Tomada de Contas da Coordenação-Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, exercício de 1995, opinou contra a celebração de *contratos de adesão* entre a Fundação GEAP e instituições públicas não patrocinadoras sem a realização de procedimento licitatório (BRASIL, 2016).

Em 2006 a Procuradoria geral da República respaldou a tese do TCU e, no mesmo ano, o STF denegou parcialmente o pedido liminar formulado por dezoito associações de servidores públicos afetados pela decisão.

Em 20 de março de 2013, o plenário do STF decidiu a questão nos seguintes termos:

EMENTA: MANDADO DE SEGURANÇA. PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SUPLEMENTAR À SAÚDE DE SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL. GEAP – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL. CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIO DE ADESÃO POR ENTES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA NÃO PATROCINADORES. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO: IMPRESCINDIBILIDADE DE LICITAÇÃO (ART. 1º, INC. II, DO DECRETO N. 4.978/2004). 1. A natureza jurídica contratual do vínculo negocial que a GEAP mantém com a Administração Federal, cujo núcleo é a obrigação de prestar serviço de assistência à saúde visando a uma contraprestação pecuniária, impõe regular procedimento licitatório, observados os parâmetros estabelecidos na Constituição Federal e Lei 8.666/1993. 2. O modelo de gestão da GEAP não se caracteriza como de autogestão para os fins previstos no art. 1º, I, do Decreto 4.978/2004: impossibilidade de firmar convênios com órgãos e entidades da Administração Pública, que não sejam seus patrocinadores, sem licitação. 3. Não há violação do direito líquido e certo no acórdão do Tribunal de Contas da União que vedou aos órgãos e às entidades da Administração Pública Federal, excetuados os patrocinadores originários da GEAP, a celebração de novos convênios para a prestação de serviços de assistência à saúde para os respectivos servidores. 4. Mandado de segurança denegado.

A decisão do STF, entretanto, não demoveu setores da burocracia estatal, implicados com o esquema assistencial oferecido pela GEAP, do seu propósito de ampliar o escopo dos contratos de adesão firmados com instituições públicas. Em 07 de outubro de 2013 um Decreto normativo da Presidência da República *dispõe sobre a forma de patrocínio da União e de suas autarquias e fundações à GEAP - Autogestão em Saúde, para a prestação de serviços de assistência à saúde para os seus servidores ou empregados ativos, aposentados, pensionistas, bem como para seus respectivos grupos familiares definidos.*

A publicação do Decreto pretendeu resolver a objeção imposta à celebração de contratos de adesão com instituições não definidas originalmente como patrocinadoras colocando a própria União no lugar de patrocinadora de uma nova empresa criada após a extinção da *GEAP-*

Fundação de Seguridade Social, agora denominada *GEAP – Autogestão em Saúde* separada da área de previdência complementar. Os termos do Decreto Normativo Presidencial são os seguintes:

[...] Art. 2º O patrocínio da União e de suas autarquias e fundações à GEAP - Autogestão em Saúde será realizado por meio de repasses mensais.

§ 1º O valor dos repasses mensais de que trata o caput será correspondente aos valores que seriam ressarcidos, nos termos do caput do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, aos servidores ou empregados ativos, aposentados, seus dependentes e pensionistas, na forma do auxílio de que trata o caput do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, em razão de dispêndios com planos de saúde ou com seguros privados de assistência à saúde.

§ 2º Os servidores ou empregados ativos, aposentados, seus dependentes e pensionistas que optarem pelos serviços de assistência à saúde oferecidos pela GEAP - Autogestão em Saúde não farão jus a ressarcimento, na forma do auxílio de que trata o caput do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

§ 3º O patrocínio de que trata o caput não implica assunção de quaisquer riscos financeiros de operação de plano de saúde por parte da União, suas autarquias e fundações.

§ 4º Os servidores ou empregados ativos, aposentados e pensionistas não poderão optar por mais de um plano de saúde com patrocínio da União, suas autarquias e fundações, ainda que no órgão ou entidade de vinculação do interessado exista mais de um plano ofertado.

Art. 3º Fica o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão autorizado a celebrar convênios, na forma do inciso I do § 3º do art. 230 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, em nome da União, para a prestação de serviços de assistência à saúde pela GEAP - Autogestão em Saúde.

Parágrafo único. Sem prejuízo do disposto no caput, as autarquias e fundações poderão aderir, na condição de patrocinadoras, ao convênio com a GEAP - Autogestão em Saúde firmado pela União. [...]

Em 1º de abril de 2015 o convênio celebrado entre a União e a GEAP foi suspenso por uma medida cautelar do Tribunal de Contas da União -TCU, mas, um recurso de agravo interposto pela GEAP garantiu a manutenção das pessoas que aderiram ao contrato até a data da medida cautelar.

Levando o caso de volta ao STF, o Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil – OAB entrou com uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) contra o Artigo 3º do Decreto Presidencial que autoriza a celebração de convênios na forma de *contratos de adesão* entre a União e a GEAP sem procedimento licitatório.

Em decisão monocrática, o Ministro Ricardo Lewandowsky deferiu parcialmente o pedido formulado pela OAB suspendendo a eficácia do Artigo 3º do Decreto Presidencial sem, contudo, atribuir à decisão efeito retroativo como pretendia o requerente. Em janeiro de 2016 o caso permanecia em julgamento pelo plenário do STF.

Considerando o conjunto dos dados apresentados até agora dispomos abaixo um quadro sinóptico que faz um paralelo entre CASSI e GEAP relacionando os fatos mais relevantes para cada uma das empresas em cada período histórico.

Quadro 15 - Esquemas assistenciais particulares para empregados de empresas estatais e da administração pública direta (CASSI e GEAP)

CASSI	GEAP
<p>1945 a 1964</p> <p>Matriz empresarial mutualista vinculada a instituições públicas (BAHIA, 1999); Reembolso de despesas assistenciais; Redução dos gastos proporcionais com assistência à saúde no conjunto dos institutos e nas caixas remanescentes após 1930; IAPB – Estrutura de previdência e assistência dos bancários era fruto da <i>práxis</i> e da força do movimento sindical; Perspectiva expansionista para o padrão geral de consumo de bens e serviços em linha com o crescimento da produção industrial; 1945 - 3,5 mil Associados, de um total de 7,2 mil funcionários do Banco e, em 1962, 60% dos funcionários eram associados; Iniciativa de um grupo de cinco funcionários que organizaram a assembleia de constituição da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil em 27 de janeiro de 1944; Recursos do Banco do Brasil contribuíam com o financiamento da CASSI.</p>	<p>1945 a 1964</p> <p>Matriz empresarial mutualista vinculada a instituições públicas (BAHIA, 1999); Reembolso de despesas assistenciais; Redução dos gastos proporcionais com assistência à saúde no conjunto dos institutos e nas caixas remanescentes após 1930; IAPI – Modelo ideal dirigido pela burocracia do Estado Novo a partir de critérios e normas técnicas apriorísticas; Perspectiva expansionista para o padrão geral de consumo de bens e serviços em linha com o crescimento da produção industrial; Criada por resolução administrativa da presidência do IAPI então ocupada por Hélio Beltrão, no apagar das luzes do Estado Novo; Governo Dutra, por meio do Decreto nº 27.644 de 28 de dezembro de 1949, estabeleceu um limite de 3% da dotação orçamentária de pessoal do IAPI para seu financiamento; Entre 1957 e 1964 há um decréscimo na participação dos salários sobre a receita da Patronal e um crescimento no peso proporcional das vantagens indiretas oferecidas.</p>
<p>1964 a 1985</p> <p>Em 1966, no IAPB, virtualmente 100% de demanda era atendida; O descompasso entre o acelerado aumento de custos na assistência médica e os limites da contribuição salarial alocada pressionava o orçamento e ameaçava a sustentabilidade do sistema; 1970 - Reestruturação da CASSI por meio de alteração em seu estatuto com restrição do regime de livre escolha do prestador e ressarcimento de despesas assistenciais, para a articulação e referenciamento em uma rede de prestadores previamente credenciados; A direção do banco assumiu um controle maior sobre a CASSI, passando a indicar o seu presidente, diretor executivo além de um titular e um suplente do Conselho Fiscal;</p>	<p>1964 a 1985</p> <p>Em 1966 quando foi extinto o IAPI apenas 30% dos segurados tinha acesso à assistência médica previdenciária; Decreto nº 60.501 de 14 de março de 1967 que tratou da nova redação do Regulamento Geral da Previdência Social não alterou o padrão de financiamento reconhecido pelo governo Dutra em 1949 mantendo os 3% da dotação orçamentária de pessoal para a Patronal; Decreto nº 72.771, de 6 de setembro de 1973 manteve o aporte de 3% da dotação orçamentária de pessoal do INPS tal qual havia sido estabelecido em 1949; Em 1974, um plano de pecúlio facultativo destinado aos funcionários inscritos no esquema assistencial da Patronal ampliou o seu escopo de atuação para a esfera da previdência complementar; Expansão no elenco de associados da Assistência Patronal com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS em 1977; Em 1983, com o status de Sistema de Assistência Patronal e contando com fundos próprios para gestão dos recursos consolidados, ampliados pela inclusão de todos os trabalhadores do SINPAS, foi criada a Comissão Diretora da Assistência Patronal – CODAP.</p>
<p>1985 a 2003</p> <p>Foram contratados profissionais da Universidade de Brasília (UnB), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), da Universidade Federal Fluminense (UFF), Universidade de Marília (Unimar) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para subsidiar os grupos de trabalho, formados por profissionais do quadro do Banco do Brasil com formação em saúde, na definição de um novo modelo de atendimento para redução de custos de internação.</p>	<p>1985 a 2003</p> <p>Em 1989, Portaria n ° 4.431 instituiu o Grupo Executivo de Assistência Patronal - GEAP composto por agentes públicos e representantes dos servidores indicados por três sindicatos, com a finalidade de gerir o Fundo de Pecúlio Facultativo - FPF e o Fundo de Assistência Patronal-FAP, até então administrados pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); Em 1990 instituiu-se uma fundação de direito privado (GEAP – Fundação de Seguridade Social), formalmente reconhecida como Entidade Fechada</p>

	<p>de Previdência Complementar, multi patrocinada, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com autonomia patrimonial, administrativa e financeira;</p> <p>A Lei 8.689, de 27 de julho de 1993, que tratou da extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, assegurou a manutenção da transferência de recursos públicos para o custeio do esquema assistencial privativo dos servidores atingidos pela mudança;</p> <p>1993 - Intervenção administrativa na GEAP com suspensão de atendimento pelos prestadores em decorrência de sucessivos atrasos no pagamento de faturas por serviços prestados;</p>
2003 a 2015	<p>2003 a 2015</p> <p>Em 2004 o Tribunal de Contas da União – TCU, analisando Tomada de Contas da Coordenação-Geral de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, exercício de 1995, opinou contra a celebração de contratos de adesão entre a Fundação GEAP e instituições públicas não patrocinadoras sem a realização de procedimento licitatório;</p> <p>Em 2006 a Procuradoria geral da República respaldou a tese do TCU e, no mesmo ano, o STF denegou parcialmente o pedido liminar formulado por dezoito associações de servidores públicos afetados pela decisão;</p> <p>Em 2013 STF decide que o modelo de gestão da GEAP não se caracteriza como de autogestão para os fins previstos no art. 1º, I, do Decreto 4.978/2004 e pela impossibilidade de firmar convênios com órgãos e entidades da Administração Pública, que não sejam seus patrocinadores, sem licitação;</p> <p>Decreto da Presidência da república coloca a própria União no lugar de patrocinadora de uma nova empresa criada após a extinção da GEAP-Fundação de Seguridade Social, agora denominada GEAP – Autogestão em Saúde separada da área de previdência complementar;</p> <p>Em 1º de abril de 2015 o convênio celebrado entre a União e a GEAP foi suspenso por uma medida cautelar do Tribunal de Contas da União -TCU.</p>

Fonte: Elaboração própria.

GEAP e CASSI surgiram como esquemas assistenciais privativos de categorias específicas de servidores em uma época de expansão incremental do padrão de consumo de produtos e serviços de saúde. Esses esquemas particulares nasceram dotados da contradição essencial de serem amplamente financiados por recursos oriundos da retenção de parte dos valores orçamentários de instituições estatais e órgãos do executivo para a oferta de serviços assistenciais. A CASSI com recursos do Banco do Brasil, instituição controlada pelo Tesouro Nacional, e a GEAP com recursos consignados no orçamento do IAPI e depois a partir de uma parcela do orçamento de uma rede ampla de patrocinadores institucionais públicos.

A personalidade jurídica de ambas empresas pode ter mudado ao longo dos seus longos anos de existência assumindo um nível maior de autonomia administrativa, mas o padrão estruturante de articulação público/privada subsistiu indene.

A amplitude da rede de patrocinadores institucionais da GEAP e sua estratégia política de expansão para a totalidade do universo de servidores públicos federais por meio de contrato de

adesão com a União expuseram, no âmbito do judiciário, detalhes estruturais do esquema assistencial tradicionalmente recobertos por uma camada de nebulosidade.

A controvérsia sobre a natureza jurídica pública ou privada do esquema assistencial da GEAP, posta a descoberto pelo processo judicial, e a distinção entre sua contratação por processo licitatório ou por *contrato de adesão* não são fortuitas, mas tocam nos fundamentos do seu desenvolvimento histórico. O caso CASSI, embora forjado na mesma concepção fundamental, reveste-se de peculiaridades dado o elevado grau de autonomia administrativa do banco. Não fosse o Banco do Brasil uma empresa estatal e a União o seu principal controlador, seria uma política institucional de assistência padrão de uma grande instituição financeira.

A história mostra uma relação próxima no desenvolvimento de formas institucionais de previdência e assistência à saúde. A trajetória da CASSI e da GEAP não é diferente. O Banco do Brasil teve sua Caixa Montepio criada em 1904 e, embora a CASSI tenha surgido apenas em 1944, ambas sempre dispuseram de recursos pecuniários e administrativos providos pelo banco.

A GEAP, sucessora da Assistência Patronal, foi constituída em 1990 como *Fundação de Seguridade Social* reunindo em uma mesma instituição, embora com recursos contabilizados em separado, um fundo de previdência complementar e outro de assistência à saúde.

O principal marco normativo relacionado com o desenvolvimento dos fundos de previdência complementar no Brasil foi a Lei Federal 6.435 de 15 de julho de 1977 (BRASIL, 2016) que estabeleceu distinção entre entidades abertas e fechadas de previdência complementar.

Na década de 1980 a antiga Caixa Montepio do Banco do Brasil, agora denominada Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil – PREVI, já sob o novo regimento, superou o déficit histórico gerado pela incorporação de participantes oriundos do extinto IAPB a partir de 1967, e preparou-se para ocupar o lugar de maior fundo de previdência privada da América Latina. Essa posição de destaque em um cenário de crescente dominância dos agentes financeiros, transformou a PREVI em objeto de disputas políticas acirradas haja vista o seu papel estratégico no processo de alienação de ativos públicos promovido pelo governo na década de 1990 (GRÜN, 2003).

Quanto à CASSI, reconhecida e definitivamente incorporada como patrimônio institucional do banco, obteve do novo regime regulatório implantado a partir de 1998 com a lei dos planos de

saúde (Lei 9.656/98), e a partir de 2000 com a criação da ANS, a denominação de empresa de autogestão em saúde patrocinada pelo banco e gestora de um esquema assistencial privativo aos seus funcionários e dependentes.

É importante destacar que o motivo apontado pelo grupo executivo gestor da Assistência Patronal para a constituição da *Fundação de Seguridade Social – GEAP* foi a necessidade de adequação do seu fundo de previdência privada à nova legislação de 1977. Ou seja, a nova lei de previdência privada funcionou como um fator de indução na criação da nova empresa de direito privado gestora, a um só tempo, de um fundo de previdência complementar aperado sob a lógica financeira e, subsidiariamente, de um fundo de assistência à saúde.

Embora sendo constituído por recursos de menor monta do que os da PREVI, foi a necessidade de adequação do fundo de previdência complementar da Patronal ao espírito de composição atuarial da lei de 1977 que levou os sucessores dos *inapiários* em direção à nova personalidade jurídica. Junto com ela, entretanto, foram também carreadas as contradições do esquema assistencial privativo financiado por recursos públicos agora expostas na forma de uma questão para decisão do Supremo Tribunal Federal.

Da mesma forma que a CASSI, também a GEAP recebeu do acervo conceitual desenvolvido pelo novo regime regulatório instaurado com a criação da ANS a denominação de empresa de *autogestão em saúde* patrocinada, de início, por uma rede de empresas públicas e depois pela própria União, como pretende o Decreto Normativo Presidencial de 07 de outubro de 2013.

É relevante também o fato de que a discussão entre os diversos ministros votantes no plenário do STF lança mão a um só tempo de conceitos forjados a partir matrizes teóricas distintas, dispondo sobre a mesma mesa disputas comerciais com empresas privadas de planos de saúde pela carteira de clientes com vínculo empregatício nas instituições da administração pública direta federal e questões de relevância pública como a assistência à saúde de milhares de servidores públicos federais e seus dependentes.

Tais elementos conceituais, assim como suas respectivas matrizes teóricas, consideradas em separado, não admitem intercessões nem contemplam fenômenos de interface. Da mesma forma, a discussão no STF, não menciona as idiossincrasias do caso GEAP naquilo que poderia ser a pedra angular na construção de um novo padrão de expressão institucional de articulação entre o

público e o privado na assistência à saúde pela clara separação entre o bem geral e o particular ou privativo.

CASSI e GEAP representam respectivamente apenas cerca de 1,45% e 1,0% do total de clientes das empresas de intermediação assistencial registradas na ANS em dezembro de 2016. Não podem ser consideradas, portanto, empresas da mesma magnitude de BRADESCO SAÚDE, AMIL, SULAMERICA e INTERMEDICA por exemplo, mas possuem características especiais de inserção público/privada que conferem um peso político e institucional destacado aos seus dirigentes.

Há disputa política no interior do Banco do Brasil e na esfera sindical pela indicação dos gestores da CASSI. Os dirigentes da GEAP são indicados pela Presidência da República e há disputa política pela indicação dos seus superintendentes estaduais. A magnitude dessas duas empresas não pode ser medida apenas pelos recursos financeiros envolvidos na sua operação, mas pela sua dimensão política importante tanto no judiciário e no legislativo quanto no executivo.

3.1.3 INTERMEDICA, UNIMED BH, UNIMED RIO e AMIL

As origens históricas das empresas de *medicina de grupo e cooperativas médicas* no Brasil estão relacionadas com o período de expansão geral da produção industrial de bens de consumo inaugurado após o final da segunda guerra mundial. Os primeiros clientes dessas empresas eram fábricas do parque industrial instalado na periferia da região metropolitana de São Paulo com padrões restritivos de concessão de benefício assistencial previdenciário aos seus trabalhadores urbanos vinculados ao IAPI embora, rapidamente essa clientela viesse a se expandir e diversificar.

A disjuntiva entre as restrições impostas pelo IAPI à concessão de benefícios assistenciais a trabalhadores da indústria e a nova tendência instaurada no pós-guerra, de expansão no padrão geral de consumo de produtos e serviços de saúde, gerou uma enorme tensão política sobre o sistema previdenciário que demandava uma solução de compromisso entre dois vetores de sinais contrários.

Do ponto de vista institucional, a principal discussão pautada ao longo dos anos 1950 e 1960 foi expressa na Lei 3.807 de 26 de agosto de 1960 que dispôs sobre a Lei Orgânica da Previdência com a manutenção de limites à assistência médica

Art. 45. A assistência médica proporcionará assistência clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em ambulatório, hospital, sanatório, ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitirem e na conformidade do que estabelecerem esta lei e o seu regulamento.

Parágrafo único. A assistência a que se refere este artigo será prestada após haver o segurado pago, no mínimo 12 (doze) contribuições mensais, salvo quando se tratar de assistência ambulatorial e domiciliar de urgência. (BRASIL, 2016).

A possibilidade de expansão da rede assistencial mediante a realização de convênios e credenciamentos, entretanto, estava prevista no texto do decreto

Art. 47. O DNPS organizará os serviços de assistência médica, que será feita de modo a assegurar, quanto possível, a liberdade de escolha do médico por parte dos beneficiários, dentre aqueles que forem credenciados, segundo o critério de seleção profissional estabelecido pelo regulamento desta lei, para atendimento em seus consultórios ou clínicas, na base da percepção de honorários per capita ou segundo tabela de serviços profissionais, observadas sempre as limitações do custeio dos serviços estabelecidas nesta lei. (BRASIL, 2016).

O novo governo instalado após o golpe de 1964 tomou a decisão política de expandir os serviços assistenciais previdenciários e instituiu a possibilidade de pré-pagamento¹²⁴.

Cordeiro (1984) descreve alguns detalhes relevantes relacionados com essa decisão:

[...] O IAPI era alvo de pressões por parte dos segurados: tanto de pressões indiretas traduzidas em filas diante dos postos [...] quanto de pressões diretas através de lideranças políticas sindicais no período pré-1964. Também sofria pressões dos empresários [...]. Por outro lado, o Estado se deparava com o problema dos déficits dos IAPs, [...]. A necessidade de responder a essas pressões, aliada à necessidade de atrair e manter a mão de obra especializada das grandes indústrias, determinou que tanto o Estado como a área privada buscassem, em meados da década de 1960, uma solução que conciliasse os interesses em jogo. Esta solução viria a ser a criação do convênio-empresa. Assim, em

¹²⁴ O modelo de credenciamento para atendimento ambulatorial e hospitalar em voga a partir da década de 1950 no Brasil foi influenciado pelo padrão estabelecido desde o início do século nos Estados Unidos denominado de medicina de grupo (SESTELO & BAHIA, 2014). Com a industrialização da região norte daquele país, os processos de produção de serviços em geral foram modificados e tornaram-se mais dinâmicos afastando-se do modelo artesanal tradicional inclusive nos serviços de assistência à saúde.

Em Minnesota, a Clínica dos irmãos Mayo tornou-se referência mundial no início do século XX como experiência bem-sucedida de medicina de grupo em cirurgia ao incorporar em um mesmo ambiente de trabalho jovens profissionais médicos radiologistas e patologistas dedicados aos procedimentos pré-operatórios necessários para rápida habilitação do doente ao ato cirúrgico. Tratava-se de uma organização análoga a uma linha de montagem industrial com vantagens evidentes em logística e no nível de remuneração da equipe considerando que em algumas situações se utilizava também um sistema de pré-pagamento (STARR, 1984; SESTELO & BAHIA, 2014).

Uma versão adaptada desse modelo foi transposta para o Brasil na década de 1950. Seus proprietários, de início, eram médicos do trabalho contratados pelas empresas, mas também credenciados para atendimento de segurados dos IAPs em seus consultórios particulares.

1964, com o Dr. José Dias Correia Sobrinho na presidência do então IAPI, foi assinado o primeiro convênio-empresa baseado na Lei Orgânica da Previdência Social [...] (CORDEIRO, 1984 p. 46).

O Departamento de Assistência Médica do IAPI passou a celebrar convênios com empresas que já dispunham de serviços médicos organizados em detrimento da expansão de serviços próprios. O primeiro convênio-empresa foi celebrado em maio de 1964 entre o IAPI e a Volkswagen do Brasil com a intermediação do proprietário da Policlínica Central de São Paulo, Juljan Czapski (BAHIA *et al.* 2005).

Dois anos depois, em 08 de agosto de 1966, foi criada a Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE que ocupou, nas décadas seguintes, um lugar importante na construção de uma ideologia empresarial¹²⁵ de prática médica com influência ampla em setores da burocracia estatal.

O surgimento das *cooperativas de trabalho médico* (UNIMEDs) foi a pedra angular de uma disputa, pautada sobre questões éticas, e ensaiada entre as *medicinas de grupo* e a corporação médica pelo controle da assistência à população de trabalhadores da indústria em expansão na década de 1970.

A primeira cooperativa surgiu em 1967 na cidade de Santos, ao lado do novo polo de indústria química que começava a ser instalado em Cubatão.

Da mesma forma como ocorrera uma década antes na região do ABC, o polo petroquímico atraiu um contingente de trabalhadores que demandava serviços de toda natureza, inclusive médicos. Assim, rapidamente se disseminou ali o modelo de medicina de grupo, oferecendo planos particulares às grandes corporações que atuavam na Baixada Santista. Ocorre que nem todos eram idôneos, o que preocupava ainda mais a categoria médica. (UNIMED BH, 2014, p. 58).

A novas cooperativas se valeram de uma base legal que já existia. A criação da UNIMED Santos foi apoiada no Decreto 22.239 de 19 de dezembro de 1932, conhecido como Lei Orgânica das Sociedades Cooperativas (BRASIL, 2016) que definiu as características do contrato desse tipo de sociedade: Limitação do valor da soma de quotas-parte do capital social que cada associado

¹²⁵ Donnangelo (2011), ao tratar de ideologias ocupacionais na profissão médica refere-se à ideologia empresarial e utiliza excertos extraídos dos anais do Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972 pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo – ABRAMGE.

poderá possuir; Quórum para funcionamento e deliberação da assembleia baseado no número de associados presentes à reunião e não no capital representado; Distribuição dos lucros ou sobras proporcionalmente às operações realizadas pelo associado com a sociedade; Área de ação determinada. Considerava-se que a cooperativa constituía uma sociedade de pessoas e não de capital, o que conferia a esse tipo de organização vantagens fiscais e creditícias.

A Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971 (BRASIL, 2016) ampliou o escopo da legislação original, reduzindo, entretanto, as vantagens fiscais. O governo militar definiu uma Política Nacional de Cooperativismo que, na prática, reduziu o número total de cooperativas ativas (de todos os tipos) no país pela metade (UNIMED BH, 2014). Aumentaram, entretanto, as instâncias formais de fiscalização de suas atividades:

Art. 92. A fiscalização e o controle das sociedades cooperativas, nos termos desta lei e dispositivos legais específicos, serão exercidos, de acordo com o objeto de funcionamento, da seguinte forma:

I - as de crédito e as seções de crédito das agrícolas mistas pelo Banco Central do Brasil;

II - as de habitação pelo Banco Nacional de Habitação;

III - as demais pelo Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. (BRASIL, Lei 5.764 de 16 de dezembro de 1971).

As cooperativas de trabalho médico, portanto, nasceram sob a esfera administrativa do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária embora seus membros fossem médicos e sua articulação com a atividade assistencial fosse análoga à das *medicinas de grupo*.

A ideia mais abrangente de atribuir ao esquema empresarial de intermediação da assistência um caráter *supletivo* e, portanto, não excludente da ação estatal foi veiculada pela ABRAMGE na década de 1970 e ganhou expressão institucional anos depois com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 2000¹²⁶.

A história de formação de *medicinas de grupo* e *cooperativas médicas* no Brasil, portanto, não pode ser compreendida senão a partir da sua articulação com a esfera pública, em particular com a estrutura previdenciária.

¹²⁶ Dada a importância da ABRAMGE na formulação dos principais argumentos de sustentação da ideologia empresarial ainda hoje em circulação, remetemos o leitor para o Apêndice onde dispomos uma breve análise acompanhada de um quadro resumo sobre o tema.

O padrão de assistência dos trabalhadores da indústria sustentado pela política previdenciária e as soluções encontradas na abertura de espaço para o empresariamento com apoio estatal são o fio condutor que explica a relação de identificação da ideologia empresarial com o governo pós 1964. As teses compartilhadas pela ABRAMGE e pela burocracia estatal subsistiram e ganharam expressão institucional duradoura, seja na legislação tributária, nas normas de previdência complementar ou, mais recentemente no novo regime regulatório instaurado a partir da Lei 9.656/98 e da criação da ANS.

Diversas empresas surgiram e se desenvolveram a partir dessa origem histórica comum, porém guardando suas peculiaridades. Há diferenças marcantes, por exemplo, entre a dinâmica do empresariamento incidente no entorno do parque industrial paulista e aquela observada no Rio de Janeiro onde a rede assistencial pública consolidou uma estrutura física e administrativa desde a época em que a cidade era capital federal. No caso de duas das *medicinas de grupo* selecionadas (INTERMEDICA e AMIL) por exemplo, é marcante o peso dos contratos individuais e da política de expansão a outros estados da federação praticada pela AMIL, face ao peso dos contratos empresariais e opção pela limitação de atuação em São Paulo da INTERMEDICA.

Das empresas selecionadas nesse grupo (INTERMEDICA, UNIMED BH, UNIMED RIO e AMIL), a INTERMEDICA e a AMIL têm sede em São Paulo, a UNIMED BH em Belo Horizonte e a UNIMED Rio no Rio de Janeiro. A reconstituição de sua trajetória histórica disposta abaixo, para não ser reiterativa, procura iluminar em primeiro plano as grandes linhas em comum que caracterizam esse grupo de empresas, destacando, por outro lado peculiaridades que sejam relevantes em cada uma delas.

A INTERMEDICA como *medicina de grupo* e as UNIMEDs como *cooperativas médicas* surgiram em 1968 e 1971 respectivamente, em um período de expansão da atividade industrial e do sistema de serviços de saúde por meio do empresariamento da assistência estimulado pelo governo. A AMIL surgiu em 1978, beneficiada pela mesma política governamental, mas em um momento em que a clientela das *Medicinas de Grupo* já se expandia e diversificava no ambiente complexo das grandes cidades.

O registro da *INTERMEDICA Sistema de Saúde Ltda.* na Junta Comercial do Estado de São Paulo informa que o início da atividade da empresa foi em 08 de março de 1968. O seu proprietário, o médico Paulo Barbanti, foi pioneiro na constituição de rede própria de

atendimento e delineou uma estratégia de vendas voltada para trabalhadores de setores diversificados mantendo como atrativo o valor reduzido das contraprestações pecuniárias (SINDSEGSP, 2016).

Segundo relatos históricos¹²⁷, a origem do grupo INTERMEDICA guarda uma relação estreita com a estrutura assistencial do Hospital São Camilo Pompéia localizado em São Paulo. A história do hospital marca a entrada da Província Camiliana no Brasil a partir da iniciativa do Padre Inocente Radrizzani, com a inauguração da Policlínica São Camilo em 1928. Aquela estrutura foi a pedra fundamental para a construção do que viria a se tornar um amplo complexo hospitalar tempos depois. Após passar por uma série de reformas e ampliações ao longo de vários anos, a Policlínica se transformou no Hospital São Camilo Pompeia, em 23 de janeiro de 1960.

A INTERMEDICA começou a sua história como uma típica *medicina de grupo* da década de 1970 a partir de uma estrutura verticalizada no interior do Hospital São Camilo. Paulo Barbanti era um cirurgião geral com especialização em urologia que dividia o seu tempo de trabalho entre o centro cirúrgico do hospital e a sua atuação como colaborador na administração do plano de saúde INTERMEDICA em um figurino típico do empresário-médico com dupla jornada qualificado por Donnangelo (2011). Na prática, os médicos do Hospital São Camilo, liderados por Paulo Barbanti, montaram um esquema articulado entre as diversas especialidades em associação com a estrutura física do hospital filantrópico onde atuavam originalmente como prestadores de serviço.

A INTERMEDICA sempre trabalhou com pré-pagamento de valores fixados inicialmente com base na quantidade de pessoas registradas por grupo familiar e, a partir dos anos 1990 passou a estratificar a cobrança também por faixa etária.

As cooperativas têm sua origem no interior das corporações profissionais. Embora a primeira cooperativa de trabalho médico tenha se estabelecido no entorno do polo petroquímico da baixada santista em São Paulo, as cooperativas médicas do Rio de Janeiro e de Belo Horizonte, denominadas respectivamente de COMEG e MEDMINAS, não replicaram inicialmente o modelo de contrato social estruturado pela UNIMED Santos, então sob a influência do sindicato médico local, mas adotaram uma adaptação elaborada pela Associação Médica Brasileira – AMB.

¹²⁷ Relato pessoal colhido, em outubro de 2015 de Paulo Marcos Senra Souza, médico, co-fundador da AMIL, conviveu com Paulo Barbanti em reuniões e congressos da ABRAMGE no final da década de 1970 e início da década de 1980.

Da parte dos médicos cooperados tratava-se de constituir uma empresa como estratégia de acesso a crédito e à demanda por assistência para grupos de profissionais descapitalizados e premidos entre os limites da inserção liberal tradicional, o crescimento das *Medicinas de Grupo* e as perspectivas de restrição das fontes de remuneração limitadas da medicina previdenciária. Do ponto de vista ideológico a iniciativa era calcada nos argumentos de ética médica, da relação direta profissional/paciente e da função social da profissão médica. Alegava-se que, ao contratar uma equipe de médicos para compor uma *Medicina de Grupo*, os empresários (médicos ou não médicos) definiam metas quantitativas de faturamento e limitavam o elenco de procedimentos que representassem aumento de custo para a empresa.

A UNIMED Rio começou com um grupo de 27 médicos ligados à Sociedade de Medicina e Cirurgia e ao Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, que criaram a COMEG - Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares do Estado da Guanabara em 08 de dezembro de 1971, em busca de *garantir trabalho e remuneração digna para a classe* (UNIMED RIO, 2016).

No fim dos anos 60, com a unificação do sistema de previdência pelo governo, caiu o padrão de atendimento da medicina pública. Expandiram-se então as empresas de medicina de grupo e as seguradoras, porém a remuneração proposta por elas era sofrível. Nesse contexto, ganhou forma o cooperativismo médico, como forma de eliminar a intermediação comercial na prestação de serviços médicos, dar mercado ao maior número possível de colegas e assegurar qualidade de fato na prática médica [...] (UNIMED RIO, 2016).

Entre seus fundadores destacou-se o médico Djalma Chastinet Contreiras que, à época, era diretor da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e Vice-presidente do Conselho Regional de Medicina. Quando foi criada a Confederação de UNIMEDs em 1972, Contreiras foi seu primeiro Vice-presidente, ao lado do presidente da UNIMED Santos e da confederação, Edmundo Castilho (BAHIA, 1999).

A UNIMED BH, foi fundada por um grupo de 152 profissionais com apoio da Associação Médica Brasileira - AMB e Associação Médica de Minas Gerais – AMMG sob a denominação de MEDMINAS - Sociedade Cooperativa Regional de Belo Horizonte para a Prestação de Serviços Médicos e Hospitalares Ltda. em 1º de abril de 1971. Cada associado contribuiu com seis quotas de igual valor e equivalentes a R\$2.450,00 em 2014 (UNIMED BH, 2014) perfazendo um capital inicial total de R\$370.000,00 em valores atuais. A sede da MEDMINAS foi localizada nas

instalações da AMMG e a sua área de atuação inicial incluía 30 municípios além de Belo Horizonte.

A intenção era defender a categoria médica nos tempos em que a evolução dos sistemas público e privado de saúde impunha condições de assalariamento consideradas incompatíveis com o caráter liberal da profissão. (UNIMED BH, 2014, p. 19).

No final da década de 1960 a AMB e a AMMG posicionaram-se favoravelmente ao Plano Nacional de Saúde apresentado pelo então Ministro da Saúde, Leonel Miranda. As duas entidades defendiam a criação de um seguro-saúde organizado pela categoria médica¹²⁸.

O primeiro presidente da cooperativa mineira foi Lucas Vianna Machado, filho do fundador da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Lucas Monteiro Machado. O oftalmologista Hilton Ribeiro da Rocha presidiu a assembleia de criação da nova entidade e subscreveu quotas de participação. Anúncio de época feito para divulgação da nova modalidade de atendimento veiculava o seguinte texto:

A MEDMINAS isolou o “vírus” das filas em atendimento médico-hospitalar, lançando uma nova sistemática assistencial: a LIVRE ESCOLHA. Cada usuário recebe um livreto com a relação de todos os médicos cooperados, hospitais e laboratórios. Escolhe o de sua confiança e, de posse da carteira de identificação da MEDMINAS é atendido como cliente particular. Importante: a MEDMINAS não trabalha com guias. Basta apenas a apresentação da carteira para ser atendido. A MEDMINAS conta com total apoio da Associação Médica Brasileira e da Associação Médica de Minas Gerais. Os convênios empresariais podem ser feitos na Avenida João Pinheiro, 161. (UNIMED BH, 2014, p.85).

De um patamar inicial de cerca 40 mil clientes, entre titulares e dependentes, a UNIMED BH chegou no ano de 1998, quando foi publicada a Lei dos Planos de Saúde, com cerca de 300.000 usuários em carteira (UNIMED BH, 2014). Embora a região metropolitana de Belo Horizonte não contasse, nas décadas de 1960 e 1970 com um parque industrial automotivo como no ABC paulista, era grande a concentração de plantas industriais siderúrgicas e de outros segmentos como a Belgo-Mineira, a Ferro Brasileira, a Mannesmann, a Alcan, a Cominci e a RCA Victor cujos trabalhadores eram potenciais clientes da nova cooperativa. De fato, a RCA Victor logo tornou-se o primeiro cliente empresarial da cooperativa.

¹²⁸ Para que isso fosse possível, os médicos mineiros optaram pela criação da MEDMINAS dentro do modelo elaborado pela AMB. Esta nova cooperativa compartilhava com a AMB a defesa política dos princípios do atendimento em consultório particular de livre escolha e o pagamento por procedimento (UNIMED BH, 2014).

A legislação de 1971 permitia que cada cooperativa singular de área de abrangência municipal ou regional pudesse se reunir em grupos de três ou mais para constituir uma federação de nível estadual e estas, seguindo o mesmo princípio, poderiam se reunir em uma confederação nacional.

A disputa histórica entre a AMB e o modelo original da UNIMED Santos subsistiu até o momento da criação da confederação em 1972

A confederação foi fundada, em 1972, em meio a mais uma disputa: informados sobre a intenção da Associação Médica Brasileira (AMB) de fundar uma confederação e assumir o seu comando, alguns dirigentes de federações anteciparam-se e criaram a confederação por meio de um protocolo de intenções (Humberto Banal Batista da Silva, comunicação pessoal *in.*: DUARTE, 2001).

Assim, a partir da criação da UNIMED do Brasil ou Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, gradualmente as diversas singulares passaram a integrar um sistema de escala nacional com a delimitação pactuada de áreas de atuação específicas em uma tentativa de conferir organicidade à iniciativa e impedir uma competição autofágica.

Na década de 1980, esse sistema nacional passou a se estruturar como um complexo empresarial de base cooperativista particularmente a partir de 1989 quando foi criada uma sociedade gestora de participações, *holding* controladora de três empresas com perfil de atuação complementar: UNIMED Seguradora, UNIMED Administração e Serviços e a UNIMED Corretora (SESTELO; BAHIA, 2014). Como a legislação, na época, proibia a abertura de novas empresas seguradoras no país, a constituição da UNIMED Seguradora só foi possível por meio da aquisição da Carta-patente de uma seguradora já existente, o Montepio Cooperativista do Brasil – Montecooper. A partir dessa nova plataforma passou a ser possível às singulares a oferta de assistência internacional e algumas modalidades de reembolso de despesas médicas próprias de seguradoras (UNIMED BH, 2014).

Desta forma também, as diversas cooperativas sócias da UNIMED Participações passam a ter suas necessidades de capital sustentadas pelas captações operadas pela *holding* e sua estratégia empresarial efetivamente se torna indistinta da praticada pelas diversas *Medicinas de Grupo* na disputa por clientes e espaço de atuação. Indistintas também no que se refere à valorização do capital já que para efeito de acesso às quotas da *holding* passa a valer o princípio de participação

proporcional ao investimento feito pelas singulares e não a premissa cooperativista que atribui um voto a cada participante da assembleia (BAHIA, 1999).

Processo análogo de mudança de patamar organizacional ocorreu nas décadas de 1980 e 1990 com a INTERMEDICA. Em 1988 o seu proprietário Paulo Barbanti, criou uma empresa de participações (PSBB Administração e Participações Ltda.) que assumiu o controle acionário da *Medicina de Grupo*, mantendo suas prerrogativas de administrador. Ao mesmo tempo, em 1990 foi criada a *Notredame Seguradora S.A.* e em 1993 a *Interodonto Sistema de Saúde Odontológico Ltda.* conferindo uma estrutura ampliada de Grupo Econômico a uma empresa de perfil familiar. Outras fusões e aquisições se seguiram ao longo da década de 1990 e até 2009: aquisição do HPS – Saúde em Jundiaí (1998); aquisição da Samho-Intermedica em Sorocaba (1999); fusão do HPS-Saúde como Intermédica Sistema de Saúde (2000); fusão da Samho-Intermédica como Intermédica Sistema de Saúde (2003); inauguração da filial Intermédica RJ (2004); fundação da *Benefits – Qualytas e Farmacard* (2005); inauguração da filial Intermédica MG e aquisição da RH Vida Saúde Ocupacional (2007); inauguração da filial Intermédica Distrito Federal (2008); aquisição da Medicamp em Campinas (2009) (NOTREDAME-INTERMEDICA, 2016).

Bahia (2005) considera que a partir da década de 1980 esgota-se um primeiro ciclo de expansão das empresas de planos de saúde pioneiras e inicia-se um segundo ciclo para o qual a AMIL representa um modelo relevante e ilustrativo de atuação empresarial em um cenário mais amplo e complexo, no que se refere à especialização e capacitação tecnológica na oferta de serviços de saúde, e na estratificação da demanda pelos planos.

Embora formalmente constituída como *Medicina de Grupo* em 1978, a trajetória histórica da *AMIL-Assistência Médica Internacional* teve início alguns anos antes, em 1972, quando *Edson de Godoy Bueno*, ainda estudante de medicina na UFRJ comprou a casa de Saúde São José, uma maternidade de 16 leitos em condição falimentar e com estrutura física deteriorada (BAHIA, 2005).

Seguiu-se um período de reconstrução da estrutura física e do modelo de atendimento que repercutiram na rede de assistencial conveniada ao INPS no município de Duque de Caxias. A Casa de Saúde São José aumentou a rotatividade dos leitos de obstetrícia e passou de uma frequência aumentada de 90 para 700 partos mensais (BAHIA, 2005).

Mais hospitais foram comprados e novos profissionais especializados foram incorporados no seu corpo clínico. A aquisição de equipamentos e tecnologias assistenciais modernas resultaram em aumento do faturamento e controle de cerca de 70% dos recursos destinados a pagamento de serviços credenciados pelo INPS em Caxias.

Em 1976 foi criada uma empresa para administração da nova rede hospitalar (ESHO-Empresa de Serviços Hospitalares) que, a partir do acesso a crédito subsidiado do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAT) multiplicou por quatro a quantidade de leitos instalados entre 1972 e 1978 (BAHIA, 2005). A partir da demanda previdenciária estável a ESHO passou a celebrar convênios com associações profissionais de servidores públicos tornando mais complexo o perfil da sua clientela até a adoção da estratégia de criação de uma empresa de planos de saúde em 1978, a AMIL.

Se os recursos da previdência foram imprescindíveis para consolidação da rede assistencial da ESHO e os recursos do FAT úteis para a sua expansão e aparelhamento, a criação da AMIL foi a ponta de lança de uma estratégia delineada para reduzir a dependência econômica do grupo em relação ao INPS (BAHIA, 2005).

Embora conhecedores dos processos administrativos relacionados com a estrutura assistencial hospitalar, os médicos sócios da AMIL, tiveram dificuldade em expandir a venda dos planos de saúde pelo menos até 1983. A principal referência no comércio de planos de saúde no Rio de Janeiro nos anos 1980 era a *Golden Cross*, empresa que dispunha de uma extensa legião de corretores e uma estratégia de vendas agressiva. A AMIL, entretanto, conseguiu progressivamente aumentar a sua quantidade de médicos e hospitais credenciados e ao mesmo tempo celebrar convênio com grandes empresas como a CBS discos e a PETROFÉRTIL, tornando-se, no ocaso do regime militar, a segunda maior empresa de planos de saúde do Rio de Janeiro em número de clientes e em faturamento (BAHIA, 2005).

Em paralelo, a trajetória da MEDMINAS nos três anos iniciais após a sua criação havia sido marcada por dificuldades operacionais que levaram à criação de um Fundo de Provisão para Perdas composto pela retenção sistemática de 20% dos honorários médicos devidos aos cooperados. Uma nova diretoria eleita em 1974 encaminhou a integração definitiva da cooperativa ao Sistema Unimed e à criação da marca UNIMED BH, efetivamente registrada em

14 de outubro de 1975. Embora o percentual de retenção tenha sido reduzido progressivamente ao longo dos anos, o Fundo de Provisão só foi definitivamente extinto em 2006.

Nos anos que se seguiram à criação da marca UNIMED BH, com a contratação de uma empresa especializada em vendas¹²⁹ houve uma expansão na oferta de planos de saúde individuais e familiares para diversos segmentos de trabalhadores assalariados, além da ampliação do número de contratos com empresas.

O crescimento da venda de planos de saúde que se observou nas décadas de 1980 e 1990 pela UNIMED BH não foi, entretanto, fato isolado, nem pode ser atribuído exclusivamente a uma estratégia corporativa de vendas bem-sucedida. Há elementos históricos mais amplos que devem ser considerados em uma análise sobre a consolidação do esquema de intermediação no provimento da assistência protagonizado pelas *Cooperativas de Trabalho Médico* e pelas *Medicinas de Grupo*.

No final da década de 80, revelou-se a existência de vultoso mercado de planos de saúde. Ao mesmo tempo, houve a intensificação da comercialização de planos individuais, a entrada decisiva de grandes seguradoras no ramo da saúde, a adesão de novos grupos de trabalhadores à assistência médica supletiva – em particular, funcionários públicos da administração direta, das autarquias e das fundações – e a vinculação inequívoca da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar (BRASIL, 2002, p. 12).

No âmbito do cooperativismo, o avanço no nível de organização nacional permitiu, com a criação da UNICRED¹³⁰ que, na década de 1990, diversas singulares pudessem se beneficiar de acesso a capital em condições especiais utilizado para construção de sedes próprias, hospitais e unidades de atendimento, assim como para a compra de equipamentos. Houve também experiências de centrais de compras e cooperativas de consumo para atendimento das necessidades crescentes da rede própria (UNIMED BH, 2014).

Para se ajustar à Lei dos planos de saúde de 1998, o Sistema nacional UNIMED criou a Central Nacional UNIMED reconhecida pela legislação como *operadora* de planos de saúde de abrangência nacional, permitindo assim às diversas singulares competirem em pé de igualdade

¹²⁹ REPAL Representações e Administração de Serviços Ltda.

¹³⁰ Cooperativa de Crédito do Sistema UNIMED.

com as grandes *Medicinas de Grupo*, superando os limites de atuação territorial definidos pela Lei Orgânica das Sociedades Cooperativas¹³¹.

A nova diretoria da UNIMED BH, eleita em 1998, tentou equilibrar-se entre os princípios cooperativistas originais, focados na defesa do trabalho médico, e as pressões mercadológicas e político-institucionais, mas, de forma pragmática, contratou em 1999 uma consultoria especializada em gestão empresarial¹³² para elaboração de seu planejamento estratégico empresarial e definição mais precisa de sua identidade organizacional (UNIMED BH, 2014).

O cerne do negócio, sob o lema “soluções em saúde” passou a apoiar-se na estrutura comercial e na prestação da assistência com o objetivo de aumentar receitas (por meio da expansão da carteira de clientes) e reduzir custos assistenciais e operacionais criando condições para a formação das reservas financeiras líquidas exigidas pela nova legislação. No que se refere ao relacionamento com o cooperado, também houve influência da visão gerencial com a adoção de um processo seletivo público para os novos médicos quotistas mediante prova de conhecimento e de títulos baseados nos princípios da *meritocracia*.

Quanto ao modelo assistencial, a criação pela UNIMED BH de Núcleos de Atenção à Saúde compostos de unidades ambulatoriais com função de porta de entrada e referenciamento para especialidades buscou incorporar conceitos típicos do sistema público com o objetivo de reduzir a demanda por leitos hospitalares de condições sensíveis à atenção primária.

Em 2004 a UNIMED BH, trilhando o caminho da verticalização e constituição de rede de atendimento própria inaugurou um hospital-maternidade. O então secretário municipal de saúde de Belo Horizonte *Helvécio Miranda Magalhães Júnior*, presente ao evento falou que “Depois do SUS, é a UNIMED BH a segunda maior responsável pelo cuidado em saúde nesse município (UNIMED BH, 2014)”.

A partir de 2006, a UNIMED BH constituiu uma rede de atendimento composta de consultórios de médicos cooperados, clínicas, laboratórios e hospitais credenciados e próprios, centros de promoção de saúde, centros de radiologia e exames de imagem, unidades de pronto atendimento,

¹³¹ De fato, ao longo da década de 1990 o ambiente corporativo que envolvia Medicinas de Grupo e Cooperativas Médicas tornou-se virtualmente indiferenciado com a disseminação de práticas administrativas alinhadas com as diretrizes do Código de Defesa do Consumidor e normas da ANS. Conflitos entre os princípios cooperativistas originais, focados na defesa do trabalho médico, e pressões mercadológicas e político-institucionais (DEEKE, 2008) tornaram-se agudos em algumas singulares.

¹³² INDG – Instituto de Desenvolvimento Gerencial.

serviços de atenção domiciliar, saúde ocupacional e atendimento móvel em saúde que se constitui na segunda maior estrutura assistencial da região metropolitana de Belo Horizonte, atrás apenas da rede assistencial pública (UNIMED BH, 2014) o que conferiu à cooperativa alguma influência na arena política local.

A UNIMED Rio trilhou caminho semelhante e, a partir de 2010 investiu mais recursos em uma rede própria com dois pontos de atendimento de urgência e emergência em regime de plantão 24 horas, espaço para acompanhamento de doentes crônicos, um centro de condicionamento físico para programas de reabilitação cardiorrespiratória e postural, centro de oncologia em parceria com a rede ONCOCLÍNICAS especializada em oncologia hematológica e oncologia clínica, e um hospital geral (UNIMED RIO, 2016).

A INTERMEDICA, mesmo depois de galgar o patamar de grupo econômico com inserção importante no setor financeiro por meio de sua seguradora, manteve-se como uma empresa familiar administrada pelo seu fundador, o médico Paulo Barbanti, até 2014 quando foi vendida para o fundo estadunidense de *Private Equity Bain Capital* por cerca de R\$2 bilhões. Notícias veiculadas na imprensa atribuem a decisão de venda ao fato de não haver interesse por parte de seus dois filhos em assumir a administração da empresa e mencionam também o interesse de Paulo Barbanti em continuar em atividade, agora na administração exclusiva de unidades hospitalares (SINDSEG SP, 2016).

A AMIL foi bem-sucedida em sua estratégia de propaganda e *marketing* focalizada na identificação dos pontos fracos da principal concorrente, a *Golden Cross* e na elaboração de soluções comerciais e administrativas inovadoras.

No final dos anos 1980 já estava delineada uma inversão na relação de dependência estabelecida entre serviços de saúde/prestadores e empresas de intermediação de clientela como as *medicinas de grupo* e *cooperativas* (BAHIA, 2005), ou seja, se de início a AMIL teve dificuldade para compor uma relação de unidades assistenciais conveniadas, agora eram os hospitais, laboratórios e consultórios que dependiam da sua intermediação para garantia de níveis mínimos de faturamento.

A combinação da ênfase na estratégia comercial agressiva com a conjuntura setorial favorável apesar do ambiente macroeconômico de recessão estrutural, resultaram em um crescimento

vertiginoso da AMIL no período. Em 1993 foi lançada a AMIL Resgate Saúde para transporte aéreo e terrestre de casos agudos e em 1994 foi introduzido o sistema de franquias como nova estratégia de expansão para diversas cidades do Brasil (AMIL, 2016).

A estratégia expansionista da AMIL tomou corpo com a inauguração de novas sedes em São Paulo (1986), Brasília (1988) e Curitiba (1989) e, em seguida, em direção aos EUA com a criação, em 1997, da *AMIL International Health Corporation*. O extraordinário crescimento continuado da AMIL sustentado ao longo de dez anos foi registrado em publicações especializadas (RAPP; COLLINS, 1994) e contribuiu para viabilizar a concessão de autorização para funcionamento pelas autoridades estadunidenses (BAHIA, 2005).

Assim como outras empresas de planos de saúde, a partir de 2004, a AMIL passa a valorizar o conceito de “gestão de saúde” com o objetivo de, por meio do acompanhamento clínico longitudinal, reduzir os custos de internação hospitalar dos usuários de seus planos.

Em 2007, após a aquisição da *Blue Life*, da *Med Card* e da *Clinihauer* a AMIL passa por uma reestruturação societária e abre seu capital passando a se chamar *AMILPAR-AMIL Participações S.A.* No ano seguinte, em 2008 continua com novas aquisições com a AMPLA, a Life System e a Casa de Saúde Santa Lúcia (AMIL, 2016).

Em 2008 passa a controlar mais de 10% das vendas de planos de saúde no Brasil quando a AMILPAR compra a MEDIAL Saúde e continua a expansão, agora em direção à região nordeste do país em 2010 com a compra da ASL-Assistência à Saúde Ltda. e da Saúde Excelsior. No ano seguinte, em 2011, expande ainda mais a sua rede própria de atendimento com a compra de dois hospitais no Rio de Janeiro, o Samaritano e o Pasteur, assim como a empresa de plano de saúde *Lincx Sistemas de Saúde*.

O processo de expansão e internacionalização da AMIL atinge um novo patamar em 2012 quando a AMILPAR foi vendida ao *United-Health Group* em uma operação que introduziu no sistema de assistência à saúde do Brasil um agente de peso com interesses corporativos associados a grandes investidores internacionais. No ano seguinte, aproveitando a crise fiscal em

Portugal, a AMIL, agora controlada pelo *United-Health*, comprou o grupo HPP Saúde¹³³ com seis hospitais e duas clínicas.

Em 2014 a AMIL continua a realizar aquisições de hospitais e clínicas como: Instituto Santista de Oncologia-ISO; Hospital Carlos Chagas em Guarulhos; Hospital AMA; Hospital Madre Theodora em Campinas; Hospital *Saint Vivant* em Sumaré e as empresas de planos de saúde Next Saúde e Dental Center. Expande também sua rede própria no Rio de Janeiro com a inauguração do *America's Medical City* na Barra da Tijuca.

O sucesso da AMIL e a mudança de patamar organizacional das *medicinas de grupo* e *cooperativas médicas* desde suas origens até os dias atuais significa que houve, ao longo desse processo, ganhos de capital consideráveis em um ambiente de negócios originalmente conexo ao sistema previdenciário oficial e caracterizado por uma enorme assimetria de informação entre as partes interessadas.

3.1.4 BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA SAÚDE

Uma das características do espalhamento da *dominância financeira* sobre diversos aspectos da vida social é o arranjo de um novo tipo de articulação entre os processos de valorização de capital e o espaço concreto de produção de bens e serviços.

Todas as empresas mencionadas na seção anterior (INTERMEDICA, UNIMED BH, UNIMED Rio e AMIL) tiveram suas origens históricas diretamente vinculadas ao trabalho de produção de serviços de saúde. As *medicinas de grupo* como empresas de propriedade de empresários médicos que, ao menos de início, atuavam clinicamente e as *cooperativas* como expressão do esforço associativo de profissionais da assistência. Os limites originalmente precários de seu nível de capitalização também são um elemento em comum radicalmente transformado ao longo de sua evolução histórica.

No caso das seguradoras dá-se o oposto. Empresas historicamente inseridas no setor financeiro e municiadas com um elevado grau de capitalização fruto de um processo de acumulação comercial

¹³³ Que passou a se chamar *Lusíadas Saúde*.

antigo e persistente, passam a auferir lucros a partir de suas relações com o processo de produção de serviços em saúde sem se envolver diretamente com a situação clínica.

Bahia (1999) estudou as convergências e conflitos entre as diversas modalidades empresariais atuantes no esquema de comércio de planos e seguros de saúde. Empresas com trajetórias históricas muito distintas passaram a compartilhar uma base de interesses comuns *em função de relações similares com provedores de serviços, clientes e ainda com burocracias governamentais* (BAHIA, 1999 p. 244). Mais que tudo, suas

[...] concepções sobre saúde/risco, segmentação de clientes e remuneração de serviços. O custeio/acesso para o consumo de um cardápio de provedores de serviços a ser utilizado através da demanda espontânea dos clientes é o núcleo comum de todas as modalidades empresariais, que assim se isentam das responsabilidades de prevenção e preservação da saúde que são vistas como atribuições do Estado. (BAHIA, 1999 p. 244).

O novo padrão híbrido, inaugurado precocemente pela Lei nº 6.435 de 1977 ao tratar de previdência complementar, evoluiu a partir de fusões e aquisições entre *medicinas de grupo* e seguradoras ou entre *cooperativas médicas* e seguradoras em um ambiente de negócios cada vez mais interessante para o portfólio das seguradoras tradicionais resultando em um conjunto mais bem estruturado de normas e instâncias burocráticas representado pelo Código de Defesa do Consumidor, pela Lei dos Planos de Saúde e pela ANS, todas distanciadas da concepção de saúde como direito de cidadania consagrada na Constituição Federal de 1988 e instruídas pela visão consumerista e de Teoria do Seguro.

Entre os conflitos instaurados pela convivência nesse mosaico de empresas constituídas na interface entre razões sanitárias, políticas previdenciárias de Estado e interesses financeiros, Bahia (1999) destaca:

No início dos anos 90, a ABRAMGE acusou a SUSEP [Superintendência de Seguros Privados] de estimular a monopolização do mercado de planos e seguros. Em 1994 a UNIMED foi processada pela Bradesco Seguros com base na Lei antitruste. Em 1996 o CIEFAS [Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde] questionou tabela da AMB [Associação Médica Brasileira] junto a Secretaria de Acompanhamento de Preços do Ministério da Fazenda. (BAHIA, 1999, p. 245).

A partir de conflitos e confluência de interesses de magnitude progressivamente ampliada se estabelece um novo regime regulatório dotado de um aparato burocrático especializado e auto referenciado

Duas ordens de motivos estavam relacionadas às primeiras demandas por uma intervenção governamental específica. A perspectiva de privatização da Previdência Social e necessidade de regular a competição entre as empresas, ou seja, uma normatização para corrigir as distorções geradas pelas regras de um “mercado imperfeito”. Estes motivos, embora interligados em um plano mais genérico: aperfeiçoamento do mercado, fim do Estado desenvolvimentista, foram articulados por instituições/atores sociais distintos, obtendo adesões diferenciadas pelas próprias instâncias governamentais. Mais tarde as entidades médicas e de órgãos de defesa do consumidor desempenharam um relevante papel na agilização do debate sobre a regulamentação, introduzindo o debate sobre a ampliação de coberturas e reajuste de preços. (BAHIA, 1999, p. 247).

Segundo Bahia (1999), a entrada definitiva do tema da regulação dos planos e seguros de saúde na agenda governamental, no final da década de 1980, se deu por influência da SUSEP-Superintendência de Seguros Privados do Ministério da Fazenda a partir de avaliações sobre a possibilidade de evasão fiscal e queda de arrecadação de Imposto sobre Operações Financeiras em empresas fiscalizadas. As *medicinas de grupo*, por intermédio da ABRAMGE, se opuseram ao protagonismo da SUSEP na elaboração da agenda regulatória com receio de que sua liberdade de atuação fosse limitada pela influência do *modus operandi* das grandes seguradoras interessadas em seguro saúde.

A discussão pautada ao longo dos anos 1990 e no período imediato após a criação da ANS levou à formulação de alguns prognósticos que vislumbravam uma perspectiva de choque mediato entre os interesses das empresas de planos e seguros de saúde com os de amplos setores organizados da sociedade (ANDREAZZI, 2002) e, dada a base econômica mais robusta das seguradoras, a extensão de seu controle sobre as vendas de planos e seguros de saúde em detrimento das *cooperativas e medicinas de grupo*.

Embora tais prognósticos não tenham efetivamente se confirmado, é inegável que o espalhamento da *dominância financeira* se fez presente nas estratégias corporativas de todas as empresas do setor, não importando a denominação que recebam.

O protagonismo inicial das seguradoras na formulação da agenda regulatória e a adaptabilidade das *medicinas de grupo e cooperativas* a um novo cenário dominado pela lógica consumerista e

financeira são sincrônicos às transformações no padrão de acumulação de capital em escala global. Representam uma faceta particular desse fenômeno perfeitamente de acordo com a política de governo em voga nos anos 1990 de abertura de mercados e nova inserção do país nas cadeias de relações econômicas internacionais.

O histórico das seguradoras tradicionais no Brasil, entretanto, remonta ao seguro marítimo consagrado pelas grandes linhas do comércio internacional do século XIX. Seu primeiro campo de acumulação de capital segue as rotas do tráfico de escravos e do ciclo agroexportador da cafeicultura tendo como marco regulatório o Código Comercial Brasileiro de 1850. O desenvolvimento industrial verificado no início do século XX encontrou uma estrutura de serviços financeiros securitários dotada de bases mais robustas e estáveis.

As origens do atual grupo Bradesco Seguros, ao qual está vinculada a BRADESCO SAÚDE, remontam ao ano de 1935 quando foi fundada a *Atlântica Companhia Nacional de Seguros*. As origens históricas da SULAMERICA remontam a 1895 quando foi criada a *SulAmérica Companhia Nacional de Seguros de Vida*, fundada por *Dom Joaquim Sanchez de Larragoit*.

O seguro de vida, proibido expressamente pelo Código Comercial de 1850, foi autorizado em 1855, sob o fundamento de que o Código Comercial só proibía o seguro de vida quando feito juntamente com o seguro marítimo (SUSEP, 2016). Posteriormente, a lei nº 3.071 de 1º de janeiro de 1916 que define o Código Civil brasileiro, dedicou um capítulo específico para o contrato de seguro e fixou os princípios essenciais do contrato disciplinando os direitos e obrigações das partes, de modo a evitar e dirimir conflitos entre os interessados.

CAPÍTULO XIV

DO CONTRATO DE SEGURO

SEÇÃO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1.432. Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizar-lhe o prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato.

Art. 1.433. Este contrato não obriga antes de reduzido a escrito, e considera-se perfeito desde que o segurador remete a apólice ao segurado, ou faz nos livros o lançamento usual de operação (Decreto-lei nº 3.071 de 1º de janeiro de 1916, BRASIL, 2016).

Três anos depois, em 15 de janeiro de 1919, o Decreto-lei nº 3.724, regulou as obrigações resultantes dos acidentes de trabalho determinando que

Art. 1º Consideram-se acidentes no trabalho, para os fins da presente lei: a) o produzido por uma causa súbita, violenta, externa e involuntária no exercício do trabalho, determinando lesões corporais ou perturbações funcionais, que constituam a causa única da morte ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho: b) a moléstia contraída exclusivamente pelo exercício do trabalho, quando este for de natureza a só por si causa-la, e desde que determine a morte do operário, ou perda total, ou parcial, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.

Art. 2º O acidente, nas condições do artigo anterior, quando ocorrido pelo facto do trabalho ou durante este, obriga o patrão a pagar uma indenização ao operário ou à sua família. exceptuados apenas os casos de força maior ou dolo da própria vítima ou de estranhos (Decreto-lei nº 3.724 de 15 de janeiro de 1919, BRASIL, 2016).

Como não havia naquela época instituição previdenciária com participação estatal, as salvaguardas pecuniárias para despesas com sinistros provinham, em geral, de seguradoras privadas como a Companhia de Seguros Terrestres e Marítimos e de Acidentes – Anglo Americana, criada em 1913 pela SULAMERICA e posteriormente denominada Sul América Terrestre Marítima – SATMA (SULAMERICA, 2016).

Em 03 de abril de 1939 o Estado Novo criou o Instituto de Resseguros do Brasil por meio do Decreto Lei 1.186, tendo por objeto *regular os resseguros no país e desenvolver as operações de seguros em geral* (BRASIL, 2016). Na prática essa política concentrou nas seguradoras nacionais a repartição do risco sistêmico, fortalecendo assim seu nível de capitalização em detrimento das empresas estrangeiras em uma época de conflito armado em escala global com risco evidente para a navegação internacional. O afundamento de navios mercantes na costa brasileira foi um dos fatores que influenciaram a entrada do país no conflito.

O banco Bradesco surgiu em 1943 em Marília no interior de São Paulo. Em 1959 já era o maior banco privado da América latina destacando-se por sua política varejista. Apenas em 1983 é que a BRADESCO SEGUROS passou a integrar o grupo econômico Bradesco, com essa denominação, como sucessora da *Atlântica Companhia Nacional de Seguros* e no ano seguinte, 1984, passou a atuar na área de seguro-saúde por meio da BRADESCO SAÚDE, seguradora especializada em saúde. Atualmente a BRADESCO SAÚDE é controladora da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento e da ODONTOPREV, empresa de planos de saúde odontológicos.

Além da BRADESCO SAÚDE, o grupo BRADESCO SEGUROS é composto ainda das seguintes empresas com atuação especializada: Bradesco Auto/Re Companhia de Seguros especializada na operação de seguros de automóvel e ramos elementares; Bradesco Capitalização; Bradesco Vida e Previdência especializada em previdência complementar e BSP Empreendimentos Imobiliários S.A. especializada em gestão, locação e aquisição de imóveis corporativos (BRADESCO, 2016).

A SULAMERICA desenvolveu, ao longo da primeira metade do século XX uma política institucional de estímulo a atividades de caráter cultural e beneméritas por meio do Instituto Larragoiti. Entre 1952 e 1958 este instituto construiu o Hospital Larragoiti com projeto arquitetônico de Oscar Neimeyer, posteriormente denominado Hospital dos Bancários ou Hospital da Lagoa e incorporado ao IAPB em 1962.

Após o golpe de 1964 o governo promoveu uma ampla reforma nos marcos regulatórios da atividade securitária

Em 1966, através do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, foram reguladas todas as operações de seguros e resseguros e instituído o Sistema Nacional de Seguros Privados, constituído pelo Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP); Superintendência de Seguros Privados (SUSEP); Instituto de Resseguros do Brasil (IRB); sociedades autorizadas a operar em seguros privados; e corretores habilitados.

O Departamento Nacional de Seguros Privados e Capitalização - DNSPC -foi substituído pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP -entidade autárquica, dotada de personalidade jurídica de Direito Público, com autonomia administrativa e financeira, jurisdicionada ao Ministério da Indústria e do Comércio até 1979, quando passou a estar vinculada ao Ministério da Fazenda.

Em 28 de fevereiro de 1967, o Decreto nº 22.456/33, que regulamentava as operações das sociedades de capitalização, foi revogado pelo Decreto-lei nº 261, passando a atividade de capitalização a subordinar-se, também, a numerosos dispositivos do Decreto-lei nº 73/66. Adicionalmente, foi instituído o Sistema Nacional de Capitalização, constituído pelo CNSP, SUSEP e pelas sociedades autorizadas a operar em capitalização (Anuário Estatístico da SUSEP 1997, SUSEP, 2016)

Em 1969, sob a nova denominação de Sul América Companhia Nacional de Seguros, a SULAMERICA abre seu capital e passa a ter suas ações negociadas na bolsa de valores do Rio de Janeiro e, em 1970, passa a administrar serviços de saúde. Em 1978, com a expansão do Grupo e a necessidade de organizar sua estrutura societária, foi criada a *holding* Sul América S.A.

Entretanto, ao longo da década de 1970, o seguro saúde ainda ocupava um lugar periférico no portfólio das seguradoras considerando os valores elevados dos prêmios atribuídos e universo limitado de possíveis clientes desse produto em particular. Em 1987, a SULAMÉRICA iniciou operações de previdência por meio da Sul América Previdência Privada S.A.

Em 1996, a SULAMÉRICA ingressou no segmento de gestão de ativos com a criação da Sul América Investimentos Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S.A. Em 1997, a SULAMÉRICA firmou acordo de *joint venture* com a *Aetna International Inc.*, uma das maiores seguradoras estadunidenses, líder mundial no segmento de seguro saúde. Em 2001, o *ING Insurance International B.V.* adquiriu a participação da *Aetna* e, posteriormente, em 2002, celebrou parceria com a SULAMÉRICA.

A partir de 2001 com o novo regramento do esquema de comércio de planos e seguros de saúde, tornou-se obrigatória a especialização das sociedades seguradoras para operação específica de seguro saúde, ou seja, houve um movimento de criação de novas empresas denominadas *seguradoras especializadas em saúde*. A Resolução nº 47 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP revogou todas as anteriores que tratavam de seguro saúde e esse assunto passou a ser tratado na esfera da ANS. Ao mesmo tempo, essas novas empresas, agora submetidas à fiscalização da ANS, passaram a compartilhar de prerrogativas típicas das *medicinas de grupo* e *cooperativas médicas* como, por exemplo, a possibilidade de constituição de rede assistencial credenciada na qual o segurado, uma vez atendido, estaria desincumbido de realizar desembolso direto e solicitar reembolso à seguradora como era a regra até então.

As medicinas de grupo, cooperativas e empresas de autogestão por sua vez passaram a observar o padrão de reserva técnica patrimonial em garantia de despesas futuras, incorporando um princípio básico da Teoria dos Seguros.

Desta forma se estabeleceu uma base comum, ainda que conceitualmente híbrida, para empresas e grupos econômicos dotados de trajetórias históricas muito distintas em torno de esquemas privativos de intermediação da assistência.

A expressão institucional desse novo regime regulatório ganhou corpo na ANS, formalmente instaurada na esfera político/administrativa do Ministério da Saúde¹³⁴ mas, na prática, instruída

¹³⁴ Gestor federal do SUS.

pela visão consumerista e securitária dominante entre as empresas e grupos econômicos atuantes na intermediação dos esquemas privativos de assistência representados por planos e seguros de saúde.

Os anos 2000 foram marcados pelo espalhamento da dominância financeira sobre as estratégias corporativas das empresas em geral. Em 03 de outubro de 2007 a SULAMERICA obteve o registro de companhia aberta perante a Comissão de Valores Mobiliários – CVM e em 05 de outubro do mesmo ano inaugurou a negociação pública na BM&FBOVESPA de suas *Units*¹³⁵ listadas no Nível 2 de Governança Corporativa, segmento destinado à negociação de ações de empresas que se comprometem voluntariamente a adotar práticas de boa governança corporativa e satisfazer exigências mais abrangentes de divulgação de informações aos investidores. A SULAMERICA captou R\$775 milhões com a oferta pública inicial de suas *Units*, mas, no ano seguinte (2008), obteve o cancelamento do seu registro de companhia aberta.

Em dezembro de 2010, a controlada Sul América Companhia de Seguro Saúde adquiriu a Dental Plan Ltda. Com essa operação, a SULAMÉRICA ampliou sua presença nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, acrescentando mais de 122 mil membros à sua carteira de planos odontológicos, que passou a contar com um total de mais de 385 mil beneficiários, reforçando sua posição nesse segmento. Em 11 de março de 2015, a controlada indireta da *holding*, Sul América Serviços de Saúde S.A. se associou à *Healthways, Inc.*, para atuar em conjunto na venda de serviços de gestão de saúde e bem-estar por meio da *Healthways Brasil Serviços de Consultoria Ltda.*

3.1.5 HAPVIDA, QUALICORP e ODONTOPREV

O ambiente de negócios delimitado pelo novo marco institucional definido pela Lei nº 9.656 de 1998 envolvia, no final da década de 1990, um mosaico de agentes atuantes na intermediação da assistência dotados de trajetórias históricas variadas, mas, em geral, posicionados na perspectiva de elevadas taxas de acumulação de capital em uma economia com baixos índices gerais de crescimento econômico.

¹³⁵ Certificados de depósito de ações que representam, cada um, uma ação ordinária e duas ações preferenciais de emissão da Companhia.

Dois aspectos correlatos podem ser apontados como decisivos para a conformação, a partir dos anos 2000, de um novo ciclo de acumulação em bases ampliadas e revestidas por uma trama muito mais complexa de agentes do que aquela observada nas décadas anteriores.

O primeiro aspecto se refere à consolidação de um modelo de negócios que havia surgido com base de capital bastante limitada e passou a dispor de uma estrutura considerável em volume de recursos consolidados e correspondente influência econômica e política sobre decisões de Estado¹³⁶.

A entrada definitiva das seguradoras especializadas em saúde em um cenário onde *medicinas de grupo e cooperativas médicas* já dispunham de estruturas corporativas capitalizadas ilustra a dimensão dos interesses econômicos envolvidos.

Essa mudança de patamar não passou despercebida no ambiente empresarial e foi registrada por publicações especializadas em estratégias avançadas de conquista de mercados como referência ao caso AMIL na década de 1990

Despite the troubled, inflation-battered business environment of Brazil, Amil has been growing at an astonishing, compounded average growth rate of 45 percent a year for the past 10 years. Revenues for the Amil Group will climb to over \$300 million in the current [1993] fiscal year in an economy less than one-tenth the size of the American GNP – the equivalent of a \$3-billion business in the United States (RAPP & COLLINS, 1994)¹³⁷

Empresas como a AMIL conquistaram uma clientela vasta e diversificada no ambiente urbano do centro dinâmico da economia do país. A partir dessa base ampliada, um segundo nível de transações comerciais passou a se viabilizar na compra e venda de carteiras de clientes entre empresas, especialmente após o estabelecimento de critérios definidos de habilitação para entrada e saída do âmbito de fiscalização da ANS a partir de 2000. Nesse tipo de transação os volumes de recursos envolvidos são de ordem superior às negociações entre empresas de intermediação e

¹³⁶ Os dados setoriais consolidados pela ANS registram 31 milhões de clientes de empresas de planos de saúde de assistência médica com ou sem odontologia no Brasil em dezembro de 2000. A série histórica referente à receita de contraprestações pecuniárias inicia apenas em 2006 com um registro consolidado para as empresas médico-hospitalares de R\$41.716.465.643,00. Ver: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>.

¹³⁷ Em tradução livre: Apesar do ambiente de negócios turbulento, afetado pela inflação do Brasil, a Amil tem crescido a uma taxa de crescimento médio surpreendente de 45% ao ano nos últimos 10 anos. As receitas para o Grupo Amil subirão para mais de US \$ 300 milhões no atual ano fiscal de 1993 em uma economia inferior a um décimo do tamanho do PNB americano - o equivalente a um negócio de US \$ 3 bilhões nos Estados Unidos.

empresas empregadoras. Além disso, existem exigências burocráticas relacionadas com o registro das empresas na ANS¹³⁸, número e perfil da clientela e a localização territorial dessa população.

O Código de Defesa do Consumidor voltado para a proteção da parte frágil das relações de consumo presumia a existência de um universo atomizado de clientes em relação com empresas dotadas de poder de barganha a partir de uma posição assimétrica. A ANS, instruída pela mesma lógica consumerista estabeleceu um controle sobre os reajustes de contratos individuais de planos de saúde, induzindo as empresas a restringir a sua oferta e valorizar os contratos coletivos.

Isso equivale a dizer que as transações mais importantes passaram a ser aquelas realizadas *entre empresas*, seja na forma de contratos coletivos de planos e seguros de saúde, seja na dinamização da compra e venda de carteiras de clientes entre as empresas com registro na ANS. A figura do consumidor individual que toma decisões de compra em um ambiente de livre mercado regulado por uma agência de governo não se sustenta efetivamente muito além do plano retórico.

O segundo aspecto decisivo na conformação de um novo ciclo de acumulação setorial viria a se configurar mais claramente a partir de 2003 com o aumento geral dos índices de crescimento econômico e com a diversificação da incidência de polos dinâmicos de desenvolvimento em regiões periféricas do nordeste do país. Esse fator combinado com a política incremental de aumento real do salário mínimo resultou no surgimento de novos agentes atuantes no ambiente de negócios relacionado com a compra e venda de planos e seguros de saúde.

A QUALICORP, a HAPVIDA e a ODONTOPREV, cada uma ao seu modo, são empresas que surgiram e se desenvolveram nos marcos desse novo ciclo setorial aproveitando oportunidades inicialmente não vislumbradas por agentes estabelecidos a mais tempo.

A QUALICORP surgiu em 1997 como uma empresa de corretagem de seguros na periferia da região metropolitana de São Paulo. A Junta Comercial do estado de São Paulo (JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013) registra o início da atividade da QUALICORP Consultoria e Corretora de Seguros (sociedade limitada) em 16 de junho de 1997

¹³⁸ Essa particularidade relacionada com o controle no regime de entrada e saída do esquema de comércio significa uma importante interface com a burocracia da agência e abre espaço para ação de escritórios especializados em viabilizar esse tipo de transação com custos embutidos. Em outras palavras, transforma as carteiras de clientes em uma mercadoria e o registro da empresa na ANS em um valor agregado.

com endereço no bairro de Alphaville em Barueri, município da região metropolitana de São Paulo. Como cotistas aparecem: José Seripieri Filho¹³⁹ e Onésimo Alves de Paula Júnior¹⁴⁰.

A HAPVIDA SAÚDE surgiu como medicina de grupo em 1993, mas sua origem remonta ao ano de 1979 quando o médico oncologista *Cândido Pinheiro de Lima* fundou o *Hospital Antônio Prudente* em Fortaleza (HAPVIDA, 2016). A história dessa empresa, portanto, mimetiza a de outras medicinas de grupo mais antigas como a AMIL e a INTERMEDICA no sentido de transitar por uma trajetória originada na atividade clínica exercida por um profissional médico ou grupo de médicos e evoluir para a criação de uma empresa de intermediação da assistência em rede própria ou conveniada. A sua peculiaridade está no fato de ter como sede uma capital do Nordeste e sua principal área de atuação também estar nas regiões Norte e Nordeste do país.

A partir de 1993 a empresa expandiu a sua rede assistencial própria com a Clínica de Diagnóstico Vida & Imagem, o Laboratório Antonio Prudente e as Haplínicas. O *Hapvida Sistema de Saúde* está presente em 11 estados do Norte e Nordeste e tem uma carteira de cerca de 1 milhão de usuários. A empresa tinha, em 2011, 20 hospitais em operação, 11 pronto atendimentos, 53 Haplínicas, 36 Vida & Imagem e 10 laboratórios com 37 postos de coleta (HAPVIDA, 2016).

A QUALICORP, ao contrário, surge e se desenvolve como uma empresa de consultoria e corretagem de seguros sem nenhum tipo de envolvimento com a prestação direta de serviços de saúde ou comprometimento com o risco atuarial. O foco de sua atividade está concentrado no momento da *venda* mediante pagamento de vantagens comissionadas à equipe de vendedores/corretores.

A expressão *administradora de benefícios* foi introduzida pela ANS na Resolução Normativa nº196 de 2009 para caracterizar empresas especializadas em *propor* a contratação de plano coletivo na condição de *estipulante* e prestar serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos (CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012). Essa denominação distingue empresas como a QUALICORP das

¹³⁹ Na condição de sócio e administrador, assinando pela empresa com uma participação de R\$1.900,00.

¹⁴⁰ Na condição de sócio administrador, assinando pela empresa com uma participação de R\$100,00.

tradicionalis medicinas de grupo, cooperativas médicas, autogestões ou seguradoras especializadas em saúde¹⁴¹.

Trata-se, de uma atividade de intermediação ou agenciamento onde a administradora de benefícios oferece aos seus clientes uma variedade opções em operadoras de planos de saúde intercambiáveis e ajustáveis à demanda de cada grupo de usuários.

Também em 2009, a ANS publicou a Resolução Normativa nº195 que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Nesse documento, o *plano privado de assistência à saúde por adesão* é definido como aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I – Conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – Associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - Cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - Caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - Entidades previstas na Lei no 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei no 7.398, de 4 de novembro de 1985;

Havia ainda, originalmente, a possibilidade de habilitação de outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial não previstas nos incisos anteriores, desde que autorizadas pela Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras – DIOPE, mas esse item foi revogado pela Resolução Normativa nº260 de 2011.

A norma, portanto, *cria o produto plano coletivo por adesão* e também o parâmetro de habilitação para o vendedor. O comprador será, na maioria dos casos, cliente da QUALICORP e,

¹⁴¹ Em 2010, 38 empresas foram registradas na ANS como administradoras de benefícios, enquanto que anteriormente (1999 a 2009) houve variação de 1 a 4 novos registros por ano (CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012). É, portanto, um fenômeno recente e datado, o crescimento de empresas especializadas na gestão de benefícios para terceiros, geralmente outras empresas, que contratam esses serviços como *retaguarda (back office)* na gestão de um pacote de benefícios voltados para seus trabalhadores da atividade fim (*front office*).

por esse motivo, é importante compreender a história da concepção e desenvolvimento desse tipo de plano de saúde para entender a história da QUALICORP.

O *locus* de atuação da QUALICORP, de início qualificado como de uma empresa de consultoria e corretagem de seguros, evoluiu para a ocupação do espaço de relacionamento empresa/empresa seja como uma administradora de benefícios que negocia reajustes, confere faturas, emite boletos de cobrança de beneficiários, seja na condição especial de *estipulante*¹⁴² que representa uma associação ou coletivo de clientes na celebração de um contrato com medicinas de grupo, cooperativas médicas ou seguradoras especializadas.

A empresa se apresenta, enquanto *estipulante*, como representante dos interesses dos usuários de planos de saúde o que equivale ao papel daquele que faz a corretagem ou intermediação de uma relação assimétrica de modo a proteger a parte mais fraca.

O espaço virtual entre as duas partes dessa equação, entretanto, é revestido de opacidade para um lado e para o outro, ou seja, a QUALICORP conversa separadamente com as medicinas de grupo, cooperativas médicas e seguradoras de um lado e com os coletivos de clientes de outro.

Para os primeiros, oferece grupos de clientes dispostos segundo o seu nível de risco atuarial, ou seja, segregando aqueles que possuem maior potencial contributivo e menor potencial de utilização de serviços. Para os segundos oferece uma variedade de alternativas de contratos com preços vantajosos em relação àqueles negociados diretamente com medicinas de grupo, cooperativas médicas ou seguradoras.

Em ambas as faces da relação existe vantagem na posição de intermediação de segundo nível ocupada pela QUALICORP. Com relação às empresas de planos de saúde se trata principalmente da possibilidade de obtenção de margens com a barganha entre coletivos de usuários potencialmente rentáveis do ponto de vista atuarial e preços diferenciados. Com relação aos coletivos de clientes trata-se de situar-se em uma posição isenta de envolvimento com o risco atuarial presumido, realizando lucro precipuamente no momento da venda dos contratos.

¹⁴² O significado preciso do termo *estipulante* na Teoria dos Seguros se refere a pessoa física ou jurídica que contrata um seguro em favor de um segurado.

O uso da expressão *oxigenação da carteira* para se referir ao processo de renovação atuarial por meio da incorporação de novos clientes, utilizada pelo jargão empresarial do setor¹⁴³, significa, em outras palavras, diluição do risco atuarial com a entrada continuada de novos clientes jovens, saudáveis e com vínculo empregatício que assegure capacidade contributiva. Obviamente as barreiras pecuniárias incrementais situadas na outra ponta do processo se incumbem de excluir os clientes mais velhos assegurando a manutenção das margens projetadas.

Essa hipertrofia da dimensão comercial no modelo de negócios desenvolvido pela QUALICORP é, em si um fenômeno que pode ser enquadrado na grande moldura estrutural da dominância financeira, mas tem antecedente histórico no exemplo de um importante nó da rede de relacionamento pessoal de *José Seripieri Filho* chamado *Milton Soldam Afonso*, protagonista da montagem da maior e mais arrojada estrutura de venda de planos de saúde nos anos 1970 e 1980, a GOLDEN CROSS. Este personagem, considerado amigo da família, foi quem ofereceu incentivo e oportunidade de trabalho ao jovem vendedor¹⁴⁴ nos anos 1980 quando iniciou a formação de grupos de clientes a partir da Associação dos Delegados de Polícia do Estado de São Paulo, à qual seu pai era ligado como ex-delegado (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

O modelo de negócios formatado com base na matriz que combina corretagem de vendas com associativismo de clientes prosperou em uma zona cinzenta onde havia sempre o risco de que o contrato de plano *coletivo por adesão* fosse considerado como do tipo *individual* e, portanto, passível de regulação direta no critério de reajuste de preço pela ANS. *Antônio Carlos Braga*, fundador da DIVICOM¹⁴⁵, aponta esse aspecto relacionado com a insegurança do *marco regulatório* como possível barreira de ingresso para outras empresas no esquema comercial protagonizado pela QUALICORP naqueles anos. *José Seripieri Filho*, entretanto, via esse modelo como *o óleo no meio de um monte de engrenagens para tentar facilitar a vida de todo mundo* (O ESTADO DE SÃO PAULO, 2011).

Desde a sua fundação em 1997, quando o capital inicial da empresa era de apenas R\$2.000,00, e mesmo depois da oferta pública de ações realizada em 2011, *José Seripieri Filho* sempre foi o principal idealizador da estratégia corporativa da QUALICORP. Em 2013 ele detinha 100% das cotas do *Fundo de Investimento Multimercado Citi 831*, que por sua vez detinha 100% das cotas

¹⁴³ Ver entrevistas com representante da QUALICORP em anexo.

¹⁴⁴ José Seripieri Filho.

¹⁴⁵ Concorrente da QUALICORP que foi comprada.

do *L2 Fundo de Investimento em Participações* que detinha o controle acionário da empresa com 25,65% de participação no capital total, conforme disposto no quadro abaixo (QUALICORP, 2013).

Quadro 16 - Composição acionária da QUALICORP após oferta pública de ações no Novo Mercado

ACIONISTAS	AÇÕES ORDINÁRIAS	PARTICIPAÇÃO
L2 FIP Fundo de Investimento em Participações (José Seripieri Filho)	67.563.286	25,65%
FMR LLC- <i>Fidelity Investments</i>	27.487.800	10,44%
<i>Morgan Stanley Investment Management Inc.</i>	19.600.300	7,44%
<i>BlackRock Inc.</i>	13.901.144	5,28%
Outros	134.848.968	51,20%
Total	263.401.198	100,0%

Fonte: BM&FBOVESPA.

Em seguida, com 10,44% de participação aparece a *Fidelity Investments*, empresa especializada em produtos de investimento e serviços, sediada em Boston, Estados Unidos, e fundada por *Edward Johnson II* em 1946. Atualmente esta empresa é controlada por *Edward Johnson III* e por *Abigail Johnson*, contando com 41.000 empregados.

Na mesma linha de perfil empresarial, com 7,44% das ações, aparece *Morgan Stanley Investment Management Inc.*, definida em seu sítio corporativo (MORGAN STANLEY INVESTMENT MANAGEMENT, 2013) nos seguintes termos:

Morgan Stanley Investment Management strives to provide outstanding long-term investment performance and best-in-class service to a diverse client base, which includes governments, institutions, corporations and individuals worldwide. Our global structure leverages the breadth, depth and access of the Morgan Stanley franchise to provide our clients a comprehensive suite of investment management solutions¹⁴⁶.

Finalmente, com 5,28% das ações aparece a *BlackRock Inc.* empresa de gestão de ativos, gestão de riscos e aconselhamento de investidores institucionais e individuais em escala global que atua a partir de New York, Estados Unidos. Esta empresa informou um volume de gestão de ativos de US\$3,66 trilhões em 2011 e um quantitativo de 9.700 empregados para cuidar de mais de 1.000 diferentes fundos de investimento. Em seu sítio oficial (BLACKROCK, 2013) se destaca a seguinte mensagem:

¹⁴⁶ Em tradução livre: A *Morgan Stanley Investment Management* esforça-se por proporcionar excelente desempenho de investimento a longo prazo e serviço de melhor qualidade para uma base de clientes diversificada, que inclui governos, instituições, corporações e indivíduos em todo o mundo. Nossa estrutura global aproveita a abrangência, profundidade e acesso da franquia *Morgan Stanley* para oferecer aos nossos clientes um conjunto abrangente de soluções de gerenciamento de investimentos.

People are living longer, but their money is earning less: Many could outlive their savings. It's time for a new investment strategy¹⁴⁷.

Na Diretoria Executiva da QUALICORP (QUALICORP, 2013) para o período de outubro de 2012 até agosto de 2013 aparecem, além do nome de *José Seripieri Filho* como Diretor-presidente, os nomes de *Wilson Olivieri* como Diretor-financeiro e Diretor de relações com investidores e de *Eduardo Noronha* como Diretor de assuntos estratégicos e *Chief Operating Officer*.

Maurício Ceschin, que havia ocupado o cargo de Diretor Superintendente do Hospital Sírio Libanês em São Paulo e de Vice-presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados-ANAHP no período de 2005 a 2007, ocupa a Presidência Executiva da QUALICORP de 2007 a 2009 de onde sai direto para a diretoria colegiada da ANS, vindo a ocupar a sua presidência em 2010.

Heráclito de Brito Gomes Júnior deixou a presidência do BRADESCO SAÚDE em 2010 para ocupar o cargo de Diretor-superintendente da QUALICORP até 2012. Neste ano, foi criado o cargo de COO (*Chief Operating Officer*) e Heráclito foi substituído pelo engenheiro *Eduardo Nunes de Noronha* com experiência anterior em empresas como *Coca-cola*, *AMBEV* e *Sadia*.

A mudança de patamar da empresa e seu ingresso definitivo no mundo das finanças corporativas globalizadas já havia ocorrido em 2008 quando *José Seripieri Filho* vendeu 46% das ações para o fundo *General Atlantic* por US\$156 milhões. Em seguida o grupo *Caryle* comprou as ações da *General Atlantic* e mais uma parte das ações de *José Seripieri Filho* por US\$850 milhões ficando com 70% das ações e deixando *José Seripieri* em posição minoritária com cerca de 30%.

Em vista do sucesso da oferta pública de ações realizado em 2011, essa transação poderia ser considerada um mau negócio para o criador da empresa, mas, de fato, após a abertura na bolsa, seus 28% de ações passaram a valer mais de 1 bilhão de Reais e seu nome passou a figurar na posição nº 68 da lista de 70 bilionários brasileiros publicada pela revista *Forbes* em 2012. A *Caryle* evidentemente ganhou muito mais ao se retirar de cena após uma breve incursão na bolsa

¹⁴⁷ Em tradução livre: As pessoas estão vivendo mais tempo, mas seu dinheiro está gerando menos lucro: muitos poderiam valorizar mais suas economias. É hora de uma nova estratégia de investimento.

de São Paulo abrindo espaço para outros investidores de peso possivelmente imbuídos da mesma estratégia operacional.

O sucesso na oferta pública de ações da QUALICORP no âmbito do *Novo Mercado* da BM&FBOVESPA foi a expressão financeira de uma estratégia corporativa que destacou esta empresa como um caso bem-sucedido, do ponto de vista da valorização do capital, na atividade de intermediação de venda de serviços de saúde.

O espaço denominado de *Novo Mercado* envolve práticas de *governança corporativa* diferenciadas que vão além das obrigações imposta pela legislação brasileira em vigor como (BM&FBOVESPA, 2013): emitir somente ações ordinárias; conceder a todos os acionistas o direito de venda conjunta¹⁴⁸, em caso de alienação do controle acionário da Companhia, devendo o adquirente do controle realizar oferta pública de aquisição das ações aos demais acionistas, oferecendo para cada ação o mesmo preço pago por ação do bloco controlador; assegurar que as ações da QUALICORP, representativas de, no mínimo, 25% do capital total, estejam em circulação; adotar procedimentos de oferta que favoreçam a dispersão acionária; cumprir padrões mínimos de divulgação trimestral de informações; seguir políticas mais rígidas de divulgação com relação às negociações realizadas pelos acionistas controladores da Companhia, conselheiros e diretores envolvendo valores mobiliários de sua emissão; submeter quaisquer acordos de acionistas e programas de opção de compra de ações existentes à BM&FBOVESPA; disponibilizar aos acionistas um calendário de eventos societários; limitar a um ano o mandato de todos os membros do Conselho de Administração da QUALICORP, composto de no mínimo cinco membros; elaborar, a partir do segundo exercício social encerrado após a admissão no Novo Mercado, demonstrações financeiras anuais, inclusive demonstrações de fluxo de caixa, em idioma inglês, de acordo com normas contábeis internacionais, tais como o U.S. GAAP¹⁴⁹ ou o IFRS¹⁵⁰; adotar exclusivamente as normas do regulamento de arbitragem da BM&FBOVESPA, pelas quais a BM&FBOVESPA, a companhia, o acionista controlador, os administradores, e os membros do Conselho Fiscal da Companhia, se instalado, comprometem-se a resolver toda e qualquer disputa ou controvérsia relacionada ao regulamento de listagem por meio de arbitragem; realizar, pelo menos uma vez ao ano, reunião pública com analistas e quaisquer outros

¹⁴⁸ *Tag along*.

¹⁴⁹ Generally accepted accounting principles.

¹⁵⁰ International Financial Reporting Standards.

interessados, para divulgar informações quanto à sua respectiva situação econômico-financeira, projetos e perspectivas; em caso de saída do *Novo Mercado*, para que as ações sejam negociadas fora do *Novo Mercado*, o acionista controlador deve fazer oferta pública de aquisição das ações em circulação, pelo valor econômico apurado mediante laudo de avaliação elaborado por empresa especializada e independente.

O volume financeiro total da oferta pública de ações foi de 1.085 milhões de Reais, envolveu a participação de 63 corretoras no consórcio de distribuição da oferta e 823 investidores entre pessoas físicas e clubes de investimento. A empresa passou a ser 121ª na lista do *Novo Mercado* e suas ações passaram a ser negociadas sob o código *QUAL3*, integrando o Índice de Ações com Governança Corporativa Diferenciada (IGC).

Naquele momento a empresa contava com cerca de 1.000 empregados e uma carteira de cerca de 3 milhões de clientes usuários de planos de saúde (BM&FBOVESPA, 2013) e a descrição de sua atividade principal era apresentada como *prestação de serviços e gestão de benefícios de assistência à saúde*, dentro da classificação setorial de *consumo não-cíclico/saúde/serviços médicos hospitalares/ análises e diagnósticos* (BM&FBOVESPA, 2013).

Na verdade, embora o sucesso econômico e financeiro da QUALICORP guarde uma relação de dependência com a dinâmica de articulação público/privada estabelecida no interior do sistema de assistência à saúde brasileiro, sua vinculação histórica com a prestação direta de serviços assistenciais é nula, caracterizando um virtual descolamento da base material de produção de serviços de saúde.

A empresa enumera para os possíveis investidores os elementos que considera como vantagens competitivas em relação às demais empresas atuantes no mesmo segmento comercial (QUALICORP, 2013): modelo único de negócio que gera valor a todos os envolvidos; escala significativa com posição de liderança nos mercados mais atrativos do Brasil; ausência de risco atuarial ou de reembolso¹⁵¹; relacionamento de alta qualidade com clientes e alto índice de fidelidade; abordagem personalizada e customizada na prestação de serviços de assistência à saúde a companhias e a pequenas e médias empresas (PMEs); plataforma de tecnologia de informação (TI) proprietária e de qualidade superior que opera como canal de troca de dados e

¹⁵¹ Aspecto fundamental do modelo de negócios de intermediação de segundo nível.

informações médicas; sólido perfil financeiro e crescimento excepcional aliado à alta e recorrente lucratividade; administração experiente com incentivos baseados em desempenho.

Nessa relação destacam-se dois aspectos que atestam o descolamento do modelo de negócios da QUALICORP da base material de produção de serviços de saúde e seu enraizamento na órbita da dominância financeira: *ausência de risco atuarial ou de reembolso e sólido perfil financeiro e crescimento excepcional aliado a alta e recorrente lucratividade.*

A origem histórica da QUALICORP como operadora de segundo nível na intermediação de serviços assistenciais privativos é coerente com a abertura do seu capital para agentes da esfera financeira global tais quais os fundos de *Private Equity Genarl Atlantic e Carylle* e, após a oferta pública de ações em 2011, para *FMR LLC- Fidelity Investments, Morgan Stanley Investment Management Inc. e BlackRock Inc.*

Foi durante a gestão de Maurício Ceschin na Presidência Executiva da QUALICORP, entre 2007 e 2009, que ocorreu a operação de entrada dos fundos estrangeiros no capital da empresa em associação com o seu proprietário original José Seripieri Filho. A indicação do nome do Presidente Executivo de uma empresa fiscalizada para mandato na diretoria colegiada da ANS estabeleceu fato político relevante e instituidor de um padrão de relacionamento público/privado peculiar, sancionado pelo Senado Federal.

Dado o precedente, fato análogo viria a ocorrer em 2013 com a indicação do nome de Elano Rodrigues de Figueiredo para o cargo de diretor de Gestão da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assim como Maurício Ceschin havia transitado do cargo de Presidente Executivo da QUALICORP para a diretoria da agência, Elano passou do cargo de Diretor Jurídico da HAPVIDA, onde representava a empresa em ações contra a ANS, para um cargo na sua diretoria colegiada (VIOMUNDO, 2016).

A pedido da Casa Civil, a Comissão de Ética da Presidência abriu investigação para apurar possível conflito de interesse no exercício da função pública e acolheu denúncia encaminhada pelo Instituto de Defesa do Consumidor – IDEC e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO dando conta de que Elano, uma vez investido da função pública, não se declarou impedido de julgar processos do interesse de empresas pelas quais havia militado contra a ANS.

Após a Comissão de Ética opinar pela sua demissão, Elano renunciou ao seu mandato e retirou-se da diretoria da ANS.

A trajetória histórica das empresas de planos e seguros de saúde mostra que sempre foi grande o seu grau de dependência das políticas públicas de saúde e previdência. As empresas pioneiras percorreram um longo caminho até a sua equiparação às grandes seguradoras no âmbito do regime de fiscalização comum praticado pela ANS. A QUALICORP e a HAPVIDA surgiram no final da década de 1990, pouco antes da criação da ANS, e rapidamente lograram atingir um nível de capitalização que as coloca entre as dez maiores do setor.

Esse fato histórico ilustra o sentido e o viés inerentes ao novo regime regulatório estabelecido a partir dos anos 2000 e destaca a importância da investigação sobre a natureza e as especificidades da rede que articula de forma sub-reptícia a estrutura organizacional e proprietária das empresas com agentes de governo e com agentes atuantes no campo financeiro.

O caso da QUALICORP, dado o seu virtual descolamento da base material de prestação de serviços de saúde e a rapidez com que foi capaz de multiplicar o seu capital inicial de R\$2.000,00 para a casa dos bilhões em associação com agentes da primeira linha do capital financeiro internacional, é emblemático. Ilustra um processo de acumulação comercial em tempo real que, de um lado aumenta o custo de transação entre as empresas e pessoas físicas envolvidas no esquema de intermediação de assistência privativa e, de outro lado socializa os riscos inerentes à efetiva prestação de serviços de saúde preservando suas margens líquidas.

O caso da ODONTOPREV se inscreve no seio da nova geração de empresas de planos de saúde criadas entre os anos 1980 e 1990. Seu desenvolvimento foi sincrônico com as mudanças legais e institucionais do período, com o desenvolvimento de novas tecnologias de processamento de informação¹⁵² e com a mudança do padrão macroeconômico de inflação alta com indexação para baixa inflação com juros elevados e abertura de fluxos de capital. As especificidades da prestação de serviços odontológicos no Brasil também podem estar relacionadas com o sucesso comercial dessa empresa.

Os serviços odontológicos no Brasil são prestados exclusivamente pelos membros de uma corporação paramédica que a partir dos anos 1980 passou a gozar de um certo prestígio e

¹⁵² Em 03 de novembro de 1993 foi constituída a *Easy Software S.A.*, empresa Controlada da ODONTOPREV Serviços, para o desenvolvimento e licenciamento de programas de computador, bem como participação em outras sociedades como sócia ou acionista.

reconhecimento social refletido na expectativa de elevado nível remuneratório para seus representantes com nível superior. Assim como nos Estados Unidos, há uma separação formal entre as corporações de médicos e cirurgiões-dentistas e algumas diferenças nas prerrogativas funcionais de cada uma delas.

Embora haja profissionais de odontologia que atuam em ambiente hospitalar, a grande maioria desenvolve suas atividades clínicas em ambulatórios e realizam procedimentos cirúrgicos com equipes de trabalho compostas de poucos elementos.

A sua formação profissional especializada possui uma base técnica com forte vinculação à indústria de produtos e equipamentos e a ênfase do treinamento em serviço recai sobre a realização de protocolos de procedimentos padronizados. O caráter liberal da prática profissional em odontologia foi preservado por algum tempo no Brasil, mesmo depois das mudanças observadas na prática médica em geral a partir dos anos 1970, resultando em um nicho especializado de prestadores voltados para uma parcela populacional com maior capacidade de pagamento por desembolso direto.

Entretanto, com o aumento na oferta de serviços especializados nos anos 1990, gradualmente o esquema de intermediação já estabelecido na assistência médica também se espalhou entre os prestadores cirurgiões-dentistas liberais, resultando em processo análogo de criação de empresas de odontologia de grupo como a ODONTOPREV e cooperativas de trabalho odontológicas, as diversas UNIODONTO.

A ODONTOPREV surgiu a partir de uma empresa de prestação de serviços odontológicos constituída em 02 de julho de 1970, a CLIDEC - Clínica Dentária Especializada *Cura Dar's* Ltda. Em 1987 a nova empresa de intermediação se estabelece efetivamente tendo por objeto social a atividade de operação de planos privados de assistência odontológica, administração, comercialização ou disponibilização dos referidos planos destinados a pessoas jurídicas e/ou físicas, bem como a participação, como sócia, acionista ou cotista em outras sociedades civis ou comerciais, em empreendimentos comerciais de qualquer natureza, no Brasil e/ou no exterior, e a administração de bens próprios e/ou de terceiros.

Em 2006 a empresa fez a sua primeira oferta pública de ações na bolsa de valores de São Paulo e desde 2008 o retorno da ação da Companhia, incluindo dividendos e juros sobre capital próprio,

tem superado anualmente o índice geral IBOVESPA. Em 2009 o BRADESCO se associa à ODONTOPREV adquirindo 43,5% do seu capital total e, em 12 de março de 2014, em uma parceria com outra instituição financeira importante, é constituída a BRASILDENTAL Operadora de Planos Odontológicos S.A., uma nova empresa de planos de saúde odontológicos controlada pela ODONTOPEV e pela BB Seguros e Participações S.A., seguradora do Banco do Brasil.

A extrema lucratividade das empresas que vendem os planos odontológicos está relacionada com o baixo custo operacional envolvido no processo. A cada 100 reais pagos pelo usuário, apenas 46 estão empenhados no custeio da assistência (ANS, 2011), isto significa um bom negócio para a empresa e um mau negócio para o pagador e possivelmente para o prestador também.

Os contratos coletivos, empresariais ou por adesão assumidos pela ODONTOPREV possuem prazo médio de 24 a 36 meses de validade e são reajustados anualmente com base na variação do custeio observado e da inflação geral do período. O índice máximo de relação custos/receitas admitido pela empresa para garantia do funcionamento administrativo é de cerca de 60%, entretanto, para o ano de 2015, o índice custos/receitas consolidado foi de 46,6%, face a 46,2% em 31 de dezembro de 2014¹⁵³.

O risco de despesas catastróficas relacionados com serviços odontológicos é desprezível e esse tipo de empresa opera com uma margem de risco mínima em comparação com as medicinas de grupo. Obviamente o valor médio das contraprestações pecuniárias dos clientes é baixo, o que favorece a estratégia de venda no varejo. Há também uma expectativa de expansão continuada do comércio desse tipo de produto considerando o contingente de potenciais compradores da população economicamente ativa. Trata-se, a rigor, de um plano de saúde ambulatorial de baixo preço com oferta limitada de serviços com apelo de comercial para uma ampla parcela da população.

A ODONTOPREV vende planos odontológicos a empresas, associações e indivíduos por meio de sua equipe própria de vendas, de corretores externos comissionados, de parcerias comerciais e novos canais de distribuição além dos canais consolidados nas parcerias com o BRADESCO e com o Banco do Brasil.

¹⁵³ Dados do balanço da empresa para o exercício findo em 31 de dezembro de 2015.

3.2 ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SOCIETÁRIA, ESTRATÉGIAS CORPORATIVAS E VARIAÇÕES PATRIMONIAIS DE EMPRESAS SELECIONADAS

Um fato novo que se tornou relevante para o desenvolvimento de metodologias de estudo capazes de captar dados mais precisos sobre o universo das empresas de planos e seguros de saúde é a obrigatoriedade de publicação das informações sobre sua estrutura organizacional e societária em bases de acesso público. Os princípios de governança corporativa voltados para a proteção dos interesses de acionistas minoritários abriram novas possibilidades para a investigação de alguns aspectos importantes do grupo de empresas listadas em bolsa ou mesmo de grandes empresas de capital fechado.

As principais fontes de dados de domínio público passíveis de utilização em pesquisas sobre estas empresas são os seus balanços anuais, demonstrativos financeiros, anúncios de fatos relevantes ou relatórios da administração aos acionistas cotejados com os contratos sociais e suas alterações registradas em documentos depositados nas juntas comerciais.

Os balanços, uma vez auditados, são publicados em periódicos de circulação nacional e na página das empresas na internet e os documentos de registro de alterações societárias das principais empresas estão depositados, nos casos pesquisados, na Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

O detalhamento dos dados cadastrais relativos a cada empresa específica pode ser feito no sítio da JUCESP onde é possível estabelecer, a partir da data do registro na junta comercial e da data do início das atividades, uma linha do tempo até o momento atual.

A primeira fonte de investigação para elaboração de dados a partir da base JUCESP é a *Ficha Completa* da empresa onde aparecem as suas primeiras informações consignadas na junta comercial. Na *Ficha Completa* aparecem os dados da data de constituição da sociedade, data do início da atividade, o capital, os sócios e os gestores. Além disso, deve constar a sua qualificação em sociedade limitada ou anônima.

As sociedades civis limitadas que visam lucro são obrigadas pela lei a manterem um registro em junta comercial, entretanto, sociedades civis limitadas que não visam lucro, mas que contabilizam *resultados*, podem dispor apenas de registro em cartório.

Em alguns casos, é possível visualizar na Ficha Completa um campo denominado *breve relato* onde deve constar um histórico do que aconteceu antes do ato de registro da empresa na JUCESP e permite o rastreamento de alguns aspectos da trajetória histórica das empresas. O Número de Informação de Registro da Empresa – NIRE composto de onze dígitos que indicam o estado da federação onde foi feito o registro, o tipo da empresa registrada e um dígito verificador específico para cada empresa é gerado no momento do primeiro registro em junta comercial.

No caso de empresas que aparecem vinculadas a mais de um registro em junta comercial é possível que estejam relacionadas nessa relação sociedades já extintas por fusão ou cisão. Por esse motivo é importante o cotejamento dos dados do conjunto das empresas relacionadas e a sua análise em uma perspectiva longitudinal para que seja possível compreender a situação atual em um corte transversal. Pode ocorrer a mudança do nome empresarial com a manutenção do mesmo número de registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ da Receita Federal.

Para avançar na caracterização de detalhes organizacionais, estrutura societária, estratégias corporativas, variações patrimoniais e outras especificidades que permitam o desenvolvimento de novas perspectivas analíticas não vislumbradas em um ambiente de dominância financeira, separamos do conjunto inicial de empresas ou grupos econômicos selecionados, seis organizações relevantes para detalhamento da sua estrutura por meio da análise documental: QUALICORP, BRADESCO SAÚDE, INTERMEDICA, SULAMERICA, ODONTOPREV e AMIL.

Em cada uma delas buscamos identificar os seguintes aspectos de interesse para detalhamento e investigação: datas de registro, fusões, incorporações, cisões e extinções (quando houver), valor de abertura, alterações de capital social, objeto social declarado, e composição societária. Os dados foram extraídos de documentos publicados disponíveis em alguns casos apenas nos balanços, em outros, cotejados com dados de junta comercial, de bolsa de valores e de órgãos de governo de forma que para algumas empresas e grupos econômicos estudados foi possível elaborar uma quantidade de dados maior do que para outras resultando em uma coleção assimétrica de dados.

3.2.1 QUALICORP

Foi selecionado um conjunto de sete empresas ligadas ao grupo econômico QUALICORP com registro no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda – CNPJ¹⁵⁴. Cada uma dessas empresas também possui registro na Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP onde algumas variáveis de interesse podem ser isoladas para análise.

Os dados da trajetória de formação histórica que foram apresentados de forma panorâmica na seção anterior podem agora ser detalhados e referenciados aos seus respectivos documentos constitutivos¹⁵⁵ iluminando assim aspectos fundamentais para uma análise mais aprofundada que considere também a estrutura organizacional e societária, as variações patrimoniais, as estratégias corporativas e outras especificidades.

3.2.1.1 Datas de registro

Há empresas integrantes do grupo econômico QUALICORP que foram extintas, incorporadas, fundidas ou cindidas ao longo da linha do tempo em uma rede intrincada de relações corporativas, de difícil visualização, característica da dinâmica de relações empresariais. O quadro analítico e a representação gráfica dispostos abaixo apresentam os dados relativos às datas dos registros em contrato social ou na Junta Comercial relacionados com as denominações das respectivas sociedades empresárias na linha do tempo. O mesmo registro de CNPJ, portanto, aparece vinculado a nomes empresariais diferentes em datas diferentes. Há casos também em que a empresa é transformada, recebendo um novo número de registro na Junta Comercial (NIRE), mantendo, entretanto, o mesmo CNPJ.

¹⁵⁴ Há outras empresas controladas por esse grupo que eventualmente serão mencionadas, mas não analisadas segundo os parâmetros dispostos acima.

¹⁵⁵ Esses documentos aparecem denominados entre parêntesis com a expressão “DOC nº” seguida de uma sequência numérica. Suas respectivas versões digitais autenticadas em *fac simile* podem ser compulsadas pelo sistema de busca eletrônica de livre acesso da JUCESP em <https://www.jucesponline.sp.gov.br/>

Quadro 17 - Alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ

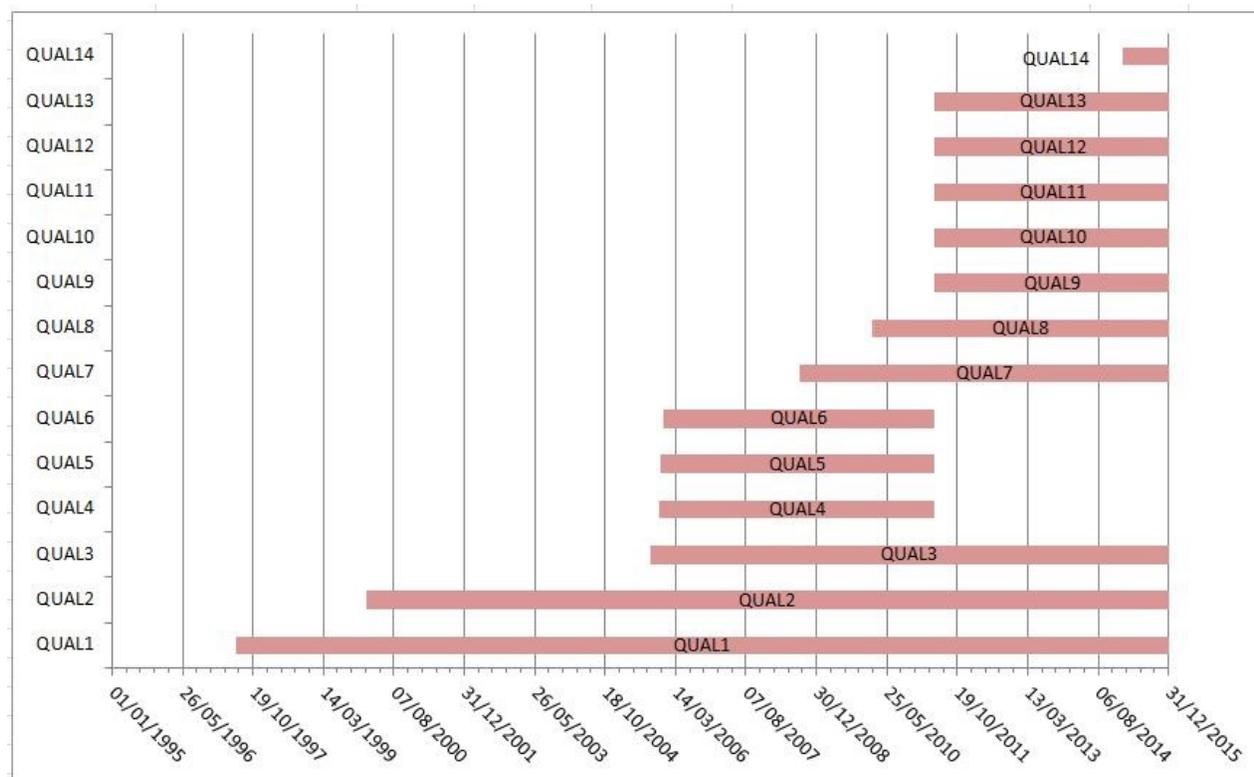
NOME ORIGINAL DA EMPRESA /CNPJ	INÍCIO	ALTERAÇÕES
QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA E SAÚDE LTDA (Sociedade civil) CNPJ 01.923.247/0001-42	16/06/1997 (1º Registro Civil das Pessoas Jurídicas Barueri-SP)	11/05/2004 -Registro na JUCESP (NIRE 35219120306) 10/01/2006 -Alteração do nome empresarial para CONVERGENTE CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA (DOC nº 004.836/06-6) 31/12/2015 -Distrato social (DOC nº 093.755/16-8)
ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA CNPJ 03.609.855/0001-02	26/01/2000 (Registro em cartório)	06/01/2004 -Registro na JUCESP (NIRE 35217204171) 02/01/2006 -Alteração de nome empresarial para ACCESS ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA (DOC nº 004.802/06-8) 18/03/2010 -Alteração do nome empresarial para QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA (DOC nº 074.856/10-8)
ACHIRUS PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 07.658.098/0001-18	15/09/2005	22/09/2005 -Registro na JUCESP (NIRE 35220218390) 02/01/2006 -Alteração do nome empresarial para ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIO LTDA (DOC nº 004.801/06-4) 18/03/2010 -Alteração do nome empresarial para QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA (DOC nº 074.855/10-4) 09/08/2010 -Transformação desta sociedade para QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. (DOC nº 287.157/10-6-NIRE alterado para 35300382846) 18/11/2013 -Incorporação de PS PADRÃO ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA (NIRE 33209432559- DOC nº 445.102/13-5) 06/02/2015 - Cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para POTENCIAL ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA (NIRE 35228297043 - CNPJ 20.025.189/0001-84- DOC nº 067.649/15-4)
ANEQUIM PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 07.755.207/0001-15	17/11/2005	24/11/2005 -Registro na JUCESP (NIRE 35220359171) 10/01/2006 -Alteração do nome empresarial para QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS LTDA (DOC nº 004.837/06-0) 03/02/2010 - Incorporação de BRUDER SP CORRETORA DE SEGUROS LTDA -NIRE 35219416124-CNPJ 07.014.788/0001-34 (DOC nº 044.771/10-1) 09/08/2010 - Transformação desta sociedade para QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A. - NIRE 35300382854-CNPJ 07.755.207/0001-15 (DOC nº 287.158/10-

		<p>0)</p> <p>11/05/2011- Cisão total de NIRE 35300365089, CNPJ 07.760.307/0001-30-QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. em favor desta (DOC nº 179.322/11-4)</p> <p>15/02/2013-Incorporação das empresas PADRÃO ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM DE SEGUROS LTDA (CNPJ-40.295.263/0001-90) e PS BRASIL ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM DE SEGUROS LTDA (CNPJ-02.933.685/0001-54). (DOC nº 072.442/13-0)</p> <p>06/02/2015-Incorporação de PRAXISOLUTIONS CONSULTORIA DE NEGÓCIOS E CORRETORA DE SEGUROS LTDA-NIRE 35219255716- CNPJ 05.600.196/0001-79 (DOC nº 068.364/15-5)</p>
CANGULO PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 07.755.201/0001-48	24/11/2005	<p>24/11/2005-Registro na JUCESP (NIRE 35220359180)</p> <p>06/01/2006-Alteração do nome empresarial para TOTALSEG CORRETORA DE SEGUROS LTDA (DOC nº 004.824/06-4)</p> <p>11/04/2006- Alteração do nome empresarial para CLUBE DE SAÚDE CORRETORA DE SEGUROS LTDA (DOC nº 047.089/06-4)</p> <p>31/03/2010- Alteração do nome empresarial para AMENTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA (DOC nº 111.987/10-6)</p> <p>14/04/2010- Alteração do nome empresarial para QUALICORP SERVIÇOS MÉDICOS LTDA (DOC nº 102.355/10-1)</p> <p>04/08/2010- Alteração do nome empresarial para QUALICORP CONSULTORIA EM SAÚDE LTDA (DOC nº 257.096/10-3)</p> <p>11/05/2011- Cisão total de NIRE 35300365089, CNPJ 07.760.307/0001-30-QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. em favor desta (DOC nº 179.321/11-0)</p>
WAHOO PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 07.760.307/0001-30	20/12/2005	<p>20/12/2005-Registro na JUCESP (NIRE 35220393922)</p> <p>06/01/2006-Alteração do nome empresarial para SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (DOC nº 004.831/06-8)</p> <p>21/07/2008-Incorporação de NIRE 35219673852-ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 07.404.186/0001-93 (DOC nº 236.637/08-3)</p> <p>03/09/2008-Cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para NIRE 35222684479-SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 10.336.271/0001-76 (DOC nº 294.884/08-7)</p> <p>08/01/2009-Transformação desta sociedade para NIRE 35300365089 (DOC nº 014.723/09-8)</p> <p>31/05/2010- Incorporação de NIRE 35300361482-GENERAL ATLANTIC PARTICIPAÇÕES S.A. (registro no CNPJ não identificado)</p>

		<p>31/05/2010-Alteração do nome empresarial para QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (DOC nº 186.438/10-2)</p> <p>11/05/2011-Incorporação de NIRE 35300370341-QC HOLDING II PARTICIPAÇÕES S.A. CNPJ 11.190.166/0001-34 (DOC nº 179.313/11-3)</p> <p>11/05/2011- Cisão total desta sociedade, que se extingue, cedendo seu patrimônio para: NIRE 35217204171-QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA CNPJ 03.609.855/0001-02, NIRE 35220359180-QUALICORP CONSULTORIA EM SAÚDE LTDA CNPJ 07.755.201/0001-48, NIRE 35300382846-QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A. CNPJ 07.658.098/0001-18, NIRE 35300382854-QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A. CNPJ 07.755.207/0001-15 (DOC nº 179.319/11-5)</p>
VALLABAH EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S/A CNPJ 11.992.680/0001-93	12/02/2010	<p>19/05/2010-Registro na JUCESP (NIRE 35300379560)</p> <p>01/07/2010- Alteração do nome empresarial para QC HOLDING I PARTICIPAÇÕES S.A. (DOC nº 228.686/10-6)</p> <p>13/04/2011- Alteração do nome empresarial para QUALICORP S.A. (DOC nº 142.934/11-2)</p> <p>01/09/2014- Incorporação de NIRE 35300467841-SAÚDE SOLUÇÕES PARTICIPAÇÕES S.A. – CNPJ 20.683.651/0001-30 (DOC nº 346.509/14-2)</p>

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Gráfico 1 - Diagrama ilustrativo das alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ



Legenda	NOME	CNPJ	INÍCIO	FIM	TIPO
QUAL1	QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA E SAÚDE LTDA (Sociedade civil)	01.923.247/0001-42	16/06/1997	31/12/2015	Distrato social
QUAL2	ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA	03.609.855/0001-02	26/01/2000	31/12/2015	
QUAL3	ACHIRUS PARTICIPAÇÕES LTDA	07.658.098/0001-18	15/09/2005	31/12/2015	cisão parcial
QUAL4	ANEQUIM PARTICIPAÇÕES LTDA	07.755.207/0001-15	17/11/2005	11/05/2011	cisão total
QUAL5	CANGULO PARTICIPAÇÕES LTDA	07.755.201/0001-48	24/11/2005	11/05/2011	
QUAL6	WAHOO PARTICIPAÇÕES LTDA	07.760.307/0001-30	20/12/2005	11/05/2011	cisão parcial ; cisão total
QUAL7	SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA	10.336.271/0001-76	03/09/2008	31/12/2015	
QUAL8	VALLABAH EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S/A	11.992.680/0001-93	12/02/2010	31/12/2015	
QUAL9	QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A.	07.760.307/0001-30	11/05/2011	31/12/2015	fruto de cisão total
QUAL10	QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA	03.609.855/0001-02	11/05/2011	31/12/2015	fruto de cisão total
QUAL11	QUALICORP CONSULTORIA EM SAÚDE LTDA	07.755.201/0001-48	11/05/2011	31/12/2015	fruto de cisão total
QUAL12	QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.	07.658.098/0001-18	11/05/2011	31/12/2015	fruto de cisão total
QUAL13	QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A.	07.755.207/0001-15	11/05/2011	31/12/2015	fruto de cisão total
QUAL14	POTENCIAL ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA	20.025.189/0001-84	06/02/2015	31/12/2015	fruto de cisão parcial

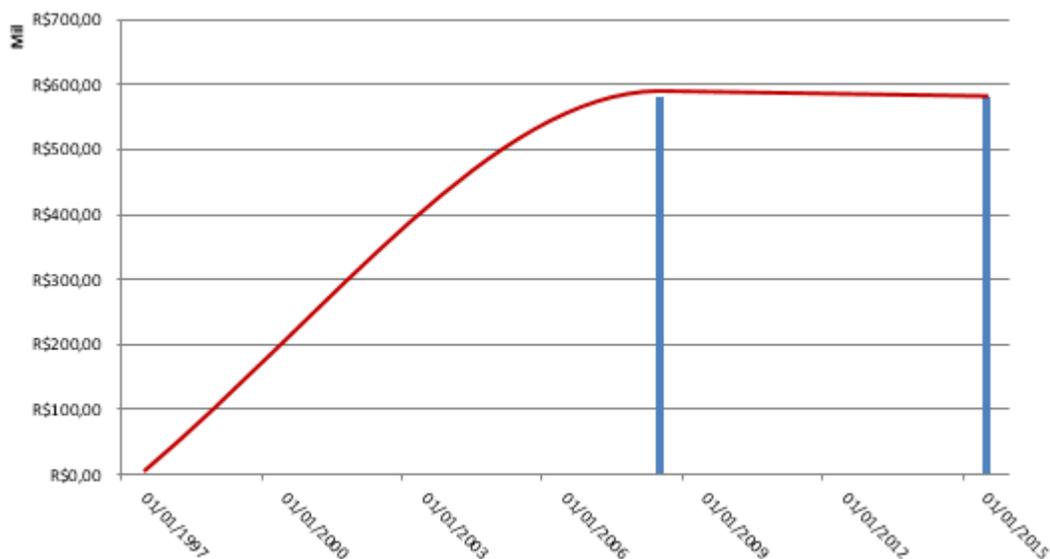
Fonte: JUCESP. Elaboração própria.

3.2.1.2 Valor de abertura e alterações de capital

Os valores iniciais de capital de cada uma das sociedades empresárias estudadas estão registrados em seus respectivos contratos sociais e suas alterações constam nas fichas cadastrais completas arquivadas na Junta Comercial. O quadro disposto abaixo apresenta a evolução desses valores na linha do tempo segregado para cada um dos CNPJs identificados. As fontes são os documentos contábeis depositados na JUCESP que permitem identificar o movimento de expansão ou retração do capital em relação a cada período de tempo. Os valores são apresentados sem correção monetária.

Gráfico 2 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1997 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42

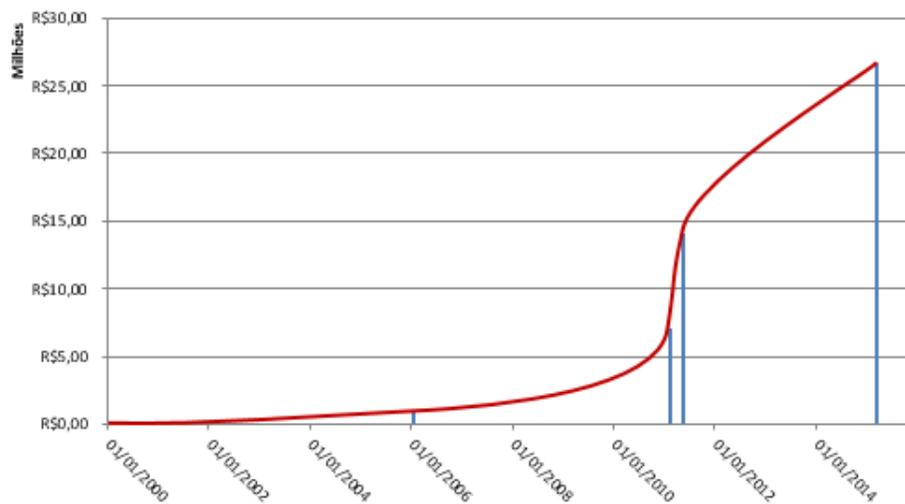
16/06/1997	31/01/2008	31/12/2015**
R\$2.000,00	R\$580.950,00	R\$580.950,00



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido. **Data do distrato social.

Gráfico 3 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2000 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 03.609.855/0001-02

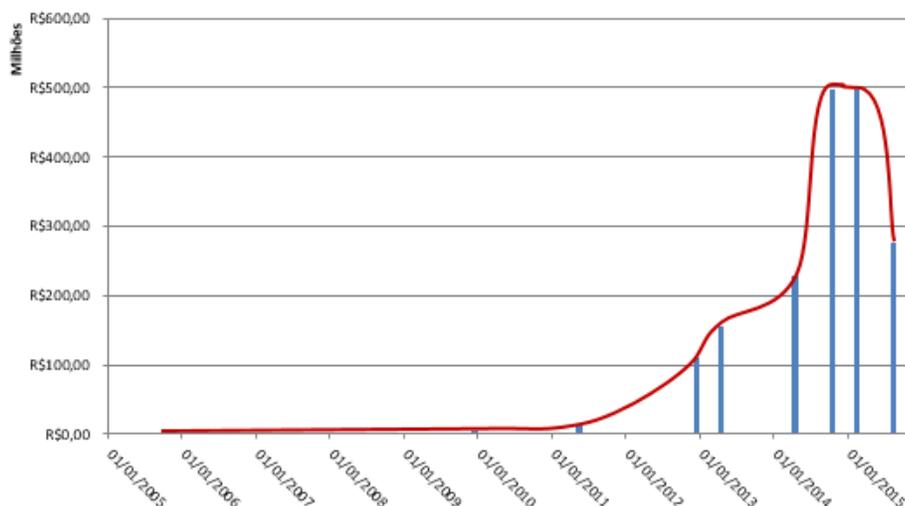
26/01/2000	02/01/2006	04/02/2011	11/05/2011	09/03/2015
R\$100.000,00	R\$1.000.000,00	R\$7.000.000,00	R\$14.022.568,00	R\$26.662.568,00



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

Gráfico 4 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.658.098/0001-18

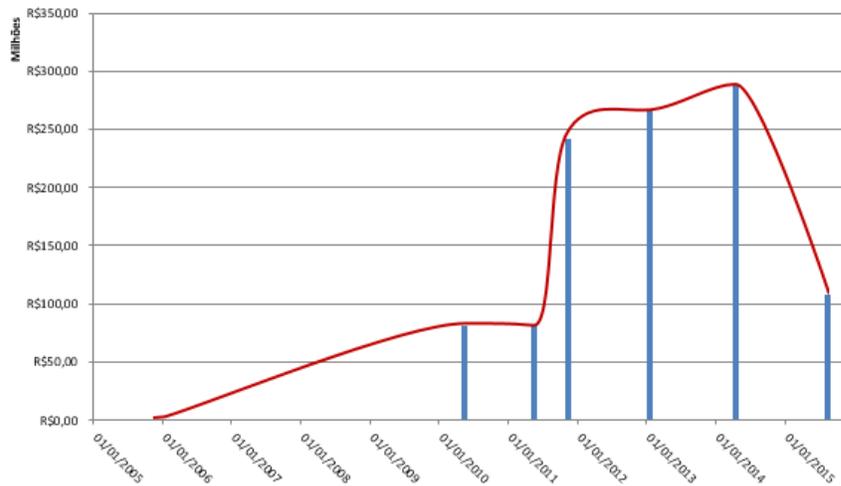
15/09/2005	02/01/2006	31/01/2008	29/12/2009	11/05/2011	28/12/2012
R\$1.000,00	R\$50.000,00	R\$1.050.000,00	R\$4.500.000,00	R\$11.966.658,21	R\$111.386.658,21
29/04/2013	03/04/2014	02/10/2014	06/02/2015	12/08/2015	
R\$156.386.658,21	R\$229.086.658,21	R\$497.531.658,21	R\$496.365.136,28	R\$276.365.136,28	



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

Gráfico 5 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.755.207/0001-15

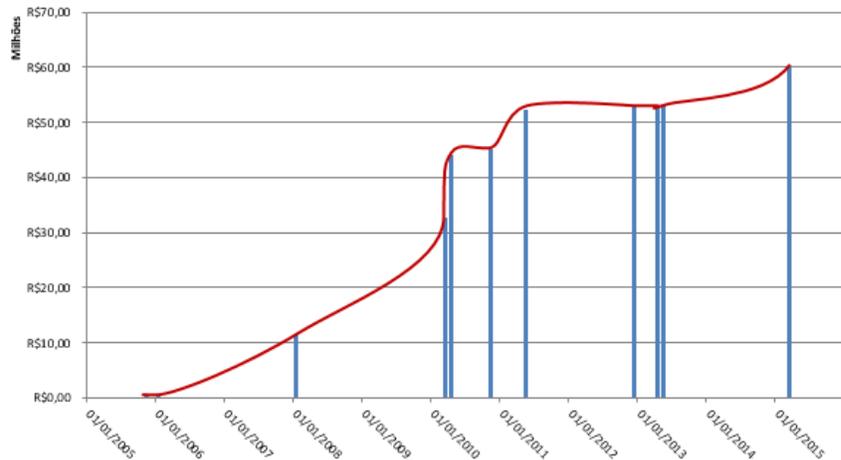
17/11/2005	10/01/2006	12/05/2010	11/05/2011	01/11/2011	16/01/2013
R\$1.000,00	R\$1.000.000,00	R\$81.480.000,00	R\$82.236.387,05	R\$241.986.387,05	R\$265.736.387,05
09/04/2014	10/08/2015				
R\$287.736.387,05	R\$107.736.387,05				



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

Gráfico 6 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.755.201/0001-48

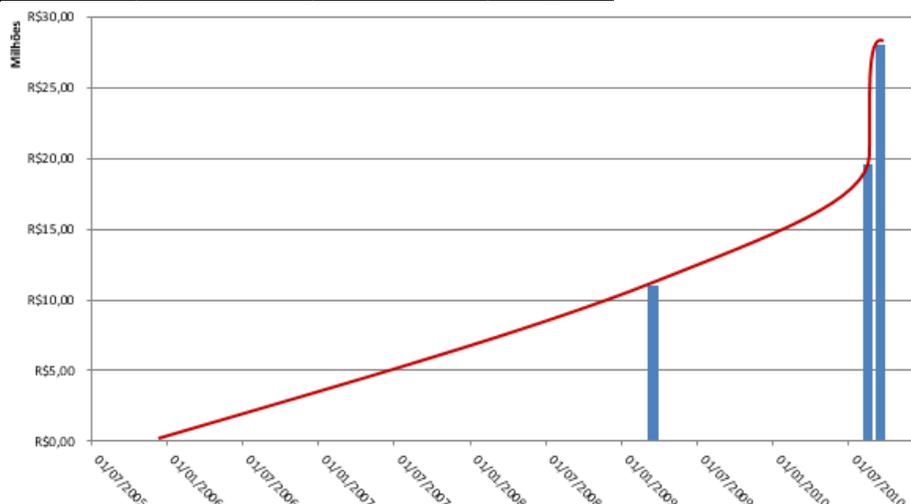
24/11/2005	06/01/2006	31/01/2008	31/03/2010	14/04/2010	22/11/2010
R\$1.000,00	R\$50.000,00	R\$11.562.900,00	R\$32.737.900,00	R\$44.137.900,00	R\$45.137.900,00
11/05/2011	11/12/2012	30/04/2013	29/05/2013	09/03/2015	
R\$52.401.587,00	R\$52.886.587,00	R\$53.043.587,00	R\$53.103.587,00	R\$60.103.587,00	



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

Gráfico 7 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2005 e 2011 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 07.760.307/0001-30

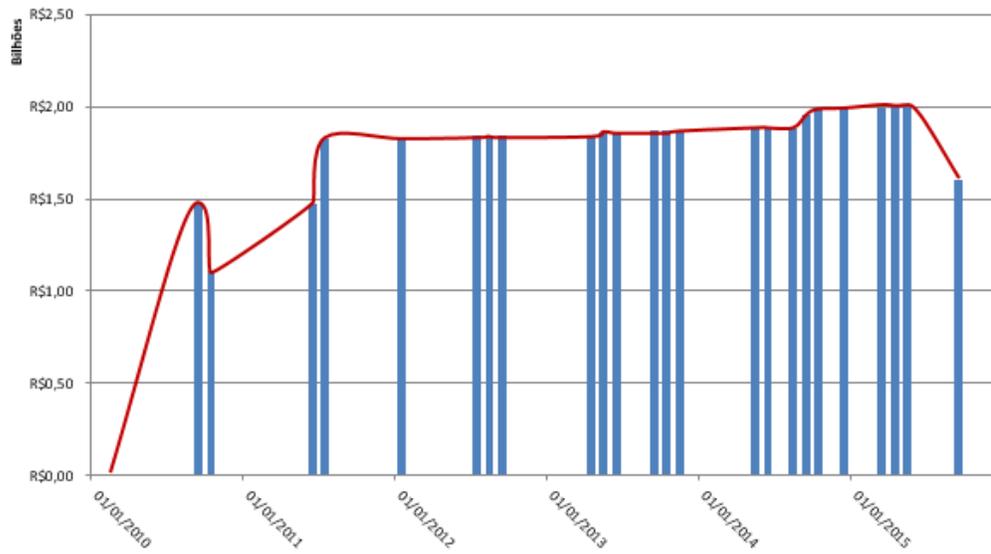
20/12/2005	25/03/2009	12/08/2010	20/09/2010	11/05/2011
R\$1.000,00	R\$11.051.275,00	R\$19.601.275,00	R\$28.097.791,00	Extinção



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

Gráfico 8 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2010 e 2015 da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número CNPJ 11.992.680/0001-93

12/02/2010	27/09/2010	08/10/2010	16/06/2011	26/07/2011
R\$1.000,00	R\$1.470.330.169,84	R\$1.107.705.146,98	R\$1.472.330.169,84	R\$1.826.182.746,84
13/01/2012	10/07/2012	15/08/2012	10/09/2012	17/04/2013
R\$1.830.323.487,39	R\$1.842.321.111,73	R\$1.842.381.445,01	R\$1.842.906.443,75	R\$1.848.571.412,85
28/05/2013	14/06/2013	24/09/2013	04/10/2013	19/11/2013
R\$1.865.385.014,87	R\$1.865.807.391,09	R\$1.868.175.976,73	R\$1.869.360.236,39	R\$1.875.610.943,57
28/11/2013	30/05/2014	10/06/2014	30/06/2014	08/08/2014
R\$1.875.873.805,45	R\$1.879.398.280,60	R\$1.879.953.296,10	R\$1.882.696.150,50	R\$1.884.559.900,50
01/09/2014	18/09/2014	02/10/2014	15/12/2014	11/03/2015
R\$1.955.689.453,73	R\$1.957.788.203,73	R\$1.988.639.828,73	R\$1.989.059.578,73	R\$1.993.257.078,73
22/04/2015	14/05/2015	16/09/2015		
R\$1.997.859.578,73	R\$2.005.453.703,73	R\$1.605.453.703,73		



Fonte: JUCESP. *Valor de registro contábil não corrigido.

3.2.1.3 Objeto social declarado/atividade econômica

O contrato social de cada empresa deve conter a declaração do objeto social ou atividade econômica principal desenvolvida pela organização para efeito de registro na Junta Comercial. Esse objeto pode ser alterado a qualquer tempo em razão de mudanças na estratégia corporativa desenvolvida pela empresa, entretanto, essa alteração deve constar na ficha cadastral completa arquivada na Junta Comercial para que as agências de governo possam analisar os ramos da atividade econômica comercial desenvolvidos em cada praça e reunir subsídios para planejar o conjunto da atividade econômica.

Abaixo dispomos quadros analíticos com a discriminação do objeto social declarado por cada uma das empresas do grupo QUALICORP, identificadas pelos seus respectivos registros no CNPJ, e suas alterações na linha do tempo.

Quadro 18 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Prestação de serviços, consultoria e assessoria empresarial de corretagem em seguro de vida, saúde e previdência privada e intermediação de negócios.
10/01/2006	Seguros de vida, seguros-saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente A sociedade se obriga a manter, durante toda sua vigência, na administração, direção ou gerência técnica, somente sócios corretores de seguros de todos os ramos, habilitados e registrados na SUSEP

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 19 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 03.609.855/0001-02

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Atividades de intermediação e agenciamento de serviços e negócios em geral, exceto imobiliários
02/01/2006	Seguros de vida, seguros-saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente
28/12/2009	<i>Holdings</i> de instituições não-financeiras, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente
17/11/2011	Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente, atividades de cobrança e informações cadastrais

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 20 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.658.098/0001-18

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica
02/01/2006	Atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente
27/10/2009	Previdência complementar fechada, previdência complementar aberta, planos de saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 21 - Alterações no objetivo social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.207/0001-15

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	<i>Holdings</i> de instituições não-financeiras
10/01/2006	Seguros de vida, seguros-saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente
09/11/2010	Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde
07/08/2013	Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde. Inclusão da atividade de implantação, exploração e gestão de franquias para a prestação de serviços de assessoria na distribuição ou corretagem de venda de planos de saúde e planos odontológicos por adesão, que poderá ser desenvolvida pela companhia através do licenciamento de marcas e modelos de negócio, transferência de know-how, promoção de suporte a vendas com disponibilização de material de apoio, e capacitação de pessoas em vendas
17/10/2014	Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades de intermediação e agenciamento de serviços e negócios em geral, exceto imobiliários

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 22 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.201/0001-48

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	<i>Holdings</i> de instituições não-financeiras
06/01/2006	Seguros de vida, seguros-saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente
31/03/2010	Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente, atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos, atividade médica ambulatorial restrita a consultas, atividades de centros de assistência psicossocial, atividades de assistência psicossocial e à saúde a portadores de distúrbios psíquicos, deficiência mental e dependência química não especificadas anteriormente
04/08/2010	Outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 23 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.760.307/0001-30

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	<i> Holding</i> de instituições não financeiras

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 24 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 11.992.680/0001-93

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Outras sociedades de participação, exceto <i>holdings</i> , aluguel de imóveis próprios
27/09/2010	Fundos de investimento, exceto previdenciários e imobiliários

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

3.2.1.4 Composição societária e administrativa

Os dados sobre a composição societária das empresas do grupo econômico QUALICORP podem ser extraídos das fichas cadastrais completas arquivadas na Junta Comercial do Estado de São Paulo. Há um conjunto de pessoas físicas e jurídicas que compõem esse mosaico de escopo progressivamente mais abrangente desde 1997 quando foi criada a primeira empresa do grupo até 2015.

O núcleo constituído por sete sociedades empresárias assumiu diferentes denominações para cada um de seus elementos ao longo do tempo, mas manteve uma pequena comunidade de controladores individuais e gestores que podem ser identificados individualmente e dispostos em uma rede de relações recorrentes e características.

Os quadros e diagramas dispostos abaixo apresentam os dados de composição societária e administrativa de cada uma das sete empresas identificadas. Um primeiro nível de análise apenas relaciona as incidências de nomes encontrados, segregados para cada um dos sete CNPJs pesquisados. Em seguida são identificadas as pessoas físicas ou jurídicas que detêm posição de controle sobre o capital ou sobre a administração das empresas.

Quadro 25 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA E SAÚDE LTDA	José Seripieri Filho Renata de Paula Seripieri Onésimo Alves de Paula Júnior	Controlador: José Seripieri Filho com R\$1.900,00 de um total de R\$2.000,00 de capital inicial
CONVERGENTE CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA	SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA Zenaide Leonel dos Santos SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. QC HOLDING I PARTICIPACOES S.A. QUALICORP S.A. QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A Heráclito de Brito Gomes Júnior Wilson Olivieri Eduardo Nunes de Noronha Alex Oreiro Fernandes Maurício Ceschim Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho	Controladores (entre 08/02/2006 e 31/12/2015): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA representada por José Seripieri Filho QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. representada por José Seripieri Filho QUALICORP S.A. representada por José Seripieri Filho, Alex Oreiro Fernandes e Maurício Ceschim

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 26 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 03.609.855/0001-02

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA	José Augusto Alves de Paula NWE RIEN S/A Ricardo Marcelo Cavallo José Seripieri Filho Renato Bastos Rosa ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 26/01/2000 e 06/01/2004): NWE RIEN S/A (empresa com sede na cidade do Panamá. Detém 80% do capital) Controlador (entre 06/01/2004 e (07/06/2005): José Seripieri Filho (80% do capital) Controlador (entre 07/06/2005 e (02/01/2006): ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA (com 95% do capital)
ACCESS ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA	ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA José Seripieri Filho Suely Estancione José Augusto Alves de Paula SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 02/01/2006 e (20/10/2008): ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho) Controlador (entre 20/10/2008 e 18/03/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (Representada por José Seripieri Filho)
QUALICORP ADMINISTRAÇÃO E SERVIÇOS LTDA	José Seripieri Filho SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. Heráclito de Brito Gomes Júnior Wilson Olivieri QC HOLDING I PARTICIPAÇÕES S.A. QUALICORP S.A QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A. Eduardo Nunes de Noronha Alex Oreiro Fernandes Maurício Ceschin Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho Sérgio Ferreira dos Santos Rosângela Martins de Souza Elton Hugo Carlucci	Controlador (entre 18/03/2010 e 22/09/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho) Controlador (entre 22/09/2010 e 11/05/2011): QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Seripieri Filho, Heráclito de Brito Gomes Júnior e Wilson Olivieri) Controlador (a partir de 11/05/2011): QUALICORP S.A (representada por Heráclito de Brito Gomes Júnior, Eduardo Nunes de Noronha, Wilson Olivieri, Alex Oreiro Fernandes e Maurício Ceschin)

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 27 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.658.098/0001-18

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
ACHIRUS PARTICIPAÇÕES LTDA	Camilo Stefano Maria Sicherle Diva Maria Batista Martins Ramalho S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA	Controlador (entre 15/09/2005 e 02/01/2006): S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA (representada por Camilo Stefano Maria Sicherle)
ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIO LTDA	ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA José Seripieri Filho José Augusto Alves de Paula Rosângela Martins de Souza SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA Benedito Tonolli Jacob SERIPAR PARTICIPAÇÕES S.A. SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 02/01/2006 e 27/10/2009): ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho e José Augusto Alves de Paula) Controlador (entre 27/01/2006 e 29/12/2009): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho e José Augusto Alves de Paula) Controlador (entre 29/12/2009 e 18/03/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Augusto Alves de Paula e José Seripieri Filho)
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS LTDA	José Seripieri Filho José Augusto Alves de Paula SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A.	Controlador (entre 18/03/2010 e 25/06/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Augusto Alves de Paula e José Seripieri Filho) Controlador (entre 25/06/2010 e 09/08/2010): QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Seripieri Filho)
QUALICORP ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS S.A.	QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. Heráclito de Brito Gomes Júnior Wilson Olivieri Eduardo Nunes de Noronha Ricardo Attanasio T. Ramos Celso Visconti Evangelista Alex Oreiro Fernandes Maurício Ceschin Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho Marly Hiroko Kaneda Rosângela Martins de Souza Elton Hugo Carluci QUALICORP S.A. José Seripieri Filho	Controladores (a partir de 09/08/2010): QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por Heráclito de Brito Gomes Júnior e Maurício Ceschin) QUALICORP S.A. (representada por José Seripieri Filho)

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 28 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.207/0001-15

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
ANEQUIM PARTICIPAÇÕES LTDA	Camilo Stefano Maria Sicherle Diva Maria Batista Martins Ramalho S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA	Controlador (entre 17/11/2005 e 10/01/2006): S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA (representada por Camilo Stefano Maria Sicherle)
QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS LTDA	SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA Zenaide Leonel dos Santos José Seripieri Filho Maurício Ceschin Lais Perazo Nunes de Carvalho SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A.	Controlador (entre 10/01/2006 e 25/06/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho) Controlador (de 25/06/2010 até 09/08/2010): QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Seripieri Filho)
QUALICORP CORRETORA DE	Heráclito de Brito Gomes Júnior	Controladores (a partir de 09/08/2010):

SEGUROS S.A.	Wilson Olivieri Zenaide Leonel dos Santos QUALICORP S.A. Eduardo Nunes de Noronha Alex Oreiro Fernandes Maurício Ceschin Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho Marly Hiroko Kaneda Sakamoto Rosângela Martins de Souza Elton Hugo Carluci Leonardo Divino Costa Guerreiro José Seripieri Filho	QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por Heráclito de Brito Gomes Júnior) QUALICORP S.A. (representada por Maurício Ceschin e José Seripieri Filho)
---------------------	--	---

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 29 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.755.201/0001-48

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
CANGULO PARTICIPAÇÕES LTDA	Camillo Stefano Maria Sicherle Diva Maria Batista Martins Ramalho S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA	Controlador (entre 24/11/2005 e 06/01/2006): S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA (representada por Camillo Stefano Maria Sicherle)
TOTALSEG CORRETORA DE SEGUROS LTDA	ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA Jose Seripieri Filho Alberto Moreira Lopes	Controlador (entre 06/01/2006 e 11/04/2006): ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho)
CLUBE DE SAÚDE CORRETORA DE SEGUROS LTDA	ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA Jose Seripieri Filho Alberto Moreira Lopes Zenaide Leonel dos Santos SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 11/04/2006 e 18/12/2008): ACCESS PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho) Controlador (entre 18/12/2008 e 31/03/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho)
AMENTI SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	Jose Seripieri Filho SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 31/03/2010 e 14/04/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho)
QUALICORP SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	Jose Seripieri Filho SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A.	Controlador (entre 14/04/2010 e 04/08/2010): SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA (representada por José Seripieri Filho)
QUALICORP CONSULTORIA EM SAÚDE LTDA	Jose Seripieri Filho QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. SERIPATRI PARTICIPAÇÕES LTDA Heráclito de Brito Gomes Júnior Wilson Olivieri QC HOLDING I PARTICIPAÇÕES S.A. QUALICORP S.A. QUALICORP CORRETORA DE SEGUROS S.A. Rosângela Martins de Souza Eduardo Nunes Noronha Ricardo Attanasio T. Ramos Maurício Ceschin Alex Oreiro Fernandes Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho Sérgio Ferreira dos Santos Elton Hugo Carluci	Controladores (a partir de 04/08/2010): QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A. (representada por José Seripieri Filho, Heráclito de Brito Gomes Júnior) QUALICORP S.A. (representada por Heráclito de Brito Gomes Júnior, Maurício Ceschin)

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 30 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 07.760.307/0001-30

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
WAHOO PARTICIPAÇÕES LTDA	Camilo Stefano Maria Sicherle Diva Maria Batista Martins Ramalho S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA	Controlador (entre 20/12/2005 e 06/01/2006): S&A SERVIÇOS EMPRESARIAIS LTDA (representada por Camilo Stefano Maria Sicherle)
SERIPAR PARTICIPAÇÕES LTDA	José Seripieri Filho Alberto Bulus	Controlador (entre 06/01/2006 e 08/01/2009): José Seripieri Filho
QUALICORP PARTICIPAÇÕES S.A.	Alberto Bulus Christopher Glenn Lanning Jonathan Craig Korngold José Seripieri Filho Maurício Ceschin João Alceu Amoroso Lima Raul Rosenthal Ladeira de Matos Luciano Pedro Corsini Wilson Olivieri Benedito Tonolli Jacob Mark Tabak Heráclito de Brito Gomes Júnior Fernando Marques Oliveira Arnaldo Curiati G.A. BRASIL FUNDO DE INVESTIMENTO EM PARTICIPAÇÕES GENERAL ATLANTIC PARTNERS 87 L.P QC HOLDING I PARTICIPAÇÕES S.A GA ESCROW LLC	Diretores-Presidentes (entre 08/01/2009 e 11/05/2011 quando se dá a extinção da sociedade): José Seripieri Filho, Heráclito de Brito Gomes Júnior

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 31 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 11.992.680/0001-93

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
VALLABAH EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÕES S/A	Diego Carreiro Mesa Marcelo Duarte	Diretor-Presidente entre 12/02/2010 e 01/07/2010: Marcelo Duarte
QC HOLDING I PARTICIPAÇÕES S.A.	Diego Carreiro Mesa Marcelo Duarte Juan Carlos Felix Estupian Fernando de Oliveira Pinto Stephen H Wise William Holt McMullan Jr José Seripieri Filho Heráclito de Brito Gomes Júnior Fernando Cezar Dantas Porfírio Borges Wilson Olivieri Mark Howard Tabak Joan Elizabeth Herman Raul Rosenthal Ladeira de Matos Karen H. Bechtel	Diretores-Presidentes entre 01/07/2010 e 03/03/2011: Heráclito de Brito Gomes Júnior e José Seripieri Filho.
QUALICORP S.A.	Joan Elizabeth Herman Raul Rosenthal Ladeira de Matos William Holt Mc Mullan Jr Stephen H. Wise José Seripieri Filho Fernando Cezar Dantas Porfírio Borges Heráclito de Brito Gomes Júnior	Diretores-Presidentes a partir de 03/03/2011: José Seripieri filho, Heráclito de Brito Gomes Júnior e Maurício Ceschin

	Wilson Olivieri BHCS FUNDO DE INVESTIMENTO EM PARTICIPAÇÕES Mark Howard Tabak Karen H. Bechtel Fernando de Oliveira Pinto Alberto Bulus Steven Jay Shulman Alexandre Silveira Dias Vicente Falconi Campos Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo Jorge Luiz G. Martins da Rocha Rosângela Martins de Souza Arnaldo Curiati Eduardo Nunes de Noronha Mauricio Ceschin Grace Cury de Almeida Gonçalves Tourinho Elon Gomes de Almeida Alex Oreiro Fernandes Cláudio Eugenio Stiller Galeazzi Nilton Molina	
--	--	--

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

O balanço financeiro e seus documentos anexos compulsados referem-se à QUALICORP S.A e controladas (QUALICORP, 2017), foram publicados em 29 de março de 2016 e auditados para prevenção de ocorrência de fraude ou erro na sua elaboração segundo padrão estabelecido internacionalmente pela *International Accounting Standards Board* – IASB e reconhecido pela legislação brasileira.

Destacamos abaixo os principais elementos dispostos no texto de apresentação dos resultados aos investidores elaborado pela companhia que contém uma síntese do demonstrativo financeiro auditado. Em seguida relacionamos uma seleção de dados dispostos no relatório, de interesse para a análise da expressão da dominância financeira nesse caso específico.

3.2.1.5 Apresentação dos resultados 2015

A seção introdutória do relatório apresentado aos investidores destaca um lucro líquido contábil consolidado de R\$240,8 milhões para 2015. Este resultado representa um aumento de 73,5% em relação ao exercício anterior (R\$138,8 milhões) e significa uma perspectiva positiva no que se refere ao pagamento de dividendos aos acionistas.

Um dos fundamentos, apresentados pela empresa como positivos, para obtenção desse resultado foi a contração de 6% a.a. nas despesas administrativas passando de 32% da receita líquida em 2014 para 26,3% em 2015. *A melhora no desempenho desta linha está atrelada, principalmente, a ausência de despesas extraordinárias e um controle mais rigoroso na conta de gastos com serviços de terceiros* (QUALICORP, 2017).

Por outro lado, a empresa registra um crescimento na receita líquida total de 14,5% a.a. em 2015 atingindo R\$1.683,6 milhões. O indicador EBITDA¹⁵⁶ ajustado para 2015 foi de R\$676,2 milhões representando uma margem de 39,1% no consolidado do ano.

Com relação à carteira de clientes compradores dos produtos comercializados pela empresa em 2015 houve uma redução de 0,9% em relação a 2014, o que pode ser considerado um bom resultado face o cenário de queda na atividade econômica e aumento do índice de desemprego. A explicação para essa diminuição no número de clientes pagantes inclui dois fatos relevantes incidentes sobre o grupo em 2015. O primeiro foi a alienação da carteira de clientes da POTENCIAL Seguradora em atenção a um Termo de Compromisso de Desempenho firmado com o Conselho Administrativo de Defesa Econômica – CADE. O segundo foi a perda parcial da carteira da UNIMED Paulistana¹⁵⁷ em cumprimento ao processo de alienação compulsória determinado pela ANS. O contingente total de compradores de produtos da QUALICORP em 2015 foi, segundo o relatório da empresa, de 5,1 milhão de pessoas.

O caso da POTENCIAL Seguradora está descrito no Comunicado de Fato Relevante publicado em 20 de março de 2015 (QUALICORP, 2017). A notícia se refere à celebração de um Termo de Compromisso de Desempenho (TCD) entre duas empresas controladas pela QUALICORP S.A. e o Conselho Administrativo de defesa Econômica – CADE para tornar possível a aquisição da carteira de clientes da Afinidade Administradora de Benefícios Ltda. e da Equilibrar Corretora de Seguros Ltda., bem como as aquisições de participações societárias em PS – Padrão Administradora de Benefícios Ltda., Padrão Administração e Corretagem de Seguros Ltda., PS Brasil Administração e Corretagem de Seguros Ltda., Voloto Consultoria Empresarial Ltda.,

¹⁵⁶ *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*, que significa lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização - LAJIDA, em tradução livre para o português. É um indicador que representa quanto uma empresa gera de recursos através de suas atividades operacionais, sem contar impostos e outros efeitos financeiros.

¹⁵⁷ A UNIMED Paulistana quebrou em setembro de 2015 e nenhuma empresa se interessou em comprar a totalidade de sua carteira de clientes. Cerca de 160 mil clientes tinham contratos de adesão intermediados pela QUALICORP.

Aliança Administradora de Benefícios de Saúde S.A. e GA Consultoria, Administração e Serviços S.A.

O acordo foi possível com a alienação de 140.000 contratos de planos de saúde coletivos por adesão para uma nova empresa, controlada pela QUALICORP S. A., constituída com essa finalidade e denominada Potencial Administradora de Benefícios Ltda.

Ainda em atenção ao TCD, foi celebrado um Contrato de Cessão e Transferência de Quotas entre a QUALICORP e a Priority Intermediação de Negócios Ltda. (na qualidade de adquirente), tendo por objeto a alienação, para a adquirente, de quotas representativas de 100% do capital social da Potencial, atendendo assim plenamente os termos constantes no TCD celebrado entre as partes. As carteiras de clientes administradas em contratos de planos privados de assistência à saúde coletivos por adesão alienadas correspondem a um faturamento líquido anual estimado da ordem de R\$25 milhões (sendo menos de 3% em planos odontológicos). Como resultado desta alienação, a companhia recebe a quantia de aproximadamente R\$ 82.864.000,00 (oitenta e dois milhões, oitocentos e sessenta e quatro mil de reais), reajustados pelo IGPM mais 1% a.a., e equivalentes a aproximadamente 8,5 (oito e meia) vezes o EBITDA estimado para 12 meses da Potencial, bem como o valor adicional de R\$1.418.792,66 referente à reserva técnica e capital social. Esta quantia será paga pela adquirente para a QUALICORP no prazo de cinco anos em parcelas múltiplas mensais escalonadas. A consumação da alienação está condicionada à aprovação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

No caso da quebra da Unimed Paulistana, em um universo de cerca de 744 mil clientes, cerca de 160.000 mil que haviam contratado planos coletivos por adesão desta empresa por intermédio da QUALICORP tiveram os seus contratos compulsoriamente alienados para outras empresas por determinação da ANS¹⁵⁸. A QUALICORP tomou a iniciativa de intermediar a adesão voluntária de seus clientes a contratos firmados com outras empresas da sua rede de negócios logrando, ao final do processo a retenção de 72,4% dos contratos.

¹⁵⁸ Ver Resolução Operacional da Diretoria Colegiada da ANS (RO nº 1.891 de 01 de setembro de 2015).

3.2.1.6 Descrição da companhia e de seus negócios

A empresa se apresenta aos investidores fundamentalmente como uma corretora de planos de saúde que realiza lucro no momento da venda dos produtos sem incorrer em riscos relacionados com a assistência à saúde propriamente dita. Além dessa atividade de segundo nível de intermediação¹⁵⁹ oferece outros serviços agregados como: administração de benefícios, consultoria de planejamento de benefícios, serviços de prevenção e gestão de riscos de saúde, análise e monitoramento dos índices de sinistralidade, serviços de conectividade e terceirização de serviços de administração (TPA¹⁶⁰).

Sua estratégia de vendas se divide em dois segmentos básicos de clientela denominados de segmento *afinidade* e segmento *corporativo e outros*. O primeiro segmento, que representa 65% dos clientes, está baseado no conceito de *grupo de afinidade*. Nesse caso a QUALICORP negocia com empresas de planos de saúde em nome de grupos de afinidade específicos como entidades de classe profissionais ou associações representativas de categorias corporativas. A vantagem anunciada para o cliente é o preço mais barato do plano em comparação com o que seria pago por um eventual comprador individual diretamente à empresa de plano de saúde uma vez que na relação da QUALICORP com as empresas de planos de saúde se negocia o número de participantes e uma composição atuarial do grupo que seja comercialmente vantajosa para os vendedores. Subsidiariamente a QUALICORP oferece aos grupos de afinidade componentes da sua carteira de clientes serviços tais como movimentação cadastral, monitoramento dos serviços médicos utilizados, faturamento e cobrança das mensalidades, agilização do processo de reembolso e serviços de *concierge*¹⁶¹ médico, dentre outros.

O segundo segmento (*corporativo e outros*), que representa 35% dos clientes, se refere a serviços de consultoria, corretagem, terceirização administrativa, conectividade e gestão de riscos seja para empresas de planos e seguros de saúde ou para empresas empregadoras em geral e entidades governamentais.

¹⁵⁹ Já que as empresas de plano de saúde vinculadas à QUALICORP realizam um primeiro nível de intermediação e fazem o pagamento aos prestadores efetivos da assistência.

¹⁶⁰ TPA – *Thrid Part Administrator* (em tradução livre para o português: Terceiro elo administrativo). Refere-se a empresa que administra o processamento prévio de demandas assistenciais e eventualmente determina o pagamento de benefícios a usuários de uma rede assistencial.

¹⁶¹ Galicismo que se refere ao serviço de acompanhamento de doentes para solução de problemas administrativos ou burocráticos relacionados com a sua trajetória assistencial. Pode incluir também orientação sobre boas práticas de alimentação e cuidados de higiene em um nível que antecede ao atendimento por profissional médico especializado.

O quadro resumo disposto abaixo apresenta uma visão geral do grupo de empresas controladas pela QUALICORP S.A. em 2016.

Quadro 32 - QUALICORP S.A e suas controladas em 2016

QUALICORP S.A (controladora)
QUALICORP Consultoria em Saúde Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 99,99% • QUALICORP Corretora de Seguros S.A. detém 0,01%
QUALICORP Corretora de Seguros S.A. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 100%
QUALICORP Administração e Serviços Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 99,99% • QUALICORP Corretora de Seguros S.A. detém 0,01%
QUALICORP Administradora de benefícios S.A. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 100%
MEDLINK Conectividade em saúde Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 99,99% • QUALICORP Corretora de Seguros S.A. detém 0,01%
GAMA Saúde Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 99,99% • QUALICORP Consultoria em Saúde Ltda. detém 0,01%
CRC Consultoria Administração e Tecnologia em Saúde Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP S.A. detém 99,99% • QUALICORP Administração e Serviços Ltda. detém 0,01%

Fonte: (QUALICORP, 2017). Elaboração própria.

Outras empresas controladas pelo grupo em 2016 aparecem dispostas no quadro resumo abaixo.

Quadro 33 - Outras empresas controladas pelo grupo econômico QUALICORP em 2016

GA Corretora de Seguros, Consultoria, Administração e Serviços S.A. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP Corretora de Seguros S.A. detém 75%
ALIANÇA Administradora de Benefícios de Saúde S.A. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP Administradora de Benefícios S.A. detém 75%
Clube de Saúde Administradora de Benefícios Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • QUALICORP Administradora de Benefícios S.A. detém 99,99% • QUALICORP S.A. detém 0,01%
MULTICARE Saúde Ltda. <ul style="list-style-type: none"> • GAMA Saúde Ltda. detém 99,99% • QUALICORP Administração e Serviços Ltda. detém 0,01%

Fonte: (QUALICORP, 2017). Elaboração própria.

A estrutura societária da QUALICORP S.A., controladora do grupo, em 31 de dezembro de 2015 está disposta no quadro sinóptico abaixo:

Quadro 34 - estrutura societária da QUALICORP S.A. em 31 de dezembro de 2015

ACIONISTA	PARTICIPAÇÃO ACIONÁRIA
L2 FIP- Fundo de Investimento em Participações*	22,25%
GIC (Fundo Soberano de Cingapura) ¹⁶²	5,13%
Administradores	0,15%
Outros acionistas	74,47%

*100% das quotas do L2 Participações Fundo de Investimento em Participações são detidas pelo Citi 831 Fundo de Investimento Multimercado, sendo que 100% das quotas desse fundo são detidas pelo Presidente do Conselho de Administração e Diretor de Assuntos Estratégicos José Seripieri Filho. Fonte (QUALICORP, 2017).

A QUALICORP é uma empresa que tem um número reduzido de trabalhadores contratados, face ao montante do seu faturamento em 2015. São 2.831 no total, dos quais a grande maioria (2.325 trabalhadores) está lotada em São Paulo, estado sede da empresa e em Brasília (229 trabalhadores). A política de remuneração da empresa envolve o pagamento de um salário base, comissões sobre desempenho comercial (quando aplicável) e possibilidade de participação nos resultados (PPR) segundo critérios de desempenho¹⁶³. Prevê ainda a possibilidade de um plano de remuneração por meio de um mecanismo tipicamente mercantil e financeiro, baseado em ações da companhia (*stock options*)¹⁶⁴.

3.2.2 BRADESCO SAÚDE

O advento da legislação sobre o comércio de planos e seguros de saúde em 1998 criou um ambiente institucional híbrido onde seguradoras e empresas médicas, originadas a partir de relações estabelecidas com a medicina previdenciária, passaram a compartilhar o mesmo marco legal. No que se refere às seguradoras, um pequeno ajuste de conveniência foi feito com o

¹⁶² O Fundo Soberano de Cingapura também detém participação de 15,3% na rede hospitalar D'or.

¹⁶³ Ver Lei Federal 10.101 de 19 de dezembro de 2000 que dispõe sobre a participação dos trabalhadores nos lucros e resultados das empresas e dá outras providências (BRASIL, 2017). Trata-se de um mecanismo de bonificação não salarial calculado sobre os lucros ou resultados das empresas em um acordo entre representantes dos trabalhadores e patrões. Há uma controvérsia no movimento sindical sobre a possibilidade desse mecanismo levar o funcionário a trabalhar à exaustão e até fomentar possíveis atritos entre os trabalhadores que por ventura não atingirem as metas estipuladas pela empresa.

¹⁶⁴ Trata-se de uma operação de natureza mercantil onde o empregado adquire uma quota societária, que será onerosa (tendo em vista que o trabalhador pagará para adquirir as ações), como também será para obtenção de lucro futuro (uma vez que os lucros ou dividendos apenas podem ser recebidos após o cumprimento de carência) e terá evidentes riscos (haja vista o caráter flutuante dos valores das ações nas bolsas de valores). A vantagem obtida pelo empregado com a revenda das ações é realizada por corretor de valores mobiliários, autorizado a operar no mercado acionário (SPERB & SILVA NETO, 2017).

estabelecimento da exigência de criação de empresas específicas para a venda de seguro-saúde sob a denominação de *seguradoras especializadas em saúde*.

A BRADESCO SAÚDE se antecipa às exigências da norma e se estabelece como empresa especializada desde a década de 1980.

As origens do atual grupo BRADESCO SEGUROS, ao qual está vinculada a BRADESCO SAÚDE, remontam ao ano de 1935 quando foi fundada a *Atlântica Companhia Nacional de Seguros*.

O banco BRADESCO surgiu em 1943 em Marília no interior de São Paulo. Em 1959 já era o maior banco privado da América latina destacando-se por sua política varejista. Apenas em 1983 é que a BRADESCO SEGUROS passou a integrar o grupo econômico Bradesco, com essa denominação, como sucessora da *Atlântica Companhia Nacional de Seguros* e no ano seguinte, 1984, passou a atuar na área de seguro-saúde por meio da BRADESCO SAÚDE, seguradora especializada em saúde¹⁶⁵. Atualmente a BRADESCO SAÚDE é controladora da Mediservice, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento e da ODONTOPREV.

Além da BRADESCO SAÚDE, o grupo BRADESCO SEGUROS é composto ainda das seguintes empresas com atuação especializada: Bradesco Auto/Re Companhia de Seguros especializada na operação de seguros de automóvel e ramos elementares; Bradesco Capitalização; Bradesco Vida e Previdência especializada em previdência complementar e BSP Empreendimentos Imobiliários S.A. especializada em gestão, locação e aquisição de imóveis corporativos (BRADESCO, 2016).

BRADESCO SAÚDE é uma seguradora especializada em saúde que compõe o grupo de empresas denominado BRADESCO SEGUROS. Os documentos compulsados são os Relatórios da Administração contidos nos demonstrativos financeiros do exercício findo em 31 de dezembro de 2015 e incluem BRADESCO SAÚDE (CNPJ 92.693.118/0001-60) e sua controlada MEDSERVICE (CNPJ 57.746.455/0001-78). Os dados da ODONTOPREV, controlada do grupo, serão apresentados em separado.

¹⁶⁵ A BELOISE ATLANTICA COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGUROS trocou a denominação social para BRADESCO ATLANTICA COMPANHIA DE SEGUROS em 23/01/1998 e posteriormente fez alteração do nome empresarial para BRADESCO SAUDE S.A.

3.2.2.1 Apresentação de resultados 2015

Os valores de pagamentos de prêmios de seguros apurados em 2015 pela BRADESCO SAÚDE atingiram um montante de R\$16.749 bilhões (face a R\$13,707 bilhões em 2014), enquanto que a sua controlada MEDSERVICE Operadora de Planos de Saúde S.A. arrecadou R\$1.298 bilhões (face a R\$1.104 bilhões em 2014). Juntas, as duas empresas registraram uma carteira de cerca de 4,4 milhões de clientes composta quase que exclusivamente de seguros coletivos (96,2% do total de contratos).

A BRADESCO SAÚDE aponta como destaque positivo em seu Relatório aos Acionistas o crescimento de 37,09%, face a 2014, nos valores de prêmios acumulados por seguros saúde destinados a pequenas e médias empresas, resultando em um montante de R\$4,7 bilhões.

O resultado apurado em 2015 foi de R\$802.157 milhões (face a R\$778.197 milhões em 2014) para BRADESCO SAÚDE e R\$37.720 milhões (face a R\$40.586 milhões em 2014) para a MEDISERVICE.

O relatório da BRADESCO SAÚDE aponta alguns elementos incidentes sobre a taxa de sinistralidade registrada pela empresa no período quais sejam: a ampliação do rol de procedimentos e eventos da cobertura assistencial, o crescimento dos custos gerais de despesas médicas hospitalares e o aumento no pagamento de despesas de segurados que perderam seus empregos, mas permaneceram com apólices ativas na carteira de seguro-saúde empresarial.

As políticas de distribuição de dividendos são distintas para MEDISERVICE e BRADESCO SAÚDE. Enquanto a primeira estabelece que os seus acionistas, em cada exercício, terão direito a receber, a título de dividendos, o mínimo obrigatório de 1% do lucro líquido, na segunda, os acionistas, em cada exercício, têm direito a receber, a título de dividendos, o mínimo obrigatório de 25% do lucro líquido. No caso da BRADESCO SAÚDE, o lucro líquido, após as deduções legais e distribuições previstas no Estatuto Social, terá a destinação proposta pela Diretoria e deliberada pelos acionistas em Assembleia Geral, podendo ser designado 100% à Reserva de Lucros – Estatutária, visando à manutenção de margem operacional compatível com o desenvolvimento das operações ativas da Sociedade, até atingir o limite de 95% do valor do capital social integralizado.

O principal evento incidente sobre a composição societária da BRADESCO SAÚDE em 2015 foi a aprovações de aumentos de capital no montante de R\$ 774,864 milhões, passando o capital social, de R\$ 2.412,136 milhões, para R\$ 3.187,000 milhões, representado por 16.854.182 ações ordinárias nominativas-escriturais, sem valor nominal.

O relatório aponta algumas ações de estratégia corporativa da BRADESCO SAÚDE e da MEDISERVICE estabelecidas na esfera do ambiente assistencial com a perspectiva de assegurar a ampliação das garantias de pagamento das margens previstas aos acionistas.

Foi criado um programa de marcação de consulta *online* e estímulo à fidelização da relação entre médicos clínicos generalistas e seus pacientes com vistas à redução de custos de internação hospitalar. O relatório não menciona detalhes sobre a avaliação do impacto sanitário e da efetividade dessa iniciativa.

Ainda com vistas à redução das despesas com internação hospitalar foram introduzidos protocolos administrativos mais rígidos para liberação de procedimentos a partir de mecanismos de consulta prévia de segunda opinião médica e acordos com a rede assistencial hospitalar para a negociação prévia de preços de órteses, próteses e materiais especiais de alto custo (OPME).

O preço de venda e os valores dos prêmios dos seguros saúde coletivos foram aumentados em 2015 e a rede credenciada de especialidades médicas foi ampliada em regiões consideradas estratégicas do ponto de vista comercial. A BRADESCO SAÚDE ultrapassou a marca de um milhão de clientes de seguros para grupos (SPG) com 3 a 199 segurados, reafirmando a estratégia delineada de focar nesse tipo de cliente.

O relatório registra a incorporação de plataformas *online* para oferecer, dentre outros serviços, comodidades para que o segurado possa cuidar de sua saúde de forma interativa, com sugestões de refeições saudáveis, contador de calorias, orientações alimentares ou interação com nutricionistas via dispositivos eletrônicos.

Os principais investimentos realizados na esfera administrativa da BRADESCO SAÚDE se relacionam com sistemas eletrônicos informatizados para movimentação de documentos relacionados com as apólices e com o controle de dados cadastrais dos segurados.

Os planos da BRADESCO SAÚDE e suas perspectivas comerciais projetadas para o ano de 2016 incluem o foco na venda de seguros para grupos, para pequenas e médias empresas e o

cancelamento seletivo das apólices de seguro saúde empresarial identificadas como deficitárias. A estratégia de vendas inclui também a expansão da rede referenciada e da base de distribuição de corretores em municípios do interior do Estado de São Paulo e nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No que se refere ao relacionamento com os prestadores credenciados a empresa pretende valorizar a relação com hospitais e serviços de diagnóstico que apresentem melhor relação de custo-efetividade.

3.2.3 ODONTOPREV

A BRADESCO SAÚDE já detinha uma participação importante na ODONTOPREV desde 2009 quando as duas companhias se associaram e a ANS autorizou uma participação de 43,5% daquela seguradora no capital da ODONTOPREV, empresa especializada em planos de saúde exclusivamente odontológicos.

Naquela ocasião a ODONTOPREV incorporou a operação da Bradesco Dental, com isso, a BRADESCO SAÚDE passou a ser o maior acionista da ODONTOPREV, porém não controlador isolado. Houve um acordo entre os acionistas para exercer de forma conjunta o controle compartilhado da empresa por um período não definido de tempo, mantendo suas respectivas estruturas administrativas em sedes separadas¹⁶⁶.

Em 15 de outubro de 2013 a BRADESCO SAÚDE anunciou a compra de mais 6,5% das ações da ODONTOPREV, que pertenciam ao seu fundador Randal Zanetti, assumindo o controle da companhia com 50,01% de participação e deixando o restante da participação acionária dispersa entre diversos compradores no mercado aberto. Randal Zanetti passou então a integrar *o staff* da BRADESCO SEGUROS com funções na área financeira, jurídica, de pessoal e de marketing¹⁶⁷.

¹⁶⁶ BRADESCO SAÚDE com uma equipe de 70 pessoas especializadas em seguro saúde odontológico com sede no Rio de Janeiro e ODONTOPREV como odontologia de grupo sediada em Barueri-SP.

¹⁶⁷ Randal Zanetti foi substituído no cargo de Presidente-executivo da ODONTOPREV por Mauro Figueiredo, ex-Presidente-executivo do Grupo Fleury, especializado em exames complementares de diagnóstico.

3.2.3.1 Apresentação de resultados 2015

A ODONTOPREV foi criada em 1987 tendo por objeto social a atividade de operação de planos privados de assistência odontológica, administração, comercialização ou disponibilização dos referidos planos destinados a pessoas jurídicas e/ou físicas, bem como a participação, como sócia, acionista ou cotista em outras sociedades civis ou comerciais, em empreendimentos comerciais de qualquer natureza, no Brasil e/ou no exterior, e a administração de bens próprios e/ou de terceiros. Na década de 1990 a empresa se destacou na venda de planos de saúde exclusivamente odontológicos, chegando, em 2015, a constituir uma rede de 25 mil cirurgiões-dentistas com abrangência nacional e um total de 6.409.024 clientes, a maioria (78%) vinculados a planos corporativos.

A sua receita líquida cresceu 8,1% no período, passando de R\$1.156 milhões em 2014 para R\$1.250 milhões em 2015, com destaque para os segmentos de pequenas e médias empresas (PME) e de planos individuais, cujas receitas cresceram 16,1% na variação anual, atingindo 26,4% da receita total. Desde 2006, quando a empresa abriu o capital na bolsa, a receita líquida evoluiu de um patamar de R\$182 milhões para os atuais R\$1.250 milhões em apenas nove anos.

A geração de caixa operacional, medida pelo critério LAJIDA/EBITDA¹⁶⁸, líquida das previsões de eventos ocorridos e não avisados do exercício, atingiu R\$327 milhões em 2015, um crescimento de 7,3% em relação a 2014. Em relação a receita, a margem LAJIDA/EBITDA foi de 26,2% em 2015, semelhante aos 26,4% verificados em 2014. O lucro líquido foi de R\$221 milhões, 13,5% acima dos R\$195 milhões registrados em 2014.

Desde 2008 o retorno da ação da Companhia, incluindo dividendos e juros sobre capital próprio, tem superado anualmente o índice geral da Bolsa de Valores de São Paulo – Ibovespa. O exercício fiscal de 2015 efetivamente pagou R\$220,9 milhões de remuneração aos acionistas da empresa.

A empresa tem suas ações listadas no *Novo Mercado-BOVESPA*, espaço de práticas corporativas instruídas pelos princípios da Teoria da Agência e da *Governança Corporativa* com as seguintes características especiais: Presidente do Conselho de Administração distinto do Diretor Presidente,

¹⁶⁸ Ver nota 156 acima.

desde anos 1990; Conselho de Administração sem função executiva e com dos 56% membros independentes; antecedência de 30 dias para convocação de assembleias; prática de distribuição trimestral de dividendos e juros sobre capital próprio; dois CEOs¹⁶⁹ desde a fundação em 1987; um DRI¹⁷⁰ desde o IPO¹⁷¹ em 2006.

A rede de empresas componentes do grupo econômico operacional sobre o qual a ODONTOPREV tem participação direta ou indireta em 2015 aparece relacionada no quadro explicativo abaixo.

Quadro 35 - Rede de empresas componentes do grupo econômico operacional sobre o qual a ODONTOPREV tem participação direta ou indireta em 2015

NOME EMPRESARIAL	TIPO	RELAÇÃO
CLIDEC - Clínica Dentária Especializada Cura Dar's Ltda.	Empresa de prestação de serviços odontológicos constituída em 02 de julho de 1970	Controle direto
ODONTOPREV Serviços Ltda.	Empresa de prestação de serviços de assessoria comercial, Consultoria e gestão de negócios, bem como participação em outras sociedades como sócia ou acionista. Foi constituída em 03 de dezembro de 1999	Controle direto
Easy Software S.A.	Empresa Controlada da ODONTOPREV Serviços, para o desenvolvimento e licenciamento de programas de computador, bem como participação em outras sociedades como sócia ou acionista. Foi constituída em 03 de novembro de 1993	Controle indireto
Dental Partner Comércio de Produtos e Equipamentos Odontológicos Ltda.	Empresa Controlada da CLIDEC, comercializa, no atacado e varejo, produtos e equipamentos odontológicos, saneantes, drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Foi constituída em 14 de novembro de 2008	Controle indireto
G2D Serviços Tecnológicos S.A.	Empresa constituída em 19 de dezembro de 2011, coligada da ODONTOPREV Serviços, detém uma plataforma para o agendamento <i>online</i> de consultas com profissionais da área de saúde	Coligada indireta
CLIDEC Participações S.A.	Empresa constituída em 11 de junho de 2012, controlada indireta da Companhia, tem como acionistas a CLIDEC com 60% e alguns dos vendedores e atuais executivos do Grupo PAPAIZ com 40% de participação. Tem como objetivo a participação em outras sociedades, como acionista ou quotista	Controle indireto
BRASILDENTAL ¹⁷² Operadora de Planos Odontológicos S.A.	Operadora odontológica segmento terciário (RDC 39 ANS ¹⁷³), constituída em 12 de março de 2014, controlada em conjunto com a BB Seguros Participações S.A. ¹⁷⁴ , para operação de planos privados de assistência odontológica na administração, comercialização ou disponibilização dos referidos planos destinados a pessoas jurídicas e/ou físicas	Controle conjunto
Garcia Pedrosa Ltda.	Operadora odontológica segmento terciário (RDC 39 ANS),	Controle direto

¹⁶⁹ *Chief Executive Officer* ou Diretor-executivo, pessoa com maior autoridade na hierarquia operacional da organização

¹⁷⁰ Diretor de Relações com Investidores.

¹⁷¹ *Initial Public Offer* ou oferta pública inicial de ações.

¹⁷² Fruto da parceria entre BB Seguros em e a ODONTOPREV, a BRASILDENTAL foi constituída em 12 de março de 2014 e tem como objeto social a atividade de desenvolvimento e divulgação de planos privados de assistência odontológica, sob a marca BB Dental. A comercialização dos referidos planos é realizada por meio da BB Corretora com exclusividade em todos os canais do Banco do Brasil no território nacional.

¹⁷³ A Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 39 da ANS de 27 de outubro de 2000 dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

¹⁷⁴ BB Seguros e Participações S.A. é uma empresa subsidiária integral da BB Seguridade Participações S.A., a holding BB Seguros, constituída em 2009. Concentra as atividades nos mercados de seguros, previdência complementar aberta, capitalização e assistência à saúde. Atualmente, a BB Seguros participa diretamente nas seguintes sociedades: BB Mapfre SH1 Participações S.A. e Mapfre BB SH2 Participações S.A. - em conjunto denominadas Grupo Segurador Banco do Brasil e Mapfre - Brasilprev Seguros e Previdência S.A., Brasilcap Capitalização S.A, IRB Brasil RE e BRASILDENTAL.

	constituída em 31 de agosto de 1990 para operar planos privados de assistência odontológica e na administração, comercialização ou disponibilização dos planos destinados a pessoas físicas e jurídicas	
ODONTORED CV <i>Sociedad Anônima de Capital Variable</i>	Seguradora constituída em 13 de agosto de 2009, localizada na Cidade do México (México) para o desenvolvimento de planos de assistência odontológica incluindo a operação, administração e comercialização, bem como a prestação de serviços de assistência odontológica direta ou indiretamente através de terceiros. Em 06 de junho de 2013 obteve junto a Secretária de Saúde autorização para operar como seguradora especializada em saúde e em 15 de julho de 2013 a Comissão Nacional de Seguros e Fianças (CNSF) permitiu operacionalizar seguros de acidentes e enfermidades nos ramos de saúde e gastos médicos	Coligada direta
Clínicas Radiológicas PAPAIZ	Participação em rede de clínicas de radiologia odontológica adquirida em 31 de janeiro de 2013, por intermédio da CLIDEC Participações, em parceria com o Grupo Fleury	Controle conjunto (<i>joint venture</i>) ¹⁷⁵

Fonte: Relatório da Administração 2015 ODONTOPREV. Elaboração própria.

No que se refere à sua política de gerenciamento de ativos financeiros, o relatório a investidores declara que

A Companhia e suas Controladas adotam a política de aplicação em títulos de emissão de instituições financeiras (CDBs) e de fundos de curto prazo, obedecendo a critérios de avaliação interna e limites estabelecidos com base em informações qualitativas e quantitativas e incluem a necessidade de alocação de recursos em conformidade com a RN 159/07 e 206/09, da ANS, alteradas pelas RNs 208/09, 290/12 e 322/13 para a garantia das provisões técnicas. A carteira de aplicações financeiras da Companhia e de suas Controladas está, em sua quase totalidade, exposta à flutuação das taxas de juros no mercado doméstico. Em 31 de dezembro de 2015, 93,6% (92,8% em 31 de dezembro de 2014) dos recursos estão aplicados em fundos de investimentos. **Tais fundos, em sua maioria exclusivos, são impactados pelas variações na taxa de remuneração de títulos públicos do tesouro nacional (LFT e NTN-B) [grifo nosso] (ODONTOPREV, 2015).**

Os contratos coletivos, empresariais ou por adesão, possuem prazo médio de 24 a 36 meses de validade e são reajustados anualmente com base na variação do índice de sinistralidade observado e da inflação geral do período. O índice máximo de sinistralidade admitido para garantia do custeio das despesas administrativas é de cerca de 60%, entretanto, para o ano de 2015, o índice de sinistralidade consolidado foi de 46,6% (face a 46,2% em 31 de dezembro de 2014) e a margem de contribuição (resultado bruto deduzido das despesas de comercialização dividido pela receita de vendas) de 43,8%, (face a 44,4% em 31 de dezembro de 2014).

A ODONTOPREV vende planos odontológicos a empresas, associações e indivíduos por meio de sua equipe própria de vendas, de corretores externos comissionados, de parcerias comerciais e

¹⁷⁵ São entidades nas quais há o compartilhamento, contratualmente convencionado, do controle de negócio, que existe somente quando decisões sobre as atividades relevantes exigem o consentimento unânime das partes que compartilham o controle.

novos canais de distribuição além dos canais consolidados nas parcerias com o BRADESCO e com o Banco do Brasil.

As atividades comerciais da companhia e de suas controladas estão organizadas em três segmentos de vendas quais sejam: clientes empresariais com porte acima de 200 usuários, clientes empresariais de pequeno e médio porte com 3 a 199 usuários e clientes individuais pessoas físicas com contratos de planos de saúde mensais ou anuais. Há ainda outros segmentos de vendas com menor representatividade no total das receitas da Companhia como atendimento odontológico em consultórios próprios através da CLIDEC, serviços administrativos e consultivos prestados pela ODONTOPREV Serviços, aquisição e distribuição de materiais odontológicos para a rede credenciada por intermédio da *Dental Partner* e desenvolvimento de programas de computação por meio da *Easy*.

As vendas de planos odontológicos foram impulsionadas no período, segundo o relatório para acionistas de 2015, entre outros fatores, pelo desequilíbrio estrutural entre oferta e demanda de serviços de assistência odontológica, pela falta de alternativa assistencial no sistema público, pela crescente penetração dos planos odontológicos nos pacotes de benefícios das empresas, pelas oportunidades representadas pelo crescente interesse de novos canais de distribuição e pelas normas de regulamentação favoráveis ao modelo de negócios.

A ODONTOPREV e suas controladas têm programas de participação nos resultados para seus trabalhadores e administradores vinculados ao alcance de metas operacionais e objetivos específicos. Em 31 de dezembro de 2015 foi apropriado a título de participação nos resultados o montante consolidado para o grupo de R\$8.766.000,00 (face a R\$10.438.000,00 em 31 de dezembro de 2014).

A prática de remuneração de trabalhadores por meio de opção de compra de ações (*stock options*) foi autuada pelas autoridades fiscais em 31 de agosto de 2015 com base na alegação de que não foram recolhidos pela ODONTOPREV os valores relativos às contribuições previdenciárias devidas relativas aos anos-calendários de 2010, 2011 e 2012, cumuladas com juros de mora e multa de ofício, nos montantes de R\$23.113 (Contribuição da Empresa e GILRAT/SAT) e R\$3.735 (Terceiros). Além disso, os fiscais autuaram uma multa isolada, em razão da suposta falta de retenção do Imposto de Renda na Fonte (IRRF), relativas aos anos calendários de 2010, 2011 e 2012, no valor total de R\$14.425.

A cotação de fechamento das ações da Companhia (ODPV3 - BM&FBOVESPA) em 31 de dezembro de 2015 correspondeu a R\$9,45 (face a R\$9,86 por ação em 31 de dezembro de 2014). O valor patrimonial da ação em 31 de dezembro de 2015 foi de R\$1,23 (face a R\$1,21 por ação em 31 de dezembro de 2014).

A companhia está obrigada a constituir uma reserva legal equivalente a 5% do lucro líquido do exercício até que o valor acumulado atinja 20% do capital social. A política geral da companhia para destinação do lucro e remuneração de dividendos envolve uma sequência de ações descritas no relatório quais sejam: abatimento de prejuízos, se houver; 5% para constituição da reserva legal, até atingir 20% do capital social subscrito; dividendo obrigatório mínimo de 50% sobre o lucro líquido observando os seguintes ajustes: a) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências, b) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas, e, finalmente, constituição de reserva estatutária, referente ao saldo remanescente, podendo ser deliberada a distribuição de juros sobre o capital próprio e dividendos além dos dividendos obrigatórios.

3.2.4 INTERMEDICA

Foi selecionado um conjunto de empresas ligadas ao grupo econômico INTERMEDICA com registro ativo no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda –CNPJ. Cada uma dessas empresas também possui registro na Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP e é identificada por diferentes nomes empresariais na linha do tempo.

3.2.4.1 Datas de registro

O quadro e o diagrama dispostos abaixo apresentam os dados relativos às datas dos registros em contrato social ou na Junta Comercial relacionados com as denominações das respectivas sociedades empresárias do grupo INTERMEDICA na linha do tempo. Assim como no caso do

grupo QUALICORP, o mesmo registro de CNPJ pode aparecer vinculado a nomes empresariais distintos em datas diferentes.

A Ficha de Breve Relato (FBR), com dados consolidados do período anterior a 1992, não está acessível na JUCESP para INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA (NIRE 35203238230) nem para INTERMEDICA SÃO CAMILO LTDA, empresa original criada em 08/03/1968 em associação com a Província Camiliana do Brasil.

Quadro 36 - Alterações registradas no nome das empresas, incorporações, fusões, cisões e extinções na linha do tempo relacionadas com o CNPJ

NOME ORIGINAL DA EMPRESA/CNPJ	INÍCIO	ALTERAÇÕES
INTERMEDICA SÃO CAMILO LTDA/CNPJ 62.003.025/0001-04- contrato social registrado no 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos (SP) sob o nº 887.213 do protocolo A-40, Livro A-17, nº 15.399 em 08/03/1968	08/03/1968	15/08/1985 -data de constituição na JUCESP como INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA/CNPJ 62.003.025/0001-04-NIRE 35203238230 19/03/1992 -consolidação contratual na JUCESP (DOC nº 039.541/92-7) 10/07/1992 -incorporação de PASETTI PARTICIPAÇÕES E COMÉRCIO LTDA/CNPJ não informado-NIRE 35207894590 (DOC nº 105.591/92-0) 24/09/1998 -incorporação de QUARTER ADMINISTRAÇÃO EM SAÚDE (DOC nº 149.568/98-8) 06/12/2000 - cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA LTDA/CNPJ 02.907.478/0001-25 NIRE 35216619067 em favor desta (DOC nº 228.181/00-8) 08/01/2001 - incorporada por INTERMEDICA SAÚDE LTDA/CNPJ 44.649.812/0001-38-NIRE 35215198238 (DOC nº 007.793/01-7)
SAMHO-INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA/CNPJ 45.406.907/0001-93	06/11/1972	01/08/2000 -data de constituição na JUCESP com o NIRE-35216440105 28/08/2003 incorporada por NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38-NIRE 35300194543 (DOC nº 177.676/03-6)
S/A HOSPITAL DE CLÍNICAS DR PAULO SACRAMENTO/CNPJ 44.649.812/0001-38	06/02/1973	10/03/1997 - incorporação da sociedade civil JUNDIAÍ CLÍNICAS S/C LTDA (DOC nº 031.988/97-0) 25/09/1997 - incorporação da sociedade civil INTERLIFE SERVIÇOS MÉDICOS - HOSPITALARES S/C LTDA (DOC nº 149.570/97-1) 22/06/1998 - alteração do nome empresarial para HPS - HOSPITAL PAULO SACRAMENTO LTDA NIRE 35300058445 (DOC nº 104.740/98-0) 10/07/1998 - transformação desta sociedade para CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35215198238 (DOC nº 136.204/98-3) 13/11/2000 - Alteração de nome empresarial para INTERMEDICA SAUDE LTDA/CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35215198238 (DOC nº 210.743/00-1) 08/01/2001 - incorporação de INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA/CNPJ 62.003.025/0001-04-NIRE 35203238230 (DOC nº 007.794/01-0) 25/07/2002 -cisão parcial com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 (DOC nº 154.214/02-4) 03/02/2003 - transformação desta sociedade para NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 28/08/2003 - incorporação de SAMHO-INTERMEDICA SISTEMA DE SAUDE LTDA/CNPJ 45.406.907/0001-93 NIRE 35216440105 (DOC nº 177.675/03-2) 08/04/2004 - incorporação de B.P.S. ASSISTENCIA MÉDICA PRÉ-HOSPITALAR S/C LTDA . (DOC nº 167.815/04-0)

		<p>04/01/2005- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE-35208015531 (DOC nº 006.658/05-2)</p> <p>04/07/2005- incorporação de NORCLINICAS SISTEMA DE SAÚDE LTDA, RIO JORDÃO PARTICIPAÇÕES E ADMINISTRAÇÃO LTDA e PCA PARTICIPAÇÕES E ADMINISTRAÇÃO (DOC nº 196.224/05-6)</p> <p>20/10/2006- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE-35208015531(DOC nº 288.034/06-5)</p> <p>01/02/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE-35208015531 e LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 74.327.545/0001-43 NIRE 35213168854 (DOC nº 042.648/10-5)</p> <p>18/06/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371 (DOC nº 210.424/10-2)</p> <p>02/06/2015- incorporação de NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371 (DOC nº 236.596/15-9)</p> <p>02/06/2016- incorporação de HOSPITAL MONTEMAGNO S/A/CNPJ 07.949.937/0001-57 NIRE 35300330218 (DOC nº 241.190/16-2)</p> <p>13/06/2016- incorporação de SANTAMALIA SAUDE S/A/CNPJ 61.922.845/0001-29 NIRE 35300183312 (DOC nº 258.781/16-6)</p> <p>13/06/2016- incorporação de INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA./CNPJ 71.930.226/0001-30 NIRE 35218658396 (DOC nº 258.785/16-0)</p>
<p>PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00</p>	<p>05/05/1988</p>	<p>24/01/1994- incorporação de INTERMEDICA COMÉRCIO E PARTICIPAÇÃO LTDA NIRE 35209960085 (DOC nº 009.350/94-9)</p> <p>12/11/1997- incorporação de FILUNGO COMÉRCIO DE CALÇADOS E VESTUÁRIO LTDA NIRE 35201535750 (DOC nº 183.579/97-5)</p> <p>26/10/2001- incorporação de INTERDESCONTO S/C LTDA/CNPJ 031.364.24/0001-76, incorporação de NOVOMOCASSIN COMERCIAL LTDA/CNPJ 61.404.612/0001-34 NIRE 35202013692, incorporação de NOTRE DAME - INTERMEDICA LTDA/CNPJ 02.907.478/0001-25 NIRE 35216619067 (DOC nº 219.271/01-0)</p> <p>25/07/2002- cisão parcial de INTERMEDICA SAÚDE LTDA/CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35215198238, em favor desta (DOC nº 154.213/02-0)</p> <p>04/01/2005- cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543, em favor desta (DOC nº 006.657/05-9)</p> <p>20/10/2006- cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543, em favor desta (DOC nº 288.035/06-9)</p> <p>20/10/2006- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para ASSEJ - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 07.917.788/0001-44 NIRE 35220556805 (DOC nº 288.037/06-6)</p> <p>25/06/2009- incorporação de ASSEJ - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 07.917.788/0001-44 NIRE 35220556805 (DOC nº 218.822/09-1)</p> <p>01/02/2010- cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543, em favor desta (DOC nº 042.649/10-9)</p> <p>04/02/2010- cisão parcial de NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371, em favor desta (DOC nº 045.534/10-0)</p> <p>27/04/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844 (DOC nº 141.112/10-4)</p>

		<p>18/06/2010- cisão parcial de PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844, em favor desta (DOC nº 210.432/10-0)</p> <p>21/12/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para EVb - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 13.061.886/0001-25 NIRE 35224981748 (DOC nº 451.155/10-5)</p>
NOTREDAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75	19/02/1990	<p>28/03/1990-data de constituição na JUCESP com o NIRE 35300128371</p> <p>04/02/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 74.327.545/0001-43 NIRE 35213168854 (DOC nº 045.533/10-6)</p> <p>18/06/2010- cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 em favor desta (DOC nº 210.425/10-6)</p> <p>18/06/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 74.327.545/0001-43 NIRE 35213168854 e PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844 (DOC nº 210.428/10-7)</p> <p>02/06/2015- incorporada por NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 (DOC nº 236.597/15-2)</p>
INTERMEDICA COMÉRCIO E PARTICIPAÇÃO LTDA/CNPJ não informado	28/02/1991	<p>28/02/1991- data de constituição na JUCESP com o NIRE- 35209960085</p> <p>24/01/1994- incorporada por PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE- 35208015531 (DOC nº 009.272/94-0)</p>
INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA/CNPJ 71.930.226/0001-30	30/08/1993	<p>14/11/2003- transformada de sociedade civil</p> <p>13/06/2016- incorporada por NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 (DOC nº 258.786/16-4)</p>
LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 74.327.545/0001-43	01/02/1995	<p>04/07/1995-transformada de sociedade civil. Registro da JUCESP NIRE 35213168854</p> <p>01/02/2010-cisão parcial de NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38-NIRE 35300194543, em favor desta (DOC nº 042.650/10-0)</p> <p>04/02/2010- cisão parcial de NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371, em favor desta (DOC nº 045.535/10-3)</p> <p>18/06/2010- cisão parcial de NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371, em favor desta (DOC nº 210.427/10-3)</p> <p>18/06/2010- cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para LOCBEN 2 - LOCACAO DE BENS LTDA/CNPJ 12.158.108/0001-96 NIRE 35224431926</p> <p>18/03/2015- incorporação de ACCESSAUDE - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 07.265.447/0001-31 NIRE 35219662494, ABP2 - ADMINISTRACAO E PARTICIPACOES LTDA/CNPJ 15.210.911/0001-10 NIRE 35226143791, GNDI - ADMINISTRACAO E PARTICIPACOES S.A./CNPJ 97.528.020/0001-71 NIRE 35300435524 (DOC nº 123.112/15-1)</p> <p>12/06/2015- incorporação de INTERMASTER BENEFÍCIOS LTDA/CNPJ 07.924.287/0001-95 NIRE 35220537444 (DOC nº 249.149/15-1)</p>
NOTRE DAME - PARTICIPAÇÕES S/A/CNPJ 02.907.478/0001-25	27/10/1998	<p>29/10/1998-data de constituição na JUCESP como NOTRE DAME - PARTICIPAÇÕES S/A/CNPJ 02.907.478/0001-25 NIRE 35300158504</p> <p>21/06/2000-alteração do nome empresarial para NOTRE DAME - INTERMEDICA S/A (DOC nº 115.549/00-6)</p> <p>10/11/2000- transformação dessa sociedade para NOTRE DAME – INTERMEDICA LTDA/CNPJ 02.907.478/0001-25 NIRE 35216619067 (DOC nº 209.909/00-6)</p> <p>06/12/2000-cisão parcial com transferência de parte do seu patrimônio para INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA/CNPJ 62.003.025/0001-04 NIRE 35203238230 (DOC nº 228.180/00-4)</p> <p>26/10/2001- incorporada por PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE- 35208015531 (DOC nº 219.272/01-3)</p>
ASSEJ - ADMINISTRAÇÃO E	24/02/2006	17/03/2006 - data de constituição na JUCESP

PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 07.917.788/0001-44		20/10/2006 - cisão parcial de PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 em favor desta (DOC nº 288.038/06-0) 25/06/2009 - incorporada por PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 (DOC nº 218.823/09-5)
PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87	31/03/2010	27/04/2010 - data de constituição na JUCESP 27/04/2010 - cisão parcial de PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 em favor desta 18/06/2010 - cisão parcial de NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371 em favor desta (DOC nº 210.426/10-0) 18/06/2010 - cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 (DOC nº 210.431/10-6) 27/06/2011 - incorporação de LOCBEN 2 - LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 12.158.108/0001-96 NIRE 35224431926 (DOC nº 240.569/11-8) 08/03/2012 - cisão parcial desta sociedade com transferência de parte do seu patrimônio para PSBB3 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 97.528.317/0001-37 NIRE 35225571365 (DOC nº 103.532/12-2) 05/11/2014 - incorporada por BAIN CAPITAL BRAZIL PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 14.205.015/0001-09 NIRE 35225794003 (DOC nº 438.129/14-3)
LOCBEN 2 - LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 12.158.108/0001-96	01/06/2010	18/06/2010 - data de constituição na JUCESP 18/06/2010 - cisão parcial de LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA/CNPJ 74.327.545/0001-43 NIRE 35213168854, em favor desta 27/06/2011 - incorporada por PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844 (DOC nº 240.570/11-0)
EVV - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 13.061.886/0001-25	30/11/2010	21/12/2010 - data de constituição na JUCESP por cisão parcial de PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 51.714.913/0001-00 NIRE 35208015531 em favor desta
PSBB3 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 97.528.317/0001-37	03/06/2011	01/07/2011 - data de constituição na JUCESP 08/03/2012 - cindido de PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844 (DOC nº 103.534/12-0) 05/11/2014 - incorporada por BAIN CAPITAL BRAZIL PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 14.205.015/0001-09 NIRE 35225794003 (DOC nº 438.130/14-5)
LAGNIEU PARTICIPAÇÕES LTDA./CNPJ 14.205.015/0001-09	12/07/2011	16/08/2011 - data de constituição na JUCESP 01/02/2013 - alteração do nome empresarial para BAIN CAPITAL BRAZIL PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 14.205.015/0001-09 NIRE 35225794003 (DOC nº 055.746/13-5) 05/11/2014 - incorporação de PSBB 2 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 11.907.877/0001-87 NIRE 35224318844 e PSBB3 - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA/CNPJ 97.528.317/0001-37 NIRE 35225571365 (DOC nº 438.128/14-0) 04/03/2015 - cisão total desta sociedade, que se extingue, cedendo seu patrimônio para INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA/CNPJ 71.930.226/0001-30 NIRE 35218658396 (registro cancelado junto a ANS), NOTRE DAME SEGURADORA S.A./CNPJ 62.498.803/0001-75 NIRE 35300128371 e NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 (DOC nº 104.152/15-1)

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Existe um registro na JUCESP, datado de 01/05/2006, identificado pelo NIRE 35500045070 que se refere a um *instrumento particular de constituição de consórcio* denominado formalmente de

Consórcio Grupo NOTREDAME INTERMEDICA. A Ficha Cadastral Simplificada¹⁷⁶ correspondente indica como objeto social declarado a expressão *corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde* e o corpo do texto do documento toma como objeto a *congregação de esforços das equipes de comercialização de planos de cada uma das consorciadas, a fim de que cada um dos integrantes dessas equipes passe a comercializar todos os planos das Consorciadas, com exclusividade para todo o território nacional.* Na prática, a celebração do consórcio é uma autorização formal para que as equipes de corretores/vendedores de contratos de planos de saúde de cada uma das empresas interessadas possam comercializar os produtos de ambas, constituindo assim uma estrutura em comum. O documento estabelece os termos sob os quais se dará a conciliação dos valores das comissões pecuniárias recebidas por cada equipe de vendas em nome da outra empresa consorciada.

As partes interessadas no consórcio são as empresas identificadas pelos CNPJs 44.649.812/001-38¹⁷⁷ e 71.930.226/000-30¹⁷⁸ representadas, à época, respectivamente pela dupla José Paulo May e Luis Roberto Natel de Almeida e pela dupla José Paulo May e Henrique Zanetti.

3.2.4.2 Valor de abertura e alterações de capital

O elenco de sociedades empresárias identificadas como componentes do grupo econômico INTERMEDICA entre 1968 e 2016 evoluiu, a partir de movimentos complexos de cisões, transformações e incorporações para um conjunto de quatro empresas principais controladoras subsistentes, identificadas pelos CNPJs 44.649.812/0001-38, 51.714.913/0001-00, 74.327.545/0001-43 e 13.061.886/0001-25 conforme detalhado na seção anterior.

Os valores iniciais de capital de cada uma das sociedades empresárias estudadas estão registrados em seus respectivos contratos sociais e suas alterações constam nas fichas cadastrais completas arquivadas na Junta Comercial. Os quadros dispostos abaixo apresentam a evolução desses

¹⁷⁶ Ficha Cadastral Simplificada certificada para JOSE ANTONIO DE FREITAS SESTELO:21742219500 [Autenticidade: 79587585] - Junta Comercial do Estado de São Paulo - www.jucesponline.sp.gov.br

¹⁷⁷ Denominada em 2016, NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543

¹⁷⁸ Denominada em 2016, INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA LTDA/CNPJ 71.930.226/0001-30 NIRE 35218658396 (registro cancelado junto a ANS), incorporada por NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A./CNPJ 44.649.812/0001-38 NIRE 35300194543 em 13/06/2016

valores na linha do tempo segregado para cada um dos CNPJs selecionados. As fontes são os documentos contábeis depositados na JUCESP que permitem identificar o movimento de expansão ou retração do capital em relação a cada período de tempo. Os valores são apresentados sem atualização monetária salvo quando indicado.

Quadro 37 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1973 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38

06/02/1973	19/08/1993	27/06/1994	23/05/1995	13/05/1996
R\$7.458.915.838,30**	R\$2.391.646.814,66**	R\$1.701.634,94***	R\$12.730.000,00	R\$15.580.000,00
10/03/1997	25/09/1997	13/05/1998	01/12/2000	08/01/2001
R\$15.621.113,80	R\$19.064.783,02	R\$19.074.233,25	R\$24.176.400,00	R\$50.414.359,00
24/04/2001	21/02/2002	25/07/2002	04/01/2005	02/02/2006
R\$62.082.422,00	R\$45.229.155,00	R\$4.354.800,00	R\$4.404.800,00	R\$887.452,00
10/02/2006	22/05/2006	18/01/2007	22/08/2007	07/01/2008
R\$100.706,00	R\$4.505.506,00	R\$57.655.506,00	R\$60.049.506,00	R\$106.049.506,00
13/04/2009	01/02/2010	18/06/2010	06/08/2010	14/12/2010
R\$110.740.000,00	R\$86.268.312,00	R\$63.657.368,00	R\$68.657.368,00	R\$83.657.368,00
01/06/2011	17/06/2011	22/12/2011	19/01/2012	02/06/2015
R\$88.357.368,00	R\$99.550.000,00	R\$102.482.500,00	R\$142.482.500,00	R\$621.910.381,99
13/06/2016				
R\$763.354.712,77				

Fonte: JUCESP: *Valor de registro contábil não corrigido. **Valor originalmente expresso em Cruzeiros atualizado para 23/05/1995 pelo INCC-DI FGV. ***Valor originalmente expresso em Cruzeiros Reais atualizado para 23/05/1995 pelo INCC-DI FGV.

Quadro 38 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1988 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00

05/05/1988	13/12/1995	24/02/2000	11/10/2000	01/03/2001
R\$99.275,13**	R\$6.000.000,00	R\$25.753.565,00	R\$49.720.906,00	R\$52.269.300,00
27/04/2001	28/06/2001	09/08/2001	21/11/2003	20/10/2006
R\$117.269.300,00	R\$53.269.300,00	R\$53.124.437,00	R\$53.627.437,00	R\$52.627.437,00
08/06/2009	08/12/2009	27/04/2010	18/06/2010	21/12/2010
R\$73.653.118,00	R\$202.500.000,00	R\$53.800.000,00	R\$76.730.546,00	R\$68.233.514,00
05/03/2013	25/09/2015	24/11/2015		
R\$63.298.192,00	R\$95.907.128,00	R\$98.060.000,00		

Fonte: JUCESP: *Valor de registro contábil não corrigido. **Valor originalmente expresso em Cruzados, atualizado para 13/12/1995 pelo INCC-DI FGV.

Quadro 39 - Alterações de valor declarado* do capital entre 1995 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43

01/02/1995	29/07/1996	07/03/1997	06/08/1999	11/01/2005	12/12/2005
R\$4.000,00	R\$2.653.033,00	R\$2.993.119,00	R\$8.979.357,00	R\$13.499.357,00	R\$15.257.957,00
27/07/2006	05/02/2007	30/12/2009	18/06/2010	18/06/2010	06/01/2012
R\$25.949.957,00	R\$29.361.957,00	R\$62.385.000,00	R\$64.132.972,00	R\$28.302.972,00	R\$19.812.080,40

Fonte: JUCESP: *Valor de registro contábil não corrigido.

Quadro 40 - Alterações de valor declarado* do capital entre 2010 e 2016 da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 13.061.886/0001-25

30/11/2010	15/06/2011	19/08/2011	21/09/2011	15/05/2012
R\$8.497.032,00	R\$8.790.032,00	R\$8.988.032,00	R\$11.011.532,00	R\$8.988.032,00
15/05/2012				
R\$6.938.032,00				

Fonte: JUCESP: *Valor de registro contábil não corrigido.

3.2.4.3 Objeto social declarado/atividade econômica

Abaixo dispomos quadros analíticos com a discriminação do objeto social declarado por cada uma das empresas controladoras subsistentes do grupo INTERMEDICA, identificadas pelos seus respectivos registros no CNPJ, e suas alterações na linha do tempo.

Quadro 41 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Serviços médico-hospitalares (hospitais, sanatórios, casas de repouso, de saúde, clínicas, maternidades, policlínicas, ambulatórios, etc.)
26/04/2000	Serviços médico-hospitalares (hospitais, sanatórios, casas de repouso, de saúde, clínicas, maternidades, policlínicas, ambulatórios, etc.). Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas outras atividades profissionais, científicas e técnicas não especificadas anteriormente
16/09/2005	Planos de saúde

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 42 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Aluguel de imóveis próprios <i>holdings</i> de instituições não-financeiras
18/08/2011	<i>Holdings</i> de instituições não-financeiras, aluguel de imóveis próprios.

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 43 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Importação e exportação de produtos, serviços de intermediação na compra e venda de bens móveis (representação comercial), serviços de administração, locação e arrendamento de outros bens móveis e serviços não especificados ou não classificados, <i>holding</i> - controladoras de participações societárias

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 44 - Alterações no objeto social declarado da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 13.061.886/0001-25

DATA DA ALTERAÇÃO	OBJETO SOCIAL
Registro original	Aluguel de imóveis próprios outras sociedades de participação, exceto holdings
19/08/2011	Holdings de instituições não-financeiras, aluguel de imóveis próprios

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

O objeto social declarado/atividade econômica de outras sociedades empresárias componentes do grupo econômico INTERMEDICA aparecem dispostos no quadro abaixo discriminadas por CNPJ com dados extraídos das suas respectivas fichas cadastrais simplificadas que expressam a composição atual e últimos registros de cada sociedade. A lista inclui as empresas que foram incorporadas no período entre 1968 e 2016.

Quadro 45 - Registros relativos ao objeto social declarado/atividade econômica de empresas selecionadas do grupo econômico INTERMEDICA segregados por CNPJ

CNPJ	OBJETO SOCIAL/ATIVIDADE ECONÔMICA
62.003.025/0001-04	Comércio atacadista de medicamentos e drogas de uso humano Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos Atividade odontológica com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos
02.907.478/0001-25	Holdings de instituições não-financeiras
45.406.907/0001-93	Comércio varejista de produtos alimentícios em geral ou especializado em produtos alimentícios não especificados anteriormente Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas Holdings de instituições não-financeiras Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos
62.498.803/0001-75	Holdings de instituições não-financeiras Seguros-saúde
71.930.226/0001-30	Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente
07.917.788/0001-44	Holdings de instituições não-financeiras
11.907.877/0001-87	Outras sociedades de participação, exceto holdings Aluguel de imóveis próprios
12.158.108/0001-96	Outras sociedades de participação, exceto holdings Aluguel de imóveis próprios Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica Atividades de organizações associativas patronais e empresariais
97.528.317/0001-37	Holdings de instituições não-financeiras
07.949.937/0001-57	Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos Atividades de profissionais da área de saúde não especificadas anteriormente
61.922.845/0001-29	Planos de saúde Corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde Atividades de atendimento em pronto-socorro e unidades hospitalares para atendimento a urgências Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de procedimentos cirúrgicos Atividades de atenção ambulatorial não especificadas anteriormente

61.404.612/0001-34	Comércio varejista de couros, peles e seus artefatos exclusive – calçados
07.265.447/0001-31	Gestão e administração da propriedade imobiliária Outras sociedades de participação, exceto <i>holdings</i> Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica Atividades de intermediação e agenciamento de serviços e negócios em geral, exceto imobiliários Outras atividades de atenção à saúde humana não especificadas anteriormente
15.210.911/0001-10	Aluguel de imóveis próprios Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica Gestão e administração da propriedade imobiliária
97.528.020/0001-71	Aluguel de imóveis próprios Outras sociedades de participação, exceto <i>holdings</i>
07.924.287/0001-95	Outras sociedades de participação, exceto <i>holdings</i> Gestão de ativos intangíveis não-financeiros
14.205.015/0001-09	Atividades de consultoria em gestão empresarial, exceto consultoria técnica específica Outras sociedades de participação, exceto <i>holdings</i>

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

3.2.4.4 Composição societária e administrativa

O detalhamento da composição societária e administrativa das empresas que constituem o núcleo estratégico do grupo INTERMEDICA reconstitui uma trajetória de 48 anos (1968 a 2016) e identifica os seus principais controladores e gestores.

As quatro sociedades empresárias selecionadas na seção anterior como componentes centrais do grupo econômico INTERMEDICA assumiram diferentes denominações ao longo do tempo e mantiveram em sua estrutura uma pequena comunidade de controladores familiares e gestores que podem ser identificados individualmente e dispostos em uma rede de relações recorrentes e características.

Os quadros e diagramas dispostos abaixo apresentam os dados de composição societária e administrativa de cada uma das quatro empresas identificadas. Um primeiro nível de análise apenas relaciona as incidências de nomes encontradas, segregadas para cada um dos CNPJs pesquisados. Em seguida são detalhadas as pessoas físicas ou jurídicas que detêm posição de controle sobre o capital ou sobre a administração das empresas.

Quadro 46 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 44.649.812/0001-38

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
S/A HOSPITAL DE CLÍNICAS DR PAULO SACRAMENTO	Américo Antoninho Barbuio Ângelo Augusto Ferrari Benedito Kneubil Filho Célio Ciari Dugam Ramos de Oliveira Edward Aleixo de Paula Francisco Hernandes Gilberto Luiz Pereira da Silva Mário Takada Natalino Filippini Sílvia Luiz Borges Wilfried Paul Kurt Ruske Antonio Mendes Pereira Sílvia Luiz Chitao Nery José Paulo May	Diretor-presidente Angelo Augusto Ferrari (entre 26/08/1992 e 10/07/1998) Cargo de Diretor Financeiro criado em 23/05/1995
HPS - HOSPITAL PAULO SACRAMENTO LTDA	CEMA - EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÃO LTDA Paulo Sérgio Barros Barbanti PSBB - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA NOTRE DAME PARTICIPAÇÕES S.A. Ângelo Augusto Ferrari Sílvia Luiz Chitao Nery José Paulo May	Controlador (entre 10/07/1998 e 13/11/2000) CEMA - EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÃO LTDA representada por Paulo Sérgio Barros Barbanti
INTERMEDICA SAUDE LTDA	INTERMEDICA SISTEMA DE SAÚDE LTDA CEMA - EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÃO LTDA NOTRE DAME INTERMEDICA LTDA PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA Paulo Sérgio Barros Barbanti Victor Arnaldo Torresan Júnior José Paulo May Sílvia Luiz Chitao Nery Lacir Abrão Júnior LOCBEN LOCACAO DE BENS MÓVEIS LTDA	Controlador (entre 01/12/2000 e 26/11/2001) NOTRE DAME INTERMEDICA LTDA representada por Paulo Sérgio Barros Barbanti Controlador (entre 26/11/2001 e 03/02/2003) PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA representada por Paulo Sérgio Barros Barbanti
NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A.	José Paulo May Latif Abrão Júnior Luis Roberto Natel de Almeida Alberto Cherpar José Antonio Molinari Augusto Gitirana Gomes Ferreira Paulo de Tarso do Nascimento Magalhães Mozart de Oliveira Júnior João Carlos Conti Joel de Sousa Roberto Correia de Gusmão Pedro Luiz Onofrio Ana Teresa do Amaral Meirelles Flávio Augusto Meirelles Fleury da Silveira Eduardo Mendonça Aloisio Wolff Mauro Feldmus Jaroslacvsky Luiz Henrique Machado de Azambuja Ronaldo Alves Portella Luiz Henrique Machado de Azambuja José Roberto Vedovato Albert Carvalho Junqueira	Diretores-presidentes, superintendentes ou executivos a partir de 15/01/2003: Latif Abrão Júnior José Paulo May Aloisio Wolff Philippe Olivier Boutaud Oswaldo Silveira Correa Ana Teresa do Amaral Meirelles Joel de Sousa Meirelles Flávio Augusto Meirelles Fleury da Silveira José Roberto Vedovato Luiz Henrique Machado de Azambuja Ronaldo Alves Portella Albert Carvalho Junqueira Olavo Fortes Campos Rodrigues Júnior Glauco Antonio Abdala Lima André Fernando de Almeida Bruno Gonçalves Dias Carmem Campos Pereira Vitor Manuel Ribeiro da Cruz Moura Anderlei Gerhardt Buzelli Paulo Ricardo Campos Ishibashi Teresa de Lourdes Guedes Frei

	Joel de Sousa Meirelles Philippe Olivier Boutaud Osvaldo Silveira Correa Fábio Pereira Fraga Ubertinele Pereira Fraga André Bérغامo Fernandes Olavo Fortes Campos Rodrigues Júnior Glauco Antonio Abdala Lima André Fernando de Almeida Bruno Gonçalves Dias Ademar Lucas Vitor Manuel Ribeiro da Cruz Moura Carmem Campos Pereira Teresa de Lourdes Guedes Frei Maria de Fátima Borges Luiz Celso Dias Lopes Júlio Cesar de Machado Lobato Luiz Koiti Numakura Anderlei Gerhardt Buzelli Marcos Torres Mendes Paulo Ricardo Campos Ishibashi Diniz Domingues Conde Marino Scuarcialupi Irlau Machado Filho Pedro Guilherme Calandrino Nilo Sérgio Silveira Carvalho Adriana Seixas Braga José Carlos de Paula Wilson de Brito Malheiros Massanori Shibata Júnior Daniel Levy Lino José Rodrigues Alves João Alceu Amoroso Lima Henri Tannus Boteon Marcelo Marques Moreira Filho	Maria de Fátima Borges Luiz Celso Dias Lopes Júlio Cesar de Machado Lobato Marcos Torres Mendes Marino Scuarcialupi Irlau Machado Filho Nilo Sérgio Silveira Carvalho José Carlos de Paula Wilson de Brito Malheiros Adriana Seixas Braga Fábio Pereira Fraga Lino José Rodrigues Alves Daniel Levy João Alceu Amoroso Lima Pedro Guilherme Calandrino André Bérغامo Fernandes Em 04/08/2016 Wilson de Brito Malheiros é eleito Diretor Financeiro
--	---	---

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 47 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 51.714.913/0001-00

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA	C. INTERODONTO - SISTEMA DE SAÚDE ODONTOLÓGICA S/C LTDA Latif Abrão Júnior Paulo Sérgio Barros Barbanti Antonio Aparecido Martins de Barros LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS LTDA Gabriela Veiga Barbanti André Veiga Barbanti Júlia Veiga Barbanti Eva Lázara Veiga Barbanti	Controlador a partir de 05/05/1988 Paulo Sérgio Barros Barbanti

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

Quadro 48 - Composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 74.327.545/0001-43

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS LTDA	André Veiga Barbanti João Carlos Conti Antonio Aparecido Martins de Barros Paulo Sérgio Barros Barbanti Júlia Veiga Barbanti Gabriela Veiga Barbanti Eva Lázara Veiga Barbanti PSBB - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA	Controlador (entre 01/02/1995 e 15/03/1996) André Veiga Barbanti Controlador (entre 15/03/1996 e 29/07/1996) Antonio Aparecido Martins de Barros Controlador (a partir de 29/07/1996) Paulo Sérgio Barros Barbanti

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

QUADRO 57: composição societária e administrativa da empresa do grupo econômico INTERMEDICA registrada no CNPJ sob o número 13.061.886/0001-25

NOME DA EMPRESA	NOMES INCIDENTES NA COMPOSIÇÃO SOCIETÁRIA E GERENCIAL	DETALHAMENTO
EVB - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA	Eva Lázara Veiga Barbanti Paulo Sérgio Barros Barbanti	Controlador a partir de 30/11/2010: Eva Lázara Veiga Barbanti

Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP.

A INTERMEDICA é uma medicina de grupo pioneira na venda de planos de saúde em São Paulo. Cresceu ao longo de cerca de 45 anos como uma empresa controlada por um empresário-médico¹⁷⁹ e, em 21 de março de 2014, foi vendida para o fundo de *private equity* *Bain Capital* por cerca de R\$2 bilhões.

Essas recentes alterações estão expressas nos dados dispostos abaixo, organizados a partir do Relatório da Administração relativo ao exercício findo em 31 de dezembro de 2015 da empresa de participações BCPF Participações S.A. (CNPJ 19.276.528/0001-16), controladora principal do grupo em 31 de dezembro de 2015.

3.2.4.5 Apresentação de resultados 2015

As notas explicativas do relatório divulgado pela controladora do grupo INTERMEDICA descrevem os detalhes da operação de venda da empresa e sua composição societária após a

¹⁷⁹ Paulo Sérgio Barros Barbanti (PSBB).

concretização do negócio. Em 21 de maio de 2014 os antigos controladores das *holdings* PSBB2 Administração e Participações Ltda. e PSBB3 Administração e Participações Ltda., firmaram acordo de venda do controle acionário das *holdings* e das empresas do Grupo Notre Dame Intermédica à *Bain Capital Brazil*. A partir desta data, a *Bain Capital Brazil* adquiriu 100% das quotas das *holdings* (PSBB 2 e PSBB3) e assumiu o controle das empresas do Grupo Notre Dame Intermédica (Intermédica Sistema de Saúde S.A., Interodonto Sistema de Saúde Odontológica Ltda. e Notre Dame Seguradora S.A.).

A *Bain Capital*, entretanto, não foi considerada como entidade adquirente da *holding* e das empresas do grupo, mas sim a BCBH Participações S.A., controladora da BCBF que é descrita nesse relatório. A BCBH foi criada apenas para viabilizar a concretização da operação.

A nova composição societária no momento do fechamento do negócio aparece disposta no quadro abaixo:

Quadro 49 - Composição societária de INTERMEDICA em 21 de maio de 2014

ORGANIZAÇÃO	COMPOSIÇÃO	POSIÇÃO
ALKES II – Fundo de Investimento em Participações (FIP)	Não definida	Controlador de BCBH Participações S.A.
BCBH Participações S.A.	ALKES II-FIP 99,99999999% BCBH II 0,00000001%	Controlador de BCBF Participações S.A.
BCBF Participações S.A.	BCBH 100%	Controlador de Bain Capital Brazil Participações Ltda.
Bain Capital Brazil Participações Ltda.	BCBF 100%	Controlador de PSBB2 Administração e Participações Ltda. e de PSBB3 Administração e Participações Ltda.
PSBB2 Administração e Participações Ltda.	Bain Capital Brazil Participações Ltda. 100%	Controle conjunto de INTERODONTO Sistema de Saúde Odontológica Ltda. (20,01%) INTERMÉDICA Sistema de Saúde S/A (19,25%) NOTRE DAME Seguradora S.A. (20,01%)
PSBB3 Administração e Participações Ltda.	Bain Capital Brazil Participações Ltda. 100%	Controle conjunto de INTERODONTO Sistema de Saúde Odontológica Ltda. (79,99%) INTERMÉDICA Sistema de Saúde S/A (76,98%) NOTRE DAME Seguradora S.A. (79,99%)

Fonte: Relatório da Administração BCPF Participações S.A. 2015. Elaboração própria.

O fundo ALKES II FIP (CNPJ 19.357.519/0001-50), que aparece como primeiro controlador do grupo INTERMEDICA, é um fundo de investimentos em participações administrado pelo

SANTANDER *Securities Services Brazil* DTVM S.A. (CNPJ 62.318.407/0001-19). Este fundo foi constituído em 30/12/2013 e tem como administrador Erik Warner de Carvalho¹⁸⁰.

Em 30 de junho de 2016, a composição da carteira de investimentos desse fundo correspondia a 99,95% do seu patrimônio líquido em participações na BCBH Participações S.A. (BCBH e BCBH II) e apenas 0,06% do patrimônio líquido em quotas do CRV Santander DI TPF Fundo de Investimento. Abaixo transcrevemos o trecho do relatório que se refere ao contexto operacional do fundo.

O Alkes II - Fundo de Investimento em Participações foi constituído em 30 de dezembro de 2013 sob a forma de **condomínio fechado** [grifo nosso] e iniciou suas operações em 20 de maio de 2014. O Fundo possui prazo de duração de 20 anos contados da data de registro, o prazo de duração do fundo poderá ser alterado ou prorrogado, mediante proposta apresentada pelo comitê gestor e de investimento e posterior aprovação pela Assembleia Geral de Cotistas. **O objetivo do Fundo é proporcionar aos seus cotistas rendimentos de longo prazo decorrentes da melhor valorização possível de suas cotas, por meio do investimento e posterior desinvestimento em carteira de valores mobiliários de emissão de companhias investidas,** [grifo nosso] mediante proposta apresentada pelo comitê gestor e de investimento, e posterior aprovação pela Assembleia Geral de Cotistas. O Fundo destina-se a investidores qualificados, assim entendidos as pessoas naturais ou jurídicas, fundos de investimento, brasileiros ou não residentes, que se enquadrem no conceito de investidor qualificado, nos termos do nos termos do artigo 9º-B da Instrução CVM nº 539, conforme alterada. Os investimentos em fundos não são garantidos pela Administradora, pela Gestora ou por qualquer mecanismo de seguro ou, ainda, pelo Fundo Garantidor de Créditos - FGC. Os cotistas estão expostos à possibilidade de serem chamados a aportar recursos nas situações em que o patrimônio líquido se torne negativo (ALKES Notas Explicativas de Demonstrações Financeiras, 30 de junho de 2016).

Os encargos do fundo constituem uma fração desprezível do seu patrimônio líquido sendo, no primeiro semestre de 2016, o maior item discriminado, relativo à remuneração pela sua administração, correspondente a 0,03% ou R\$301 mil.

A tributação desse tipo de fundo obedece a regras específicas com relação a imposto de renda e a imposto sobre operações financeiras (IOF).

De acordo com a Lei Federal nº 11.312/06, os rendimentos auferidos no resgate de cotas dos fundos de investimento em participações, inclusive quando decorrentes da liquidação do Fundo, ficam sujeitos ao imposto de renda na fonte à alíquota de 15% incidente sobre a diferença positiva entre o valor de resgate e o custo de aquisição das cotas. [...] **Os cotistas residentes ou domiciliados no exterior que detenham,**

¹⁸⁰ Informações da Comissão de Valores Mobiliários - CVM, válidas para 2016. Ver: <http://cvmweb.cvm.gov.br/SWB/Sistemas/SCW/CPublica/DemFinancFdoExclvFech/DemFinancFdoExclvFech.aspx?PK_PARTIC=134279&COMPTC=&TpConsulta=23&TpPartic=73>

isoladamente e em conjunto com partes ligadas conforme definido na referida Lei, até 40% das cotas do Fundo, desde que não sediados em países que não tributem a renda ou que a tribute à alíquota máxima inferior a 20%, estão sujeitos à alíquota de 0% na retenção do imposto de renda na fonte [grifo nosso].

[...] O art. 32 do Decreto 6.306/07 determina a incidência do IOF, à alíquota de 1% ao dia sobre o valor do resgate, limitado ao percentual de rendimento da operação, em função do prazo de aplicação. Esse limite percentual decresce à medida que aumenta o número de dias incorridos entre a aplicação e o resgate de cotas, conforme tabela anexa ao decreto 6.306/07. Para os resgates efetuados a partir do trigésimo dia da data de aplicação, não haverá cobrança do IOF (Relatório ALKES II FIP, CVM junho 2016).

Após aprovação da aquisição da INTERMEDICA pela *Bain Capital* no CADE em 25/04/2014 e na Agência Nacional de Saúde Suplementar em 18 de junho de 2014, em 30 de setembro de 2014, houve uma nova reestruturação societária com a incorporação das *holdings* (PSBB2 e PSBB3) pela *Bain Capital Brazil*. Depois disso,

Em 31 de outubro de 2014, a BCBH, através de instrumento de assunção de dívida, assumiu a obrigação da *Bain Capital Brazil* de pagar a parcela diferida do preço de aquisição da totalidade do capital social da PSBB2 e PSBB3 no montante de R\$ 220.207 milhões. Nesta mesma data, através de Reunião do Conselho de Administração da BCBH Participações S.A., a BCBH realizou aumento de capital na *Bain Capital Brazil* através da subscrição e integralização dos créditos detidos contra a *Bain Capital Brazil* em decorrência da assunção de dívida. Em Assembleia Geral Extraordinária realizada em 19 de novembro de 2014, a BCBH deliberou a cessão e a transferência de sua participação societária na *Bain Capital Brazil* para a BCBF. A partir desta data, a BCBF passou a ser, novamente, detentora de 100% do capital social da *Bain Capital Brazil*. Em 30 de novembro de 2014, em continuidade ao plano de expansão e reestruturação do Grupo Notre Dame Intermédica, a empresa BCBF assumiu o controle direto das empresas Intermédica, Interodonto e Notre Dame em virtude da incorporação reversa da *Bain Capital Brazil* pelas empresas controladas Intermédica, Interodonto e Notre Dame.

Desse modo, a estrutura societária da companhia em 31 de dezembro de 2014 passou a ser conforme descrito no quadro abaixo:

Quadro 50 - Estrutura societária da INTERMEDICA em 31 de dezembro de 2014

ORGANIZAÇÃO	COMPOSIÇÃO	POSIÇÃO
ALKES II - FIP	Não definida	Controlador de BCBH Participações S.A.
BCBH Participações S.A.	ALKES II-FIP 99,99999999% BCBH II 0,00000001%	Controlador de BCBF Participações S.A.
BCBF Participações S.A.	BCBH 100%	Controlador de: -INTERODONTO Sistema de Saúde Odontológica Ltda. (100%) -NOTRE DAME Seguradora S.A. (100%) Controle conjunto de: - INTERMÉDICA Sistema de Saúde S/A (98,51232%) + NOTRE DAME SEGURADORA S.A. (1,48768%)

Fonte: Relatório da Administração BCPF Participações S.A. 2015. Elaboração própria.

Em 31 de março de 2015 ocorre nova reestruturação societária no grupo com a incorporação da Notre Dame Seguradora S.A. pela Notre Dame Intermédica Saúde S.A. A ANS aprovou a operação em 30 de abril de 2015¹⁸¹.

Em 22 de julho de 2015, a Notre Dame Intermédica Saúde S.A. celebrou contrato de intenção de compra de 100% da Operadora de plano de saúde Santamália que conta com 258 mil usuários, 17 clínicas, 5 prontos-socorros e 2 hospitais próprios, com sede em São Paulo. Em 14 de outubro de 2015 o negócio foi aprovado pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE¹⁸². Em 9 de novembro de 2015, a ANS autorizou¹⁸³ a assunção do controle societário da empresa de plano de assistência à saúde Santamália Saúde S.A. pela empresa de plano de assistência à Saúde Notre Dame Intermédica Saúde S.A. A empresa assumiu em 16 de novembro de 2015 o controle acionário do Grupo Santamália.

Em 23 de dezembro de 2015, através de instrumento particular de compra e venda, a BCBF assumiu 1% e sua controlada Notre Dame Intermédica Saúde S.A. assumiu 99% das quotas do *Family Hospital S.S. Ltda.*, localizado na cidade de Taboão da Serra - SP. O Family tem por objetivo a exploração das atividades de gestão de serviços inerentes a hospitais e ambulatórios, e assistência médica e hospitalar em geral.

A estrutura societária da Companhia em 31 de dezembro de 2015 passou a ser a seguinte:

Quadro 51 - Estrutura societária da INTERMEDICA em 31 de dezembro de 2015

ORGANIZAÇÃO	COMPOSIÇÃO	POSIÇÃO
ALKES II - FIP	Não definida	Controlador de BCBH Participações S.A.
BCBH Participações S.A.	ALKES II-FIP 99,9999999% BCBH II 0,0000001%	Controlador de BCBF Participações S.A.
BCBF Participações S.A.	BCBH 100%	Controlador de: - Acqua Magma Lavanderia Ltda. BCBF (100%) - Acqua Blue Transporte de Água Ltda. BCBF (100%) - NOTRE DAME INTERMÉDICA Saúde S.A. BCBF (100%) Controle conjunto: - INTERODONTO Sistema de Saúde Odontológica Ltda. BCBF (99,999999%) BCBH II (0,000001%) - Family Hospital S/S Ltda. NOTRE DAME INTERMÉDICA Saúde S.A. (99%) + BCBF 1%
NOTRE DAME INTERMÉDICA Saúde S.A.	BCBF (100%)	Controlador de: - Santamália Saúde S.A. (100%)

¹⁸¹ Conforme ofício nº 128/2015/DIOPE (ASSNT) /ANS.

¹⁸² Conforme Ato de Concentração nº 08700.008189/2015-98.

¹⁸³ Conforme ofício 823/2015/DIOPE (ASSNT) /ANS.

		Controle conjunto de: - Family Hospital S/S Ltda. (99%) + BCBF 1%
Santamália Saúde S.A.	NOTRE DAME INTERMÉDICA Saúde S.A. (100%)	Controlador de: - Hospital Bosque da Saúde S.A. (100%) - Hopsital Montemagno S.A. (100%)

Fonte: Relatório da Administração BCPF Participações S.A. 2015. Elaboração própria.

3.2.4.6 Dados de política corporativa¹⁸⁴

Entre os tributos e encargos sociais a recolher listados no relatório de 2015, o Imposto Sobre Serviços – ISS é a rubrica de maior valor (R\$40.717 milhões). Empresas controladas do grupo questionam judicialmente a incidência do ISS, no município de São Paulo, sobre seu faturamento durante o período de novembro de 2001 a dezembro de 2002. Em decisão de 1ª instância esta ação foi julgada procedente e segue inconclusa. No município de Campinas – SP, empresas controladas pelo grupo questionam judicialmente a tributação do ISS sobre as atividades desenvolvidas nesta municipalidade e a constitucionalidade de um item específico da Lista de Serviços anexa à Lei Complementar nº 116/2003 e da Lei Municipal nº 11.829. Questionam judicialmente uma Execução Fiscal, que consideram indevida, objetivando a cobrança de crédito tributário a título de ISS referente ao exercício de 2005 bem como questionam a negação de Certidão de Regularidade Fiscal que tem impacto sobre o direito de crédito das empresas Impetrantes.

As pendências judiciais se estendem à área previdenciária e trabalhista. As empresas defendem a não incidência das contribuições previdenciárias previstas no inciso III, artigo 22 da Lei n.º 8.212/1991 sobre os valores pagos aos profissionais autônomos da área de saúde, credenciados contribuintes individuais, que prestam serviços aos segurados contratantes. O relatório menciona a existência de auto de infração relativo às diferenças de valores de recolhimentos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS, baseado na premissa de existência de relação de vínculo empregatício com terceiros (pessoas jurídicas).

O relatório de 2015 indica que empresas controladas do grupo INTERMEDICA questionam judicialmente os valores cobrados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS a título de ressarcimento ao SUS, que trata o artigo 32 da Lei nº 9.656/98.

¹⁸⁴ O Relatório da Administração da NotreDame/Intermedica possui um detalhamento maior da informação do que o padrão das outras empresas selecionadas.

O lucro apurado no período participou da composição da reserva legal constituída obrigatoriamente pela empresa de plano de saúde, com a destinação de 5% do lucro líquido do exercício, deduzidos do prejuízo acumulado, até que seu valor atinja 20% do capital social e da reserva estatutária definida pela política do grupo. O Estatuto Social da Companhia prevê a distribuição de um dividendo mínimo anual de 5% sobre o lucro líquido do exercício, observado o disposto no artigo 202 da Lei nº 6.404/76.

A remuneração dos principais administradores das controladas, que compreendem empregados com autoridade e responsabilidade pelo planejamento, direção e controle das atividades, é composta exclusivamente de remuneração e gratificações de curto prazo, cujo montante registrado em 31 de dezembro de 2015 foi de R\$ 13.670.000,00 (face a R\$17.693.000,00 em 2014). As controladas não possuem benefícios de longo prazo, de rescisão de contrato de trabalho ou remuneração baseada em ações do seu capital social.

3.2.5 SULAMERICA

Em razão do rodízio obrigatório estabelecido pela Instrução CVM 308/99, o Conselho de Administração da SULAMERICA, aprovou a contratação da *Deloitte Touche Tohmatsu Auditores Independentes* para a prestação de serviços de auditoria independente da Companhia e de suas controladas diretas e indiretas durante o período de 5 anos, a partir do primeiro trimestre de 2015, em substituição à *KPMG Auditores Independentes*, cujos serviços se encerram com a auditoria das Demonstrações Financeiras Consolidadas da Companhia referentes ao exercício social findo em 31 de dezembro de 2014.

As principais informações financeiras do grupo econômico, consolidadas para o exercício findo em 31 de dezembro de 2015 e os dois períodos anteriores, aparecem dispostas no quadro a seguir:

Quadro 52 - Grupo SULAMERICA: informações financeiras consolidadas 2013-2015

Valores expressos em Reais	Exercício social (31/12/2015)	Exercício social (31/12/2014)	Exercício social (31/12/2013)
Patrimônio Líquido	4.430.871.000,00	3.965.574.000,00	3.574.553.000,00
Ativo Total	20.047.606.000,00	18.510.274.000,00	16.512.992.000,00
Resultado Bruto	1.680.930.000,00	1.444.635.000,00	1.331.126.000,00
Resultado Líquido	737.672.000,00	562.707.000,00	491.435.000,00
Número de Ações, Ex-Tesouraria (Unidades)	1.002.591.219	1.002.462.288	1.003.312.692
Valor Patrimonial da Ação (Reais Unidade)	4,419400	3,955800	3,562800

Fonte: SULAMERICA (relatório aos investidores 2016, disponível em: <<http://ri.sulamerica.com.br/ptb/s-2-ptb.html?idioma=ptb>> Acesso em: 29 de janeiro de 2017)

3.2.5.1 Política de distribuição de lucros e dividendos

A administração da Companhia passou a adotar, a partir de 2016 a distribuição de 25% do lucro líquido anual ajustado, equivalente ao dividendo mínimo obrigatório. Os dividendos são pagos anualmente, podendo o Conselho de Administração deliberar a distribuição de dividendos apurados em balanços levantados em períodos inferiores.

3.2.5.2 Fatores de risco para o negócio

A SULAMERICA considera que a imprevisibilidade dos custos de saúde e as dificuldades em mantê-los sob controle, juntamente com as restrições para reajuste dos prêmios de seguro saúde individual, podem ter um efeito adverso significativo sobre os negócios da companhia. A análise detalhada sobre as características do risco financeiro inerente ao seguro-saúde segundo a visão da SULAMERICA aparece transcrita abaixo.

Os resultados operacionais no segmento de seguro saúde dependem significativamente dos seguintes fatores: (i) estimativas precisas no processo de subscrição das apólices; (ii) controle dos custos dos serviços de assistência à saúde; (iii) reajustes de prêmios autorizados pela ANS¹⁸⁵; e (iv) demais legislações impostas pela ANS que venham de alguma forma a comprometer os negócios da Companhia. Como os custos dos serviços de assistência à saúde são normalmente assumidos pelas seguradoras, **é essencial que tais seguradoras monitorem e controlem constantemente os custos e a frequência com que os procedimentos médicos são utilizados** [grifo nosso]. Fatores como (i) características demográficas (como idade da população), (ii) avanços das tecnologias

¹⁸⁵ Para planos individuais.

médicas (como uma maior variedade de exames laboratoriais para diagnósticos e tecnologia avançada em técnicas cirúrgicas, equipamentos médicos e produtos farmacêuticos), (iii) avanços nas práticas médicas, (iv) aumento das taxas de inflação, e (v) aumento do índice de sinistralidade, podem contribuir para o aumento dos custos de saúde. Adicionalmente, como a companhia oferece seguro saúde por meio de uma rede independente de prestadores de serviços preferenciais ou por meio do reembolso das despesas médicas, alguns dos seus concorrentes que fornecem esses serviços por meio de sua rede própria de prestadores de serviço, podem incorrer em custos operacionais menores em comparação aos da companhia (SULAMERICA, relatório aos investidores 2016).

Uma característica relevante para análise de risco do grupo SULAMERICA é o fato de que os prêmios de seguros nos segmentos de saúde e automóveis, somados, representam (em 2015) aproximadamente 85% do total da receita consolidada da Companhia. Devido a essa concentração, condições de mercado desfavoráveis que venham a afetar os seguros nos segmentos de saúde e de automóveis podem ter um efeito adverso sobre os negócios da companhia de forma distinta de seus concorrentes que tenham carteiras menos concentradas nesses segmentos.

Outro fator relevante que pode ser considerado é a concentração da receita dos prêmios de seguros proveniente dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Caso o grupo não seja capaz de manter sua participação no comércio de seguros nesses estados ou ocorra um desaquecimento da atividade econômica nesta região, seus prêmios de seguros e resultados operacionais podem sofrer um efeito adverso. A SULAMERICA não atua em outros países além do Brasil.

No que se refere ao seguro saúde, a análise de risco da SULAMERICA considera que avanços repentinos na tecnologia associada à medicina e aos produtos farmacêuticos podem também ter um efeito adverso relevante em relação aos resultados apurados com a venda de produtos de previdência complementar, na medida em que podem resultar no pagamento de benefícios aos clientes sobreviventes por períodos mais longos do que originalmente estimado. Adicionalmente, os produtos médicos e farmacêuticos podem aumentar os custos de saúde, caso a tolerância dos pacientes aos sintomas da doença seja prolongada sem que a cura seja definitiva e esta questão não tenha sido prevista na precificação das apólices de seguros.

Há (em 2015), pelo menos um processo judicial da esfera tributária considerado relevante pelo relatório envolvendo a controlada SULAMERICA Seguro Saúde em São Paulo por meio de um Mandado de Segurança Preventivo com pedido de concessão de medida liminar, contra ato

iminente do Delegado da Delegacia Especial de Instituições Financeiras de São Paulo determinando o recolhimento de Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) incidente sobre o faturamento de que trata o artigo 195, inciso I, da Constituição Federal.

O histórico das principais alterações verificadas na composição societária desde 2013 no controle do grupo SULAMERICA estão dispostos no quadro resumo abaixo.

Quadro 53 - Principais alterações verificadas na composição societária desde 2013 no controle do grupo SULAMERICA

ALTERAÇÃO	DETALHAMENTO
Entrada da <i>International Finance Corporation IFC</i>	Em 14.06.2013, foi concluída pela <i>International Finance Corporation IFC</i> , a aquisição de 26.455.026 <i>units</i> de emissão da SULAMERICA, representativas de 26.455.026 ações ordinárias e 52.910.052 ações preferenciais, alienadas pelo acionista <i>ING Insurance International B.V.</i> Com a conclusão dessa operação, a IFC passou a deter 7,9% do capital total da SULAMERICA, enquanto o ING manteve uma participação direta total de 13,6%.
Entrada da <i>Swiss Re Direct Investments Company Ltd.</i>	Em 02.12.2013, foi concluída pela <i>Swiss Re Direct Investments Company Ltd.</i> , a aquisição de 13.106.928 <i>units</i> de emissão da SULAMERICA, representativas de 13.106.928 ações ordinárias e 26.213.856 ações preferenciais, alienadas pelos membros da Família Larragoiti, controladores indiretos da SULAMERICA. Com a conclusão dessa operação, a <i>Swiss Re</i> passou a deter 3,8% do capital total da Companhia, enquanto a Família Larragoiti manteve uma participação direta total de 2,9%.
Aumento de participação da <i>Swiss Re Direct Investments Company Ltd.</i>	Em 07.01.2014, foi concluída pela <i>Swiss Re Direct Investments Company Ltd.</i> , a aquisição de 37.693.075 <i>units</i> , representativas de 37.693.075 ações ordinárias e 75.386.150 ações preferenciais de emissão da SULAMERICA, alienadas pelo ING. Em razão da conclusão da operação e da efetiva transferência das <i>units</i> , a <i>Swiss Re</i> passou a deter uma participação de 14,9% no capital da SULAMERICA (excluindo-se as ações em tesouraria), enquanto o ING permaneceu com uma participação total (direta e via <i>Amsterdã Holdings Ltda.</i>) de 10,0% (excluindo-se as ações em tesouraria).
Associação com a <i>Healthways, Inc</i>	Em 11.03.2015, a controlada indireta da holding, Sul América Serviços de Saúde S.A. se associou à <i>Healthways, Inc.</i> , com o objetivo de aumentar as vendas de serviços de gestão de saúde e bem-estar, atividades que as sociedades passaram a explorar em conjunto através da <i>Healthways Brasil Serviços de Consultoria Ltda.</i> com sede na cidade de São Paulo, cujo capital será detido na proporção de 49% pela <i>Sulamed</i> e 51% pela <i>Healthways International, S.A.R.L.</i> , controlada da <i>Healthways</i> .
Venda da Sul América Companhia de Seguros Gerais	Em 28.12.2015 foi efetivada e consumada a venda de 100% das ações representativas do capital social da Sul América Companhia de Seguros Gerais, sociedade seguradora que operava exclusivamente no ramo de seguro DPVAT. O valor global acordado para a operação foi de R\$135 milhões.

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Embora a SULAMERICA S.A. seja uma companhia de capital aberto, sua controladora é a empresa de participações, sociedade anônima de capital fechado, Sulasapar Participações S.A. que detém 50,90% das ações ordinárias e 0,01% das ações preferenciais, representando, em conjunto, 25,69% do capital total da SULAMERICA, excluídas as ações mantidas em tesouraria.

Abaixo dispomos um quadro resumo com a descrição das empresas controladas integrantes do grupo econômico SULAMERICA.

Quadro 54 - Descrição das empresas controladas integrantes do grupo econômico SULAMERICA

EMPRESA	DESCRIÇÃO
Sul América Companhia de Seguro Saúde	Controlada pela Sul América Companhia Nacional de Seguros (100,0%), atua no segmento de seguro saúde e odontológico individual e grupal, tem como objeto social operar, exclusivamente, no ramo de seguro saúde, podendo participar de outras sociedades. A Sul América Companhia de Seguro Saúde é supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Sul América Saúde Companhia de Seguros	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), atua no segmento de seguro saúde e odontológico grupal para clientes oriundos do Banco do Brasil [grifo nosso], tem como objeto social atuar exclusivamente no ramo de seguro saúde, podendo participar de outras sociedades. A Sul América Saúde Companhia de Seguros é supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Sul América Companhia Nacional de Seguros	Controlada pela Saepar Serviços e Participações S.A. (100,0%), atua no segmento de seguros de automóveis e demais ramos elementares, tem como objeto social a exploração das operações de seguros de pessoas e danos, em qualquer de suas modalidades ou formas, podendo participar de outras sociedades, em todo território nacional. A Sul América Companhia Nacional de Seguros é supervisionada pela Superintendência de Seguros Privados.
Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A.	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), atua no segmento de seguros de pessoas e previdência complementar, tem como objeto social a exploração das operações de seguros de pessoas e de planos de previdência privada aberta, em qualquer de suas modalidades ou formas, podendo participar de outras sociedades, em todo território nacional. A Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A. é supervisionada pela Superintendência de Seguros Privados.
Sul América Investimentos Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S.A.	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), atua no segmento de distribuidoras de títulos e valores mobiliários, sujeitando-se, assim à legislação aplicável às instituições financeiras e à fiscalização e regulamentação do Banco Central do Brasil e da CVM, apresentando como objeto social: (a) subscrever isoladamente ou em consórcio com outras sociedades autorizadas, emissões de títulos e valores mobiliários para revenda; (b) intermediar a colocação de emissões de títulos e valores mobiliários no mercado; (c) comprar e vender títulos e valores mobiliários, por conta própria ou de terceiros; (d) encarregar-se da administração de carteiras e da custódia de títulos e valores mobiliários; (e) incumbir-se da subscrição, da transferência e da autenticação de endossos, de desdobramento de cautelas, do recebimento e pagamento de resgates, juros e outros proventos de títulos e valores mobiliários; (f) exercer as funções de agente fiduciário; (g) operar em contas correntes com seus clientes, não movimentáveis por cheques; (h) instituir, organizar e administrar os fundos mútuos e clubes de investimentos; (i) constituir sociedades de investimentos – capital estrangeiro e administrar a respectiva de carteira de títulos e valores mobiliários; (j) prestar serviços de intermediação e de assessoria ou assistência técnica, administrativa e comercial em operações e atividades nos mercados financeiro e de capitais, atuar como interveniente sacadora de letras de câmbio em operações das sociedades de crédito, financiamento e investimento, bem como, agir como correspondente de outras instituições autorizadas a funcionar pelo Banco Central do Brasil; (l) conceder aos seus clientes financiamento para compra de valores mobiliários, bem como emprestar valores mobiliários para venda (conta margem), observada a regulamentação a ser baixada pela CVM, ouvido previamente o Banco Central do Brasil; (m) realizar operações compromissadas; (n) praticar operações de compra e venda, no mercado físico de metais preciosos, por conta própria ou de terceiros; (o) operar em bolsas de futuro, por conta própria ou de terceiros; (p) intermediar oferta pública de valores mobiliários; (q) exercer outras atividades autorizadas pelo Banco Central do Brasil ou pela CVM, em todo território nacional. A Sul América Investimentos Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S.A. é supervisionada pelo Banco Central do Brasil.
Sul América Odontológico S.A.	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), atua no segmento de assistência à saúde, com planos administrados de pré-pagamento, tem como objeto social a operação de planos privados de assistência à saúde Odontológico, em rede

	Odontológica própria ou de terceiros, podendo participar de outras sociedades, em todo território nacional. A Sul América Odontológico S.A. É supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Sul América Serviços de Saúde S.A.	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), atua no segmento de assistência à saúde, com planos administrados de pós-pagamento, tem como objeto social a operação de planos privados de assistência à saúde na segmentação médico-hospitalar e/ou Odontológico e a administração de serviços médicos, planejamento, assessoria e coordenação de planos de saúde e de outros benefícios, assessoria e regulação na liquidação de sinistros no ramo de planos de assistência médica e/ou hospitalar, podendo participar de outras sociedades, em todo território nacional. A Sul América Serviços de Saúde S.A. é supervisionada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
Saepar Serviços e Participações S.A.	Controlada pela Sul América S.A. (100,0%), atua no segmento de Operações de assistência 24 horas, tem como objeto social a administração de bens próprios e de terceiros e a participação em outras sociedades, civis ou mercantis, notadamente na área de seguros, bem como a realização de empreendimentos e a prestação de serviços em geral, especialmente no ramo de seguros, em todo território nacional. A Saepar Serviços e Participações S.A. não é supervisionada por qualquer autarquia e/ou agência.
Sul América Santa Cruz Participações S.A.	Controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde [grifo nosso] (100,0%), tem como objeto social a participação exclusiva em sociedades autorizadas a funcionar pela Superintendência de Seguros Privados, em todo território nacional. A Sul América Santa Cruz Participações S.A. não é supervisionada por qualquer autarquia e/ou agência.
Sul América Capitalização S.A. – SULACAP	Controlada pela Sul América Santa Cruz Participações S.A. (94,39%), atua no segmento de capitais garantidos, tem como objeto social a constituição de capitais garantidos, mediante sistema de capitalização, podendo participar de outras sociedades, em todo território nacional. A Sul América Capitalização S.A. – SULACAP é supervisionada pela Superintendência de Seguros Privados.
<i>Cival Reinsurance Company Ltd.</i>	Controlada pela Saepar Serviços e Participações S.A. (100%), tem como objeto social a atividade de resseguradora e é uma sociedade inativa [grifo nosso]. A <i>Cival Reinsurance Company</i> não é supervisionada por qualquer autarquia e/ou agência.
Sul América Investimentos Gestora de Recursos S.A.	Controlada pela Sul América Investimentos Distribuidora de Títulos e Valores Mobiliários S.A. (90%), tem como objeto social a administração e gestão de recursos de terceiros, através de fundos de investimento e carteiras administradas de títulos e valores mobiliários, na forma da legislação aplicável, podendo participar de outras sociedades. A Sul América Investimentos Gestora de Recursos S.A. não é supervisionada por qualquer autarquia e/ou agência.

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

A SULAMERICA SAÚDE ocupa a 2ª posição no ranking de seguradoras especializadas em seguro saúde¹⁸⁶ em termos de prêmios de seguros em setembro de 2015, com uma participação de vendas de 34,2% e um total de 2,8 milhões de clientes nos segmentos de saúde, planos odontológicos e planos de saúde administrados. A SULAMÉRICA não possui uma carteira ativa de apólices de seguro saúde individual desde 2004, quando decidiu suspender a venda de novas apólices desses seguros, tendo sua carteira decrescido desde então em função de cancelamentos de apólices.

¹⁸⁶ Em setembro de 2015 BRADESCO SAÚDE detinha 50,4% dos prêmios e SULAMERICA SAÚDE 34%.

No exercício findo em 31 de dezembro de 2015, 93,2% das receitas da SULAMÉRICA foram provenientes de prêmios de seguros dos segmentos de saúde (69,2%) e danos (automóveis e outros ramos elementares com 24%). O segmento de pessoas representou 5,8% do total, enquanto os demais segmentos (capitalização, gestão e administração e ativos e outros) representaram 0,8% do total.

No que se refere ao lucro líquido consolidado por segmento para o ano de 2015, o seguro saúde representou 71,9% (R\$530,7 milhões), face a 69,1% em 2014, o de danos 14,3% (R\$105,8 milhões), face a 20,7% em 2014. Os seguros de pessoas apresentaram um resultado negativo de R\$17,1 milhões.

O relatório de 2015 destaca o crescimento de 14,1% na receita operacional do segmento seguro saúde da SULAMERICA em razão do ciclo de reajuste de preços dos prêmios e de novas vendas. O resultado financeiro geral registrado pela SULAMÉRICA, apresentou crescimento de 22,9% no exercício findo em 31 de dezembro de 2015, em razão da maior taxa básica de juros (SELIC) e da performance dos ativos indexados à inflação.

A SULAMÉRICA encerrou o ano de 2015 registrando lucro líquido após participação de acionistas não controladores de R\$734,3 milhões, 32,2% superior em relação ao ano anterior. O retorno do patrimônio líquido médio declarado pelo relatório de 2015 foi de 17,5%, 2,8 pontos percentuais acima do registrado no ano anterior.

No lado das despesas com planos de saúde administrados, o relatório de 2015 informa que não houve variação relevante, passando de R\$6,4 milhões no exercício findo em 31 de dezembro de 2014 para R\$7,6 milhões no exercício findo em 31 de dezembro de 2015.

O principal item de investimento do grupo SULAMERICA em 2015 está relacionado com tecnologia da informação equivalente a uma parcela de R\$57,3 milhões face a um montante de R\$81,0 milhões. A maior parte dessa parcela, R\$49,5 milhões, se refere a atualização de software e compra de sistemas para aprimorar processos em todas as unidades de negócios. Dentre os principais projetos relacionados à tecnologia da informação no segmento seguro saúde destacamos desenvolvimento de solução para gestão dos programas de saúde e o desenvolvimento para expansão dos programas de compra direta de materiais e medicamentos.

A estrutura administrativa do grupo SULAMERICA é composta pelo Conselho de Administração, seus comitês de assessoramento, pela Diretoria, além de Conselho Fiscal não permanente. A Diretoria da companhia é composta por, no mínimo, três e, no máximo, seis membros, incluindo o Diretor Presidente. Todos os diretores devem ser pessoas naturais, podendo ser acionistas ou não, residentes no país, e são eleitos e destituíveis a qualquer tempo pelo Conselho de Administração para um mandato de 1 (um) ano, sendo admitida a reeleição. O Conselho de Administração poderá atribuir a um ou mais membros da Diretoria a função de vice-presidente dentre as áreas financeira, de controladoria e corporativa. A diretoria é atualmente formada por um presidente, um vice-presidente e dois diretores. O vice-presidente é designado Vice-presidente de Controle e Relações com Investidores¹⁸⁷. Ao Diretor de Relações com Investidores, designado pelo Conselho de Administração, cabe divulgar os atos ou fatos relevantes ocorridos nos negócios da companhia, bem como incumbir-se do relacionamento com todos os participantes do mercado mobiliário e com as entidades reguladoras e fiscalizadoras.

O quadro sinóptico abaixo dispõe a relação nominal dos membros da administração e do conselho fiscal em 2015.

Quadro 55 - Relação nominal dos membros da administração e do conselho fiscal do grupo SULAMERICA

NOME	CARGO	DATA DE POSSE
Arthur Farne d'Amoed Neto	Diretor de Relações com Investidores	30/03/2016
Gabriel Portella Fagundes Filho ¹⁸⁸	Diretor Presidente / Superintendente	30/03/2016
Fabiane Reschke	Diretor sem designação especial	22/06/2016
Laenio Pereira dos Santos	Diretor sem designação especial	30/03/2016
Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas	Presidente do Conselho de Administração	30/03/2016
Guilherme Affonso Ferreira	Conselho de Adm. Independente	30/03/2016
Isabelle Rose Marie de Ségur Lamoignon	Conselho de Administração (Efetivo)	30/03/2016
Pierre Claude Perrenoud	Conselho de Adm. Independente (Efetivo)	30/03/2016
Roberto Teixeira da Costa	Conselho de Adm. Independente (Efetivo)	30/03/2016
Jorge Hilário Gouvêa Vieira	Conselho de Administração (Efetivo)	30/03/2016
Carlos Infante Santos de Castro	Conselho de Administração (Efetivo)	30/03/2016
Renato Russo	Conselho de Adm. Independente (Efetivo)	30/03/2016
Christopher John Minter	Conselho de Adm. Independente (Efetivo)	30/03/2016
David Lorne Levy ¹⁸⁹	Conselho de Adm. Independente (Efetivo)	30/03/2016

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

¹⁸⁷ A existência do cargo de Diretor de Relação com Investidores é um dos requisitos das regras de *governança corporativa*.

¹⁸⁸ Esteve à frente das áreas comercial e de negócios de saúde, vida e previdência, além de ter atuado como vice-presidente executivo da *joint-venture* da SULAMÉRICA com a seguradora estadunidense AETNA.

¹⁸⁹ Atua como CEO da *AposTherapy*. Foi CEO da *PwC Global Health Industries*, a maior empresa de serviços profissionais do mundo, responsável por todos os setores de assistência à saúde e mais de US\$ 2 bilhões em receitas. Antes de juntar-se à PwC, foi CEO da *Franklin Health Inc.*, empresa que fundou e agora faz parte da *Alere*, empresa que atua no tratamento de pacientes complexos nos Estados Unidos. Atua, desde 1983, no desenvolvimento de empreendimentos na área médica e de assistência à saúde. É médico formado pela *McGill University*, com mestrado em epidemiologia pela mesma instituição. É membro do *American College of Preventative Medicine*, atuou professor em diversas instituições na área médica nos Estados Unidos e é Conselheiro de Administração do *United Hospital Fund of New York City* e do *The Atlantic Council*.

A política de remuneração dos administradores do grupo envolve um valor fixo, estabelecido com base nas responsabilidades e atribuições do cargo, e uma remuneração variável paga na forma de bônus anuais. Além disso, outros benefícios como planos de aposentadoria suplementar, benefícios de renda vitalícia ou seguro de pessoas são disponíveis. Existe a possibilidade de opção de compra de ações (*stock options*).

Os trabalhadores do grupo em geral percebem a parcela variável da remuneração, ou Programa de Participação nos Resultados (PPR), com base no lucro líquido recorrente operacional após o Imposto de Renda e a Contribuição Social, apurado no balanço anual consolidado da Companhia em cada exercício. Por meio dessa política, anualmente, todos os empregados percebem percentual da participação nos lucros e resultados de acordo com o atendimento das metas das áreas e de seu desempenho individual nas avaliações das competências essenciais.

A *Holding* controladora do grupo não possui empregados registrados em seus quadros. O quantitativo de trabalhadores registrados em empresas controladas do grupo em 31 de dezembro de 2015 era de 5.607, sendo 4.310 lotados em funções técnicas operacionais, 1.121 em funções gerenciais, além de 141 estagiários e 35 executivos. A grande maioria sediados em unidades localizadas nos estados do Rio de Janeiro (2.612 trabalhadores) e São Paulo (2.311 trabalhadores).

A discriminação e participação dos principais acionistas nas *holdings* controladoras do grupo SULAMERICA em 30 de março de 2016 aparecem dispostas nos quadros resumo abaixo.

Quadro 56 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULASA Participações S.A. (CNPJ 73.828.899/0001-09) em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
Chantal de Larragoiti Lucas	Sim	16,666700%
Christiane Claude de Larragoiti Lucas	Sim	16,666600%
Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas	Sim	16,666700%
SULEMISA PARTICIPAÇÕES LTDA	Sim	25,000000%
SULTASO PARTICIPAÇÕES LTDA	Sim	25,000000%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Quadro 57 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULEMISA Participações Ltda (CNPJ 19.305.877/0001-19) em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
Ema Mercedes Anita Sanchez de Larragoiti	Sim	5,605606%
Isabelle Rose Marie de Ségur Lamoignon	Sim	94,394394%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Quadro 58 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULTASO Participações Ltda (CNPJ 19.313.266/0001-12) em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
Ema Mercedes Anita Sanchez de Larragoiti	Sim	5,682414%
Sophie Marie Antoinette de Ségur	Sim	94,317586%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Quadro 59 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULASAPAR Participações S.A. (CNPJ 03.759.567/0001-34) em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
Ações em Tesouraria	Sim	24,084228%
SULASA PARTICIPAÇÕES S.A.	Sim	75,915772%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Quadro 60 - Discriminação e participação dos principais acionistas na NOVA AÇÃO Participações S.A em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
SULASAPAR	Sim	100%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Quadro 61 - Discriminação e participação dos principais acionistas na SULAMERICA Participações S.A. – SASA (CNPJ 29.978.814/0001-87) em 30 de março de 2016

NOME	ACIONISTA CONTROLADOR	TOTAL DE AÇÕES
Patrick Antonio Claude de Larragoiti Lucas	Sim	0,566449%
Chantal de Larragoiti Lucas	Sim	0,511950%
SULASAPAR PARTICIPAÇÕES S.A.	Sim	25,191176%
SWISS RE DIRECT INVESTMENTS COMPANY LTD	Não	14,908941%
Christiane Claude de Larragoiti Lucas	Sim	0,512614%
Sophie Marie Antoinette de Ségur	Sim	0,302351%
Isabelle Rose Marie de Ségur Lamoignon	Sim	0,258369%
INTERNATIONAL FINANCE CORPORATION - IFC	Não	7,764102%
OPPENHEIMER DEVELOPING MARKETS FUND	Não	8,049458%
Outros (<i>free float</i>)	-	40,015771%
Ações em tesouraria	-	1,918819%

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Mais duas empresas de investimentos e participações compõem a estrutura do grupo SULAMERICA e detém o controle direto do braço operacional de seguradoras. A SAEPAR Serviços e Participações S.A., controlada (100%) pela SULAMERICA Participações S.A. – SASA, e a CIVAL *Reinsurance Company Limited*, controlada (100%) pela SAEPAR.

O braço operacional de seguradoras é composto pela SULAMERICA Companhia Nacional de Seguros – SALIC, controlada pela SAEPAR (75,28%) e pela SASA (24,72%). Abaixo dessa grande estrutura operacional está a SULAMERICA Companhia de Seguro de Saúde – CIA SAÚDE, que é controlada pela SALIC (65,27%) com participação da SASA (29,53%) e da SAEPAR (5,2%).

A SULAMERICA Companhia de Seguros de Saúde – CIA SAÚDE tem o controle total de um grupo de empresas que aparece discriminado no quadro abaixo.

Quadro 62 - Empresas controladas pela SULAMERICA Companhia de Seguros de Saúde – CIA SAÚDE

SULAMERICA Seguros e pessoas e Previdência S.A. – SULASEG
SULAMERICA Investimentos DTVM S.A. – SAMI
SULAMERICA Santa Cruz Participações S.A. – SANTA CRUZ
SULAMERICA Serviços de Saúde S.A. – SULAMED
SULAMERICA odontológico S.A. – ODONTO
SULAMERICA Saúde Companhia de Seguros – SULASAÚDE

Fonte: Relatório 2015 SULAMERICA. Elaboração própria.

Desse grupo ainda se originam mais duas controladas. SULAMERICA Investimentos Gestora de recursos S.A. - SAGA, controlada pela SAMI (90%) e pela CIA SAUDE (10%), e a SULAMERICA Capitalização S.A. – SULACAP, controlada pela SANTA CRUZ (94,38%) e por outros acionistas não identificados (5,62%).

A criação da SULAMERICA Investimentos Gestora de recursos S.A. – SAGA, segundo o relatório de 2015, é uma estratégia de potencialização do desempenho financeiro do grupo e se dá de forma sinérgica entre a empresa cujo objeto social precípua é a atividade de investimento (SULAMERICA Investimentos DTVM S.A. – SAMI) e a SULAMERICA Companhia de Seguros de Saúde – CIA SAÚDE.

Em 11 de março de 2015, a controlada indireta do grupo SULAMERICA Serviços de Saúde S.A. – SULAMED, se associou à *Heathways, Inc.*, através da aquisição de 49% da *Healthways Brasil*

Serviços de Consultoria Ltda. Simultaneamente, a SULAMED firmou Acordo de Quotistas com a *Healthways International* regulando os direitos e obrigações dos sócios na gestão da *Healthways Brasil* para atuar no país com gestão de serviços de saúde.

Em 28.10.2015, em uma ação de reestruturação interna do grupo, foi celebrado contrato de cessão e transferência total da carteira de planos de saúde de assistência médico hospitalar e odontológico da SULAMÉRICA Saúde Companhia de Seguros - SULASAÚDE para a SULAMÉRICA Companhia de Seguro Saúde - CIA SAÚDE após aprovação da ANS.

Outros eventos registrados em 2015 envolveram empresas do setor de seguros gerais como o Contrato de Compra e Venda de Ações com a *AXA Corporate Solutions Brasil e América Latina Resseguros S.A.*, tendo por objeto a compra pela AXA de 100% das ações representativas do capital social da SULAMÉRICA Companhia de Seguros Gerais e a celebração do contrato entre a SULAMÉRICA Companhia Nacional de Seguros - SALIC e a Pan Seguros S.A. visando a cessão e transferência de parte da sua carteira de Seguro Habitacional em Apólices de Mercado (SH/AM) constituída pela apólice coletiva de SH/AM contratada pela Caixa Econômica Federal, na qualidade de estipulante.

Em 27.11.2015 foi dada a aprovação prévia pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP para a cisão parcial da SULAMÉRICA Companhia Nacional de Seguros- SALIC com incorporação da parcela cindida pela SULAMÉRICA Companhia de Seguros Gerais.

3.2.6 AMIL

O Relatório da Administração aos acionistas da AMIL Assistência Médica Internacional S.A. (CNPJ 29.309.127/0001-79) relativo ao exercício findo em 31 de dezembro de 2015 (AMIL, 2017) faz referência ao desempenho econômico/financeiro da empresa, à sua política de destinação dos resultados do exercício, aos investimentos, à reorganização societária do grupo no período apurado, à política de recursos humanos e às perspectivas futuras da empresa. Esta empresa controladora do grupo AMIL tem como finalidade social declarada a cobertura de custos de assistência médica, hospitalar e odontológica e ainda a participação em outras sociedades.

Apesar do ambiente geral de redução da atividade econômica no país em 2015, a empresa anuncia que apresentou um forte crescimento de suas operações, com aumento de receitas e redução de custos e despesas administrativas. As receitas de contraprestações efetivas atingiram R\$ 14,4 bilhões, um crescimento de 17,7% em relação ao ano anterior e o percentual da receita destinado ao pagamento de custos médicos e outras despesas diretamente relacionadas à assistência à saúde, também chamado de índice de sinistralidade, caiu de 84,7% em 2014 para 81,5% em 2015. O resultado patrimonial, entretanto, que representa principalmente o resultado das empresas controladas relacionado às atividades de serviços assistenciais como hospitais e centros médicos, entre outros, apresentou uma variação negativa de R\$ 157,5 milhões, fazendo com que o resultado líquido do período fechasse em prejuízo de R\$ 107,5 milhões, uma melhora de R\$ 181,4 milhões em relação ao ano anterior.

Um dos motivos para esse resultado está nas recentes aquisições de unidades assistenciais realizadas no período e na abertura do *Americas Medical City*¹⁹⁰ no Rio de Janeiro na região da Barra da Tijuca, ainda em fase de otimização de suas operações. Em 2015, os investimentos de capital da AMIL foram concentrados na aquisição direta de ativos ou indiretamente pelo aumento de capital em empresas investidas, totalizando no ano R\$ 884,5 milhões. Para suportar estes investimentos, a empresa contou com aporte de capital de R\$550,0 milhões, empréstimo da controladora, financiamentos de terceiros e recursos oriundos de sua geração própria de caixa.

Em 2015 foram realizadas algumas operações de transferência de controle entre diversas sociedades controladas direta ou indiretamente pela AMIL. Estas operações envolveram as sociedades controladas PROMARKET Propaganda e Marketing Ltda, o Hospital e Maternidade Saint-Vivant Ltda., o Hospital Geral e Maternidade Madre Maria Theodora Ltda., a AMIL LIFESCIENCES Participações Ltda., a SEISA Serviços Integrados de Saúde Ltda., a Dental Center Serviços Odontológicos Ltda. e as controladas diretas AMICO Saúde Ltda. e ESHO – Empresa de Serviços Hospitalares S.A.

Entre os investimentos realizados nas controladas em 2015 o Relatório da Administração (AMIL, 2017) destaca o contrato de compra e venda da totalidade das quotas da IMED STAR Serviços de Desempenho Organizacional Ltda. Além disso, em agosto de 2015, a controlada direta ESHO

¹⁹⁰ Complexo médico hospitalar de 72 mil m² de área construída, incorpora o Hospital Samaritano e o Hospital Vitória, num total de 494 leitos, 16 salas cirúrgicas e 11 leitos *Day Hospital* na cidade do Rio de Janeiro.

adquiriu 85% das ações de COI Participações S.A. que detém 100% das ações da COI – Clínicas Oncológicas Integradas S.A., que por sua vez detém 100% das ações da CMS - Central de Manipulação e Serviços Farmacêuticos S.A. Em outubro de 2015, a controlada direta ESHO adquiriu 100% das quotas do Hospital Maternidade PROMATER Ltda. e em dezembro de 2015, celebrou Contrato de Compra e Venda para a aquisição de 90% das quotas de Hospitais Associados de Pernambuco Ltda. (Hospital Santa Joana), 80% das quotas da TOPIMAGEM Diagnóstico por Imagem Ltda., 80% das quotas da DILAB – Medicina Nuclear Ltda., 44% das quotas da MULTIANGIO Ltda., e 28,50% das quotas da HEMONEFRO – Hemodiálise e Nefrologia Ltda.

Também no ano de 2015, a Amil *Lifesciences* Participações Ltda., sociedade controlada direta da AMIL Assistência, constituída no ano de 1991, cujo objeto era o estudo e o desenvolvimento de pesquisas ligadas à saúde; prestação de serviços e criação de produtos; desenvolvimento de tecnologias e divulgação de técnicas; atividade intelectual e publicação de artigos; promoção de cursos, palestras, congressos e eventos para profissionais da saúde; e a participação como sócia, acionista ou quotista em outras sociedades foi parcialmente cindida com a transferência da parcela cindida para a controlada direta ESHO. A partir desta data, a sociedade passou a desenvolver apenas as atividades de pesquisas ligadas à saúde.

No que se refere à gestão dos seus empregados, a AMIL declara que em 31 de dezembro de 2015, contava com cerca de 5.900 trabalhadores. As despesas com pessoal no exercício, no montante total de R\$ 559,3 milhões, apresentaram um crescimento de 12,0% em comparação com 2014, ou aproximadamente 4% das contraprestações efetivas. Além dos gastos com salários e encargos obrigatórios, as despesas com pessoal incluem gastos com benefícios oferecidos pela AMIL a seus trabalhadores como assistência médica e odontológica, auxílio alimentação, refeição e educação, transporte, participação nos lucros e resultados, treinamentos internos e externos, entre outros.

As notas explicativas do Relatório da Administração (AMIL, 2017), tratam do contexto operacional ampliado da companhia fazendo referência a importantes operações de aquisições, alienações, incorporações ou cisões realizadas nos exercícios fiscais de 2013, 2014 e 2015.

Em 2013 foi constituída a sociedade luxemburguesa denominada AMIL Internacional S.A.R.L. A AMIL *LuxCo* tem como acionista única a AMIL Assistência e tem como objeto social principal o

investimento, aquisição e tomada de participações e interesses, em qualquer tipo de sociedades ou entidades luxemburguesas ou estrangeiras.

Em novembro de 2012, quando a AMIL Participações ainda era a controladora do grupo, foi celebrado um Contrato de Compra e Venda de ações com a Caixa Seguros e Saúde, SGPS, S.A., acionista controladora da sociedade HPP, para aquisição e transferência de 100% do capital social desta sociedade. Em fevereiro de 2013, a AMIL Participações cedeu a sua posição contratual no Contrato de Compra e Venda para sua controlada indireta Amil *LuxCo*. Em março de 2013, a totalidade das ações do HPP foi transferida para Amil *LuxCo*. A sociedade tem como objeto a prestação de serviços médicos e a manutenção de estabelecimentos hospitalares. Em agosto de 2014, esta sociedade alterou a razão social para Lusíadas S.G.P.S., S.A. em Portugal.

Até 2013 a AMIL Participações-AMILPAR e a *Mind Solutions* eram, respectivamente, as controladoras direta e indireta da AMIL Assistência. Com o objetivo de integrar as atividades da AMIL Participações e *Mind Solutions* na Amil Assistência e também visando a racionalização e simplificação de sua estrutura societária para maior eficiência operacional, administrativa e financeira, bem como a redução dos custos operacionais das empresas, as administrações das companhias decidiram pela incorporação das controladoras na controlada AMIL Assistência. Em julho de 2013, a AMILPAR e a *Mind Solutions* foram incorporadas na AMIL Assistência, com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação. As incorporações, entretanto, não resultaram em alteração do controlador das empresas, que permaneceu sendo Polar II Fundo de Investimento em Participações.

Em julho de 2013, após a aprovação da transferência do controle societário pela ANS e com a incorporação da AMILPAR pela AMIL Assistência, a empresa de planos de saúde AMICO passou a ser a controlada direta do grupo. A AMICO tinha como objeto social a cobertura de custos de assistência médico-hospitalar e odontológica, a prestação de serviços médico-hospitalares e odontológicos e a participação em outras sociedades.

Em outubro de 2014 a ANS deferiu o pedido de cisão parcial da sociedade AMICO com versão da parcela cindida para sua controladora direta AMIL Assistência. A parcela cindida da AMICO, então revertida para AMIL Assistência, era composta de todos os ativos e passivos relacionados às operações com planos de saúde.

Em novembro de 2014, após registro e arquivamento na Junta Comercial dos atos societários, a AMICO deixou legalmente de ser empresa de plano de saúde com registro na ANS e passou a ser efetivamente uma gestora de hospitais e centros médicos. Em abril de 2015, a AMIL Assistência transferiu a totalidade de suas quotas na participação do capital social da PROMARKET Propaganda e Marketing Ltda¹⁹¹ para sua controlada direta AMICO. No mesmo mês, a sociedade foi incorporada na controlada AMICO com base nos saldos contábeis levantados da data da incorporação.

A AMIL Assistência sucedeu a AMICO nas operações com planos de saúde. Além da versão ao patrimônio da AMIL Assistência das operações com planos de saúde, foram vertidas para controladora AMIL Assistência as participações minoritárias detidas pela AMICO nas seguintes empresas do grupo: ESHO – Empresa de Serviços Hospitalares S.A., CEMED Care – Empresa de Atendimento Clínico Geral Ltda. e Bosque Medical Center S.A. Nessas empresas, a AMICO, a partir de novembro de 2014, deixou de ser sócia sendo sucedida pela AMIL Assistência, que por sua vez aumentou a participação no capital social das investidas.

Em novembro de 2013, a AMIL Planos, ASL e Excelsior, empresas controladas diretas do grupo, foram incorporadas na AMIL Assistência, com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação. As incorporações tiveram como objetivo simplificar a estrutura societária, proporcionar uma maior eficiência estratégica, e resultar em um melhor desempenho das atividades econômicas. Em agosto de 2013 a CEAME – Centro Especializado de Atendimento Médico Ltda. foi incorporada com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação pela controlada direta da Companhia, CEMED Care – Empresa de Atendimento Clínico Geral Ltda., considerando que ambas tinham objeto social semelhante e desempenhavam atividades voltadas para a mesma clientela. Da mesma forma, em agosto de 2013 a Orion Participações e Administração Ltda. foi incorporada pela controlada direta da Companhia, ESHO – Empresa de Serviços Hospitalares S.A., com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação.

Em 2013, a controlada direta ESHO, também adquiriu 100% das empresas Monte Klinikum, Hospital Monte Klinikum e M.K. Diagnóstico. Estas sociedades tinham como objeto a prestação de serviços médico-hospitalares e exames de imagem em geral. Em dezembro de 2013, estas sociedades foram incorporadas na ESHO, com base nos saldos contábeis levantados na data da

¹⁹¹ Sociedade constituída no ano de 1983, tinha como objeto a prestação de serviços de publicidade, de promoção e de divulgação.

incorporação. Em dezembro do mesmo ano a controlada direta ESHO, adquiriu 100% das quotas da Perdicaris Participações Ltda. e 94,33% das ações da ISO Hospital Dia S.A. Estas sociedades tinham como objeto a administração de bens próprios ou de terceiros, bem como a participação em outras empresas mediante a compra ou subscrição de ações ou quotas e atividades médico-hospitalares respectivamente. Em setembro de 2014, as sociedades foram incorporadas na ESHO, com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação.

No ano seguinte, em março de 2014, a controlada direta ESHO, adquiriu 100% das ações do Hospital Carlos Chagas S.A., que tem por objeto social a prestação de serviços médico-hospitalares, assistência médica, inclusive pronto socorros e policlínicas, podendo, também, participar de outras sociedades, na qualidade de sócia ou acionista, bem como, ainda, realizar investimentos de capital de qualquer natureza. O Hospital HCC é detentor de 25% do capital social da sociedade Laser Vision Serviços Oftalmológico S/C Ltda.

Em fevereiro de 2014, o grupo adquiriu 99,99% das ações da SEISA Serviços Integrados de Saúde Ltda., que tem como objeto a prestação de serviços médico-hospitalares e a operação de planos privados de assistência à saúde individuais, familiares e coletivos. Em novembro de 2015, a ANS deferiu o pedido de cisão parcial da sociedade SEISA com versão da parcela cindida para sua sócia majoritária AMIL Assistência. A parcela cindida da SEISA, então revertida para AMIL Assistência, era composta de todos os ativos e passivos relacionados às operações com planos de saúde. Em dezembro de 2015, após registro e arquivo na Junta Comercial dos atos societários, a SEISA deixou legalmente de ser empresa de plano de saúde e passou a ser uma prestadora de serviços médicos hospitalares e afins. A AMIL Assistência sucedeu a SEISA nas operações com planos de saúde e na participação da sociedade Hospital AMA. Em abril de 2014, a controlada SEISA possuía 49,52% das ações do Hospital AMA S.A. quando a controlada ESHO adquiriu dos acionistas minoritários 45% das ações do hospital que tem como objeto a prestação de serviços médico-hospitalares. Posteriormente a participação foi aumentada para 50,48%. Em novembro de 2015, após a aprovação do pedido de cisão parcial da controlada direta SEISA com versão da parcela cindida para sua sócia majoritária AMIL Assistência, a SEISA deixou de ser sócia desta sociedade, sendo sucedida pela AMIL Assistência.

A controlada direta SEISA, detinha 65,28% das quotas da Dental Center Serviços Odontológicos Ltda. Em abril de 2014, a AMIL adquiriu dos sócios minoritários da Dental Center, 34,72% das

quotas. Esta sociedade tinha como objeto a operação de planos odontológicos e a prestação de serviços odontológicos. Em setembro de 2015, a AMIL Assistência transferiu para a controlada direta SEISA a totalidade de suas quotas na participação da sociedade. Sendo assim, a partir desta data a controlada SEISA passou a deter 100% do capital social da Dental Center. Em novembro de 2015, a ANS deferiu o pedido de incorporação da empresa Dental Center na controlada direta SEISA, com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação.

Em outubro de 2014, a controlada direta ESHO adquiriu 99,99% das quotas do Hospital Geral e Maternidade Madre Maria Theodora Ltda. em Campinas-SP, que tinha por objeto social a prestação de serviços médico-hospitalares, radiológicos, laboratoriais e exames e prestação de serviços paramédicos. O Hospital Madre Theodora era detentor de 50% das quotas da sociedade Angiografia e Hemodinâmica Madre Theodora Ltda. Em junho de 2015, a sociedade foi incorporada na controlada direta ESHO com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação. Simultaneamente, em outubro de 2014, a ESHO adquiriu 99,99% das quotas do Hospital e Maternidade *Saint-Vivant* Ltda. em Sumaré-SP, região metropolitana de campinas, que tinha por objeto social a prestação de serviços médicos, paramédicos e hospitalares, com internação, pronto socorro, consultas ambulatoriais, de diagnósticos e demais atividades de atendimento médico-hospitalar. Em maio de 2015, a sociedade foi incorporada na controlada direta ESHO com base nos saldos contábeis levantados na data da incorporação.

O relatório aos acionistas (AMIL, 2017) descreve detalhes da política corporativa que têm impacto sobre os resultados dos balanços contábeis. As receitas com as contraprestações provenientes das operações de planos privados de assistência à saúde, por exemplo, são reconhecidas na extensão em que for provável que benefícios econômicos serão gerados e quando possam ser mensuradas de forma confiável. Estas receitas são mensuradas com base no valor justo¹⁹² da contraprestação recebida. Os custos com eventos indenizáveis são constituídos com base no valor das faturas apresentadas pela rede credenciada, entretanto, como parte destas faturas não são apresentadas dentro do período da sua competência, os eventos ocorridos e não avisados são registrados mediante constituição de provisão nos balanços.

¹⁹² Excluindo descontos, abatimentos e impostos ou encargos sobre as vendas e apropriadas ao resultado pelo valor correspondente ao rateio diário - *pro rata dia* - do período de cobertura individual de cada contrato, a partir do primeiro dia de cobertura.

A AMIL reorganizou sua estrutura corporativa no ano de 2016 e dividiu o grupo econômico em três grandes áreas de negócios: empresas de plano de saúde, hospitais e tecnologia. Segundo notícias da imprensa especializada em economia publicadas em maio de 2016 (VALOR ECONÔMICO, 2017), cada uma dessas áreas será liderada por executivos mais jovens e o fundador da Amil, Edson Godoy de Bueno¹⁹³, passa a ser o CEO da *UnitedHealthcare Brazil*.

O braço hospitalar contempla uma estrutura de 32 hospitais próprios que atendem pacientes que compraram planos de saúde da AMIL, mas também clientes de outras empresas de planos de saúde.

A OPTUM, empresa de tecnologia voltada à saúde da *UnitedHealth* é o núcleo do braço tecnológico do grupo, atualmente administrada por um executivo americano (VALOR ECONÔMICO, 2017). A OPTUM é uma empresa de atuação global que por intermédio da AMIL passa a atuar no Brasil. No primeiro trimestre deste ano, o faturamento da OPTUM foi de US\$ 18 bilhões, o que representa quase metade da receita total de US\$ 44,5 bilhões da *UnitedHealthcare* (VALOR ECONÔMICO, 2017).

3.2.7 ESCALA DE GRANDEZA

A seguir destacamos grandes números dispostos em um quadro sinóptico e em um gráfico, relativos, respectivamente, ao *ativo* e às *receitas* de empresas selecionadas com o objetivo de investigar, em uma abordagem exploratória, a escala de grandeza e tendência de crescimento setorial. Os valores dispostos estão deflacionados¹⁹⁴.

¹⁹³ Falecido em 2017.

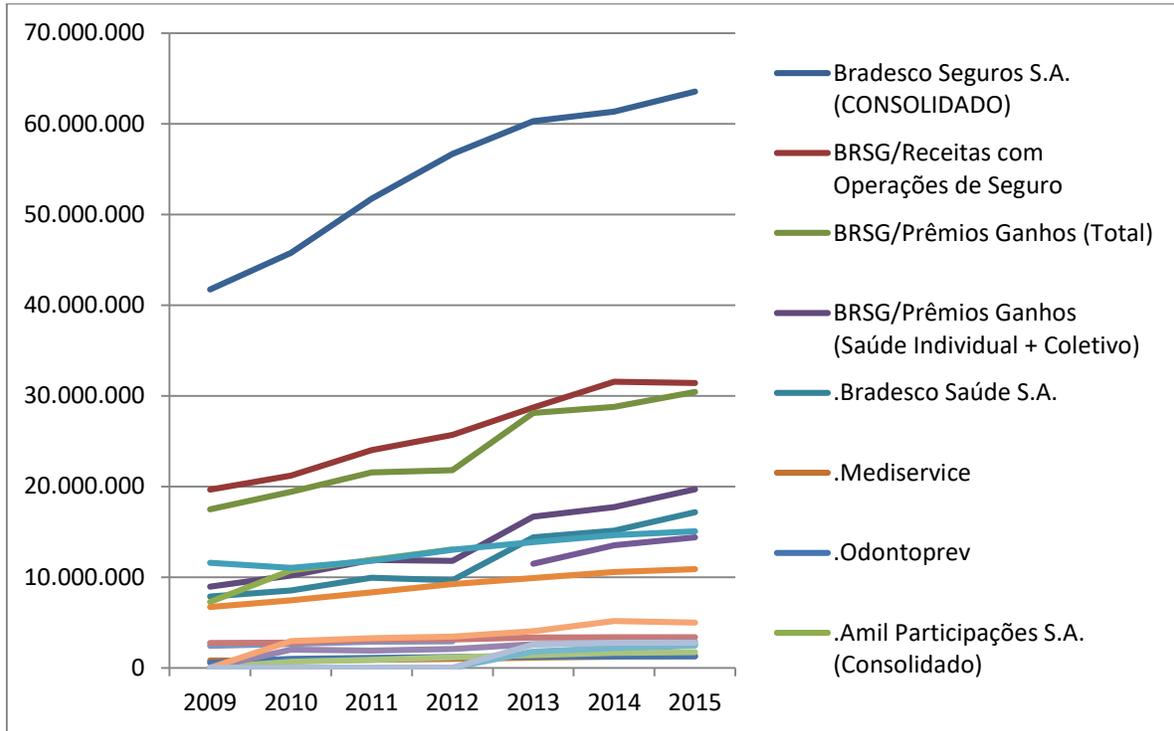
¹⁹⁴ Ver quadro 11 no capítulo 3.

Quadro 63 - Série histórica de valores de ativos totais deflacionados de empresas selecionadas

EMPRESAS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
BRADESCO SEGUROS S.A (consolidado)	133.986.683,	149.931.701,	198.968.751,	152.836.594,	185.805.695,	223.845.376,	176.204.421,
BRADESCO SAÚDE S.A.	10.357.346,	10.801.853,	11.719.563,	14.058.087,	12.440.255,	13.033.072,	13.638.863,
MEDISERVICE	114.065,	216.054,	302.449,	478.429,	586.039,	626.953,	511.832,
ODONTOPREV (consolidado)	1.809.209,	1.283.518,	1.311.177,	1.245.618,	1.264.649,	1.220.328,	1.195.650,
AMIL Participações S.A. (consolidado)	5.253.870,	6.423.307,	7.118.330,	7.352.438,	-	-	-
AMIL Assistência Médica Internacional S.A (consolidado)	-	-	-	-	11.995.422,	11.127.463,	11.306.191,
SULAMERICA (consolidado)	18.512.967,	17.247.678,	17.713.879,	17.919.606,	19.975.082,	20.713.863,	20.047.606,
INTERMEDICA	928.429,	975.839,	1.004.058,	963.605,	-	1.097.128,	1.910.802,
CASSI	2.052.492,	2.107.845,	2.287.781,	2.199.991,	2.130.737,	1.957.558,	1.654.597,
QUALICORP (consolidado)	-	3.448.812,	3.769.223,	3.860.515,	3.817.939,	4.189.096,	3.434.432,
GEAP	-	695.760,	684.972,	637.306,	759.933,	1.053.993,	1.043.437,
HAPVIDA	-	-	-	-	839.065,	1.165.913,	1.380.000,
UNIMED Rio (consolidado)	-	1.989.286,	2.268.111,	2.499.837,	2.784.140,	2.297.537,	1.896.245,
UNIMED BH	-	-	-	-	1.777.926,	1.941.089,	1.916.040,

Valores em milhares de Reais deflacionados para 31/12/2015. Fonte: DFs Bradesco Seguros S.A. (2010-2015); DFs Bradesco Saúde S.A. (2010-2015); DFs Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A. (2010-2015); Economática; DFs Amil A.M.I. S.A. (2013-2015); DFs Grupo Notre Dame Intermédica (2010-2015); Relatório Anual CASSI (2010-2015); DFs Qualicorp (2010); Demonstrações Financeiras GEAP (2011-2015); Demonstrações Financeiras Grupo HAPVIDA; DFs Unimed Rio (2015), Rel. Sustent (2011-2014); Demonstrações Financeiras Unimed BH (2014-2015).

Gráfico 9 - Evolução de receitas entre 2009 e 2015 de empresas selecionadas



Valores em milhares de Reais deflacionados para 31/12/2015. Fonte: DFs Bradesco Seguros S.A. (2010-2015); DFs Bradesco Saúde S.A. (2010-2015); DFs Mediservice Operadora de Planos de Saúde S.A. (2010-2015); Economática; DFs Amil A.M.I. S.A. (2013-2015); DFs Grupo Notre Dame Intermédica (2010-2015); Relatório Anual CASSI (2010-2015); DFs Qualicorp (2010); Demonstrações Financeiras GEAP (2011-2015); Demonstrações Financeiras Grupo HAPVIDA; DFs Unimed Rio (2015), Rel. Sustent (2011-2014); Demonstrações Financeiras Unimed BH (2014-2015).

4 ANÁLISE EXPLORATÓRIA DAS EMPRESAS E PERSPECTIVAS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

4.1 INTRODUÇÃO

O conjunto de elementos reunidos até esse ponto da investigação incluem um capítulo introdutório que reconstrói a trajetória histórica de acepções sobre o social, o público e o privado na assistência à saúde do Brasil, um segundo capítulo que desenvolve um apanhado de apontamentos conceituais e metodológicos referenciados no fenômeno da *dominância financeira* e um terceiro capítulo que contempla séries de dados coletados de uma seleção de empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde do Brasil entre 2000 e 2015. A sequência de apresentação do conteúdo obedece a um modelo argumentativo que pode agora ser mais claramente explicitado de forma a delimitar os limites e possibilidades da análise proposta nesse capítulo.

Há dois elementos fundamentais que podem ser destacados do capítulo inicial. O primeiro é o caráter histórico da narrativa apresentada, o segundo é o fato de que esta narrativa se refere, em primeiro plano, ao processo de construção das diversas acepções sobre a *articulação público/privada* na assistência e subsidiariamente às políticas públicas e às iniciativas empresariais que ao longo do tempo conformaram a construção do sistema de saúde em si.

A *história do presente* e a *história das ideias* aplicadas a esse tema não constituem estratégias argumentativas originais, mas se apoiam em uma abordagem que convoca o pensamento crítico para o território onde se formulam os conceitos e se apresentam as ideias, assumindo que esse é um lugar, ele mesmo, repleto de disputas e contradições.

Os relatos históricos, entretanto, trazem embutido o risco de atribuir à linha do tempo um caráter inercial virtualmente imune a rupturas e repleto de categorias totalizantes desprovidas de nuances ou variações inesperadas. Consideramos, nesse caso, que a adoção da noção de *articulação público/privada* na assistência é, por princípio, um caminho possível para a negação dessa tendência.

Seu principal atributo heurístico é a possibilidade de trânsito pela interface de duas categorias atávicas presentes em virtualmente todos os aspectos da vida social e que, por isso mesmo, podem ser definidas como vórtices de aprisionamento para interpretações totalizantes a partir do público ou do privado.

Vimos que o esquema de comércio de planos e seguros de saúde possui uma trajetória de formação histórica que transcorre em íntima associação com a política previdenciária e com o orçamento público, entretanto, seus principais atributos positivos são compreendidos pelo senso comum como qualidades típicas da esfera privada como a possibilidade de livre escolha e o caráter privativo do ambiente assistencial estabelecido pela mediação do acesso através da capacidade de pagamento do usuário.

Daí decorre a importância de evocar o processo de construção das acepções sobre articulação público/privada na assistência à saúde e assinalar a subsistência de formulações críticas no interior dessa temática representadas, em grande medida, pelo próprio campo da Saúde Coletiva como espaço de prática e de elaboração teórica provido de potência para transitar ao largo da dicotomia totalizante do público *versus* privado.

Há muitas dicotomias que simplificam e homogeneizam a descrição da realidade resultando, em geral, em modelos causais unidirecionais que se dividem entre compartimentos estanques desprovidos de articulação entre si. *Público ou privado, capital financeiro ou capital produtivo, SUS ou planos de saúde, ANS ou Ministério da Saúde, ações de governo ou iniciativa privada, empresários ou médicos, finanças ou saúde* são exemplos de possíveis dicotomias conexas ao nosso objeto de pesquisa que tendem a ganhar expressão em um cenário instruído por uma leitura simplificadora e, no limite, esquizoide.

Paradoxalmente, é a premissa de que cada um dos elementos componentes da grande dicotomia público/privado é qualitativamente distinto e, portanto, não pode ser homogeneizado, que permite estabelecer um gradiente de interface e identificar os matizes subsistentes na realidade empírica. É também essa distinção qualitativa apriorística que permite estabelecer parâmetros de comparação entre os distintos níveis de risco assumidos pelo esquema de intermediação da assistência e pelo sistema público com relação ao adoecimento da população de forma a não incidir em pareamentos espúrios e comparar apenas aquilo que pode ser comparado.

Essa é a distinção fundamental entre as noções de mescla (*mix*) público/privado elaborada no âmbito da OCDE e de *articulação público/privada* elaborada por pesquisadores latino americanos na década de 1990. A primeira, tomando como pano de fundo a imagem idealizada de um mercado de serviços de saúde homogeneizado e potencialmente intercambiável entre os seus diversos países membros, e a segunda reconhecendo as distinções qualitativas entre as dimensões pública e privada e também as diferenças entre os países do centro e da periferia do sistema econômico. Essa distinção permite, no plano político, o estabelecimento de uma relação de subordinação do interesse privado ao bem público identificando na zona de penumbra entre as duas polaridades sempre uma possibilidade de escolha e um princípio norteador da ação política qualquer que seja a situação.

Em outras palavras, o ponto de origem da nossa discussão está apoiado simultaneamente no caráter histórico e contingencial das aceções sobre articulação público/privada na assistência e na sua expressão concreta refletida nas estruturas observáveis articuladas com o meio social. Consideramos que o esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil é, presentemente, um substrato estratégico que pode ilustrar essa linha argumentativa de forma exemplar.

Assim, o olhar que lançamos para as empresas e grupos econômicos atuantes na intermediação da assistência é o olhar que mira simultaneamente para público e para o privado incidentes ali. As mudanças no regime de acumulação e a incorporação de novos agentes econômicos à sua estrutura societária afetam o conjunto do sistema de saúde e influenciam decisões políticas relacionadas com o interesse público.

A dicotomia entre o mundo das finanças e o campo da assistência à saúde passou a conjugar, mais claramente a partir dos anos 2000, um diapasão cada vez mais afinado reunindo em um mesmo campo ingredientes que historicamente viviam separados. As empresas pioneiras atuantes na assistência tinham baixo nível de capital e pouca relação com o setor financeiro. Hospitais, ambulatórios e empresas de intermediação assistencial não financeiras eram originalmente ligadas a instituições filantrópicas ou tinham como proprietários profissionais da assistência autofinanciados.

Em menos de 30 anos as medicinas de grupo e cooperativas médicas passaram a compartilhar estratégias corporativas com as seguradoras, habitantes originais do setor financeiro. Uma

burocracia especializada e um marco legal *ad hoc* foram criados nos anos 2000 dando origem a um novo regime de fiscalização em tudo convergente à expansão dos negócios das empresas.

Houve de fato um aumento no faturamento do setor e uma ampliação de sua carteira de clientes em números absolutos e em relação ao conjunto da população¹⁹⁵,mas houve também uma mudança no *modo de ser* da acumulação setorial de capital em articulação com a esfera pública. Se, desde a origem, o esquema de comércio de planos e seguros de saúde se valeu de mecanismos financeiros básicos para se capitalizar por meio do pré-pagamento pareado com as carências no pagamento ao prestador e na contrapartida de alguns procedimentos aos clientes, a partir dos anos 2000 essa lógica foi potencializada pelo espalhamento da dominância financeira em todos os aspectos da vida social.

O segundo capítulo apresenta apontamentos conceituais e metodológicos sobre o fenômeno da *dominância financeira* pretendendo explorar algum nível de intermediação entre a sua expressão na esfera econômica global e o campo das políticas sociais e da assistência à saúde, em particular no que se refere à atuação das empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde.

Assim como no capítulo introdutório, nesse trecho também se transita por uma zona de interface onde um tema originário do campo da macroeconomia gradualmente é tomado como objeto de interesse das Ciências Sociais em geral e, no estudo das políticas sociais, é incorporado por abordagens interdisciplinares com base em dados empíricos originários de países periféricos.

A controvérsia estabelecida no campo acadêmico sobre o significado e as explicações para o fenômeno da financeirização não está esgotada, mas as evidências empíricas sobre a sua vigência global e sobre a sua expressão concreta em todos os recessos da vida social ganharam corpo a partir dos anos 2000 e visibilidade nas notícias sobre as recorrentes crises financeiras e fiscais incidentes sobre as economias de países do centro do sistema econômico.

Tais evidências reforçam a necessidade de análises exploratórias que superem a tradicional dicotomia entre capital financeiro e capital produtivo e mesmo aquelas que se referem à financeirização como uma espécie de hipertrofia do setor financeiro delimitando fronteiras bem marcadas entre os diversos setores da atividade econômica.

¹⁹⁵ Variação de 19,7% em setembro de 2006 para 24,9% em setembro de 2016 (ANS in: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>: acesso em 07/01/2016). Esse limite de cerca de 25% permaneceu virtualmente estável entre 2012 e 2016, indicando uma barreira estrutural de difícil superação para o esquema atual de intermediação comercial da assistência.

Também não nos parece suficiente atribuir um significado geral de caráter estrutural aos conceitos conexos de neoliberalismo, globalização e financeirização como explicação para todas as transformações verificadas na esfera econômica e política nos últimos 35 anos. Trata-se, isto sim, de perguntar *como* se dá a expressão concreta de tais fenômenos abrangentes em cada aspecto da vida social.

Olhar para o esquema de comércio de planos e seguros de saúde não como um objeto localizado no campo disciplinar da economia, senso estrito, mas ao modo dos estudos seminais do campo da Saúde Coletiva observar as articulações menos óbvias entre esse objeto e outros aspectos de relevância pública transcendental na vida social, em especial a saúde/adoecimento de pessoas e populações é o sentido fundamental da abordagem que utilizamos.

A denominação que usamos ao longo do texto, chamando de *esquema de comércio* a algo que tem sido historicamente auto referido como *subsistema supletivo de assistência* ou *sistema suplementar de assistência à saúde* tem uma razão de ser que precisa ser explicada.

Não se trata de um esquema ilegal, mas, ao contrário, regulado por leis e objeto de políticas públicas de fomento à demanda, não obstante, em detrimento dos princípios constitucionais universais relacionados com a assistência à saúde. É como se uma parcela não desprezível, embora minoritária, da população deliberasse por delimitar, à revelia do conjunto e em prejuízo deste, um esquema assistencial de uso privativo para si, parcialmente financiado com recursos públicos. Se há algum atributo do qual esse esquema comercial carece é precisamente de uma lógica sistêmica. Por isso mesmo não se pode dizer que tenha um caráter supletivo ou suplementar ao sistema público, mas, ao contrário, pode-se dizer que é concorrencial, por se apropriar de uma grande parcela dos recursos materiais e humanos potencialmente disponíveis em estruturas de uso geral, para uso privativo de uma parcela minoritária da população. Há diversos interesses relacionados com a existência desse esquema comercial, mas há, em especial, uma pequena comunidade de detentores dos meios de acumulação setorial que auferem vantagens em uma escala de grandeza que não corresponde ao retorno em função social prestado.

Esse tipo de análise crítica de caráter político pode ser facilmente validada por dados quantitativos sobre a distribuição dos recursos do sistema de saúde, entretanto, não se pode dizer que seja consensual. O que prevalece, como tônica, é a análise compartimentalizada que parte da premissa de que se trata de dois objetos distintos localizados em compartimentos isolados. Como

se a dimensão denominada de privada não pudesse ser analisada em uma perspectiva política e social de forma articulada com a dimensão pública.

Os dados coletados das empresas, portanto, devem ser submetidos a um tipo de análise que não se inscreve nos limites auto impostos pelas abordagens padronizadas de escolas de negócios e das disciplinas e campos especializados da atuária¹⁹⁶ e de microeconomia. Tampouco pode se limitar a uma leitura institucionalista estrita relacionada apenas com as ações de governo.

Esse desafio inescapável se coloca na reta de partida para uma análise exploratória e impõe efetivamente alguns limites de difícil superação em um primeiro momento.

A opção metodológica pela extensão da análise ao conjunto das empresas e não a um estudo de caso específico voltado para uma única corporação representa um desafio incontornável diante da postulação inicial e dos pressupostos teóricos relacionados com a noção de *articulação público/privada*. O seu corolário é o fato de que a seleção precisou obedecer também aos limites concretos da nossa capacidade de processamento e análise de um determinado volume de dados mantendo, de todo modo, a perspectiva de uma visão abrangente e atenta às articulações sempre presentes.

Sobre todos esses aspectos o ponto mais relevante a destacar é o fio condutor apresentado na postulação inicial. Trata-se de estudar os planos e seguros de saúde do Brasil entre 2000 e 2015 como fenômeno político/social e, dentro disso, observar a extensão e os limites do fenômeno da *dominância financeira*. Interessa saber os traços da sua expressão concreta em uma análise exploratória que possa servir de vereda para outras abordagens mais especializadas, ou, inversamente, possibilitar desenvolvimentos teóricos mais amplos e ajustados à complexidade inerente ao nebuloso padrão de articulação público/privada incidente sobre a oferta de serviços de assistência à saúde no Brasil.

¹⁹⁶ As análises de balanços são objeto de estudos especializados no campo da atuária e dispõem de métodos padronizados bem estabelecidos que não temos pretensão de lançar mão nesse estudo exploratório.

4.2 ANÁLISE DE ENTREVISTAS COM REPRESENTANTES DE EMPRESAS DE PLANOS DE SAÚDE

As entrevistas dão voz aos representantes das maiores empresas e grupos econômicos envolvidos com o esquema comercial de intermediação da assistência vigente no Brasil dos anos 2000. Alguns dos sujeitos entrevistados são neófitos, outros são habitantes históricos e protagonistas de decisões importantes para a conformação política e institucional do conjunto do sistema de saúde brasileiro¹⁹⁷.

Embora as entrevistas sigam um roteiro comum, semiestruturado¹⁹⁸, o espaço aberto para a expressão das idiosincrasias foi preservado. Da mesma forma, a análise conjunta do material permitiu pôr em evidência as articulações menos óbvias entre os diversos elementos desse mosaico assim como a exposição de contradições não aparentes.

Há contradições nos interesses particulares dos grupos empresariais entre si e há *a* contradição essencial que reside na constatação empírica do enorme peso econômico e político e na hipertrofia de um esquema comercial de intermediação assistencial que é concorrencial e predatório ao SUS. Não se pode, de fato, entender e pensar sobre o conjunto do sistema de saúde sem incluir esses agentes que atuam quotidianamente na negação dos princípios e diretrizes da oferta pública institucional, embora tenham sua subsistência, em parte, assegurada pelo padrão de articulação público/privada vigente.

A presença da *dominância financeira* compõe uma linha que é transversal a todas as falas e atualiza o cenário da discussão. A articulação da análise das entrevistas com os dados extraídos de documentos de domínio público pode ajudar a elucidar os detalhes mais relevantes para se pautar uma visão prospectiva sobre a agenda de políticas públicas de saúde para os próximos anos que tenha viabilidade e potencial para transformações estruturais sobre o atual padrão regressivo de distribuição de recursos assistenciais no Brasil.

¹⁹⁷ David Salviano de Albuquerque Neto, presidente da CASSI, faleceu em 30 de novembro de 2014, pouco depois de conceder a entrevista e Edson Godoy de Bueno, dono da AMIL, faleceu em 14 de fevereiro de 2017. Ambos podem ser considerados representantes históricos das empresas.

¹⁹⁸ Ver em anexo.

4.2.1 Trajetória do executivo, desafios, missão da empresa e localização no sistema de saúde

Os conteúdos analisados a partir do primeiro bloco temático do questionário semiestruturado envolvem a trajetória profissional dos entrevistados ou entrevistadas, os desafios enfrentados por eles ou por elas nas empresas, a missão institucional das empresas e sua localização no sistema de saúde. Referem-se, portanto à caracterização das empresas e de seus gestores no momento atual, porém recuperando a trajetória de formação dos sujeitos e inquirindo sobre sua visão estratégica diante de desafios colocados presentemente.

Entre os treze sujeitos entrevistados apenas quatro referem ter formação na área de saúde com graduação em medicina, nenhum deles, entretanto tem atuação clínica, mas dedica seu tempo de trabalho inteiramente à gestão empresarial. O quadro sinóptico abaixo relaciona os dados sobre trajetória profissional referidos pelos sujeitos.

Quadro 64 - Trajetória profissional dos sujeitos entrevistados e suas respectivas empresas

EMPRESA	NOME DO ENTREVISTADO (A)	TRAJETÓRIA DO (A) EXECUTIVO (A)
AMIL	Edson Godoy de Bueno	Médico/Empresário-médico/Dono da empresa/Acionista/Investidor
AMIL	Henry Szejder	Médico/ Funcionário da empresa
CASSI	Davi Salviano de Albuquerque Neto	Estudante de Engenharia Química na UFPE/ bancário/ advogado/especializações na área de saúde e mestrado/Presidente da CASSI
GEAP	Luís Carlos Saraiva Neves	Médico/ auditor médico da GEAP em Pernambuco/ Superintendente estadual em Pernambuco/ gerente Regional/ assessor do interventor em 2013/ Diretor executivo
GEAP	Pedro Trindade	Não refere
HAPVIDA	Jorge Pinheiro	Filho do fundador
HAPVIDA	Simone Varella	Não refere
INTERMEDICA	Luiz Celso Dias Lopes	Professor de rede pública municipal em Osasco-SP/Funcionário da Fundação PROCON SP/ 2000 a 2005 trabalhou na ANS/ SULAMÉRICA SAÚDE/ INTERMÉDICA/ Diretor Técnico Executivo da INTERMÉDICA
QUALICORP	Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo	Funcionário do TJ de SP/ Advogado/ Gerente Jurídico da QUALICORP a partir de 2005/ superintendente/ diretor/ vice-presidente/ encarregado de relações institucionais da QUALICORP
SULAMERICA	Mônica Nigri	Atuária/ BRADESCO/ GOLDEN CROSS/ Trabalhou sete anos e meio na ANS/ GOLDEN CROSS/ SULAMÉRICA-Superintendente de relações com órgãos reguladores
UNIMED BH	Helton Freitas	Médico/ Cooperado UNIMED/ Residente em Saúde Pública/ Funcionário da Secretaria Municipal de Saúde de BH/ Executivo da UNIMED BH/ Diretor de 2006 a 2014
UNIMED RIO	Walter Cesar	Funcionário da empresa de auditoria <i>Roberto Dreyfuss</i> , depois denominada KMG depois KPMG/ Área tributária, na Fiat do Brasil/ Funcionário da empresa de consultoria externa <i>Ernest Young</i> / AMIL (durante 13 anos) / Consultor independente/ DIOPE-Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS/ Desde 2007 assessor especial da diretoria da UNIMED-RIO
BRADESCO SAÚDE	Marcio Coriolano	Economista/ Funcionário público estadual no Rio de Janeiro (FUNDREM)/ BNH/CEF(departamento de pesquisas)/DAP – Departamento de Abastecimento e Preços do MF/SUSEP-MF/Bradesco seguros(diretoria da área de saúde e benefícios)/ atuação na FENASEG

Fonte: Elaboração própria.

O quadro de trajetórias profissionais apresentado ilustra um cenário distinto daquele observado nos estudos clássicos e de maior amplitude sobre a profissão médica realizados na década de 1970 por Donnangelo (2011) quando foi cunhada a categoria *empresário-médico*. As primeiras empresas comerciais de planos de saúde foram, historicamente, criadas por médicos que repartiam seu tempo de trabalho com a atividade clínica praticada nos institutos previdenciários em serviços próprios das empresas ou como profissional autônomo. Essa dinâmica os definia então como *empresários-médicos*.

Entre as dez maiores empresas de planos de saúde estudadas atualmente, detentoras de faturamento e número de clientes em um patamar muito superior àquele apresentado pelo setor na década de 1970, apenas um sujeito/representante pode ser considerado remanescente daquela categoria originalmente denominada de *empresário-médico* por Donnangelo (2011) e agora é auto referido como acionista/investidor de uma organização sediada nos Estados Unidos que controla a empresa de planos de saúde fundada por ele em 1978. Outro entrevistado, tendo iniciado sua trajetória como médico da rede assistencial de uma cooperativa, ocupa atualmente cargo na diretoria desta empresa.

Os demais entrevistados apresentam-se como funcionários (as) de empresas de plano de saúde, executivo (as) de autogestão em saúde e executivo (as) de cooperativa médica todos sem atuação na área clínica, ocupando cargos gerenciais.

Uma das cooperativas médicas selecionadas foi representada por um assessor especial da diretoria com trajetória profissional ligada a empresas de consultoria e auditoria externa além de uma passagem pela Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras - DIOPE na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. A representante de uma seguradora especializada em saúde com formação em atuária também referiu uma experiência profissional de sete anos e meio na agência. Ambos guardam em comum um histórico de trânsito por empresas de consultoria atuantes no setor ou por empresas de planos de saúde, uma passagem pelo *staff* da ANS e em seguida uma nova inserção em empresas do setor fiscalizado.

Esse padrão de perfil profissional com histórico de trânsito alternado em postos da burocracia estatal encarregada da fiscalização e nas empresas fiscalizadas carrega, em si, um significado, e tem sido denominado de *Porta Giratória* por alguns autores (Scheffer & Bahia, 2011). Expressa

um padrão de articulação público/privada recorrente¹⁹⁹ que tende a se reproduzir também nos níveis hierárquicos inferiores da estrutura organizativa das empresas e da agência.

Entre os desafios passados ou atuais enfrentados pelos (as) representantes há uma diversificação de conteúdos relacionados que precisam ser analisados em conjunto com outras referências e a partir do detalhamento das falas.

A trajetória de formação da AMIL foi apresentada no livro organizado por Bahia *et alii* (2005) e a entrevista com seu representante realizada em 2014 reafirma o padrão incidente na década de 1970 do *empresário-médico* descapitalizado que enfrenta o desafio de colocar a empresa de pé.

[...] Pobre *de marré deci*, morava no 200 da Barata Ribeiro, apartamento 433, 32 metros quadrados com nove pessoas, o cidadão começou no chão cozinhando e limpando banheiro para o pessoal[...] E o Tarcísio Fonseca trabalhava em um hospital em Caxias, e daí, quando eu estava no segundo para o terceiro ano ele me levou para Caxias para trabalhar com ele. Cheguei lá no último ano de medicina eu fui trabalhar como acadêmico nesse hospitalzinho, 250 metros quadrados[...] então eu comecei a virar empresário. Entrei de sócio 50% sem pagar nada, porque o cara ia querer se livrar da quebra (entrevista com *Edson Godoy de Bueno* – AMIL, 2014).

Em 2014, o *empresário-médico*, agora acionista/investidor de empresa sediada nos Estados Unidos e controladora da AMIL refere-se aos desafios atuais considerando uma visão setorial mais abrangente.

O desafio desse momento é que nós estamos num momento de total dificuldade. O setor todo, você pode pegar na Agência Nacional [ANS] que você tem acesso a isso, setor todo está no vermelho. As únicas empresas que ganham dinheiro hoje aqui no setor são *brokers* [empresas de corretagem ou administradoras de benefícios], que não correm risco, são hospitais “A”, o resto tudo perde dinheiro. Então se você perguntar para mim: o Sírio ganha dinheiro? Muito. O Einstein ganha dinheiro? Muito. Tem um hospital em São Paulo que é meu. Nove de Julho ganha dinheiro? Ganha. Muito. Todos que trabalham para o segmento “A” (entrevista com *Edson Godoy de Bueno* – AMIL, 2014).

O comentário do entrevistado se refere à posição de destaque assumida no setor de intermediação da assistência médica por empresas de corretagem (*Brokers*) denominadas pela ANS de Administradoras de Benefícios²⁰⁰ e, do lado dos prestadores de serviços, por hospitais considerados padrão “A”, em detrimento do conjunto das empresas de planos de saúde. A sua

¹⁹⁹ Em uma perspectiva histórica, vale mencionar o precedente do mecanismo de *avulsão* existente na burocracia do antigo IAPI que permitia ao servidor público transitar por funções em outras organizações, sem perda de vínculo funcional, e, em seguida retornar ao seu posto de trabalho original no instituto.

²⁰⁰ A QUALICORP é a administradora de benefícios com maior número de clientes e maior faturamento.

fala destaca que as Administradoras de Benefício ou empresas de corretagem não estão submetidas a riscos atuariais ou relacionados com a sobre utilização da assistência pelos clientes de suas carteiras, uma vez que subscrevem os contratos de adesão na condição de *estipulantes* de um coletivo de usuários em potencial da rede credenciada administrada pelas empresas de planos de saúde. Os hospitais “A”, alguns deles denominados de Hospitais de Excelência²⁰¹ por sua vez, como detentores da infraestrutura imprescindível para a prestação de serviços assistenciais de alto custo conseguem transformar essa vantagem comparativa mais facilmente em resultado operacional aumentado por isenções tributárias e acesso a financiamento de projetos patrocinados pela União²⁰².

O desafio apontado pelo representante da AMIL e sua visão estratégica que segrega as Administradoras de Benefícios para uma posição de vantagem em relação ao conjunto das empresas do setor remete à atuação da ANS na edição das Resoluções Normativas 195 e 196 de 2009 que estabeleceram a reserva de mercado para aquele tipo de empresa na celebração de contratos coletivos por adesão na condição de *estipulantes* excluindo as demais empresas de planos de saúde, como a AMIL, desse tipo de operação²⁰³.

O representante da QUALICORP, principal Administradora de Benefícios registrada na ANS, relaciona entre os principais desafios pautados para sua empresa: profissionalização da empresa; afirmação das administradoras de benefícios como modalidade empresarial; avanços na área de tecnologia da informação com desenvolvimento de novos aplicativos; diminuição da sinistralidade das carteiras de clientes; aumento da quantidade de pessoas vinculadas a planos empresariais por adesão.

²⁰¹ Termo atribuído pela Organização Nacional de Acreditação – ONA para organizações que atingem o nível máximo de avaliação no que se refere a liderança e administração, organização profissional, atenção ao paciente/cliente, diagnóstico, abastecimento e apoio logístico, infraestrutura, apoio técnico e ensino e pesquisa. O Ministério da Saúde também utiliza o termo Hospital de Excelência (HE) no âmbito do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. A Lei nº 12.101 atribui o termo "excelência" para as instituições que cumprem os requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS em troca de isenção de contribuições sociais.

Segundo o Ministério, a denominação indica que as instituições de saúde assim reconhecidas passam a integrar as ações estratégicas do SUS de maneira mais intensa por conta do uso otimizado de sua capacidade técnica e conhecimento. Seis hospitais obtiveram o reconhecimento como HE até 2015, sendo que cinco são da cidade de São Paulo: Hospital Alemão Oswaldo Cruz (SP), Hospital do Coração (SP), Hospital Israelita Albert Einstein (SP), Hospital Moinhos de Vento (RS), Hospital Samaritano (SP), Hospital Sírio Libanês (SP).

²⁰² O Hospital Sírio Libanês participa do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS. No primeiro triênio do programa foram desenvolvidos pelo hospital 25 projetos no valor de R\$180.285.851,00 em isenções fiscais, no triênio 2012-2014, estavam previstos a realização de 23 projetos, no valor de R\$249.406.855,23 (Fonte: MS/DECID/PROADI-SUS).

²⁰³ Quando questionado especificamente sobre sua opinião em relação à edição das RN 195 e 196 o representante da AMIL preferiu não comentar.

De fato, a afirmação das Administradoras de Benefícios como modalidade empresarial guarda uma relação direta com o acervo normativo da ANS e isso é reafirmado pela fala do representante da QUALICORP.

[...] os desafios encontrados foram primeiro com relação a toda a estruturação da Companhia, passamos por todas essas fases e também relacionados à própria afirmação da Administradora de Benefícios e também à situação dos planos coletivos por adesão por que, na época, havia a CONSU nº 14 [resolução nº 14 do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU, publicada no DOU nº 211 em 04/11/1998. Esta resolução foi revogada pela RN 195 em 14/07/2009] que traduzia em dois ou três dispositivos uma noção mais geral do que era plano coletivo por adesão. O advento da RN 195 trouxe regras muito mais rígidas, muito mais detalhadas e também trouxe para a regulação a atividade que nós exercíamos que era a da Administradora de benefícios (entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Dentro dos limites e da proteção conferida a esse nicho de atuação constituído a partir das normas *ad hoc* definidas pela agência é que se desenvolvem os demais desafios apontados pelo entrevistado.

A nossa agenda, o nosso grande desafio é identificar dentro da área em que nós podemos atuar, por que existe uma definição sobre aquilo que nós podemos fazer, a gente não pode, por exemplo, realizar atividades típicas de operadoras de saúde, não pode ter rede credenciada, pagar o reembolso, custear despesas médicas. A nossa área de atuação tem sua definição instituída pela RN 196. O que nós temos de fazer, cada vez mais, é uma prestação de serviços de qualidade e com excelência e trazer serviços inovadores. [...] eu entendo que a própria legislação que veio a partir da agência [ANS] veio para justamente colocar a figura da Administradora ao lado do consumidor e não ao lado das operadoras, haja visto que as administradoras não podem prestar serviços, não podem ser representantes, nem ser mandatárias das operadoras, não podem ter rede médica credenciada/referenciada. (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Assim, se justificam os desafios pautados na obtenção de avanços na área de tecnologia da informação com desenvolvimento de novos aplicativos voltados para agilização do sistema de pagamento de mensalidades e de busca na rede médica da operadora em vista do objetivo declarado de diminuição da sinistralidade das carteiras de clientes. Em outros termos, a fala do entrevistado revela o desafio estratégico para o sucesso do comércio de carteiras de clientes adimplentes e saudáveis: *A gente entendia que quanto mais pessoas dentro de um plano a gente consegue ter o equilíbrio e a oxigenação dessa carteira e tentar buscar o equilíbrio da sinistralidade da apólice. Isso veio à tona com a RN 196 [...]* (entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

A expressão *oxigenação da carteira* utilizada pelo representante da QUALICORP significa, em outras palavras, diluição do risco atuarial com a entrada continuada de novos clientes jovens, saudáveis e com vínculo empregatício que assegure capacidade contributiva. Obviamente as barreiras pecuniárias incrementais situadas na outra ponta do processo, quando os clientes envelhecem, se incumbem de excluir os idosos assegurando a manutenção das margens projetadas.

Outros sujeitos entrevistados mencionam como desafio estratégico a tendência geral de envelhecimento da população. No caso da GEAP um diagnóstico formulado pela ANS apontava riscos à sustentabilidade de sua carteira de clientes.

[...] a ANS fez uma análise desse modelo e apontou para direção na época que esse modelo fatalmente levaria a GEAP para a falência, era um modelo onde não entrava jovens, se permanecia uma população muito grande de idosos e o que era também atraído para entrar na GEAP era uma população idosa (entrevista com *Luís Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

Os desafios apontados pelos gestores da GEAP como, o resgate da sua credibilidade no mercado e a melhoria da sua governança interna muito centralizada em Brasília, estão relacionados com o perfil de sua clientela de servidores públicos da administração direta federal, muitos deles aposentados. O representante da GEAP afirma que a empresa *não discrimina idoso, não discrimina portadores de doenças pré-existentes, ou seja, ela absorve, ela acolhe qualquer servidor ou seu familiar que venha fazer parte do mercado chamado carteira* (entrevista com *Luís Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

A CASSI, que assim como a GEAP é denominada pela ANS como *autogestão em saúde* e conta com uma clientela cuja renovação se dá nos limites da população de funcionários do Banco do Brasil e seus familiares, assume como desafio a atualização de modelos de custeio para redução das despesas assistenciais. Pretende fazer isso por meio da organização de um sistema privado de assistência à saúde para os funcionários do banco supostamente assemelhado à Estratégia de Saúde da Família proposta para a rede pública de atenção básica e por meio do desenvolvimento de uma política de assistência farmacêutica.

O representante da CASSI refere que a cultura institucional de uma organização situada no sistema financeiro, como é o caso do Banco do Brasil, pode influenciar a visão dos gestores e dificultar a implantação de um modelo focado na promoção de saúde.

É isso que vocês querem, o projeto de vocês é esse? Ganhar muito dinheiro agora e depois não ter a quem atender? Por quê? Porque todos estão voltados, todo mundo só quer ter leito de alta complexidade. Todo mundo só quer atender pacientes que precisem de materiais de alto custo, órtese, prótese, medicamentos caros. Todo mundo só quer fazer hoje quimioterapia do ponto de vista da quimioterapia não cuidado, da quimioterapia intervenção. Onde é que nós vamos parar com isso? É isso, esse é ponto central de um sistema de saúde. Então esse desafio é o que pega a nós todos (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Os representantes da INTERMEDICA e da UNIMED RIO também relacionam o envelhecimento da população geral como desafio a ser administrado pelos gestores das empresas de planos de saúde.

O representante da INTERMEDICA apresenta ainda como desafios os seguintes temas que são sincrônicos com as mudanças na estrutura proprietária experimentadas pela empresa com a saída, em 2014, do seu fundador e único dono desde então, o médico *Paulo Barbanti*: necessidade de investimentos em tecnologia da informação; reorganização da carteira com cancelamento de contratos deficitários; fechamento de centros clínicos e demissões de funcionários; expectativas de crescimento e lucratividade por parte dos novos proprietários; verticalização para redução de custos; Ampliação de programas de promoção de saúde; aperfeiçoamento de modelos de remuneração de prestadores.

A mudança na estrutura proprietária em curso se destaca como o principal marco no plano organizacional da INTERMEDICA no momento da entrevista.

Então a empresa está num processo de reorganização para justamente suprir esse desafio que é um desafio de crescimento. O que é interessante aí mais ou menos eu posso dar uma reprise entre umas questões que estão à frente que é capital estrangeiro e tal, mas assim o que é interessante apesar do novo controlador ser um *Private [Equity]* a gente sempre espera “*Private* vem para uma realização muito rápida” que é realizar um investimento que foi feito muito rapidamente. Esse *Private* que adquiriu tem uma característica um pouco diferente dos demais que atuaram. Esse é o primeiro investimento dele numa empresa de saúde no Brasil, mas já tinha experiências em empresas de saúde no mundo, especialmente nos Estados Unidos, em hospitais e eles têm uma política de investimentos de médio a longo prazo. **Pelo menos cinco anos é o que se espera aqui** [grifo nosso] (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Nesse trecho o entrevistado se refere à dinâmica financeira do processo de compra e venda de empresas com realização de lucro que caracteriza o *modus operandi* dos fundos de *Private Equity*. A gestão financeira focada na redução de custos e produção de balanços superavitários no curto prazo está baseada na premissa de que a própria empresa é nada mais do que uma mercadoria que será vendida por um valor superior ao que foi investido em sua aquisição.

No caso da INTERMEDICA, a expectativa de um ciclo de pelo menos cinco anos de preparação para a venda é qualificada pelo entrevistado como de médio ou longo prazo. Se considerarmos a trajetória histórica desta empresa de medicina de grupo típica dos anos 1970, originada da atividade clínica de seu único proprietário como empresário-médico²⁰⁴ em associação com hospitais filantrópicos ao longo de décadas, podemos considerar uma radical mudança de horizonte de perspectiva na maneira pensar a empresa.

O encurtamento do horizonte temporal das estratégias corporativas e a consolidação de um mercado de compra e venda de empresas ou de carteiras de clientes compõe um ambiente de negócios típico da voga de *dominância financeira* que transparece na fala de outros entrevistados.

Em 2014, quando foi realizada a entrevista, a UNIMED RIO ainda não estava sob o regime de *direção fiscal*, acompanhamento presencial feito por um agente nomeado pela ANS para eventual solução de problemas financeiros sem que a empresa perca o seu poder de gestão, estabelecido em março de 2015 com duração prevista de um ano. Entretanto, os desafios apontados pelo seu representante naquele momento (2014), além de estarem referidos ao tema do envelhecimento da população em geral, incluem um novo modelo de precificação e o redesenho de produtos (planos de saúde) que se referem a questões setoriais de natureza estrutural.

[...] vejo cada vez mais a consolidação do setor em um processo quase que natural de concentração em grandes operadoras, e aí, eu acho, que vem um dos grandes desafios de que falei, de como lidar com aquelas estruturas menores em determinados mercados que até não geram interesse do investidor de ir buscar aquele tipo de operação pela natureza do negócio que é, eu acho que isso tem que ser muito repensado, acho que para mim um modelo novo de precificação, de redesenho de produto, ele é essencial para fomentar o modelo desse setor (entrevista com entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

²⁰⁴ O médico Paulo Barbanti, proprietário da INTERMEDICA iniciou suas atividades em associação com a Província Camiliana no Brasil no Hospital São Camilo Pompeia em São Paulo na década de 1960.

Os limites operacionais do negócio, considerando o nível de capitalização exigido pela legislação são relacionados também como desafios de difícil superação.

O estabelecimento hoje no mercado securitário isso é mais difícil de acontecer porque você estabelece os limites operacionais, então a seguradora ela somente consegue ir até o limite de capacidade patrimonial que ela tem, se ela chegou no topo se ela quer crescer, ou ela capitaliza mais e aumenta o patrimônio dela ou então ela tem que repassar uma parte daquela cobertura de risco para uma outra seguradora e você acaba fazendo aí a divisão da cobertura na proporção do prêmio distribuído (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

O representante da outra cooperativa médica selecionada, a UNIMED BH, menciona também o desafio da sustentabilidade setorial e fala em reestruturação organizacional, de medicamentos, de pessoas, do mercado, avaliação de processos, revisão de processos e planejamento estratégico.

Eu acho que o desafio atual, não só da Unimed Belo Horizonte, mas de todo setor é o desafio da sustentabilidade. Acho que a saúde suplementar está sob risco. Se for olhar as margens, os resultados, o nível de interferência judicial, é um setor que tem que achar um caminho a seguir nos próximos 10, 15, 20 anos pelo menos por que nesse momento a gente não consegue vislumbrar um futuro com essas curvas de aumento de custo assistencial e outras coisas que vão aparecendo por aí como regulamentos, regras, normas. O desafio é o desafio da sustentabilidade (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

As duas seguradoras especializadas em saúde selecionadas mencionaram, nas falas de seus representantes, desafios conexos relacionados com metas comerciais de expansão da carteira de clientes e restrições legais impostas pelo judiciário e pela agência fiscalizatória. É significativo que as seguradoras, protagonistas na montagem do aparato fiscalizatório setorial na década de 1990 (BAHIA, 1999) vejam-se agora pressionadas pelos diversos normativos emanados da ANS, pelos seus acionistas que esperam resultados e pela judicialização das relações contratuais entre seus clientes e a empresa.

Acho que o desafio maior, independente de qual operadora nós estejamos são os diversos normativos. Por ser saúde é um setor muito sensível então é o judiciário intervindo... nós temos *inputs* de todos os lugares. Os maiores desafios, com relação à ANS, são os diversos normativos e a [necessidade de a] operadora estar pontual e, especificamente, como a SULAMERICA tem capital aberto, tem uma preocupação muito grande de estar aderente a todas as normas [...] O judiciário [vem] intervindo pesadamente desconsiderando os contratos, para nós atendermos, não estarmos nem desprestigiando nem desconsiderando as determinações do judiciário nem mesmo da ANS, é uma equação de muitas variáveis (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

Eu costumo dizer o seguinte, nesse setor securitário, em geral, e de saúde em particular, fora do crescimento não há salvação. Por que eu digo isso? Porque, por exemplo, eventos médicos que antigamente eram considerados catastróficos, hoje são muito frequentes. Por conta da nova tecnologia médica, por conta do novo padrão epidemiológico da população, dentre outras coisas. Então você diluir risco, nesse mercado, é fundamental. É por isso que as pequenas e médias operadoras estão fadadas ao fracasso ou então o marco regulatório tem que ser colocado de cabeça para baixo para adequá-lo à realidade (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

A questão de escala e de diluição do risco atuarial apontada pelo representante da BRADESCO SAÚDE foi objeto de discussão na época da elaboração da Lei 9.656/98 e, assim como antes, hoje também favorece as seguradoras que, ligadas a grupos econômicos do setor financeiro, dispõem de uma base de capital consolidada frente à exposição ao risco de despesas assistenciais catastróficas. Ao contrário, as pequenas e médias empresas e aquelas com escopo de atuação regional ou periférico teriam, na visão do representante do BRADESCO SAÚDE um nível de exposição maior ao risco de falência.

Há uma contradição patente, expressa nas falas dos entrevistados, entre a necessidade de estabelecimento de garantias robustas de capital frente ao risco de despesas catastróficas com contínua expansão das carteiras de clientes para diluição deste mesmo risco e a garantia de livre concorrência entre as empresas atuantes no comércio de planos de saúde. A retórica de liberdade de escolha mediada por mecanismos de mercado e necessidade de diluição do risco atuarial com a eventual formação de oligopólios constituem vetores contraditórios que coabitam o mesmo espaço de relações no esquema de comércio de planos e seguros de saúde.

O representante da HAPVIDA, única empresa com sede em uma capital do Nordeste e que teve sua trajetória de desenvolvimento ligada à expansão de clientela em regiões do interior do país historicamente desassistidas, menciona como desafios: levar profissionais da assistência para regiões remotas e pouco habitadas do país; gerir sua rede assistencial própria com 20 hospitais e 3 mil funcionários. Como política pública de assistência propõe fomentar a complementaridade entre a rede pública e os prestadores privados separando ações típicas de saúde pública, como vacinas e prevenção, das assistenciais.

E aí acho que tem um desafio para saúde privada sim, em algumas regiões, que não é o caso de São Paulo, não é o caso do Rio de Janeiro. Nas capitais não vai ter problemas. Mas nós estamos falando de ter plano de saúde lá em Castanhal, lá em Paraopebas, no interior do Pará. A gente tem que pensar no Brasil com as características todas dele. Então são alternativas que a gente tinha que começar a flexibilizar e pensar em cidades

inóspitas, que o sujeito para chegar lá tem que pegar um barco, tem que pegar não sei quantas horas de estrada *carroçal* [sem pavimentação asfáltica] com perigo de assalto, isso tudo. Então tem que pensar nessas alternativas. Tem que abrir nossa cabeça para atender melhor as pessoas, tanto na área privada quanto na pública (entrevista com *Jorge Pinheiro* – HAPVIDA, 2014).

O lugar ocupado pelas empresas de planos de saúde dentro do sistema de assistência à saúde é um tema importante no campo da Saúde Coletiva e também aparece nas falas dos entrevistados, seja na reprodução do senso comum que atribui ao esquema de comércio de planos uma funcionalidade convergente que alivia o assédio à rede assistencial pública, seja na demarcação dos limites de atuação da esfera pública ao plano das ações de prevenção e promoção de saúde que produzam externalidades positivas.

Qualquer país que se aventure a custear 100% da saúde pública, na saúde com investimento público vai quebrar! [...] Eu não acredito num sistema puramente público. Por outro lado, por se tratar de um sistema, um serviço na interação do público e do privado é fundamental. [...] porque quando a saúde privada avança, diminui o custo do SUS, porque sobra mais recursos para menos pessoas e o SUS consegue atender melhor. E do lado privado gera mais empregos, mais renda e mais tributo. [...] já falei isso para o ministro da saúde “vamos incentivar as empresas a dar plano de saúde”. A empresa tem que ter lá um desconto no INSS. A empresa tem que ter um benefício nesse sentido, porque ela vai custear e vai desonerar o SUS. Então o governo vai ter que ajudar, até porque ele vai gastar menos (entrevista com *Jorge Pinheiro* – HAPVIDA, 2014).

Nós estamos contribuindo para a saúde, para o sistema de saúde nacional com a saúde suplementar na forma que se faz, toda a produção assistencial que existe dentro da saúde e a gente quer mostrar, toda a produção assistencial, os índices, os indicadores da saúde comparada ao Sistema Único da Saúde. [...] Nosso sistema de saúde suplementar ele ainda é visto como um sistema isolado e ele tem toda uma interação, por exemplo, precisa ter com o sistema público (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

A perspectiva futura vai depender da nossa influência e capacidade de contaminar as pessoas para criar um sonho junto dentro da iniciativa pública, privada, dando mãos [...] e a saúde pública também, fazer prevenção nesse país. Fazer os programas clínicos, dietéticos para as crianças, desde pequeninhos. (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Veria como positivo que possui importância assistencial e possui também importância econômica/social que o setor de saúde suplementar contasse com uma política de Estado que incentivasse o seu crescimento, o que não ocorre (entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

O elemento comum nas falas dos entrevistados dispostas acima é a retórica que reveste o comércio de planos de saúde de uma função social relevante mesmo para aqueles que não são

admitidos em seu esquema assistencial²⁰⁵ e disto decorre uma reivindicação de apoio na forma de subsídios, isenções ou estímulo à demanda. O pressuposto é de que os clientes das empresas não utilizam a rede assistencial pública permitindo que seus recursos sejam melhor aproveitados por aqueles que não tem planos de saúde. Da mesma forma, as externalidades positivas produzidas pelo sistema público sobre o conjunto da população são consideradas essenciais para todos sem exceção.

Nessa perspectiva a missão institucional das empresas corresponde a uma ação de relevância pública revestida dos atributos de qualidade assistencial com baixo custo que deve transcender em sintonia com as ações do Estado. As diferenças entre as diversas modalidades empresariais estão discriminadas segundo suas características fundamentais. As autogestões como empresas sem fins lucrativos que tentam reproduzir em menor escala as qualidades intrínsecas do sistema público, as cooperativas como empresas que aproximam os profissionais da assistência de uma relação direta com seu cliente realçando a qualidade ética dessa relação, as seguradoras como empresas de maior estofamento financeiro e, portanto, maior segurança contra o risco de falência e interrupção do serviço e as medicinas de grupo como uma modalidade revestida de profissionalismo especializado que permite a oferta de um serviço de qualidade com o menor custo possível. O quadro abaixo relaciona as missões corporativas de cada empresa segundo o relato dos entrevistados.

Quadro 65 - Missão das empresas selecionadas segundo representantes entrevistados

EMPRESA	MISSÃO
AMIL	Ajudar todo mundo a viver com uma qualidade de vida melhor. Segurança e qualidade de vida melhor
CASSI	Organizar um sistema de saúde privado
GEAP	A missão da GEAP é universal, ela é igual ao SUS, ela não discrimina idoso, não discrimina portadores de doenças pré-existentes, ou seja, ela absorve, ela acolhe qualquer servidor ou seu familiar que venha fazer parte do mercado chamado carteira
HAPVIDA	Não refere
INTERMEDICA	Oferecer e garantir uma prestação de serviço de saúde de qualidade a baixo custo
QUALICORP	Liderar um sistema de saúde inovador eficiente centrado nas pessoas garantindo acesso, acolhimento e acompanhamento e assim impactar positivamente no Brasil
SULAMERICA	Deixar o segurado assistido em todas as suas necessidades. Por atuar em vários ramos e, sendo saúde o mais sensível, trazer o conforto que o segurado espera, e oferecer [simultaneamente] os outros serviços que a SULAMERICA dispõe
UNIMED BH	Ser referência num sistema cooperativista sustentável, valorizar o trabalho médico assegurando aos clientes um sistema de saúde qualificado e eficiente, contribuir para o desenvolvimento social por meio do cooperativismo
UNIMED RIO	Oferecer uma solução ética com alto valor de qualidade assistencial aos usuários
BRADESCO SAÚDE	Manter um padrão de excelência para poder permanecer na liderança do mercado.

Fonte: entrevistas com representantes das empresas.

²⁰⁵ Argumento espúrio introduzido originalmente pela ABRAMGE na década de 1970. Ver quadro explicativo elaborado a partir de dados dos Anais do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972 no Apêndice.

4.2.2 Relação do grupo econômico com outras empresas do setor, usuários, prestadores e órgão regulador

O segundo bloco temático analisado se refere à relação da empresa ou grupo econômico com outras empresas do setor saúde, com usuários, com prestadores e com a Agência Nacional de Saúde Suplementar, ou seja, refere-se a conteúdos que se projetam para além dos limites imediatos da empresa ou grupo econômico representado.

A interface mais destacada de relacionamento contemplada pelo conteúdo das falas se refere à ANS e, de forma mais específica, ao mecanismo de ressarcimento das despesas realizadas por clientes de planos de saúde em unidades assistenciais da rede pública.

Há um consenso entre os entrevistados com relação à importância do papel desempenhado pela agência para o desenvolvimento do setor. Ou seja, os representantes das empresas consideram importante e necessária a existência de um órgão da burocracia estatal atuante no campo onde se operam as relações comerciais e contratuais de intermediação da assistência por meio de planos ou seguros de saúde, portanto, não se opõem à existência da ANS.

Questiona-se, entretanto, o modo de atuação desta burocracia especializada em relação a aspectos específicos como, por exemplo, em relação ao mecanismo de cobrança do ressarcimento devido pelo uso de instalações públicas por seus clientes. Nesse caso não há consenso entre os entrevistados e há quem defenda a extinção da cobrança.

Quadro 66 - Opinião dos representantes das empresas sobre o ressarcimento ao SUS

EMPRESA	OPINIÃO SOBRE O RESSARCIMENTO
AMIL - <i>Edson Godoy de Bueno</i>	Nós temos que ressarcir ao SUS e acabou. Pagamos noventa milhões
HAPVIDA - <i>Jorge Pinheiro</i>	Não refere
GEAP - <i>Luís Carlos Saraiva Neves</i>	Nós fazemos o ressarcimento ao SUS. Entendemos que devemos fazer o ressarcimento porque se ele não foi atendido na rede, foi atendido no SUS e usou os recursos, os insumos. A gente só precisa discutir um pouquinho o valor da tabela, ela é pesada.
SULAMERICA - <i>Mônica Nigri</i>	A SULAMERICA ressarce integralmente. É um serviço que foi prestado pelo SUS, é um direito do segurado poder optar. A cobrança tem que ser feita de forma mais inteligente, a gente vê beneficiários que já cancelaram o produto, beneficiários que tem 2, 3 planos de saúde sendo uso comum. Se nós trouxéssemos mais inteligência para o ressarcimento [seria melhor] até porque gasta-se um “caminhão” de dinheiro para fazer impugnações, para cada operadora fazer impugnação.
CASSI - <i>Davi Salviano de Albuquerque Neto</i>	Eu faço ressarcimento ao SUS, mas eu digo uma coisa, eu não conheci nenhum gestor da CASSI que tivesse qualquer tipo de ação para incentivar o uso do hospital do SUS para reduzir o custo da CASSI. Acho que a gente deveria não perder muito tempo com o que nos separa. A gente deveria melhorar e aprimorar o que nos une e principalmente sair com ações concretas.
INTERMEDICA - <i>Luiz Celso Dias Lopes</i>	Aqui nós temos um sistema duplicado, você contribui você pode ser usuário, você pode ser os dois e aí isso já dificulta um pouco a minha ideia de ressarcimento ao SUS. O ressarcimento ao SUS, da forma como ele está desenhado, ele é inconstitucional. Tem uma premissa equivocada, ele acha que todo atendimento de alguém que tem plano de saúde, ao Sistema Único de Saúde parte de um ato ilícito da operadora, de negar acesso a ele. Hoje, a maneira como a agência

	cobra o ressarcimento ao SUS é insustentável. Porque a agência tem um andar inteiro aqui, mas daqui a pouco vai precisar de dois andares, vai precisar de duzentos, quinhentos servidores, está ficando cara essa conta para o retorno que se tem. Será que o ressarcimento ao SUS, ele funciona também como uma rede credenciada de algumas operadoras que não têm capacidade de atendimento mesmo em algum lugar, e acaba sendo um bom negócio?
BRABESCO - Márcio Coriolano	O ressarcimento não é expressivo em termos financeiros. O que pagamos de ressarcimento ao SUS, anualmente, não chega a um dia de sinistros.
QUALICORP - Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo	O ressarcimento ao SUS é uma realidade. Entendo que cada evento devido por sua utilização deva ser ressarcido aos cofres públicos ainda que seja importante ressaltar que essa utilização é absolutamente pontual, em torno de 2% dos procedimentos do SUS e muito relacionados aos atendimentos de emergência como partos, SAMU etc.
UNIMED RIO - Walter Cesar	Eu acho que teria realmente que haver um ressarcimento. O que eu vejo hoje é que tinha que haver um certo equilíbrio nesse negócio de uma maneira que as empresas pudessem contribuir de uma certa maneira, mas dentro de tabelas que fossem aceitáveis, acho que alguns padrões que foram aplicados de reembolso desse ressarcimento, eles extrapolaram e muito os próprios valores que são remunerados pelo SUS aos seus prestadores.
UNIMED BH - Helton Freitas	Sou radicalmente, veementemente contrário. Acho uma estupidez. Na medida que minha operadora é cobrada pelo ressarcimento, quem vai pagar por isso? Não é ela não. Sou eu. Se eu sou cidadão, sou contribuinte e beneficiário do sistema público. Se alguém comprou o plano, mas tem que usar a rede do SUS então existe algum problema, pois essa operadora não está provendo rede adequada. Isso não se resolveria com o ressarcimento, mas com outras medidas regulatórias com relação a essa operadora. Não tenho dúvida nenhuma de que o ressarcimento gastou muito mais dinheiro no que arrecadou. Qualquer imputação de preço e custo à operadora ela necessariamente recai sobre o consumidor.

Fonte: entrevistas com representantes das empresas. Elaboração própria.

De forma esquemática relacionamos abaixo os principais argumentos apresentados pelos diversos entrevistados com relação ao ressarcimento ao SUS das despesas assistenciais realizadas por clientes de planos de saúde em unidades assistenciais públicas.

Quadro 67 - Principais argumentos dos entrevistados sobre o ressarcimento ao SUS

O ressarcimento é devido, mas é caro. A tabela deve ser revista
O ressarcimento é devido, mas a cobrança não é inteligente. Ocorrem cobranças indevidas que geram impugnações
O ressarcimento é devido, mas não deve ser o tema central na relação da ANS com as empresas
O ressarcimento é inconstitucional e é insustentável por que a ANS gasta mais com a manutenção da estrutura de cobrança do que efetivamente arrecada
O ressarcimento é financeiramente inexpressivo e, portanto, desnecessário
O ressarcimento não deve ser cobrado por que, em última instância quem paga por ele é o cliente das empresas por meio de aumento nas contraprestações devidas

Fonte: entrevistas com representantes das empresas. Elaboração própria.

Além da questão específica do ressarcimento, outros aspectos mencionados pelos representantes das empresas na relação com a ANS podem ser destacados como objeto de análise.

O argumento que considera a existência de dois sistemas de saúde, um público e outro privado, foi desenvolvido na década de 1970 no âmbito das associações empresariais médicas e obteve expressão institucional mais clara a partir de 1975 com a definição do Sistema Nacional de Saúde e seus subsistemas. Da mesma forma se estabeleceu a ideia de que o sistema público padece de

uma deficiência estrutural na gestão de seus processos que contrasta com a excelência gerencial observada nas organizações privadas.

A Agência Nacional de Saúde, ela tem realmente que saber o seguinte: nós temos dois sistemas maravilhosos. Temos que estudar como nós vamos aumentar a arrecadação para o SUS. Mas não adianta arrecadar só a mais, sem a gestão. Tem que fazer os dois ao mesmo tempo (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Embora reconhecendo o lugar da ANS, é frequente a defesa da ideologia de livre mercado autorregulado como parâmetro de relações entre os agentes com uma nota contraditória que reivindica incentivo estatal e defende um nível ideal e apriorístico de concentração de empresas equidistante do oligopólio e do grau de dispersão observado atualmente. O direito à portabilidade das carências na migração entre planos de diferentes empresas é criticado.

Que o mercado se resolva, que não precise haver intervenção do Estado, que é traumática. Mesmo que o Estado resolva através da agência, resolva através da portabilidade especial, é traumático. Então, a partir de agora você é obrigado, aí [...] a operadora A, B e C e a operadora não está aparelhada para poder receber esses usuários. [...] De um lado nós temos que cuidar de um oligopólio, para que isso não exista, que está muito longe disso. A principal empresa do Brasil deve ter 8% do mercado. Então, entendendo que, com margem de segurança, caminhar mais na concentração porque é preciso. Porque muitas empresas não têm condições de sobreviver. E o mercado não está mais se resolvendo porque não há política que incentive (entrevista com *Jorge Pinheiro* – HAPVIDA, 2014).

Eu acho que o principal problema que a ANS deva estar vivendo hoje é que o expediente da portabilidade é muito bonito no conceito, mas quem porta o quê hoje no mercado brasileiro? Como dar portabilidade para quem não tem a mesma cobertura que eu tenho, não tem a mesma rede que eu tenho, não tem o mesmo preço que é preciso para equilibrar o plano de saúde (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Entre os representantes das empresas denominadas de autogestões em saúde, há uma crítica à aplicação de parâmetros de avaliação comuns às empresas comerciais e uma reivindicação de que a agência deveria reconhecer as peculiaridades de cada uma e expressar esse reconhecimento por meio de normativas diferenciadas. Além disso há referências à ênfase em aspectos que não projetam uma visão de perspectiva futura para o setor que, em certa medida são convergentes com críticas de representantes de seguradoras ao analisarem a evolução da política fiscalizatória da agência no longo prazo.

Das notificações que a ANS faz que a gente tem umas coisas que a gente tem dúvida e que a gente acha também que é um pouquinho injusto, uns fatores de multiplicação e de

determinação do peso de avaliação da operadora pela DIOPS que são subjetivas e temos que entender melhor.

Diferentemente de um plano de saúde privado que faz uma análise de viabilidade financeira, mercadológica, enfim se o mercado está muito caro, mercado de São Paulo está caro, eu tiro minha ação de lá e foco no Rio. A UNIMED está em queda, então eu vou aproveitar. A GEAP não tem condição e nem interesse de fazer isso. Hoje a ANS está com o perfil de ter, ela ainda está aprimorando uma série de normativas, uma série de questões que vão contemplar este tipo de diferenciação entre as operadoras (entrevista com *Luís Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

A ANS, ela, nesse tempo todo tem desenvolvido uma série de mecanismos de regulação, uma série de exigências normativas. Nós passamos o dia, parte expressiva do nosso dia, atendendo demandas da agência de toda ordem. Mas a ANS ela pode e deve, na minha opinião, atuar ainda mais na discussão estratégica da saúde. Se nós não discutirmos modelo de saúde, que sistema de saúde suplementar nós vamos ter no Brasil daqui a 20 anos? Ou, vai ter sistema de saúde suplementar daqui a 20 anos? Porque eu tenho sérias preocupações (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Acho que teve essa micro regulação que foi importante, mas que tirou o foco da ANS, de novo, das grandes questões do marco regulatório.

Eu entendo que agora, depois que lançou a agenda regulatória para 2014-2017, que a ANS está procurando abandonar a micro regulação e se voltar novamente para grandes temas de organização do setor (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

No caso de empresas de capital aberto selecionadas, como as seguradoras especializadas em saúde, o reconhecimento do lugar de *proximidade* ocupado pela ANS em relação ao setor é acompanhado de uma crítica à dinâmica de frequentes mudanças no acervo normativo. Os mecanismos de *governança corporativa* impõem a esse tipo de empresa um nível elevado de comprometimento com as normas fiscalizatórias para comprovação junto aos acionistas e disso resulta um alto custo administrativo.

Os maiores desafios, com relação à ANS, são os diversos normativos e a [necessidade de a] operadora estar pontual e, especificamente, como a SULAMERICA tem capital aberto, tem uma preocupação muito grande de estar aderente a todas as normas.

A agência tem estado bastante próxima do setor, não só da SULAMERICA, e da FenaSaúde, mas tem discutido bastante o setor. Tem ouvido. Nessa mudança de diretoria, eles expuseram na Câmara de Saúde Suplementar quando da posse dos novos diretores, [que] pretendem uma maior aproximação com o setor. [Considero] importantíssimo essa troca. Tem agora duas servidoras de carreira²⁰⁶ [na diretoria] o que também confere uma continuidade [...] (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

²⁰⁶ Refere-se, em 2014, a *Martha Regina de Oliveira* - Diretora de Desenvolvimento Setorial e a *Simone Sanches Freire* - Diretora de Normas e Habilitação das Operadoras Interina.

A fala do representante da QUALICORP indica também a presença forte do investidor/acionista no centro do espaço da vida corporativa.

[...] é muito diferente de ser uma empresa de um dono só, ser uma empresa que tem de prestar contas a muita gente, desde o órgão regulador aqui [ANS] a uma CVM [Comissão de Valores Mobiliários] a 2.000 investidores e assim por diante. Nós temos uma área toda de FCBA [*Fair Credit Billing Act*- Lei Federal de 1974 para proteção do consumidor estadunidense contra práticas injustas relacionadas com transferências entre contas bancárias ou cobranças indevidas] com relação ligadas a questões éticas ligadas às regras norte americanas, *compliance* [conformidade, concordância com parâmetros prévios estabelecidos], área de auditoria interna e externa (entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Ainda dentro de uma visão de *proximidade* da ANS com o setor, é possível compreender melhor o significado dessa relação para as empresas. O entrevistado defende a ação da agência e eventualmente a ampliação do seu escopo para alcançar os fornecedores e prestadores de serviços assistenciais. Nesse caso, as empresas de planos de saúde são apresentadas como a parte frágil em uma relação assimétrica onde os prestadores detêm informações não acessíveis a quem faz a intermediação com o usuário. A contradição está na demanda por mais ação fiscalizatória, desta vez para proteger as empresas de planos de saúde e além disso articular a garantia de uma política assistencial na rede pública do SUS que seja convergente com os interesses do setor.

Para o setor de saúde, a gente vê claramente que houve um ganho exponencial em termos de organização, em termos de profissionalização do setor com a regulação e obviamente aí tem o mérito também da atuação do órgão regulador nesse sentido. Órgão regulador que também vem aperfeiçoando a regulação, no sentido de maior participação no setor, maior discussão seja, na Câmara de Saúde Suplementar, seja nas câmeras técnicas, então há uma preocupação da ANS com a higidez, com a sustentabilidade do setor de forma que, obviamente que a ANS também atua por estar ainda preenchendo algumas falhas. Que são a razão até da regulação na melhor informação, na redução da assimetria de informação entre operadoras e consumidores especialmente e entre operadoras e prestadores, um desafio grande da ANS ainda é justamente regular essa relação operadoras e prestadores provedores de serviços justamente porque há uma ausência normativa de competência nesse sentido para a agência, inclusive, que traz uma preocupação para as operadoras que é: muitas vezes a agência tenta regular os prestadores obrigando as operadoras, só que isso muitas vezes não dá certo, quando ela passa a exigir algumas coisas ela falta combinar com o SUS, como os prestadores não tem nenhum tipo de sanção e a ANS não tem poder de polícia sobre eles, a gente acha que há uma ausência nesse sentido. Não estou aqui defendendo mais regulação, seria até um contrassenso (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Há questões basilares relacionadas com os princípios adotados na elaboração do marco normativo em 1998 e em 2000, quando da criação da ANS, que ainda repercutem nas falas dos entrevistados e questionam o grau de concentração das empresas do setor, as peculiaridades observadas no Brasil em relação ao modelo estadunidense e o espaço ocupado pelas seguradoras nesse cenário.

O principal desafio da ANS é ter herdado um mercado, que *strictu sensu*, se ela tivesse que submetê-lo a regras universais de solvência, teria que fechar 80% das empresas. É simples assim. Não existe mercado de saúde privada como o brasileiro em lugar nenhum do mundo. Um mercado com mais de 1.200 empresas operando. Aí prevalecem os mesmos requisitos do mercado securitário em geral. Há que se ter escala para diluir riscos, capital e solvência para garantir riscos enormes como os da saúde (entrevista com Márcio Coriolano – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Há também questões relacionadas com a influência política na nomeação da diretoria da agência, com o perfil político dos membros da diretoria colegiada e com a expectativa da parte das empresas de que os membros da diretoria sejam comprometidos com o desenvolvimento e expansão do setor inclusive assumindo a viabilização de pautas específicas como o desenvolvimento de mecanismos de preço para prestadores diferentes da tradicional tabela tipo *fee-for-service*²⁰⁷, na perspectiva de redução dos seus custos de operação. Mais uma vez aparece a ideia de que falta uma ação fiscalizatória coordenada que envolva simultaneamente empresas de planos e seguros de saúde, prestadores e o SUS. Há uma expectativa sobre o desenvolvimento de formas alternativas de remuneração de prestadores no âmbito de entidades como a FenaSaúde.

A FenaSaúde está pretendendo discutir modelos mais gerais; ela não substitui as associadas. O que estamos discutindo na FenaSaúde é o DRG²⁰⁸ (*diagnosis related group*), um novo modelo de pagamento para a rede prestadora de serviços. Mas, onde esse modelo foi desenvolvido, o Estado, o poder público, foi quem contribuiu para fazer avançar [...]

[...] nós estamos vivendo um momento em que, no meu modo de entender, a ANS adquiriu um grau de maturidade elevado, após 17 anos de regulação, mas isso não se traduz em nova ação efetiva por conta das acomodações políticas. Acaba o mandato do presidente agora [em 2014], ninguém sabe quem vai substituí-lo, quem vai ser o novo diretor-presidente²⁰⁹. Há dois diretores novos, que sequer eram da Casa. Isso dificulta a previsibilidade normativa. E é por isso que eu atribuo tanto importância ao marco regulatório. Acho que a agenda regulatória pode ser um instrumento capaz de propiciar

²⁰⁷ Pagamento por procedimento segundo tabela pré-estabelecida.

²⁰⁸ É uma metodologia de compra de serviços, gerenciamento de custos e da qualidade assistencial-hospitalar, que permite a elaboração de pacotes - clínicos e cirúrgicos - para a comercialização de serviços hospitalares, tendo como base informações coletadas a partir da internação. DRG - *Diagnosis Related Groups* (Grupos de Diagnósticos Relacionados), foi concebida em Yale e está em uso por governos, hospitais e operadoras em países da América do Norte, da Europa ocidental, da África (África do Sul), da Ásia e da Oceania.

²⁰⁹ De fato, em 2015 assumiu José Carlos Abrahão como Diretor-presidente da ANS para um mandato de dois anos. Abrahão havia sido, anteriormente, presidente da Confederação Nacional de Saúde - CNS, Federação de Hospitais do Rio de Janeiro - FEHERJ e da *International Hospital Federation* - IHF, entidades representativas de prestadores privados.

estabilidade e uma linha de orientação a longo prazo (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

O setor tem que se desenvolver, tem que crescer, mas como é que cresce um setor num Ministério que é basicamente pró-SUS? Pró-SUS não, sanitaria, e que vê o setor de saúde suplementar com muitas reservas. Hoje, se a ANS, o Ministério da Saúde, não entrarem usando a sua autoridade, o seu poder de coordenação para juntar esses elos todos, dificilmente haverá avanços na mudança do modelo de *fee-for-service* que tem elevado preços a níveis nunca antes experimentados no Brasil (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

A agência é um órgão que está aí para regular o mercado com normas de controle e fiscalização da saúde privada. Entendo que vem sim, cumprindo seu papel em relação a isso e, na verdade, penso que existem outros pilares importantes nessa relação que a ANS não traz para a sua regulação por força de lei. Não está previsto, por exemplo, que a ANS tenha uma interação diretamente com os hospitais, com os médicos, com os laboratórios. Como é que você busca a regulação do mercado e depende exclusivamente de uma operadora, de uma administradora de um produto? (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Além da influência da Teoria Geral do Seguros na conformação do marco normativo setorial no final dos anos 1990, também pode-se dizer que a edição do novo Código de Defesa do Consumidor, que havia sido sancionado em 1990 (Lei 8.078), serviu de moldura para a definição do modelo de fiscalização praticado pela agência nos seus primeiros anos. Alguns entrevistados consideram que um viés consumerista não seria o mais adequado para as políticas da ANS.

[...] eu acho até que sou suspeito, eu acho que a atuação da ANS nos últimos anos, na minha opinião, ela tem sido bastante positiva, a única coisa que acho que precisa evoluir é que a função da ANS, e até talvez pelo cunho dessa regulamentação, que é uma regulamentação com apelo consumerista muito forte, eu acho que você acaba não, em algumas situações, não tendo um perfeito equilíbrio no papel do regulador dentro desse setor, então você acaba muitas vezes tendo um enfoque muito consumerista (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

Existem questões que, na nossa avaliação, a própria agência, às vezes, não se define muito bem o que ela é. Se ela é um PROCON, se está aí para fomentar o setor, ou para não fomentar o setor, para desidratar o setor. Não fica claro o rumo que a agência está levando o setor, em que direção e de que forma ela coloca. Ao lado de regular, de sanear, de melhorar a questão competitiva, no sentido de colocar os competidores mais equilibrados dentro do mercado (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Duas outras questões sobre o relacionamento com a ANS aparecem na entrevista do representante de uma cooperativa médica. A primeira, também mencionada por outros entrevistados, refere-se às Resoluções Normativas 195 e 196 que tratam dos planos coletivos por adesão e do campo de atuação das administradoras de benefícios. Sobre essa questão fica evidente que há insatisfação

da parte de alguns entrevistados que entendem que suas empresas ficaram expostas a mais um nível de intermediação na celebração de contratos com usuários da assistência. A segunda trata da fiscalização e do controle sobre o reajuste de preço das mensalidades de contratos individuais praticado pela ANS. O nível alto de controle é considerado um entrave à expansão da comercialização desse tipo de contrato.

[...] eu vejo uns “pontos negros” da agência como as Resoluções 195 e 196 dos contratos coletivos por adesão; essa questão sobre os planos individuais, a Agência vai ter que se debruçar sobre isso, achar uma forma de se equacionar essa problemática dos planos individuais, acho que as pessoas têm que ter o direito de comprar planos individuais nas condições necessárias e as operadoras tem que ter segurança para vender esses produtos. É um grande absurdo, a operadora que vive para vender plano, hoje não vende plano, isso é um paradoxo, tem alguma coisa aí que não está sendo considerada. O paradoxo é a imprevisibilidade. Eu te vendo um produto hoje precificado a um determinado valor, e esse contrato pode durar mais 100 anos, o titular do plano pode viver mais de 100 anos. Essa questão precisa ficar equilibrada.

Nós já temos uma questão de custo na saúde suplementar que é extremamente complicado e reflete no preço, naturalmente, inexoravelmente. **A 195/196 impõe um intermediário, que põe mais 20 a 25% no custo, sem agregar nenhum valor** [grifo nosso]. Então eu acho que para um setor que já está como está, não foi uma boa medida. As questões que se tentou regular com as resoluções 195/196 poderiam ser reguladas de formas mais inteligentes e isso é algo que precisava ser revisto. Quem tem competência para intermediar plano de saúde no mercado que se estabeleça, agora o órgão regulador impor da forma como impôs eu acho isso muito complicado (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Na relação das empresas entre si há, em alguns casos, uma disputa pela participação nas mesmas carteiras de clientes, mas também é possível identificar que o universo de usuários e de empresas não constitui uma totalidade homogênea isenta de segmentações e particularidades.

O representante da maior empresa de medicina de grupo selecionada (AMIL) refere uma participação de 9% no total de beneficiários e cerca de 11% da receita do setor. O representante da AMIL participa ativamente de entidades representativas de empresas comerciais.

Agora mesmo, acabou de a câmara de comércio americana me chamar para "*board member*", eu falei o seguinte: agora eu não posso, esse ano. Eu falei aqui bem agora aqui com ele, o presidente da câmara de comércio. A daqui do Rio de Janeiro a gente participa, mas eu, eles querem que eu participe da câmara de comércio americana. Mais pela *United* também, tem aí tudo isso. Hélio Magalhães [presidente do conselho de administração da Amcham-Brasil, representa o Citibank], que é o presidente. Ele me ligou agora, eu prometi para ele que ia entrar esse ano, mas eu falei "agora não dá". O meu homem principal acabou de ter um infarto essa semana. Eu não vou entrar num lugar que depois eu não vou. Próximo ano eu vou. Então é o seguinte, esse ano agora eu vou pular, mas no outro estarei de "*board member*" da câmara americana (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Refere participar também, individualmente como *board member* do *Bank of America* e do *United Health Group* que controla a AMIL.

Eu sou "board member" do Bank of America mundial. Eu sou "board member" da United Health Group que é a décima sétima maior empresa americana. [...] Domingo à noite eu tenho um jantar em Nova York do *Bank of America*, no dia seguinte começa. A última reunião terminou com o Clinton e a outra com o Bush. Cada uma então, quer dizer, isso aí é bom por quê? Porque me abre a cabeça. [...] Tem o ex-ministro de finanças da França, o da Merkel, então o cara do Japão. Então o que eu aprendo eu tenho que voltar, são três dias. Mas essa é que é a realização da minha vida. (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

O representante da INTERMEDICA se refere à ação integrada de um grupo de três empresas²¹⁰ que inclui uma seguradora e revela sua estratégia de vendas pautada na diferenciação do *status* sócio ocupacional dos trabalhadores.

Temos uma seguradora que trabalha num *ticket* médio, ou seja, geralmente a estratégia é: quando eu vendo para uma empresa, normalmente os funcionários optam, a empresa compra a Intermédica a um preço menor para oferecer aos funcionários, mas muitas vezes eles têm um nível hierárquico, diretoria, gerência ou mesmo os proprietários, um plano com uma característica de acesso diferenciado como, por exemplo, a livre escolha, então tem uma seguradora que tenha necessariamente a livre escolha como opção e planos que oferecem desde planos um pouco mais estruturados, na capacidade de escolha, mas ainda tem um baixo *ticket*, então você tem produtos na Notredame Seguradora, como tem também nas demais seguradoras Bradesco, Sulamérica como a própria Amil, que vão desde planos básicos, intermediários a planos *top* [...] (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Os dois grupos econômicos selecionado identificados, em geral, apenas como *medicinas de grupo* (AMIL e INTERMEDICA), de fato compõem um sistema comercial que inclui também seguradoras especializadas em saúde de tal forma a ajustar a oferta de produtos e seus preços com a capacidade de pagamento da clientela segmentada por extrato sócio ocupacional. A nova conformação híbrida do setor levou esta empresa, segundo refere o representante da INTERMEDICA, a abandonar seu relacionamento com a ABRAMGE e priorizar a participação na FenaSaúde.

A ABRAMGE e a FenaSaúde tinham objetivos semelhantes então não havia porque [participar de ambas], como o grupo tinha uma atuação maior do que a medicina de grupo, e haviam *medicinas de grupo* também na FenaSaúde eu diria que era desnecessário e participar dessas associações denota um acompanhamento, reuniões, tira um tempo duplicado dos executivos, desnecessário. Então nós entendemos que havia

²¹⁰ Intermédica Sistema de Saúde; Interodonto Sistema de Saúde Odontológico e Notredame Seguradora.

uma superposição da ABRAMGE. Ah, mas ABRAMGE defende o interesse só da medicina de grupo, mas a FenaSaúde também tem medicina de grupo e também defende o interesse da medicina do grupo (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

O representante da BRADESCO SAÚDE põe em destaque o padrão híbrido instituído pelos marcos legais do setor em particular no que se refere à homogeneização entre seguradoras e as demais empresas lucrativas.

Participamos, hoje, com perto de 44% do mercado das seguradoras de saúde. O que tem acontecido é uma estabilização das demais seguradoras especializadas em saúde que são: Marítima, Porto Seguro e Allianz, o que aumenta o nosso *market-share* nesse segmento. O importante hoje, não é nos compararmos com seguradoras especializadas, e sim nos compararmos com o mercado de operadoras em geral, porque **acabou a diferença entre seguradora e não seguradora** [grifo nosso]. Isso só existe na cabeça de alguns. Então nossa participação no mercado global é de 12%, hoje, em termos de beneficiários (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014)²¹¹.

A homogeneização de empresas que originalmente atuavam em diferentes setores da economia tende a se expressar também nas instituições representativas de seus interesses corporativos reunindo em volta da mesma mesa representantes das seguradoras tradicionais, das medicinas de grupo mais antigas e de neófitas como a HAPVIDA.

Participamos da FenaSaúde. A Bradesco Saúde ocupa, até 2016, a presidência da FenaSaúde. E quem é a FenaSaúde? Primeiro, as seguradoras se juntavam em torno de uma entidade federativa que era a FENASEG, a federação de todas as seguradoras. Mas, com a lei 9.656 as diferenças entre seguradoras e não seguradoras começaram a se apagar. Então, a tendência das maiores operadoras, e que já estavam consolidadas no mercado, foi de se aproximarem mais. Então foi criada a FenaSaúde, que hoje representa 17 grupos de operadoras. Participam dela as 9 seguradoras de saúde e mais outras grandes operadoras médicas e odontológicas, como Amil, Intermédica, Odontoprev, e agora, recentemente, a Hapvida (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

O representante do BRADESCO SAÚDE refere também participar, na condição de presidente da FenaSaúde (2014) da Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS. Também como FenaSaúde, refere participar do Fórum de Saúde Suplementar, que reúne ABRAMGE,

²¹¹ Nessa fala o representante da BRADESCO SAÚDE não faz referência à SULAMERICA Seguradora que comercializa seguro-saúde, e conta com quase 2 milhões de beneficiários.

UNIMEDs, UNIDAS e as Filantrópicas. Além disso refere atuação como financiador do *Think Tank* Instituto de Estudos de Saúde Suplementar-IESS, atuante destacado na construção e veiculação da ideologia empresarial em saúde e na Aliança para a Saúde Populacional – ASAP²¹².

No que se refere às relações institucionais com prestadores e com as empresas empregadoras que asseguram o fluxo de clientes vinculados por relação de trabalho, o representante do BRADESCO SAÚDE refere a existência de contradições e lacunas na articulação entre esses agentes.

Temos com a ANAHP [Associação Nacional de Hospitais Privados] que congrega os maiores hospitais, mas hoje em uma situação muito mais de conflito do que inter-relacionamento. A FenaSaúde tem procurado, em um passado mais recente, se aproximar das Federações de compradores dos planos de saúde, como as federações da indústria, do comércio, exatamente para tentar mostrar para eles o que a gente enxerga no setor. Afinal, são as empresas que pagam a conta da saúde dos seus funcionários (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

A QUALICORP se destaca como um caso de empresa que, inserida no espaço de transações comerciais da assistência à saúde, e tendo acumulado capital a partir de suas relações com essa base material de produção de serviços, se apresenta, na fala de seu representante, com uma identidade que expressa uma ambiguidade fundamental.

A QUALICORP é um grupo econômico [grifo nosso], mas eu guiei as respostas que aqui estavam tomando a QUALICORP como Operadora de saúde classificada como Administradora de Benefícios. Como Administradora de Benefícios eu tenho mais de 1.800.000 clientes em planos coletivos sejam coletivos empresariais ou coletivos por adesão. Nos coletivos empresariais nós temos um cenário muito forte, especialmente com uma empresa que nós adquirimos chamada ALIANÇA [Aliança Administradora de Benefícios de Saúde] que tem o foco no atendimento a órgãos públicos, concorrência de órgãos públicos onde a gente participa através da ALIANÇA e oferece algo que acaba sendo facultativo, não é uma empresa, é um órgão onde as pessoas têm um plano e podem aderir a este plano e contratar. Temos as principais operadoras como parceiras no país e mais de 500 entidades de classe como clientes pessoas jurídicas.

Como grupo econômico eu tenho outras pernas que são, por exemplo, a tradicional corretora [QUALICORP corretora]. Eu interajo como corretora quando uma empresa contrata diretamente com uma operadora e oferece para os seus funcionários. Ela [a

²¹² A ASAP é uma organização que reúne empresas com interesses comerciais no setor de saúde em torno do conceito de Gestão da Saúde Populacional – GSP para atuação conjunta na defesa e disseminação de práticas corporativas imbuídas de *responsabilidade social*. Sua fundamentação teórica mistura uma base gerencialista (Michel Porter e seu conceito de *cadeia de valor*) com elementos afins aos modelos mais abrangentes de governança corporativa com responsabilidade social. Trata, de forma específica, de uma tentativa de conciliação das questões éticas e sociais relacionadas com a mudança do perfil etário das populações urbanas e a subsistência do modelo de negócios das empresas que auferem lucro com o comércio de produtos e serviços voltados para essas populações. O representante da INTERMEDICA também refere participar da ASAP.

empresa] precisa de uma corretora, de uma consultoria. A QUALICORP fez recentemente a aquisição de duas empresas da TEMPO SAÚDE. CRC/ *connectmed* têm um foco na gestão da saúde dos beneficiários nas empresas que têm os seus contratos. A autogestão da WOLKSVAGEM nos contrata para fazer essa gestão. Temos contrato com a BR [distribuidora], com a PETROBRAS e outras empresas. A QUALICORP sinaliza, com essa aquisição sua preocupação com relação ao bem-estar das pessoas e à gestão da saúde. Nós não compramos a TEMPO, só duas empresas do grupo TEMPO (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

De fato, aqueles usuários, inclusive servidores públicos, que são clientes da QUALICORP são também clientes de outras empresas de intermediação da assistência constituindo uma rede complexa de relações entre empresas e grupos de empresas por onde circulam as pessoas e os recursos destinados, em última instância, ao financiamento da prestação assistencial. A QUALICORP se posiciona no espaço virtual de intermediação de segundo nível entre empresas de planos de saúde, usuários e as empresas empregadoras entre si.

As cooperativas assumem um modelo de organização integrado que agrega, além de seguradora própria, uma *holding* de participações voltada para a gestão financeira do conjunto das empresas singulares. Ao hibridismo dos elementos comerciais fundamentais ao esquema de funcionamento dos planos de saúde se acrescenta a idiosincrasia do sistema cooperativista com seus níveis de organização regionais em uma estratégia que pretende ser convergente a ponto de evitar disputas fratricidas entre as diversas singulares por carteiras de clientes.

[...] existe uma empresa de participações, no sistema UNIMED, e essa empresa é a controladora da seguradora, da SEGUROS UNIMED. A UNIMED BH tem uma participação relevante de 11%, na UNIMED PARTICIPAÇÕES que é uma *holding*. A UNIMED do Brasil tem 15% e nós temos 11%. A UNIMED BH tem uma participação muito forte nessa outra instituição/entidade (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

A gente hoje, no Rio de Janeiro, a gente participa hoje com 26% no mercado hoje no Rio de Janeiro, a gente hoje é líder no mercado (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

As duas autogestões selecionadas (CASSI e GEAP) obedecem a um padrão específico no relacionamento com a clientela construída, em sua maioria, por servidores públicos e funcionários do Banco do Brasil. A magnitude da população de clientes é relevante e o padrão de articulação público/privado é característico.

A GEAP é uma empresa de autogestão e ela está situada justamente nessa fatia do mercado da saúde suplementar, nas autogestões. Ela faz parte das UNIDAS²¹³. Ela é a segunda maior autogestão. Nós dois temos 605.000 beneficiários e na UNIDAS, a GEAP ocupa o cargo de Diretoria Técnica [...] no mercado como um todo, nós somos a 12ª maior, no todo, no bolo total das instituições. E com relação a esse investimento, nós não temos investimento externo. Nós não fazemos este tipo de investimento. Até porque a GEAP tem todo um escopo de estatuto, de composição como empresa que delimita muito esta questão como atuar. Nós podemos fazer parcerias [...] (entrevista com *Luís Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

Nós somos patrocinados pelo Banco. O Banco é patrocinador da CASSI na metade das receitas do plano de associados. Então isso significa o seguinte: nós somos mais ou menos, arredondando, tirando os convênios de reciprocidade, nós somos 800.000 vidas, mais ou menos. Então, das 800.000 vidas, cerca de 400.000 são de funcionários do Banco do Brasil e dependentes até, dependentes de funcionários do Banco do Brasil diretos. Então filho, enteado, que é filho agora, e marido ou mulher. Todo o resto, pai, mãe, filho depois de 24 anos, ex-funcionário, sogra, sogro, tudo isso está em outro plano chamado “plano CASSI família”. Então se você pegar as 800.000 vidas, nós temos 10.000 que são as vidas do plano de funcionários, funcionários próprios das CASSI e do restante, meio a meio está com o “plano CASSI família” e com o plano de associados. O Banco do Brasil participa com a metade das receitas do plano de associados (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

A CASSI, tendo fortes ligações com o setor financeiro por intermédio do Banco do Brasil que é seu patrocinador, tem participação em uma empresa de gestão em saúde em associação com o BRADESCO SAÚDE e com a administradora de cartões de crédito CIELO.

Então nós fazemos parte do grupo do Banco do Brasil, não como coligada, porque o Banco não é dono majoritário, mas como patrocinada. Nós só participamos de uma empresa que é a Companhia Brasileira de Gestão em Saúde. O nome mercantil dela é a *Orizon*²¹⁴. É uma empresa que foi fundada pela CASSI, pela Bradesco Saúde, pela *Cielo*²¹⁵, lá em, acho que 2008, 2007, por aí. E qual era o objetivo dela? O objetivo dela era ter uma empresa em que todas as transações possíveis de serem realizadas de forma eletrônica, fossem. Que viabilizasse a troca das faturas em meio magnético, sair do papel, e uma empresa que desenvolvesse outros serviços para eu não ter que desenvolver, por exemplo, essa questão dos materiais de consumo, dos materiais de alto custo, que hoje estão inviabilizando o sistema de saúde, totalmente. Então a ideia era essa (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Além da União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde – UNIDAS, da qual participam a GEAP e a CASSI, outras entidades representativas do setor são apontadas nas falas

²¹³ União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde é uma entidade associativa sem fins lucrativos, representante do segmento de autogestão no Brasil, que compreende um universo de cerca de 5 milhões de clientes atendidos por planos de assistência à saúde administrados por aproximadamente 140 instituições filiadas. Criada em novembro de 2002, a entidade atua por meio de 27 Superintendências Estaduais, que têm como objetivo subsidiar as instituições de autogestão nos Estados e no Distrito Federal (UNIDAS, 2016).

²¹⁴ Empresa especializada em transformação de processos, conectividade, benefícios em saúde e inteligência em saúde.

²¹⁵ Administradora de cartões de crédito.

dos entrevistados como elementos estruturantes da rede de relações institucionais entre as empresas.

As cooperativas constituem em conjunto o Sistema UNIMED estruturado a partir das cooperativas singulares que se agrupam regionalmente e no território dos estados da federação. No nível nacional a confederação de UNIMEDs é denominada de UNIMED do Brasil. A seguradora especializada em saúde do Sistema UNIMED, entretanto, participa da Federação Nacional de Saúde Suplementar-FenaSaúde junto com medicinas de grupo e demais seguradoras.

Nós temos um instituto que é o IBEDESS – Instituto Brasileiro para o Estudo e o Desenvolvimento do Setor Saúde, que neste momento estou presidindo, mas ele existe há 8/9 anos. A UNIMED BH participa, tem interação com o sindicato, com a associação médica, mas basicamente não atua em outras estruturas, apenas nessas estruturas vinculadas ao próprio sistema UNIMED. [...] a UNIMED do Brasil, que fica em São Paulo. Ela é a mãe das regras, do uso da marca e das normas gerais do sistema. Portanto, estamos vinculados a esse sistema de cooperativas operadoras de planos de saúde chamado UNIMED que hoje tem em torno de 19.000.000 de clientes vinculados a esta modalidade (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Outras representações mencionadas pelos entrevistados do Sistema UNIMED são o Instituto Brasileiro de Executivos de Finanças-IBEF e as representações políticas do setor junto aos órgãos públicos, Câmara de Saúde Suplementar, participações em Câmaras Técnicas, todas direcionadas e capitaneadas pela Unimed do Brasil. O representante da UNIMED BH menciona o Instituto UNIMED de responsabilidade social e um centro de inovação ligados àquela singular.

4.2.3 Capital e diversificação de atividades

O terceiro bloco temático apresentado aos entrevistados engloba questões relativas aos movimentos gerais de capital no setor e suas estratégias de expansão ou diversificação de atividades. De modo mais específico, são consideradas as origens do capital da empresa e questões correlatas como o estabelecimento de relação comercial/societária com outros ramos empresariais da saúde a exemplo de hospitais, empresas farmacêuticas e de equipamentos/insumos, entrada de capital estrangeiro no setor, tendências no movimento de

fusões e aquisições entre as empresas e a verticalização e investimento em rede assistencial própria.

Nesse quesito também fica evidente a existência de particularidades e diferenças entre os diversos grupos entrevistados. Há empresas de capital aberto, sociedades limitadas e autogestões que lidam, cada uma ao seu modo com as dinâmicas do capital. Há também elementos em comum ou estruturas que incidem sobre o conjunto das empresas simultaneamente.

As duas seguradoras especializadas em saúde selecionadas²¹⁶ (BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA) têm capital aberto e atuam exclusivamente no negócio de intermediação da assistência por meio da venda de seguro-saúde garantindo ganhos em escala com a venda de outros tipos de produtos como o seguro residencial e de automóveis.

É intermediação mesmo [grifo nosso]. Tem operadoras que optaram pela verticalização exatamente por conta da escalada de custos. A UNIMED construiu hospital, a AMIL vai construir hospitais também. São estratégias distintas. A estratégia da SULAMERICA, até hoje, é trabalhar em múltiplos ramos, o que também confere um ganho de escala (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

O representante do BRADESCO SAÚDE menciona como tendência no relacionamento de seu grupo com o conjunto dos prestadores, o estabelecimento de mecanismos de controle e racionamento no acesso a serviços especializados para os segurados por meio do uso de protocolos clínicos estritos e hierarquização dos pontos de acesso à rede assistencial. Esse tipo de estratégia de cunho gerencialista é amplamente instruído a partir de conteúdos veiculados no âmbito da Aliança para a Saúde Populacional – ASAP como o conceito de Gestão da Saúde Populacional – GSP. São estratégias para viabilização do modelo de negócios de intermediação da assistência revestidas de um verniz de responsabilidade social e compromisso com o futuro das populações assistidas.

O hospital pensa: “O Bradesco está chegando aqui para fazer uma relação comercial comigo e os segurados deles vão ocupar tantos leitos meus”. Então, [...] isso tem uma contrapartida econômica e um final financeiro. E essa relação comercial se expande para outros relacionamentos. Por exemplo, eu não vejo um futuro sem a hierarquização da rede de prestação de serviços médicos. [...] O caminho do setor para um provimento mais eficiente, mais usuário-centrado²¹⁷, vai se dar quando você conseguir hierarquizar a

²¹⁶ Há outras seguradoras menores, não analisadas aqui em detalhe, que integram grupos econômicos diversificados como o Sistema UNIMED, a AMIL/United Health e a INTERMEDICA.

²¹⁷ Refere-se ao modelo *usuário-centrado* formulado por Porter/Teisberg (*Value-Based Health Care Delivery* – VBHCD) amplamente disseminado no ambiente da ASAP.

rede de atenção à saúde. O sujeito saber onde ele está entrando, conseguir percorrer adequadamente o seu tratamento sem desperdícios. Então essa discussão está sempre presente, está sempre pautando o relacionamento entre Bradesco Saúde e os hospitais, laboratórios e rede médica. A questão é como conquistarmos a melhor relação de parcerias que seja positiva do ponto de vista do custo-benefício, e mais longa, usuário-centrada. Para tanto, é preciso hierarquizar a rede (entrevista com *Márcio Coriolano – BRADESCO SAÚDE*, 2014).

O desenvolvimento desse tipo de estratégia, portanto, é coerente com um movimento de articulação do capital operante no setor na direção da construção de um acordo amplo que resolva disputas entre diferentes agentes econômicos preservando as margens projetadas de cada um e de todos simultaneamente. No limite, pode-se dizer que se trata de um caminho em direção a um modelo de cartelização setorial.

Somente a hierarquização da atenção à saúde pode mudar o atual estado de coisas. Hoje os hospitais ganham dinheiro com a margem sobre o valor de materiais, medicamentos e equipamentos. O que construiu uma relação deles com fabricantes e distribuidores. Recentemente, sem alternativas, entramos procurando romper esse ciclo. Porque ele atingiu uma escalada inflacionária tamanha que iria colocar em risco o próprio negócio. Então para romper isso, precisamos voltar a nossa atenção para os distribuidores e fabricantes. **Estabelecemos primeiro com eles um tipo de acordo: “me deem uma condição comercial melhor que eu me obrigo a colocar seus dispositivos médicos nos hospitais”** [grifo nosso]. Fizemos esse acordo com os melhores fabricantes de materiais de alto custo, os das melhores marcas. Então voltamos para os hospitais: “temos aqui melhores condições de preços com esses melhores materiais; vamos pactuar novas margens de comercialização sobre esses preços”. Então, cada vez mais a gente procura entender melhor, na ausência de uma cadeia produtiva integrada, como podemos pactuar uma nova relação ganha-ganha sem tanta volatilidade de custos (entrevista com *Márcio Coriolano – BRADESCO SAÚDE*, 2014).

As ideias de integração e pacto entre concorrentes convivem, nas falas dos entrevistados com argumentos recorrentes originados na matriz teórica gerencialista²¹⁸ que se referem ao aproveitamento de vantagens competitivas entre empresas que compartilham o mesmo espaço de atuação.

Na tendência capitalista universal, do circuito de valorização de capital, todo mundo acaba dedicando atenção para aquilo que sabe fazer e para aquilo que o diferencia na competição. A *Orizon*, por exemplo, se dedica a processos que não são concorrentes; daí nos ter aproximado de CASSI. Ela é uma plataforma de serviços, inclusive de transações eletrônicas entre prestadores de serviços e operadoras (entrevista com *Márcio Coriolano – BRADESCO SAÚDE*, 2014).

²¹⁸ Porter/Teisberg (*Value-Based Health Care Delivery – VBHCD*).

Grupos, como a INTERMEDICA, que se originaram a partir de uma base de produção de serviços hospitalares contam hoje com algum nível de diversificação em sua estratégia de capital englobando hospitais que compram diretamente dos distribuidores de medicamentos e insumos²¹⁹ além de empresas de medicina ocupacional e segurança do trabalho sem, entretanto, sair dos limites do setor de assistência à saúde.

A gente compra medicamentos, compra medicamentos, compra materiais, justamente para oferecer. E os hospitais da Intermédica também atendem outros convênios. Tem relação com as operadoras do setor (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

No grupo AMIL/United Health, há hospitais, que obviamente compram medicamentos e insumos, mas há também uma relação próxima com a empresa de análises clínicas laboratoriais e exames de imagem DASA²²⁰, que tem *Edson de Godoy Bueno* como acionista majoritário.

A compra da AMIL pela United Health trouxe para o Brasil, segundo relato de *Edson de Godoy Bueno*, conhecimentos específicos em análises de custo/efetividade em saúde por meio da empresa associada OPTUM²²¹.

Eles pegam esses dados nossos todos, o cara amassa aquilo ali com o pessoal de análise de dados e bota numa folha [...] então, quando [...] o nosso pessoal vai fazer uma negociação com hospital, está, com o Barra D'Or, para o médico, que não sabe os números direito, não sabe nada direito, não vai engolir nada. Agora se eu chego com o Barra D'Or e falo assim: olha aqui o custo da sua cirurgia, olha o custo do hospital do lado, olha o custo do outro, porque esse aqui aumentou? Você está custando 40% mais caro. E daí o cara "pô, mas de onde que esse cara checa?" Então a gente não tem dado de nada. E daí, tem materiais. O mesmo material num hospital cobra o dobro do outro. Você vai negociar sem informações. Agora o americano pega, entra todo dia no nosso dado, vem, por causa disso nós ficamos tontos (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

O caso da AMIL, com a venda para a *United Health*, assume uma característica peculiar na sua composição societária e na estrutura do seu capital. Seu antigo controlador, *Edson de Godoy*

²¹⁹ Especialmente órteses, próteses e materiais especiais (OPME) que representam, do ponto de vista comercial, itens importantes na composição dos lucros dos hospitais e na composição das despesas das empresas de planos de saúde.

²²⁰ A DASA é a maior empresa prestadora de serviços de medicina diagnóstica da América Latina, oferecendo mais de 3 mil tipos de exames de análises clínicas e diagnósticos por imagem e controla uma importante fatia da oferta desse tipo de serviço no Brasil.

²²¹ O portfólio desta empresa contempla uma oferta de serviços para empresas e indivíduos incluindo gestão e análise de banco de dados em saúde, serviços financeiros como contas de poupança vinculadas para gastos futuros em saúde, intermediação de rede assistencial primária para clientes empresariais, serviços de consultoria para redução de custos operacionais e administrativos, administração de oferta de medicamentos, programas de ações de promoção de saúde populacionais para redução de custos assistenciais, desenvolvimento de estratégias gerencialistas baseadas na relação resultados clínicos/custos operacionais. Todas essas ações são instruídas por teorias e conceitos formulados em escolas de negócios e difundidas no Brasil também por *think tanks* como a ASAP - Aliança para a Saúde Populacional.

Bueno, remanescente da geração de empresários-médicos plasmada nos anos 1970 pelas políticas de governo da época, transforma-se no maior acionista individual do grupo estadunidense com 0,9% de participação.

É uma empresa pública [refere-se à AMIL] em que o capital social, 90% dela pertence aos acionistas da *United*, que é completamente pulverizado. Eu sou o décimo sétimo maior acionista da *United*, e o maior acionista individual. Sabe quanto que eu tenho? 0,9%. É totalmente pulverizado. [...] Parecia que você tem mil na minha frente. Só tem dezesseis caras, que tem mais ações da *United* do que eu. O fundador, o fundador dela tem 0,25%. [...] Eu tenho 0,9%. E o CEO dela, o presidente, tem 0,25%. [...] É totalmente pulverizado. [...] Dos dezesseis que estão na frente são grupos [não são acionistas individuais]. São fundos como o *Fidelity*²²² (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Embora a seguradora do sistema UNIMED atue, de forma semelhante às demais seguradoras, pela diversificação de produtos que potencializam a venda de seguro saúde, as cooperativas singulares atuam, segundo relato do representante da UNIMED BH, na direção da verticalização de suas unidades de atendimento sem diversificação da atividade fim de intermediação de serviços de saúde.

Talvez a UNIMED BH esteja hoje até um pouco mais diversificada. A gente trabalha com odonto, com transporte aero-médico como elemento da cadeia. A gente trabalha com hospitais, com os centros médicos. Estamos trabalhando com centro médico, onde a cooperativa está provendo um consultório para o médico e o instituto de inovação onde a gente quer captar recursos da área de pesquisa, da área acadêmica para levar para lá (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

A situação peculiar da QUALICORP e seu nicho de atuação no esquema de intermediação da assistência definem os limites de relações do seu capital no âmbito setorial.

Nós estamos de um lado e não vamos passar desse lado e desse limite. Nós somos Administradora de Benefícios, interagimos com os interesses dos consumidores e permanecemos, na empresa, nesse formato. Não há qualquer tipo de intenção, deliberação ou até estudo para que a gente passe a ser uma operadora de saúde propriamente dita (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

²²² Empresa especializada em produtos de investimento e serviços, sediada em Boston, Estados Unidos, e fundada por *Edward Johnson II* em 1946. Atualmente esta empresa é controlada por *Edward Johnson III* e por *Abigail Johnson*, contando com 41.000 empregados em diversos países. Após a oferta pública de ações da QUALICORP em 2011 na BOVESPA, este grupo passou a controlar 10,44% do capital daquela empresa por meio do fundo *FMR LLC- Fidelity Investments*, ou seja, a sua participação no esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil não está limitada à AMIL.

As autogestões (CASSI e GEAP) também se posicionam de forma peculiar no que se refere aos movimentos do capital no setor. Essas duas empresas almejam resultados operacionais superavitários e se relacionam com as empresas hospitalares como pagadores em um ambiente fortemente instruído pela ideia de vantagem competitiva e disputa por certificados de acreditação. Na prática, se verifica um movimento de capital no setor hospitalar, com repercussão no esquema de intermediação praticado pelas empresas de planos de saúde, que tende à concentração e especialização em atividades de maior potencial de geração de lucro.

Os hospitais brasileiros estão se concentrando em uma velocidade assustadora e todos eles ficando com a mesma cara. Então você não tem mais hoje o hospital especializado em clínica, o hospital especializado em cardiologia, não. Você tem hospitais com leito de alta complexidade, com pronto socorro captador de internação, com emergência montada para fazer procedimento, ou seja, tudo é alta complexidade. Você corre o risco, vou exagerar aqui, eu sou advogado e adoro exagerar. Você corre o risco de chegar com uma crise de asma e não ser atendido até fazer uma parada cardíaca. Quando você fizer a parada cardiorrespiratória, aí você vai ser atendido, entubado, porque aí gera um procedimento. Isso é um absurdo. Você corre o risco hoje de hospitais chique de ponta com ISO, com ASO, com ESO com qualquer coisa aí de certificação de qualificação, você passar três horas e meia esperando para ser atendido, porque você não entra no padrão de prioridade hoje dos hospitais (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

O problema para nós desse tipo de movimento é que muitas vezes gera possibilidades de os concorrentes oferecerem melhores serviços porque infelizmente a nossa população olha a complexidade. Você vê uma cidade como Recife, ali na região da [Avenida] Agamenon Magalhães, só ali tem dez ressonâncias magnéticas e agora dois *Pet Scans*. Quando esses grupos chegam [...] o Grupo D'Or comprou três hospitais de uma vez só em Recife. Comprou o Prontolinda, o São Marcos e o Hospital Esperança. Três hospitais grandes (entrevista com *Luís Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

A liberação da presença de capital estrangeiro na composição societária de empresas de assistência hospitalar foi o elemento mais relevante relacionado com os movimentos do capital observado nas falas das entrevistas, embora, no que se refere às empresas de planos e seguros de saúde, a presença do grupo *United Health* no controle da AMIL tenha também introduzido um agente de peso no cenário setorial.

Abaixo destacamos trechos selecionados das falas dos entrevistados sobre a entrada do capital estrangeiro na assistência²²³e, em seguida analisamos os principais argumentos apresentados.

²²³ Em 16 de dezembro de 2014, a proposta de conversão nº 18, da Medida Provisória nº 656 em lei, emendada pela Câmara dos Deputados promoveu alteração em diversas leis federais e alterou o art. 23 da Lei 8.080 para permitir a participação direta ou indireta, inclusive no controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos casos específicos de: hospitais gerais ou especializados, incluindo a filantropia;

Quadro 68 - Opinião dos entrevistados sobre a entrada de capital estrangeiro na assistência

EMPRESA/ENTREVISTADO	OPINIÃO SOBRE A ENTRADA DE CAPITAL ESTRANGEIRO DA ASSISTÊNCIA
HAPVIDA/ Jorge Pinheiro	É inevitável, o capital estrangeiro tem que vir, a gente não pode se fechar a isso. Porque a saúde, a tecnologia na área da saúde é uma das que mais avança, mais rapidamente. E os investimentos na área da saúde são intensivos. Todo ano você tem que repensar a tecnologia que você faz. Um tomógrafo que comprei a cinco anos não é mais um tomógrafo para atuar hoje. O setor precisa de fonte de financiamento e parcerias com o capital estrangeiro são fundamentais. A gente não pode, na área da saúde, se fechar a isso não.
UNIMED BH/ Helton Freitas	Acho importante. Acho inexorável e não tenho maiores preconceitos com esse processo. As cooperativas têm zero de capital estrangeiro e, como cooperativas, sempre terão zero. Mas o capital estrangeiro, se muito bem integrado, bem estruturado... tenho muita preocupação é com o capital especulativo. Acho que o setor deveria pensar em uma regulação que evitasse o capital especulativo. O cara que vem aqui para comprar algo, vender ali e sair fora. Mas o capital que venha investir no país e, especialmente, trazer <i>know how</i> , trazer tecnologia de gestão, de processos, eu acho isso muito positivo.
UNIMED RIO Walter Cesar	[...] eu diria que não só em curso na Unimed-Rio, como eu diria que hoje essa é uma discussão [associação com capital estrangeiro] na própria Unimed do Brasil hoje, que busca novos modelos de financiamento, não adianta também ficar arraigado no modelo tradicional se você não tem fonte de financiamento, em algum momento, ou você sai do sistema porque não consegue atingir os limites necessários, ou você busca uma alternativa de captar isso, ou você divide o risco com alguém, ou dono tem que colocar recurso.
QUALICORP Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo	A questão da vinda de capital estrangeiro passa a ser positiva desde que se tenha uma estruturação importante na regulamentação ou legislação que vier a autorizar esse investimento de capital estrangeiro. Não se pode permitir que alguém de fora venha até aqui, apenas ganhe dinheiro da população e vá embora. Ganhar dinheiro faz parte do mundo capitalista, mas você tem que exigir, na contrapartida que você tenha um atendimento de qualidade, uma infraestrutura de qualidade, preço razoável. Então eu vejo de uma maneira muito positiva a vinda de investimento estrangeiro para poder incrementar o serviço, melhorar sua qualidade, e ter, obviamente, um controle muito grande em relação a como isso vai acontecer.
AMIL Edson Godoy de Bueno	[...] quando a gente comprou a Amil. Quando a gente foi para o IPO ²²⁴ com a Amil. Depois a gente, a primeira empresa que foi para IPO foi o DASA, laboratório. A segunda empresa que foi para IPO foi a Medial. A terceira empresa que foi, da área de saúde, para bolsa foi a Amil. Então Dasa, Medial, Amil. A Amil com o dinheiro que foi para bolsa comprou a Medial. Fechamos o capital da Medial, mas a Amil continuou com o capital aberto. A United não precisa ter dez empresas com o capital aberto, então ela pegou e fez o quê? Ela comprou a Amil e fechou o capital da Amil. Mesmo assim, a United continua com o capital aberto, lá [nos Estados Unidos].
BRADESCO SAÚDE Marcio Coriolano	A entrada do capital estrangeiro propicia novo dinheiro, <i>funding</i> . Bradesco Saúde não está buscando <i>funding</i> . Que que acaba custando caro, não apenas no sentido do empréstimo, mas também pela governança, você passa a ter responsabilidade compartilhada. Então, trata-se de novos capitais. Não só para a operadora como também para o hospital. Todo mundo está atrás de dinheiro novo. A segunda dimensão da abertura ao exterior é a inovação, que acompanha sempre os movimentos internacionais de capital. Eu estou ainda para ver melhor, e isso é outra discussão, o que United Health Care está trazendo dos Estados Unidos.
CASSI Davi Salviano de Albuquerque Neto	Eu confesso que pelo menos esse começo me decepcionou. Por quê? Porque eles entram com volumes expressivos, mas entram exigindo

clínicas gerais, especializadas, policlínicas; laboratórios de genética humana; produção e fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde; laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnósticos por imagem.

²²⁴ *Initial Public Offering* - em português: Oferta Pública Inicial é um tipo de oferta pública em que as ações de uma empresa são vendidas ao público em geral numa bolsa de valores pela primeira vez. É o processo pelo qual uma empresa se torna numa empresa de capital aberto.

	meramente rentabilidade. Então, essas empresas grandes que a gente acompanha, que abriram seu capital e se associaram a bancos de investimento, que através deles vem investidores de todo lugar, elas simplesmente não estão agregando qualidade, elas não estão melhorando suas performances do ponto de vista de saúde. A preocupação toda é a melhoria da rentabilidade financeira. Isso para mim foi decepcionante, porque durante muitos anos se apresentou a necessidade do capital estrangeiro aqui como exatamente o aporte necessário para que a gente pudesse alcançar melhores patamares de efetividade e de eficiência também. Eu não vi isso até agora. Não vi. O que eu tenho visto são relações ficando mais tensas, as negociações muito mais duras, muito mais complexas. Eu não estou vendo acesso melhor para minha população.
GEAP Luís Carlos Saraiva Neves	Não refere
INTERMEDICA Luiz Celso Dias Lopes	Tem uma expectativa de abertura dos hospitais como um todo ao investimento estrangeiro que ainda há uma vedação constitucional, há um projeto de Lei em tramitação para alteração, não sei se é emenda constitucional ou alteração da Lei 8.080 [Lei Orgânica da Saúde], agora não lembro, permitindo o capital estrangeiro em hospitais, não necessariamente em operadoras, onde já é permitido. Eu vejo com bem-vindo, vejo como uma maneira de estar profissionalizando e estar gerando melhor estrutura e, obviamente como a melhor forma de oferecer uma saúde de melhor nível, de mais qualidade para o setor. Então eu vejo como, desde que tenha assim o cuidado, de não ser um capital especulativo acho que a agência toma esse cuidado, quando ela aprova ou não aprova a entrada.
SULAMERICA Mônica Nigri	Na compra de operadoras eu vejo esta participação muito tímida [do capital estrangeiro], acho até que há um espaço muito grande, mas as experiências observadas anteriormente [são de] entrada e saída. Não ficam. Há sim [entrada de capital estrangeiro] mas na forma como é na SULAMERICA hoje, [com] abertura de capital, eles têm participação, e com isso a operadora fica cada vez mais transparente, tem compromisso muito grande, tanto no resultado quanto na operação, por que a repercussão é muito grande, o mercado é muito sensível, então traz um compromisso muito grande para a operadora, e aí eu acho extremamente saudável para o mercado.

Fonte: entrevistas com representantes das empresas. Elaboração própria.

Há, nas falas dos entrevistados sobre a participação do capital estrangeiro nas empresas hospitalares e nas empresas do esquema de intermediação da assistência aspectos relacionados com as especificidades de cada grupo econômico e sua gestão financeira, bem como com a função social do capital na suposta ampliação da oferta e na difusão de novas tecnologias de gestão e também de tecnologias assistenciais.

De fato, se considerarmos a abertura de capital da DASA, empresa de análises clínicas e exames de imagem que compõe o grupo econômico controlado por *Edson de Godoy Bueno*, já se caracterizava a possibilidade de participação de capital estrangeiro via mercado mobiliário em uma organização de prestação de serviços de saúde no Brasil mesmo antes da mudança na lei. No setor de empresas de planos de saúde, a MEDIAL abriu capital e foi comprada pela AMIL que, também fez uma oferta pública de ações. A chegada do grupo *United Health*, assumindo o controle da AMIL não constituiu um movimento estranho ao setor, mas produziu uma mudança

de patamar e de calibre do capital envolvido, ao introduzir um agente dotado de peso econômico e político considerável no ambiente comercial da assistência à saúde no Brasil.

As cooperativas, que, por princípio se constituem em coletivos de pessoas físicas prestadoras de serviços médicos, não teriam em tese, nessa condição, possibilidade de associação direta ao capital estrangeiro. Entretanto, ao longo do processo histórico de empresariamento da saúde, se estabeleceu uma homogeneização das diversas categorias empresariais atuantes no esquema de intermediação da assistência de tal forma que o sistema UNIMED passou a contar com uma seguradora própria e com uma *holding* de participações encarregada da gestão de ativos financeiros utilizados para suprir as necessidades de capital das diversas singulares.

As falas dos representantes das duas UNIMEDs selecionadas refletem uma visão que assume uma expectativa positiva com relação à participação do capital estrangeiro na assistência com a premissa de que os novos recursos tenderiam a ampliar a oferta de serviços e a qualificar os processos gerenciais resultando em melhoria global do sistema.

Essas duas premissas são assumidas pela maioria dos entrevistados, mas há peculiaridades que podem ser destacadas nas falas de alguns deles.

A fala do representante do BRADESCO SAÚDE, empresa que está ligada ao grupo econômico de uma grande instituição bancária não reserva interesse por recursos de capital estrangeiro como *funding* para financiamento da expansão de sua atividade, que é precipuamente de intermediação comercial, mas atribui algum crédito à expectativa de que possíveis inovações gerenciais podem ser introduzidas com a chegada da *United Health* e capitalizadas pelo conjunto do setor como vantagem operacional. A representante da SULAMERICA, empresa de capital aberto, ainda que aponte o histórico de pouca afinidade do capital estrangeiro com as empresas de intermediação da assistência do Brasil em geral, também atribui crédito às expectativas de que práticas de governança corporativa comuns às empresas de capital aberto com participação de estrangeiros são positivas.

A dúvida na distinção entre capital especulativo e capital produtivo aparece como uma figura de retórica quando se tem estabelecido que um ciclo de três a cinco anos entre a compra do controle de uma empresa e sua venda com lucro é considerado um período de médio e longo prazo como relatado pelo representante da INTERMEDICA. Esse tipo de distinção e de fronteira artificial

entre capital especulativo e capital produtivo, supostamente comprometido com a base material de reprodução da vida em sociedade, se esmaece e deixa de existir em um ambiente de *dominância financeira* onde um novo modo de ser da riqueza global se estabelece em todos os espaços passíveis de produzir acumulação privada com socialização de possíveis prejuízos.

O depoimento do representante da CASSI que, contraditoriamente guarda uma proximidade com o setor financeiro, pela sua ligação com o Banco do Brasil, e se organiza como uma empresa de resultados desvinculada da prática comercial lucrativa do setor, é significativo. O cenário descrito pelo entrevistado é de acirramento das tensões nas relações entre empresas, ênfase destacada pela busca de resultados financeiros no curto prazo e distanciamento de compromissos efetivos com a assistência. Nada que uma maior participação de capital estrangeiro possa modificar substancialmente.

4.2.4 Localização no sistema de saúde/relação com o setor público

O quarto bloco temático apresentado aos entrevistados trata da articulação público/privada e do espaço reservado para o esquema de intermediação da assistência na totalidade do sistema de saúde. Questões específicas que podem caracterizar um padrão de relação com a estrutura do Estado como o estabelecimento de limites para o comércio de planos e seguros de saúde, a política fiscal e de dedução de gastos com planos de saúde para pessoas físicas, subsídios e isenções às empresas de planos de saúde e a atuação do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES junto às empresas do setor são abordadas pelos seus representantes.

Não há, entre os entrevistados, nenhuma fala que reconheça a existência de limites para a expansão do esquema de comércio dos planos de saúde por razões sanitárias e éticas inerentes à lógica do conjunto do sistema de saúde onde se insere a atividade de intermediação da assistência. Nas falas, os limites de conveniência entre as empresas e a estrutura pública são dados sempre por razões comerciais.

Com toda a sinceridade, nós do plano médico temos que descobrir maneiras de atender quem o nosso cliente é, um preço mais baixo para pegar uma parte maior da população. A classe C. É o que nós estamos tentando fazer. Se a gente conseguir desenhar isso, eu

achava que 50% da população brasileira deveria estar com plano médico e 50% estava com o público. Dá os dois juntos. Você já pensou se você tem lá cinquenta milhões de brasileiros no SUS com a mesma receita, você vai atender só cem, vai atender melhor. E outra coisa é gestão do setor público e aumentar um pouco mais a arrecadação. Então se você aumentar mais, agora tem que botar gestores direito na área da saúde. Uma gestão tem que ser profissionalizada (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Então a interação entre público e privado é fundamental. Agora, nós temos um sistema maduro, em que o privado atua num segmento, o público atua no outro segmento, agora não se complementam. Isso é um desafio que a gente tem que fazer. Eu acho que a gente tem que atuar na complementação de fato dos sistemas: onde é que a saúde pública entra, que eu entendo que a saúde pública tem que caminhar mais na prevenção, vacina, essa coisa toda. A saúde pública tem que investir mais nisso, que dá resultado e a saúde privada tem que avançar um pouco mais. Por que quando a saúde privada avança, diminui o custo do SUS, porque sobra mais recursos para menos pessoas e o SUS consegue atender melhor. E do lado privado gera mais empregos, mais renda e mais tributo (entrevista com *Jorge Pinheiro* – HAPVIDA, 2014).

A gente tem a expectativa de que esse mercado tenha um crescimento cada vez maior. Não podemos esquecer de que é obrigação do Estado e dever da União oferecer saúde de qualidade a toda a população, é uma previsão constitucional, a gente sabe que no dia a dia não é assim que funciona. Aquelas pessoas, obviamente, que tem condições, capacidade financeira para ter um plano privado elas optam por sua contratação por que obviamente acabam tendo [acesso a] uma rede médica credenciada, hospitais, clínicas, laboratórios e médicos, talvez, mais qualificados. A gente entende que esse é um mercado em crescimento e de certa forma também, esse mercado acaba colaborando para o desafogamento do SUS por que na medida em que você tem uma migração de pessoas que deixam de utilizar o setor público[...] (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Eu diria que o tamanho ideal para o setor, pensando em termos de Brasil ele tem condição de atender de maneira tranquila 30, 35% da população brasileira [grifo nosso]. Então ainda tem que atender aí mais 10% da população é o que eu imagino nos próximos trinta a quarenta anos. Se não houver algumas mudanças significativas em termos de comportamento, em termos de regulação, em termos de modelos de negócio, não vai se chegar a sequer 30% da população (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Há um argumento recorrente entre os entrevistados quando se fala da relação e dos limites da atividade comercial de intermediação com o sistema público. Trata-se da ideia, apresentada originalmente na década de 1970 pela ABRAMGE no Simpósio Brasileiro de Medicina de Grupo realizado em São Paulo em 1972²²⁵, de que quanto mais pessoas se tornam clientes das empresas melhor para aquelas que não são clientes por que sobra mais recursos públicos para o sistema financiado diretamente pelo orçamento do Estado. Esse argumento, além de omitir o fato de que o esquema privado de intermediação da assistência é favorecido por mecanismos de subsídio à demanda e renúncia fiscal lastreados no orçamento público, subverte o sentido excludente,

²²⁵ Posteriormente esse e outros argumentos relacionados com a defesa da ideologia empresarial na assistência à saúde foram publicados nos Anais do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo organizado pela ABRAMGE em São Paulo no ano de 1978 (ver ABRAMGE, 1978).

regressivo e concorrencial do esquema de intermediação assistencial apresentando o comércio de espaços privativos de prestação de serviços de saúde como algo revestido de função social e pautado por uma ideologia de solidariedade. Nesse constructo falacioso os excluídos seriam beneficiados pela segregação dos espaços privativos.

A subversão ideológica fundamental que pode ser identificada nas falas, entretanto, é aquela que, de forma sub-reptícia, subordina o sistema público aos interesses comerciais e conveniências privadas do esquema de intermediação em vez do contrário como previsto na Constituição Federal.

Novos desdobramentos decorrentes da naturalização desse tipo de argumento no senso comum da burocracia do Estado continuam sendo apresentados sob a moldura da dominância financeira consolidada a partir dos anos 2000.

Talvez tenhamos que avançar ainda mais em incentivos fiscais para empresas. Como a experiência, dos EUA, das Health Saving Account (HSA), que [no Brasil] inadequadamente são chamadas de VGBL Saúde²²⁶. Lá, grande parte dos seguros de saúde estão vinculados a uma franquia que é paga pelo beneficiário na hora de fazer o evento. Não todos os eventos. Vários são excluídos. Como é o sistema? Criou-se uma caderneta de poupança, na qual a empresa empregadora e o beneficiário aportam recursos, com incentivos fiscais. E como é que se pode utilizar esse dinheiro? Apenas em três hipóteses: quando demitido ou quando aposentado, para adquirir um plano de saúde individual no mercado, ou para pagar a franquia. É uma forma de acumulação, que poderia ser adotada no Brasil para facilitar a compra de um plano de saúde individual pelos empregados demitidos e aposentados, e também para poder moderar os gastos desnecessários (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Ou ainda, no caso das cooperativas, que reivindicam os atributos da ética profissional para realçar a função social das empresas constituintes do sistema UNIMED, justificando assim a sua condição especial na articulação com o espaço público para a gestão de sistemas inteiros de serviços de saúde com remuneração consignada no orçamento municipal.

[...] eu posso ter um sistema público, por exemplo, a prefeitura de Betim, tem lá as questões legislativas, mas acredito que a prefeitura de Betim [município rico em atividade industrial da região metropolitana de Belo Horizonte] não teria dificuldade nenhuma em pegar o sistema público [municipal] e entregar para uma operadora privada. Tem dinheiro para isso. Então, de repente, você está falando de um outro negócio, outro segmento. Acho que deveríamos fazer experiências e medir resultados, quantificar e avaliar, verificar o quão bom e o quão ruim é um ou outro modelo. Mas, do jeito que está

²²⁶ Produto financeiro regulamentado pelo projeto de Lei 7052/2014 em tramitação no Congresso Nacional (2015) que Altera o art. 2º do Decreto-Lei nº 2.296, de 21 de novembro de 1986, a alínea "p" do § 9º do art. 28 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991 e o art. 63 da Medida Provisória nº 2.158-35, de 24 de agosto de 2001, e dá outras providências. Trata da estruturação de seguros de vida com cláusula de cobertura por sobrevivência, incluindo os que contarão com isenção tributária como o Vida Gerador de Benefício livre – VGBL Saúde.

não vai poder continuar. A população não está satisfeita. O sistema público tem suas crises, o sistema suplementar tem as crises próprias do sistema. O médico, que é um operador importante dessa cadeia está insatisfeito e agindo em grande parte de forma muito deletéria a qualquer sistema, seja público ou privado (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Empresas que não são comerciais como a CASSI, também almejam estabelecer algum tipo de articulação com a estrutura assistencial pública de tal forma a potencializar os seus resultados e modular a demanda de seus usuários por produtos ou serviços.

Vamos começar concretamente, vamos inserir as autogestões que possuem serviços próprios no esquema de vacinação pública, pronto, vamos fazer um grande convênio. Vamos assinar um convênio entre a UNIDA²²⁷ e Ministério da Saúde (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Outras formas de articulação público/privada na assistência não passam necessariamente pela burocracia do Ministério da Saúde ou pelas secretarias de saúde dos entes subnacionais. Créditos subsidiados originados de bancos públicos como o BNDES para compra de equipamentos e investimentos em infraestrutura assistencial em empresas hospitalares, algumas ligadas a empresas de planos de saúde, são mecanismos de fomento ao desenvolvimento econômico que são apresentados com fundamento na função social da prestação de serviços de relevância pública.

Eu acho importante que o BNDES, de alguma uma forma, atue até de uma forma de juros mais subsidiados desde que haja uma contrapartida, ou seja, é um investimento, é uma ampliação de hospitais, é uma ampliação de leitos (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

As contradições entre necessidades sanitárias e interesses comerciais, a necessidade de contrapartida à utilização de recursos públicos mencionada acima e a patente articulação entre empresas hospitalares e empresas de planos de saúde ficam evidentes na fala do representante da INTERMEDICA.

Há uma carência de maternidades, por exemplo. Desde que você abra e mantenha “X” leitos de maternidade... e a agência precisa fazer isso! Que a própria agência foi obrigada

²²⁷ Associação Brasileira Rede Unida reúne atualmente autogestões como a CASSI. Foi criada em 1985 sob influência da Fundação Kellogg e dos conceitos da Medicina Preventiva veiculados aqui entre outros pelo médico e cirurgião-dentista Mário Chaves. A primeira secretaria executiva da rede com sede em Belo Horizonte era composta por Edison José Corrêa, Roseni Rosângela de Sena e Victor Hugo de Melo.

recentemente a chamar aqui uma reunião com as operadoras da baixada santista, em Santos, porque havia um risco de se ficar sem leitos obstétricos, olha que perigo! Como as operadoras compram leitos de terceiros, os hospitais dizem assim: não vai ter mais leitos, não está compensando. Pela questão dos materiais, do custo fixo, não está compensando. E aí? O que eu faço com as pessoas que compraram um plano de saúde com boa fé? Vocês precisam dar um jeito, se virem! Aí a gente falou assim: chamem os hospitais também agência! A gente precisa que vocês regulem os hospitais, como vocês não regulam os hospitais, os hospitais dizem que não querem mais, e aí? Eu fico com um pepino na mão. A agência precisa vir para essa discussão, chamar o gestor público, chamar o gestor privado, pensar em um planejamento comum e jogar o BNDES também nesse sentido. BNDES, apoie essa iniciativa! Esse trabalho em conjunto (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Da mesma forma, quando se trata de demanda por produtos e serviços, a pressão pela incorporação de novas tecnologias e o assédio a serviços especializados, o esquema de comercial de intermediação experimenta a contradição fundamental de situar-se ao mesmo tempo como um elemento indutor de demanda e um interessado na modulação dessa mesma demanda ou no seu ajuste a um nível que assegure resultados comerciais vantajosos para as empresas. Questões culturais são evocadas para a explicação de comportamentos individuais e a estrutura do Estado é convocada a intervir na modulação da demanda com o objetivo declarado de redução de custos operacionais da assistência.

Tem que conviver com uma pressão de demanda em outro sentido. Aumento de custo por aumento do rol de procedimentos a cada dois anos, incorporação tecnológica via judicial que essa é mais perniciosa, comportamento do consumidor ainda muito propenso a uma utilização desnecessária ou pouco consciente do plano, há um risco moral muito forte, atuante no seguro saúde [...] Esse comportamento ainda é um **desafio cultural** [grifo nosso] que a agência [ANS], a sociedade, as operadoras, que as empresas como um todo precisam fazer com que as pessoas mudem. A gente convive ainda com essa cultura e passar por uma mudança de cultura é fundamental, mudança de comportamento. E o desafio de cada vez mais ter programas que procurem reduzir os custos e procurem incentivar a promoção de saúde (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

A questão da renúncia fiscal para pessoas físicas clientes das empresas de planos de saúde é um aspecto estruturante para o modelo de negócios das empresas e é defendida pelos entrevistados nos termos descritos no quadro a seguir.

Quadro 69 - Opinião dos entrevistados sobre a renúncia fiscal para despesas de pessoas físicas com as empresas

EMPRESA/ENTREVISTADO	OPINIÃO SOBRE A RENÚNCIA FISCAL PARA DESPESAS DE PESSOAS FÍSICAS COM AS EMPRESAS
HAPVIDA/ Jorge Pinheiro	Não refere
UNIMED BH/ Helton Freitas	A cada R\$ 100 que você paga ao seu plano de saúde, você recupera no seu imposto de renda 27,5% se estiver fazendo a declaração completa, se você não estiver fazendo [a completa] você não recupera. Então essas são questões em que é preciso a sociedade discutir. Ah, mas você está pagando para ter um negócio (plano) diferenciado! Ok, vamos botar teto, sei lá, mas que de fato a prestação assistencial da saúde suplementar alivia as contas do sistema público, acho que ninguém tem dúvida sobre isso.
UNIMED RIO Walter Cesar	Eu acho justo isso. Assim como eu poderia dizer a você que eu acho quanto ao imposto de renda, acho que outras coisas deveriam ser incluídas como dedução, como gastos com educação [...]
QUALICORP Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo	Esse é um tema que, a princípio, a gente pensa ser justo. Nós nunca nos aprofundamos nessa discussão. Quando você tem uma dedução em relação aos impostos relacionados à utilização de planos de saúde, você tem uma gama de pessoas que são de diversas categorias, tem o assalariado, o profissional liberal, o autônomo, o servidor público, o desempregado, tem uma série de circunstâncias, e aí é necessário um grupo técnico de trabalho da própria Receita Federal para que se possa avaliar essa situação e saber de que forma poderia encontrar uma melhor solução para que as pessoas possam de alguma forma se socorrer ou não serem penalizadas em relação a impostos pesados sobre essa situação, que possam ter com isso um “apoio do governo” em relação a esse tema.
AMIL Edson Godoy de Bueno	Eu acho que você não pode renunciar disso. O Obama agora está dando incentivo, o Obama você vê, está dando incentivo para as empresas. O Obamacare, ele pegou e está dando incentivo para as pequenas empresas, e se elas não botarem tem uma multa. Você está entendendo? E agora aqui, quanto mais, se o governo conseguir botar cinquenta milhões a mais, são cinquenta milhões com uma qualidade de medicina melhor, e outra, e todo mundo ataca isso, mas é um custo-benefício muito bom para o governo.
BRASESCO SAÚDE Marcio Coriolano	Acho razoavelmente adequada. Neste ponto também há uma discussão política, ideológica e econômica, mas eu acho que o aspecto econômico tem perdido para o ideológico e o político. O incentivo fiscal é muito pequeno comparado ao benefício, à desoneração, do setor público de saúde propiciada pelo setor privado. O setor privado, hoje, desonera o SUS em cerca de 100 bilhões de reais ano. Essa é a conta. Isso é quanto se paga hoje para o setor privado. Quanto é que é o benefício fiscal das pessoas que pagam por serviços que desoneram o SUS em 100 bilhões de reais ano?
CASSI Davi Salviano de Albuquerque Neto	[...] eu acho que deveria ter até mais incentivos. Eu sei que essa aí é uma briga eterna, porque quem defende o SUS vai dizer que isso é uma forma de esvaziá-lo. Eu acho que a gente deveria ser mais inteligente, sabe, com a questão de saúde [...] na verdade dedução de gasto aqui tinha que ser olhado como uma política de incentivos fiscais para que a pessoa venha a, com o sistema, a cuidar da sua saúde. É muito melhor discutir isso do que discutir se é devido ou não é devido.
GEAP Luís Carlos Saraiva Neves	É uma questão que precisa ser aprimorada, mas o que nós entendemos e pensamos é que nessa questão que entra a questão fiscal, benefícios, isso tem que ser uma ação que, em se aprimorando também leve no sentido de se aprimorar a atenção primária. Porque o que a gente vê é uma atenção que se dá para se construir mais a alta complexidade. Então, o foco tem que ser invertido, nós temos muitos tomógrafos e equipamentos centralizados em áreas [...]
INTERMEDICA Luiz Celso Dias Lopes	Não refere
SULAMERICA Mônica Nigri	Eu acho que, quanto mais pessoas nós inserirmos no sistema por incentivos fiscais, porque se há incentivo fiscal mais pessoas entram no sistema, mais o sistema é alimentado também, mais consultas são geradas. Tem um estudo, que acho que não está concluído, que mensura exatamente isso. Se há contrapartida a esse incentivo, ela, pelo que foi constatado, esse incentivo acaba sendo inferior ao crescimento que a inserção desse segurado traz no setor porque também vai gerar serviços que são mais do que compensados por isso. A gente vê incentivos em tantos outros [setores da economia]. Automóvel mesmo, há de fato necessidade disso? Só dei um exemplo, mas no setor de saúde eu acho que quanto mais pessoas estiverem assistidas, quanto maior for o incentivo, é claro, incentivo responsável acho interessante, até para que o SUS consiga prestar o papel que, de fato, lhe cabe.

Fonte: entrevistas com representantes das empresas. Elaboração própria.

Em todas as falas, o argumento favorável ao mecanismo de renúncia fiscal reafirma a ideia de que o esquema de intermediação da assistência alivia as contas públicas por que dessa forma mais recursos podem estar disponíveis para o SUS. A incorporação dessa tese ao senso comum se dá de tal forma que nenhum dos entrevistados entende que seja necessário fundamentar suas afirmações com dados quantitativos que evidenciem a trajetória histórica de maior disponibilidade de recursos empenhados com o sistema público depois da implantação do mecanismo de renúncia fiscal²²⁸.

4.2.5 Estratégias de crescimento e investimento

O quinto e último bloco de perguntas apresentadas aos representantes das empresas trata de questões relacionadas com o futuro do esquema de comércio de planos e seguros de saúde e do próprio sistema de saúde. No que se refere às empresas as perguntas são sobre estratégias de investimento e de crescimento projetadas pelo capital estrangeiro e pelos grupos nacionais, no que se refere ao sistema de saúde as questões estão relacionadas à visão prospectiva das empresas com relação ao padrão vigente de articulação público/privada.

Há estratégias corporativas bem delineadas que apontam na direção da ampliação da base de financiamento do esquema empresarial de intermediação com a incorporação de clientes situados nos extratos mais baixos de renda de forma articulada com a utilização da estrutura hospitalar pública²²⁹.

A população emergente já é mapeada e tende a expandir. Mais uma vez eu acho que se a gente tivesse uma estabilidade de regras e uma combinação melhor com o setor público.... Tem um seguimento que poderíamos trabalhar. Grosso modo, 10% da população interna, durante um ano, 90%, não interna, usa serviços ambulatoriais. Para estes 90%, a Lei 9.656/98, desde que ela foi criada, estabeleceu o contrato ambulatorial, plano ambulatorial. Eu posso comercializar, posso registrar que o produto é ambulatorial e comercializar esse produto e atender a estas demandas ambulatoriais: consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e urgência e emergência em até 12 horas. [...]

²²⁸ Ver Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, que altera a legislação do Imposto de Renda das pessoas físicas e dá outras providências; Lei nº 9.249, de 26 de dezembro de 1995, que modifica a legislação do Imposto de Renda das Pessoas Jurídicas (IRPJ) e a contribuição social sobre o lucro líquido (MENDES & WEILLER, 2015).

²²⁹ As entrevistas foram realizadas em 2014, mas é possível identificar na proposta do representante da UNIMED BH e de outros sujeitos a presença dos mesmos mecanismos de articulação público/privada via planos de saúde populares/acessíveis e novos mecanismos de cobrança de ressarcimento encampados pelos novos gestores do Ministério da Saúde nomeados a partir de 2016.

As 12 primeiras horas do atendimento de urgência e emergência. E, paradoxalmente, mais uma vez, nenhuma operadora de grande porte vende este produto, por que? Porque todos nós sabemos que a 13ª hora do atendimento de urgência e emergência e as subsequentes vão ficar por nossa conta. A gente não vai conseguir tirar esse doente da nossa rede e levar para rede pública, que seria a regra do produto. Se chegou um cara lá, quebrou a perna, vai engessar, vai para casa. Mas se chegou um infartado, você não pode dar alta antes de 12h. Então você faz o atendimento emergencial, eventualmente coloca o *stent*.

(Entrevistador) Ai caberia um ressarcimento?

Exatamente [ressarcimento do SUS para as empresas]. Poderia ser um modelo interessante de prestação de serviço. Isso geraria uma série de outras consequências, mas eu acho que é por aí. Então nesse modelo, se as operadoras hoje, e é dito que o SUS, o grande gargalo que se tem no SUS é na parte ambulatorial. Então se de alguma forma houvesse um grande impacto do público e do privado, por exemplo, a comercialização do produto ambulatorial poderia desafogar bastante (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

A análise dessa fala assume um caráter paradigmático por que permite compreender os limites e possibilidades estruturais de um esquema de intermediação assistencial que aspira a ampliação da sua carteira de clientes por meio da incorporação de grupos populacionais de baixa renda já mapeados sem, necessariamente fazer a correspondente provisão de investimento para despesas de internação hospitalar sabidamente onerosas. Ao invés disso, a ideia apresentada é vender os planos ambulatoriais já regulamentados pela Lei 9.656/98 contando com os recursos do orçamento público para financiamento das prováveis despesas com internação. As empresas atuariam como prestadoras de serviço remuneradas pelo orçamento público.

Mais uma vez, o argumento de que a atuação das empresas desafoga o SUS aparece, agora a partir do reconhecido gargalo na assistência ambulatorial especializada no sistema público. De forma bem simplificada o que se afirma é que os planos ambulatoriais baratos vão proporcionar acesso da população de baixa renda à atenção especializada que o SUS não consegue viabilizar e, em contrapartida, uma vez que o cliente do plano necessite de internação hospitalar prolongada, o orçamento público deve remunerar as empresas por isso, garantindo assim a satisfação dos seus clientes pagantes mesmo nos casos não previstos no contrato.

Em todo esse arcabouço está estabelecido que o lugar reservado para o sistema público é assemelhado ao de uma estrutura de resseguro para um modelo de negócios que não tem possibilidade de sustentação fora do atual padrão regressivo de articulação público/privada onde

o orçamento público viabiliza assistência hospitalar privativa para grupos populacionais com maior capacidade de pagamento em detrimento do conjunto da população.

O potencial econômico da população de baixa renda já mapeado constitui o horizonte de perspectiva para expansão do comércio de planos e seguros de saúde, ao lado da clientela de trabalhadores de pequenas e médias empresas empregadoras que ainda não são clientes pagantes. Todos esses elementos prospectivos estão baseados na reiteração da modulação do acesso e da oferta de serviços pela capacidade de pagamento do usuário e na expectativa de crescimento do conjunto da economia.

Uma fronteira adicional de expansão vislumbrada pelos entrevistados e igualmente vinculada ao binômio pequenas e médias empresas empregadoras e população emergente de baixa renda é a venda de planos exclusivamente odontológicos mencionada pela representante de uma seguradora. Esse tipo de negócio se caracteriza, do ponto de vista comercial, pelo baixo valor das contraprestações mensais e pela baixa *sinistralidade*²³⁰ em comparação com os planos que envolvem internação hospitalar²³¹. São, por definição, planos ambulatoriais de baixo custo.

E mexer segurando a frequência. E drogas. Você vai vender para classe C. Você pode, com toda a sinceridade, você pode usar drogas de última geração que custam cinquenta mil por mês, para o cara que paga cem, duzentos? Tudo é proporcional. Se você quer comer uma refeição por dez Reais, é mesa de fórmica com “alquinho”. Você quer pagar quinhentos dólares, tem que ter guardanapo de linho, tem que ter tudo proporcional. Tem que fazer uma medicina de altíssima qualidade, relacionada para não quebrar o custo-benefício. Porque se ele ficar aí também não vai ter assistência nenhuma [...] esses controles todos você tem que ter. E só com uma rede verticalizada é que você consegue. (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Como as grandes empresas já fornecem o benefício, as pequenas e médias empresas são quem formarão a porta de acesso à medicina privada. Ainda há um enorme campo de expansão para o crescimento junto às pequenas e médias empresas, mas ocorre que, para tanto, haverá necessidade de ajuste de custos e preços [...] contenção de custos, expansão para pequenas e médias empresas e ampliação geográfica e de camadas sociais (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Eu acho que é basicamente a parte odontológica. A parte de pequenos grupos. Essas empresas que, houve um crescimento econômico, muitas empresas foram legalizadas e essa parcela virou compradora de saúde, então é um segmento que está com uma participação cada vez maior na carteira de planos de saúde, o odontológico ainda está engatinhando, mas a gente acredita também que é um nicho. O médico hospitalar de pequenos grupos e o odontológico (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

²³⁰ Relação entre o custo total de despesas assistenciais pagas pelas empresas e o valor das contraprestações arrecadadas. Nos planos odontológicos essa relação é sempre menor que 50% (ver: Caderno de Informações da ANS).

²³¹ Sobre as especificidades dos planos odontológicos merece destaque também o seu alto nível de lucratividade apoiado em um índice de sinistralidade inferior a 50% [ver: Caderno de Informação da ANS] e o potencial de expansão projetado para esse tipo de comércio quando se considera os seus níveis atuais de abrangência.

A Intermédica tem um projeto claro de crescimento, de expansão, especialmente no seguimento C que é o principal segmento dela, especialmente no segmento de pequenas e médias empresas e também de odontologia onde há um potencial maior de crescimento já que a odontologia atinge um percentual pequeno da população brasileira, inclusive em quem tem plano de saúde, ela tem um potencial maior ainda (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

O representante da UNIMED RIO também menciona a possibilidade de que as empresas de intermediação sejam remuneradas pelo orçamento público em condições que sejam comercialmente rentáveis.

[...] qualquer atividade nessa linha ela está diretamente ligada à remuneração, entendo que hoje a gente está aberto para discutir qualquer tipo de atividade em conjunto com o setor público desde que a remuneração por esse serviço ou por esse trabalho, ela seja compatível com o que você está oferecendo enquanto serviço. O que a gente percebe hoje, é que no modo geral, e isso deve ter afastado muito a atividade privada da prestação de serviço público, é que os valores de remuneração hoje, de um modo geral, com exceção de algumas estruturas muito específicas, digamos aí, talvez, transplante, oncologia, eu acho que são atividades que destoam um pouco do contexto, a remuneração é muito baixa, isso não estimula hoje qualquer tipo de prestador a se relacionar com o setor público, por conta disso. E se não bastassem os preços, tem as próprias questões da periodicidade de pagamento que nunca é regulada, ela é sempre muito oscilante, isso às vezes gera algumas outras coisas na relação existente hoje que não são as melhores práticas (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

Ou ainda em associação de empresas privadas especializadas em gestão de saúde com a estrutura hospitalar das forças armadas e com hospitais federais públicos para prestação de serviços de análises clínicas.

Nós vamos andar exponencialmente agora. Nós estamos tomando medidas para realmente ser diferente. Montar um centro de análise de dados. A *Optum*²³² vai vir aqui de novo agora até outubro. Então eles estão começando esse ano agora, no ano que vem vai ser muito mais atrativo. [...] Porque que eu estou falando isso? A gente já deu algumas ideias para eles, por exemplo, parcerias com hospitais que são pequenos sistemas de saúde, hospitais militares, da marinha, exército, aeronáutica.

[...] eu estava falando com a presidente Dilma o seguinte: Laboratório, laboratório tudo é uma sacanagem. O governo compra, compra pela [...] *stent* para o governo. Nós pagamos seiscentos naqueles cem antibióticos. O governo paga dois mil. Três, quatro. Sabe o que que é, (...), não tem jeito. Então, daí é o seguinte, se o governo pega os hospitais federais do Rio de Janeiro, acaba com todos os laboratórios, olha quanto que custa. Mas aí tem que dispensar as pessoas, tem que usar mais a área física, que eles não contam isso na hora que vai fazer o cálculo, não é? A luz, a água. Tira aquilo tudo e dá para a gente, a gente faz pela metade do preço e ainda faz cinco vezes mais exames. O

²³² Ver nota 221 acima.

Sérgio Côrtes²³³ fez isso aqui com o Dasa, botou, mas depois veio a turma do *deixa disso*, que não sei o que lá, e acho que nos tiraram, está entendendo? E agora também acho que tiraram muita gente do município. Teve um negócio aí no município que deram para o [...]. A câmara de vereadores tem um cara, e indicou um cara lá que não está entregando os exames. É assim o Brasil. (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Os representantes das empresas denominadas pela ANS como autogestões em saúde (GEAP e CASSI), reivindicam uma relação de maior proximidade com a lógica de funcionamento do sistema público embora, de fato, sua rede seja para uso exclusivo dos associados. Fazem referência a projetos que mimetizam a estratégia de saúde da família e mencionam a possibilidade de compartilhamento de instalações ambulatoriais entre diferentes empresas em um esforço de racionalização e diminuição da superposição na oferta assistencial.

[...] já tivemos a participação do Ministério da Saúde com a equipe profissional especialista do Ministério da Saúde foi lá, fez todo um debate com o nosso grupo técnico, tivemos a participação de outros profissionais, tivemos a participação de uma médica da família com uma experiência de coordenar a equipe, fez uma discussão com o nosso pessoal e a coisa está indo, está andando, saímos da fase embrionária para a fase fetal (entrevista com *Luis Carlos Saraiva Neves* – GEAP, 2014).

No setor de operadora, eu já falei bastante, eu vejo uma grande oportunidade que era as unidades de atenção primária serem compartilhadas. Então ao invés de diversas operadoras terem as suas redes, em locais melhores, mais amplos, mais cuidados, que fossem compartilhados. O problema não é conversa, o problema não é investimento. O problema é você perceber que a discussão é de modelo de saúde, e não de modelo de sinistro (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Há uma expectativa de que em algum momento futuro a ANS determine que as empresas de planos e seguros de saúde deverão prover obrigatoriamente a assistência farmacêutica, dando origem, nesse caso, a mais um elo na cadeia de intermediação por meio de empresas especializadas nesse tipo de serviço.

Eu acho que vai ter [assistência farmacêutica]. Até porque isso já está na própria agenda regulatória da Agência. O que eu vejo é que, pode ser que eu me engane, mas eu acho que no âmbito da cobertura de medicamentos, não vamos nos surpreender se aparecermos com outra Administradora de Benefícios conduzindo esse processo [...] o mercado argentino já trabalha há muitos anos com concessão de medicamentos, e você trabalha através de uma Administradora de Benefícios, que é na verdade quem se relaciona com as grandes redes ou com os laboratórios, para fazer as grandes negociações, você tem o preço captado que você paga e o preço do medicamento que você paga com o valor X de desconto nessa grande negociação que é feita entre as redes,

²³³ Refere-se ao ex-secretário de saúde do estado do Rio de Janeiro na gestão Sérgio Cabral e ao DASA, empresa do grupo AMIL especializada em exames complementares.

isso é um processo que já existe na Argentina, eu já vi esse processo em 1996, 1997, quando fui²³⁴, em 1997, já era um processo existente no mercado. E acho que vamos caminhar naturalmente para um modelo parecido aqui no Brasil, acho muito difícil que qualquer operadora hoje, não que seja impossível, mas ela vai ter que construir um modelo específico (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

Outra estratégia prospectiva apontada está relacionada com a dispensação da classe especial de medicamentos para oncologia ambulatorial em estruturas assistenciais próprias das empresas ou em associação com redes de clínicas especializadas²³⁵.

O Centro Oncológico ele traz uma, ou seja, você tendo um controle disso, ele te traz algumas vantagens, por exemplo, você controla melhor o processo, você evita perdas de repartição de medicamentos, você tem a certeza que seu paciente, sob seu controle, você está pagando exatamente o volume que foi aplicado naquele paciente, não mais do que você deveria pagar, acaba criando uma gestão muito melhor desse paciente, a gente fez uma opção de trabalhar nesse processo somente com medicamento de referência, exceto a para uma utilização de medicação similar ou genérica só com evidência científica e depois de aprovado pelo Comitê Técnico (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

No que se refere à assistência farmacêutica, entretanto, há contradições e possíveis tensões entre dois modelos de negócios superpostos e interdependentes representados pelo esquema de comércio de planos e seguros de saúde e pela fabricação, comércio e distribuição de medicamentos. Essas contradições são apontadas pelos representantes das seguradoras.

Eu tenho receio desse negócio. Nos EUA, os programas de fornecimento de medicamentos provocaram uma explosão de custos. É como a velha máxima de Keynes, “a oferta cria a sua própria demanda”. É a indústria atacadista de medicamentos, e o setor varejista de farmácias, querendo impor um modelo de negócios suportado pelos planos de saúde (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Isso é bastante delicado. Porque a lei não previa isso, os planos não foram tarifados, nós calculamos o plano, eles não previam isso, então eu entendo que qualquer incorporação seja de medicamentos, seja de novas tecnologias tem que ser precedido de um estudo bastante detalhado, porque acredito que parte desta escalada da sinistralidade seja por conta das incorporações em que não houve a contrapartida financeira, seja pela intervenção pesada em determinados planos que o reajuste necessário não é aplicado, então isso tem que ser feito com bastante parcimônia (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

²³⁴ Refere-se ao período em que o entrevistado trabalhou na AMIL na Argentina.

²³⁵ Esse modelo de organização de serviços especializados é instruído por teorias e conceitos formulados em escolas de negócios [Michel Porter e seu conceito de cadeia de valor, *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD) de Porter & Teisberg] e difundidas no Brasil também por *think tanks* como a ASAP - Aliança para a Saúde Populacional.

O representante da CASSI refere preocupação com a sobre utilização de medicamentos e seus efeitos sobre caixa das empresas que pagam pelos produtos e pela assistência. Sua fala também sugere uma zona de tensão entre os interesses comerciais da indústria e do comércio de medicamentos e o esquema de intermediação da assistência, mesmo em sua vertente não lucrativa como as autogestões.

Eu vejo isso com muita preocupação. Por quê? Porque do jeito que a lei foi aprovada [a obrigatoriedade de dispensação de medicamentos em ambulatórios], ela não estabelece nenhum mecanismo de controle, ela estabelece uma relação de, existe alguém que entende que é para pedir e alguém que tem que pagar. Ora, se você está falando da proteção à saúde do paciente, você não poderia estar falando, estar passando por cima dos protocolos, das evidências, e isso foi para o beleléu. Agora é um que pede, e pede do jeito que quer pedir, e o outro que tem que pagar [...] a gente tentar ver se consegue vir da agência [ANS] algumas normas de regulação técnica para que a gente não exponha essa população que já está sofrendo ao bel prazer de quem quer pedir por pedir (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Há uma zona de tensão entre empresas de intermediação de assistência e agentes envolvidos na fabricação e comércio de órteses, próteses e materiais especiais (OPMEs) que revela a existência de contradições entre dois modelos de negócios superpostos. Nesse sentido, a expectativa expressa na fala dos entrevistados é de que o Estado venha a atuar na fiscalização de situações disfuncionais que resultem em insatisfação de clientes e prejuízo para as empresas que pagam aos prestadores de serviço. É importante considerar também que alguns grupos econômicos envolvem simultaneamente empresas hospitalares e empresas de planos de saúde, ou seja, nem sempre existe uma clara distinção entre os interesses de empresas de intermediação da assistência e empresas hospitalares que lucram com a venda de OPMEs.

Todas as operadoras, se eu perguntar aqui vai dar esse problema sério de OPMEs. Os hospitais como um todo vivem de OPMEs, mais de 50% do faturamento dos hospitais dependem de materiais e medicamentos. **Porque os hospitais não investem em pronto socorro? Porque os hospitais não investem em maternidade? Porque a maior parte das maternidades está fechando? Eu não sei aqui no Rio, mas em São Paulo todo dia fecha maternidade. Porque não dá dinheiro para eles, dá só custo fixo, mas eles não usam a OPMEs** [grifo nosso]. Onde é que está a grande margem de lucro dos hospitais? Está em OPMEs. Então, ou a gente regula isso ou o setor sofre. E como isso é o item que mais pesa na cesta final do plano, então há uma necessidade de se reverter [...] a mesma prótese que o Sistema Único muitas vezes usa, o sistema privado também pode usar. Porque não criar uma grande central de regulação de compras de forma a baratear essa utilização? São políticas comuns. É meu, vamos lá, compra, compra mais. Ao invés de comprar só cem, compra duzentos por que eu também vou usar no meu usuário (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

[...] você sabe que as pessoas que ganham dinheiro nesse país são as pessoas que, de um modo geral, [...] trabalham com órtese e prótese. Você está por dentro bem do que eu

estou falando. E isso daí vai ser uma coisa que vai ser terrível também. Então essa regulamentação em que todo ano, eu acho que, coloca um monte de benefícios sem olhar o custo do benefício para o próprio cliente. Você acha que essas empresas vão aguentar? (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

Com a indústria de prótese e órtese a aproximação é zero, porque eles simplesmente não querem se aproximar das operadoras [grifo nosso]. Não sentam na mesa e não valorizam nenhum tipo de contato com a gente. Então é algo que eu penso, é uma lacuna que a lei precisa chegar também. Esses caras hoje, eles representam em uma conta hospitalar de um hospital de alta complexidade, órteses e próteses e medicamentos de alto custo, representam 61% da fatura total dos hospitais (entrevista com *Davi Salviano de Albuquerque Neto* – CASSI, 2014).

Em um ambiente de conflito, eventualmente o profissional da assistência é responsabilizado por condutas não éticas em acordo com os interesses comerciais da indústria e em detrimento da melhor escolha terapêutica.

Estou falando de modelos de práticas, falando de um viés com uma questão ética que, na minha avaliação, está passando dos limites, nessa questão de órteses, próteses, medicamentos, nessas indicações *border line* que às vezes... essas coisas vão ter que passar por um processo de revisão, de regulação (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Hoje você sabe, por exemplo, um dos grandes problemas do mercado que hoje a gente tem na área de plano de saúde é custo de OPME [órteses, próteses e materiais especiais]. Isso é um buraco negro que existe dentro dessa atividade, me reservo aqui a não fazer determinados comentários sobre isso, mas vocês devem muito bem saber o que estou falando, isso faz com que você tenha um nível de cadeias de intermediação dentro desse negócio que tornam o custo final dessa operação extremamente caro (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

Nesse cenário contraditório e complexo, como vimos acima, a possibilidade de mudança na Lei Orgânica da Saúde que permitiu a associação do capital estrangeiro com empresas de prestação de serviços de saúde²³⁶ foi recebida pelos entrevistados, em geral, como uma solução para os problemas de oferta de leitos e equipamentos hospitalares apontando para uma perspectiva futura de modernização também no aspecto gerencial, embora não se possa efetivamente comprovar essa tendência com dados objetivos.

Certo é que com maior ou menor participação de capital estrangeiro e, ainda que dotado de uma visão estratégica de curto prazo na geração de lucro operacional, esse capital de origem diversificada e volume ampliado em relação ao que se observava até os anos 2000 não dispensa a

²³⁶ A Lei nº 13.097/2015 de fato alterou parte do texto da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) para permitir a participação direta ou indireta de capital estrangeiro na assistência.

reafirmação do padrão atual de articulação público/privada na assistência onde a existência do sistema público potencializa o modelo de negócios das empresas. O esfumaçamento das fronteiras entre metas de lucratividade operacional e financeira não permite que se estabeleça espaços de troca imunes à lógica da acumulação privada. Nesse sentido, o lugar reservado à dimensão pública, na visão dos entrevistados, é o de garantidor de última linha desse esquema de negócios.

Eu acho que o investidor, o empresário mede esses riscos... então acho que quanto mais transparente estiver o setor mais confortáveis e seguros [todos estarão], até mesmo o capital estrangeiro [...] é importante que eles venham, seja para começar a atuar, seja para comprar operadora que não esteja bem, ou fazer fusões, quanto melhor estiver o mercado, melhor para todo mundo, para os beneficiários, para as operadoras pela sua credibilidade, para os prestadores (entrevista com *Mônica Nigri* – SULAMERICA, 2014).

Atualmente estamos vivendo um período único, no sentido de que todos os problemas acumulados ao longo dos últimos 17 anos estão sendo percebidos por todos. É preciso ter coragem e vontade política para debater os problemas, equacioná-los e implantar as mudanças necessárias. O modelo precisa ser revisto. É dessa coragem de mudar que depende o futuro dos sistemas de saúde, seja o público seja o privado (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

E aí o desafio é: o SUS, com esse pouco recurso que ele tem vai ter que atender a uma população cada vez mais envelhecida e o envelhecimento traz doenças, é um processo natural, inclusive doenças crônicas, doenças cujos tratamentos são mais demorados e mais caros e por isso mesmo tem que trabalhar um pouco de prevenção. São doenças que mais afetam, mas por outro lado são doenças que mais há oportunidade de se trabalhar nelas com o preventivo. As pessoas não precisam morrer de diabetes, hipertensão, essas pessoas podem viver e morrer naturalmente com hipertensão e com diabetes, mas aí o trabalho é de verificar e captar muito rapidamente e precocemente essas pessoas e fazer o acompanhamento (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Exigir, e a saúde pública também, fazer prevenção nesse país. Fazer os programas clínicos, dietéticos para as crianças, desde pequeninhos. Para a gente atacar tipo de restaurante, tipo de coisa que são nocivos à sociedade, como eram os *McDonald's* do passado. Não é para eles sumirem não, é para eles mudarem o conceito por coisas saudáveis, um mundo saudável. Não é contra ninguém, é a favor da saúde. Todas as nossas campanhas, todas as nossas coisas, as nossas empresas têm que botar nas favelas, em tudo quanto é lugar, para diagnosticar diabetes precoce, ajudar o país a sair dessa mesmice para uma coisa melhor. Juntos (Entrevista com *Edson de Godoy Bueno* – AMIL, 2014).

O ideal seria que você tivesse uma forma de atuação igualitária em relação ao público e ao privado, no que diz respeito à acomodação ao atendimento, e aí o setor privado tem que se mexer para dizer por que é que pagando é melhor do que não pagando. É a mesma coisa quando eu tenho um investimento estrangeiro em uma empresa de capital aberto, eu passo a ser obrigado a me mexer, obrigado a ter rigor na forma como eu atuo, com código de ética de *compliance*, *FCBA* etc. No momento em que você tem um setor público funcionando, com bons leitos, bons médicos e um bom atendimento, o privado só se sobressai e sobrevive se ele tiver isso e algo mais, então é uma provocação construtiva que acaba acontecendo nessa esfera. E no setor público, o foco também tem que ser saúde. Existem algumas iniciativas como a carteirinha única do SUS que na verdade é isso aqui que a *Apple* fez, é você ter toda a informação, mas não adianta você

ter a informação, precisa saber o que você faz com a informação, como é que você direciona a sua informação. O fato de você ter um banco de dados monstruoso sabendo da sua vida e de todos nós aqui desde quando nós nascemos até hoje não adiante de nada se você não pega esse banco de informações e traduz ele em uma inteligência em seu benefício, como é que isso resolve o seu problema, a sua vida. Diferente, por exemplo, do que eu imagino, no futuro, na verdade, você não utilizou o plano de saúde da QUALICORP, mas, eu ligo para você e falo o seguinte: Olha estamos identificando aqui, o senhor não utilizou, mas a gente pede que o senhor vá ao médico tal para verificar por que o senhor pode ter um problema e o senhor vai lá e descobre o problema (Entrevista com *Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo* – QUALICORP, 2014).

Estamos em um momento de mudanças, temos que sentar e discutir. Temos que parar com isso de que tem o bem e o mal, o certo e o errado, o bonito e o feio, porque o Sistema de Saúde é essencial ao funcionamento de uma sociedade democrática. Não estamos falando de um detalhe. Estávamos falando antes do campo de pouso do ET de Varginha, se precisa ou não ser privatizado, não estamos discutindo isso. Estamos falando de um negócio que é o cerne do funcionamento democrático de uma sociedade. Não vejo como a gente não discutir isso numa perspectiva de ver melhorias. Tem alguns obstáculos. Eu acho que na área pública são os maiores. Vejo, também, na área privada. Vejo nas corporações, especialmente na médica. Corporações que tendem a ter um discurso muito retrógrado em relação a qualquer tipo de evolução de modelo, e tudo o mais. E acho que essa fumaça que foi feita com o “Mais médicos” [refere-se ao programa do governo federal de incentivo ao atendimento na atenção básica em vazios sanitários], se por um lado gerou uma grande polêmica...por outro lado mudou-se algumas estruturas no sistema de formação, do sistema de residência [médica]. Enquanto os médicos ficaram preocupados lá com os cubanos e passou um monte de coisas que eles não viram, mas vão sentir em breve. Mas eu acho que isso, claro, vai depender de uma condução mais harmônica (entrevista com *Helton Freitas* – UNIMED BH, 2014).

Eu acho que naturalmente ele vai ter que evoluir para alguma coisa nesse sentido, eu digo mais, eu acho que, na minha opinião, ele vai evoluir para que o setor público ele se foque mais em uma camada de maiores necessitados desse negócio e que para um cidadão comum ele pode até ser uma fonte de acesso mas até determinados limites também, até porque o recurso ele é finito, e você vai ter que buscar alternativas de coberturas adicionais, como existem hoje em alguns países, como Estados Unidos, principalmente, que eu acho que é um modelo que acho que naturalmente a gente vai caminhar para alguma coisa nesse sentido, não vejo outra forma de financiamento desse negócio, senão acaba com margem, acaba com tudo e ninguém mais vai querer brincar desse negócio (entrevista com *Walter Cesar* – UNIMED RIO, 2014).

Na visão prospectiva sobre o sistema de saúde apresentada pelos entrevistados, o SUS não tem e não terá recursos para financiar a organização da assistência integral para o conjunto da sociedade. Os limites presentemente colocados ao financiamento do sistema público não são interpretados dialeticamente em uma perspectiva política, mas tomados como elemento de fundo de uma paisagem sem perspectiva de mudança.

Entretanto há, paradoxalmente, uma expectativa de que o orçamento público dê conta dos grandes riscos sanitários anunciados pelas tendências epidemiológicas e demográficas relacionadas com o envelhecimento da população e com o aumento da prevalência de doenças

crônicas e degenerativas. Há inclusive uma expectativa de que a ação do sistema público dê conta de estratégias amplas de prevenção e promoção de saúde voltadas para populações jovens com vistas à diminuição da incidência de novos casos com risco elevado de co-morbidades no médio e longo prazo. Não se fala em revogar a existência do SUS, mas em focalizar a sua ação sobre os grandes riscos e sobre as populações com menor capacidade de pagamento.

Trata-se de uma repartição de níveis de risco onde apenas os menores ficam por conta das empresas sempre mediados pela garantia de última instância do orçamento público. A capacidade de processamento de informações sobre os desfechos observados no conjunto da rede assistencial ultrapassa os limites da atuação das empresas e, mais uma vez, é do sistema público que se espera o desempenho dessa tarefa desde que o seu conteúdo possa ser apropriado pelos gestores dos esquemas assistenciais privativos.

4.2.6 Mosaico de articulações

As falas dos empresários e seus representantes, assim como o seu silêncio sobre determinados temas, revelam uma realidade complexa preenchida por uma teia de articulações que não são evidentes a uma primeira aproximação. Entretanto, quando analisadas em conjunto, à luz do conteúdo teórico apresentado previamente sobre *articulação público/privada e dominância financeira*, é possível delinear um sentido político mais amplo e registrar os detalhes por onde se expressam os nós dessa trama.

Depois de mais de uma década da instauração do novo regime fiscalizatório, que tem na ANS sua maior expressão institucional, é possível afirmar que este aparato burocrático especializado, em nenhum momento ao longo dos anos 2000, se constituiu em obstáculo ao desenvolvimento do esquema comercial de intermediação da assistência organizado pelos grupos econômicos controladores das empresas de planos e seguros de saúde. Ao contrário, novas iniciativas e novos modelos de empresariamento da saúde floresceram no ambiente permeado pela dinâmica da *dominância financeira* e pela nova configuração macroeconômica instaurada no Brasil depois dos anos 1990 com a queda da inflação e a abertura do fluxo de capitais mediada por altas taxas de juros.

A articulação das empresas com as instituições de governo, portanto, têm sido as melhores e mais convenientes aos interesses comerciais e financeiros das primeiras e do seu capital, embora, se tomarmos esse binômio como uma relação dialética, seja possível identificar simultaneamente alguns avanços na condição dos usuários em relação à situação da década de 1990 quando vigorava um *laissez faire* de difícil sustentação no plano ético e sanitário quando aplicado a um universo expandido de clientes/trabalhadores.

Houve uma mudança de patamar na amplitude da base de clientes das empresas de intermediação assistencial que se deu na vigência da Lei Orgânica da Saúde e de forma sincrônica com as reformas institucionais que levaram à criação do Sistema Único de Saúde – SUS. Um novo padrão de relação público/privada foi instaurado (BAHIA, 1999) com a composição de um espaço híbrido onde se reuniram seguradoras, medicinas de grupo, cooperativas médicas e autogestões sob a denominação falaciosa de *saúde suplementar*. A nova agência de governo aninhada no Ministério da Saúde guardava, e guarda de fato, uma relação muito maior de afinidade ideológica e conceitual com a antiga Superintendência Nacional de Seguros Privados – SUSEP, aninhada no Ministério da fazenda, do que com os princípios e diretrizes do SUS.

As críticas formuladas pelos empresários à atuação da ANS e outras ações de governo, portanto, não são substantivas, nem poderiam ser. São queixas relacionadas com a tensão implícita nas expectativas de valorização do capital e estão focadas nos aspectos que têm maior potencial de reverter ativos públicos em acumulação privada, quais sejam: o precário mecanismo de ressarcimento das despesas dos clientes das empresas na rede pública e as políticas de fomento à demanda financiadas pelo orçamento público. A análise que apresentamos acima revelam o que pensam os entrevistados sobre ambos.

Há pelo menos duas outras questões relevantes que podem ser destacadas das falas dos empresários e se ligam às tensões subsistentes entre as empresas que se articulam em torno do esquema comercial e financeiro dos planos e seguros de saúde. A primeira diz respeito às regras de atuação das administradoras de benefício, em especial no que se refere ao comércio de planos empresariais por adesão vinculados a grupos de afinidade, a segunda envolve a disputa comercial entre prestadores e empresas de intermediação em torno da compra e venda de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) além de medicamentos de alto custo.

Para tratar de cada uma dessas questões é preciso reconhecer que as categorias utilizadas para se referir às empresas, em geral, padecem de uma certa imprecisão por caducidade. A denominação genérica *empresa de plano de saúde*²³⁷ é pobre e dificilmente poderia se ajustar ao figurino dos atuais grupos econômicos em operação no setor. INTERMEDICA, AMIL, SULAMERICA, BRADESCO SAÚDE, ODONTOPREV, HAPVIDA, UNIMED Rio e UNIMED BH estão organizadas como grupos econômicos que abarcam um leque variado e multifuncional de empresas e mesmo a CASSI, que é considerada uma empresa de autogestão, atua, por exemplo, em parceria com o BRADESCO e com a operadora de cartões de crédito CIELO na *Companhia Brasileira de Gestão em Saúde* cujo nome comercial é ORIZON²³⁸. A GEAP tem a caracterização de sua inserção multifuncional no fundo financeiro de previdência complementar optativa que compõe sua estrutura constituído a partir de contribuições que têm sua origem, em última instância, no Orçamento Geral da União.

Na lógica dos grupos econômicos as fronteiras setoriais frequentemente são rompidas de tal forma que as diversas modalidades utilizadas pela ANS para se referir a cada uma das empresas passam a ser igualmente imprecisas. A INTERMEDICA e a AMIL são consideradas *medicinas de grupo*, mas, de fato, estão articuladas em seus grupos econômicos com seguradoras próprias e empresas de prestação de serviços hospitalares entre outras. As seguradoras especializadas em saúde BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA SAÚDE são controladas por grandes grupos econômicos do setor financeiro e, por sua vez, controlam empresas de gestão em saúde e de planos odontológicos. A HAPVIDA compõe um grupo com empresas hospitalares e com empresas de mídia audiovisual. As UNIMEDs formam um sistema de abrangência nacional que detêm seguradora própria e empresa de gestão de ativos de capital, além de cooperativas de crédito.

Esse pequeno roteiro descritivo, apresentado em maior detalhe no capítulo anterior por meio dos dados de junta comercial e de balanços contábeis, confere uma dimensão mais ampla ao objeto *empresa de plano de saúde* e suas diversas modalidades apresentadas frequentemente como personalidades jurídicas individuais.

²³⁷ A ANS adota a denominação *operadora* de planos de saúde.

²³⁸ A rigor, a CASSI faz parte do grupo econômico de uma grande empresa do setor financeiro, o Banco do Brasil, já que é patrocinada pelo banco. A ORIZON atua precisamente no controle do pagamento de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) para a CASSI, visando a redução de sua despesa operacional. O fato de que o Tesouro Nacional é o controlador do Banco do Brasil é relevante na composição desse elenco de articulações.

O corolário dessa moldura ampliada é a reafirmação do postulado apresentado no capítulo introdutório de que para evitar cair na armadilha de um labirinto de objetos esparsos, desconexos que falam pouco sobre questões substantivas relativas a acúmulo de capital e poder, fundamentais em qualquer trabalho que trate de políticas públicas e, em especial de políticas sociais, é preciso projetar o olhar sobre as linhas de força que ligam e articulam os elementos de um mosaico que só pode ter o seu significado plenamente desvelado quando se consideram os fluxos que conferem sentido e direcionamento ao conjunto.

Posto isso, podemos retomar as duas questões apresentadas acima e prosseguir na análise baseada nas falas dos entrevistados e nos dados documentais. A primeira questão se refere à vigência das Normas Regulamentadoras 195 e 196 que tratam dos planos coletivos empresariais por adesão. Embora haja uma queixa geral contra o evidente favorecimento das administradoras de benefícios, em particular da QUALICORP, em detrimento das outras empresas, o fato é que as normas passaram a vigorar e os planos coletivos por adesão se consolidaram como um *case* de sucesso financeiro nacional e internacional. A pergunta que decorre naturalmente dessa contradição é saber como e por que foi possível fazer passar uma norma que, nas palavras do representante de uma importante cooperativa médica *impõe um intermediário, que põe mais 20 a 25% no custo, sem agregar nenhum valor?*²³⁹

Não é possível extrair uma resposta direta a esta pergunta a partir das falas registradas, mas, é possível estabelecer uma correlação entre aquele fato, que foi uma mudança no plano normativo/institucional operado por uma agência de governo, e um elenco de situações articuladas transcorridas no ambiente corporativo dos grupos econômicos envolvidos com o esquema de comércio de planos e seguros de saúde.

A primeira situação se refere, como descrito acima, ao nível ampliado de articulações entre as empresas e grupos econômicos empresariais entre si e com as agências de governo no ambiente de dominância financeira dos anos 2000.

No caso concreto do episódio que envolve as NRs 195/196 da ANS, temos um cenário onde fundos *Private Equity* sediados nos países centrais e atuantes na BOVESPA²⁴⁰ identificaram na QUALICORP e em outros grupos econômicos com a atuação no sistema de saúde brasileiro um

²³⁹ Ver entrevista completa com representante da UNIMED BH em anexo.

²⁴⁰ A BOVESPA tornou-se o principal espaço de compra e venda de ativos financeiros da América Latina a partir de 2004. Ver: Grün (2003).

potencial de faturamento por meio de operações financeiras de compra de ativos em participação societária para reestruturação e revenda por meio de ofertas públicas de ações em bolsa com realização de lucro²⁴¹. Simultaneamente à súbita mudança de patamar no nível de capital dessas empresas²⁴² e ao estabelecimento de vínculos de participação societária cruzadas entre grupos de empresas de prestação de serviços hospitalares, empresas de serviços auxiliares ao diagnóstico clínico, empresas de planos de saúde e administradoras de benefícios, transcorre o aumento no volume de recursos destinados pelas empresas ao financiamento de campanhas políticas de candidatos a cargos eletivos (SCHEFFER & BAHIA, 2011) e o trânsito de representantes das empresas, ou de pessoas com evidente conflito de interesse, para o primeiro escalão de agências de governo como a ANS²⁴³.

Os interesses corporativos da QUALICORP, em um dado momento, deixam de ser os interesses de uma pequena corretora criada na periferia da região metropolitana de São Paulo com um capital inicial de R\$2.000,00 em 1997. Passam a representar os interesses dos fundos de investimento participantes da sua composição societária que, por sua vez, estão articulados com outras empresas no setor de assistência à saúde e fora dele. Ou seja, temos aí a presença de um novo elemento com escopo de atuação abrangente, provido de um nível elevado de poder econômico/financeiro e político atuando no interior do sistema de assistência à saúde.

Em outras palavras, a compra de pequenas empresas de intermediação da assistência por agentes financeiros com escopo de atuação global pode se revestir de um significado político e institucional que transcende os limites de cada operação comercial particular. A compra, ou as compras, *se referem ao conjunto do setor* e eventualmente incluem a capacidade de influenciar decisões no nível normativo/institucional conexo.

Os agentes com atuação relevante nesse cenário comercial sob dominação financeira deixam de ser o usuário individual e a empresa de plano de saúde e passam a ser o capital na forma de fundos impessoais de abrangência global e *setores inteiros junto com suas regulações normativas*. A caducidade das formas de regulação extra mercado instruídas pelos princípios da

²⁴¹ Movimento de entrada e saída típico dos fundos *private equity* e do *venture capital* aplicado em novas empresas com potencial ou *start'ups*.

²⁴² Ver gráficos sobre evolução temporal do capital declarado pelas empresas do grupo QUALICORP no capítulo 3.

²⁴³ Maurício Ceschin, que havia ocupado o cargo de Diretor Superintendente do Hospital Sírio Libanês em São Paulo e de Vice-presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados-ANAHP no período de 2005 a 2007, ocupa a Presidência Executiva da QUALICORP de 2007 a 2009 de onde sai direto para a diretoria colegiada da ANS, vindo a ocupar a sua presidência em 2010. Em 2013, Elano Rodrigues de Figueiredo passou do cargo de Diretor Jurídico da HAPVIDA, onde representava a empresa em ações contra a ANS, para um cargo na sua diretoria colegiada. Após a Comissão de Ética da Presidência da república opinar pela sua demissão, Elano renunciou ao seu mandato e retirou-se da diretoria da ANS.

fase de ouro de expansão do capitalismo de base industrial do século XX anunciada por Braga (1985) têm aqui a sua expressão concreta e particular no novo ambiente da voga de dominância financeira.

Em situações assim, é evidente que os modelos causais institucionalistas unidirecionais que partem das ações de governo para os agentes privados em uma via de mão única, não serão capazes de explicar os fenômenos empíricos em toda a sua complexidade por que há uma subversão no ponto de origem das ações normativas.

As possíveis respostas para a segunda questão que levantamos acima, relacionada com a disputa comercial entre prestadores e empresas de intermediação em torno da compra e venda de órteses, próteses e materiais especiais (OPME) além de medicamentos de alto custo podem seguir a mesma trilha explicativa.

O caminho apontado pela fala de um dos entrevistados é uma síntese completa da superação da antiga dicotomia entre as frações do capital.

Hoje os hospitais ganham dinheiro com a margem sobre o valor de materiais, medicamentos e equipamentos. O que construiu uma relação deles com fabricantes e distribuidores. Recentemente, sem alternativas, entramos procurando romper esse ciclo. Porque ele atingiu uma escalada inflacionária tamanha que iria colocar em risco o próprio negócio. Então para romper isso, precisamos voltar a nossa atenção para os distribuidores e fabricantes. Estabelecemos primeiro com eles um tipo de acordo: “me deem uma condição comercial melhor que eu me obrigo a colocar seus dispositivos médicos nos hospitais”. Fizemos esse acordo com os melhores fabricantes de materiais de alto custo, os das melhores marcas. Então voltamos para os hospitais: “temos aqui melhores condições de preços com esses melhores materiais; vamos pactuar novas margens de comercialização sobre esses preços”. Então, cada vez mais a gente procura entender melhor, na ausência de uma cadeia produtiva integrada, como podemos pactuar uma nova relação ganha-ganha sem tanta volatilidade de custos (entrevista com *Márcio Coriolano* – BRADESCO SAÚDE, 2014).

Outra fala, igualmente elucidativa estabelece uma síntese que pretende superar a dicotomia entre o público e o privado.

Porque não criar uma grande central de regulação de compras de forma a baratear essa utilização? São políticas comuns [o público e o privado]. É meu, vamos lá, compra, compra mais. Ao invés de comprar só cem, compra duzentos por que eu também vou usar no meu usuário (entrevista com *Luiz Celso Dias Lopes* – INTERMEDICA, 2014).

Essa é uma narrativa que subverte o sentido e o significado do termo *articulação* tal qual viemos utilizando ao longo da nossa argumentação desde o capítulo inicial. A articulação a que se referem implicitamente as duas falas dispostas acima é aquela que homogeneiza os elementos originalmente dispostos em relação dialética. Os interesses comerciais contraditórios de fornecedores de OPMEs, prestadores de serviços e intermediadores da relação assistencial seriam resolvidos em um acordo, um pacto de integração entre cadeias produtivas²⁴⁴ mutuamente conveniente, ou, no limite, tenderiam a uma cartelização.

Da mesma forma, as distinções qualitativas inerentes a cada um dos polos da dicotomia público *versus* privado ficam relativizadas em uma concepção de políticas comuns indiferente a distinções qualitativas.

Na saúde, o descasamento entre as explicações apoiadas em modelos causais institucionalistas unidirecionais e os casos concretos onde se verificam vetores que se originam em organizações comerciais, financeiras e assistenciais de caráter privado e avançam sobre as estruturas de governo, determinando e modelando suas ações, abre espaço para que outros modelos explicativos, de caráter gerencialista, formulados no ambiente de escolas de negócios, tomem corpo e, eventualmente pretendam instruir e, eventualmente pautar as agendas políticas mais abrangentes relacionadas com o conjunto do sistema de saúde do país.

A seguir fazemos uma digressão necessária antes que se possa avançar de volta na linha principal do argumento que vincula o esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 com a dominância financeira. Destacamos, de forma simplificada, algumas estruturas de ressonância e elementos conceituais utilizados pelos empresários e seus representantes na sustentação da versão de articulação público/privada conveniente aos seus interesses corporativos diante das instituições de governo e do conjunto da sociedade.

4.3 OS EMPRESÁRIOS DA SAÚDE E SUA VISÃO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

O empresariamento da assistência à saúde no Brasil é um fenômeno que transcorre em paralelo com a aceleração do processo de industrialização e urbanização verificado globalmente depois do

²⁴⁴ Conceito desenvolvido por *Michel Porter*.

final da guerra na Europa em 1945, mas assume características diferentes em cada formação social. A proliferação de políticas públicas de recorte social democrata nos países da Europa Ocidental, amplamente reconhecidas e valorizadas pelo menos até os anos 1990, também transbordou e teve alguma expressão em países periféricos da América Latina.

No Brasil, o empresariamento da saúde foi fomentado por políticas de governo de forma mais estruturada a partir de 1964. Em 1966 surgiram as primeiras organizações setoriais criadas com o objetivo de representar os interesses dos empresários e difundir a sua ideologia em diversos segmentos da sociedade²⁴⁵.

As mudanças no modo de ser do capital verificadas desde a década de 1970 com o colapso dos acordos financeiros que haviam sido celebrados no pós-guerra imediato ganharam contornos dramáticos a partir dos anos 2000 quando se tornou mais clara a amplitude e a natureza regressiva da crise financeira/fiscal instaurada nos países centrais com desdobramentos globais.

As empresas e grupos econômicos atuantes na assistência à saúde no Brasil também ajustaram o seu perfil e se integraram ao novo cenário definitivamente instaurado nos anos 2000 passando a expressar com nuances e especificidades a nova face da dominância financeira em articulação com o orçamento público. Suas organizações corporativas se multiplicam e diversificam assumindo novas formas de inserção social na defesa dos interesses do capital.

Essas organizações passam a atuar decisivamente na produção e difusão de conhecimentos sobre assuntos estratégicos tendo como objetivo influenciar a formação de agendas de políticas públicas e a sua efetiva implementação com o uso de recursos do Orçamento Geral da União de forma convergente com os interesses de seus financiadores.

Entre as organizações desse tipo mais ativas e prolíficas na década de 2010 no Brasil destacam-se a Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS e o Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde – CBEXs.

A ANAHP publicou em 2015 um documento intitulado *Livro Branco Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro*. Esse material está organizado em dois volumes. Um *Caderno Conceitual*, que explica as principais formulações utilizadas ao longo do texto, e um *Caderno de Propostas*, que pretende apresentar em uma visão macro política, econômica e

²⁴⁵ ABRAMGE.

social, um elenco de doze proposições para o aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro segundo a ótica dos empresários.

O IEES, financiado por empresas de planos e seguros de saúde, é uma organização que pretende promover e realizar estudos que sirvam de base para a implementação de políticas e o desenvolvimento de práticas voltadas para o crescimento do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil. Sua produção tem sido veiculada sistematicamente por agências de notícias na forma de *press release* em uma rede de formação de opinião de abrangência nacional.

O Colégio Brasileiro de Executivos da Saúde – CBEXs, se constituiu como uma organização subsidiária à ANAHP e, do mesmo modo que sua matriz, tem se destacado na apresentação de prescrições voltadas para o sistema de assistência à saúde do país de forma pedagógica por meio de formulações simplificadas para ampla disseminação entre formadores de opinião. Duas publicações do CBEXs de igual teor, mas com títulos diferentes foram distribuídas em 2016 por ocasião das campanhas eleitorais municipais em todo o país.

Consideramos que a leitura do *Caderno Conceitual do Livro Branco Brasil Saúde 2015: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro* de autoria da ANAHP pode nos permitir compreender melhor a natureza dos argumentos que instruem a visão apresentada pelos empresários.

A resenha a seguir vem acompanhada de uma análise que interroga o conteúdo dos documentos, em uma perspectiva de economia política, sobre o lugar reservado para o empresariamento da assistência em um país de dimensões continentais como o Brasil, marcado por um traço estrutural histórico de desigualdades regionais e de renda e dotado de uma legislação que assegura a prevalência dos direitos de cidadania no provimento da assistência. Considera também a forma e o efeito retórico de expressões utilizadas no texto a partir de suas relações com a base material dos serviços e aos fatos concretos aos quais se referem²⁴⁶.

²⁴⁶ Sobre o uso retórico da linguagem na construção de uma ideologia empresarial na assistência baseada na cultura da colaboração ver Braga, I.F. (2012).

4.3.1 Os autores

A ANAHP contratou a *Antares Consulting* uma empresa internacional de consultoria de negócios sediada na Espanha e especializada em micropolítica de organizações de assistência à saúde para elaboração do seu *Livro Branco*, o que representa um ponto de partida importante para a compreensão do viés gerencialista vinculado ao conjunto da obra.

A empresa contratada pela ANAHP atua em três unidades de negócios auto definidas como *Políticas e Serviços de Saúde, Bioindústria e Farmácia e, Serviços Sociais e Socio-sanitários*. Dentro de cada uma dessas unidades a *Antares* oferece aos seus clientes um elenco de serviços e produtos específicos voltados para o objetivo de viabilizar o sucesso das estratégias empresariais definidas pelas empresas contratantes.

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro é compreendido como um ambiente de negócios onde atuam as empresas filiadas à ANAHP e os produtos e serviços da consultoria contratada são voltados para modelagem desse ambiente em formulações de conveniência aos seus objetivos.

De fato, os principais clientes da *Antares* são prestadores de assistência²⁴⁷ e a bioindústria de fármacos. Com expansão de políticas privatizantes sobre os sistemas de saúde, agências de governos nacionais e subnacionais têm se tornado também clientes da *Antares*²⁴⁸.

No Brasil após uma primeira experiência de Parceria Público Privada (PPP) em saúde com a criação do Hospital do Subúrbio em Salvador na Bahia, o governo deste estado licitou a *Antares Consulting*, em evento ocorrido na Bolsa de Valores de São Paulo - BM&FBOVESPA para a modelagem de um segundo projeto financiado pelo Banco Mundial para interligação de 43 hospitais estaduais na Bahia e modernização do seu parque de imagens com a criação de uma central de laudos e fornecimento de sistema informatizados de informação hospitalar para 15 unidades assistenciais.

O Brasil, portanto, entra no portfólio da *Antares* com dois clientes importantes, uma associação de hospitais privados e um governo estadual, ambos, cada um ao seu modo, envolvidos na ampliação do empresariamento da assistência.

²⁴⁷ A ANAHP representa empresas hospitalares.

²⁴⁸ O governo do estado da Bahia contratou a *ANTARES* no desenvolvimento da parceria público/privada (PPP) do novo Hospital do Subúrbio em Salvador.

Assim, no que se refere à autoria dos textos, dois aspectos relevantes podem ser destacados a partir da análise do perfil da *Antares Consulting*. O primeiro é que ela própria não é uma instituição pública nem tão pouco uma instituição acadêmica com tradição e capacidade cognitiva para desenvolvimento de formulações abrangentes voltadas para o sistema de saúde de um país de 200 milhões de habitantes com dimensões continentais e enormes desigualdades estruturais como o Brasil. É meramente uma empresa de consultoria especializada em micropolítica de unidades assistenciais, pequenos sistemas integrados ou unidades industriais de fármacos.

O segundo aspecto é a idiosincrasia do seu viés gerencialista. Os limites conceituais dessa moldura são indissociáveis de uma empresa que trata de negócios no setor de assistência à saúde e o seu olhar sobre o sistema de saúde padece, obviamente, dessa limitação.

4.3.2 As referências

O *Caderno Conceitual* do Livro Branco da ANAHP relaciona uma extensa lista de referências bibliográficas que podem ser analisadas em conjunto ou em separado para os títulos mais relevantes.

A maior parte das citações se refere a normas legais, portarias, notas técnicas ou publicações oficiais de órgãos de governo relacionadas direta ou indiretamente com o sistema de saúde ou com as políticas econômicas e sociais. Isso pode ser entendido como uma evidência de que o desenvolvimento de empresas privadas no provimento ou intermediação da assistência guarda relação direta com ações ou omissões de governo e, de fato, só pode ganhar relevância em articulação com a estrutura do Estado.

Há também citação de documentos elaborados por importantes agentes econômicos com interesse direto sobre o sistema de saúde como a indústria de artigos e equipamentos médico/odontológico/hospitalares, laboratórios, e a Confederação Nacional da Indústria.

Fontes governamentais como o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE são utilizadas para a elaboração de dados secundários de interesse na descrição das características sócio demográficas do país e do seu

sistema de serviços de saúde, além de publicações de conselhos profissionais de medicina e enfermagem e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.

As referências acadêmicas aparecem em menor número. Possuem características gerais que podem ser destacadas e algumas delas apresentam um conteúdo que, de fato, instrui a base da estrutura argumentativa do material produzido pela *Antares Consulting* por encomenda da ANAHP. A principal delas é Porter & Teisberg (2006). O lugar central ocupado por estes autores²⁴⁹ em todos os *Think Tanks* organizados pelas empresas e nas principais escolas de administração e negócios que formam seus próceres solicita um olhar mais apurado sobre o conjunto da obra de Michel Porter e sobre seus críticos.

4.4 O GERAL E O PARTICULAR

A análise geral dos dados de entrevistas com os representantes das empresas e grupos econômicos em conjunto com a breve digressão desenvolvida acima sobre os pressupostos, os meios de disseminação e o conteúdo da ideologia gerencialista em circulação na assistência à saúde atualmente constituem uma base sobre a qual podemos avançar para a interpretação dos dados documentais dispostos no capítulo anterior, investigando a expressão da dominância financeira no caso concreto dos planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 e as perspectivas do conjunto do sistema de saúde.

No desenvolvimento dos capítulos anteriores apresentamos referências e identificamos a existência de limites teóricos e conceituais para a descrição e análise do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil.

Um desses limites se refere à divisão artificial do sistema de saúde em dois compartimentos estanques, um público e outro privado, outro limite corresponde à barreira cognitiva de senso comum cada vez mais descasada da realidade empírica observável: a separação entre o capital financeiro e capital produtivo.

²⁴⁹ Michel Porter é o autor principal e escreve em coautoria com Elisabeth Teisberg em um trabalho voltado para o setor de produção de serviços em saúde. Ver Porter & Teisberg (2006). Ver Apêndice.

De fato, embora algumas análises formuladas no final da década de 1990 (ANDREAZZI, 2002), sugerissem uma tendência de que as seguradoras, como representantes do capital financeiro, assumiriam gradualmente a dominância no esquema de comércio de planos após a vigência do novo regime delineado pela Lei 9.656/98 e pela criação da ANS em detrimento das empresas tradicionais de medicina de grupo e cooperativas médicas, não foi isso que ocorreu.

O novo modo de ser da riqueza global sob a voga da dominância financeira, já naquela época, ultrapassava os limites da economia setorial para transitar sobre quaisquer substratos passíveis de gerar maior acumulação privada com um mínimo risco de prejuízo.

A tese de Bahia (1999), sincrônica com as mudanças institucionais e políticas verificadas na virada dos anos 1990 para os 2000, assinala a vigência de um novo padrão de relação público/privada na assistência baseado na expansão do esquema de comércio de planos e seguros de saúde. A investigação empírica feita por essa autora sobre o universo empresarial híbrido e florescente, composto de seguradoras especializadas em saúde, empresas de medicina de grupo e cooperativas médicas viria a revelar detalhes insuspeitos e desfazer formulações de senso comum em voga até naquele momento.

A inexistência de dados confiáveis facilmente acessíveis sobre as empresas ensejava então a difusão de especulações acerca da existência de um acervo de informações relevante sobre adoecimento dos clientes dos planos de uso exclusivo dos empresários para fins de organização de seus próprios negócios. O que foi verificado empiricamente, entretanto, é que algumas empresas sequer possuíam registros individuais dos seus clientes (BAHIA, 1999) e os métodos utilizados para cálculo do valor das contraprestações carecia de referências atuárias precisas em muitos casos. Ao mesmo tempo, o dimensionamento da amplitude da cobertura populacional controlada pelas empresas permanecia obscuro e era tratado como um não-objeto pelas principais instituições de ensino e pesquisa acadêmica do campo da Saúde Coletiva naquele período.

Havia também um desafio teórico considerável a ser superado na análise do esquema de comércio de planos e seguros de saúde. Bahia (1999) utilizou conhecimentos de Ciência Política e de Economia com noções da Teoria dos Seguros, assinalando que as empresas de planos e seguros de saúde no Brasil se constituem em um espaço híbrido entre a prestação de serviços de saúde e o seguro de riscos pessoais.

A separação artificial entre dois compartimentos virtualmente impermeáveis na estrutura do sistema de saúde constitui uma premissa fundamental para a narrativa que utiliza exclusivamente conceitos de teorias de mercado para se referir aos fenômenos incidentes no ambiente desse universo de empresas. Desta forma, a um só tempo se destaca os atributos de liberdade de escolha, modernidade e eficiência pretensamente associados às empresas enquanto se escamoteia toda a interface de articulação público/privada implícita na sustentação do esquema.

Nesse universo imaginário descrito de forma esquizoide as comparações entre os dois hemisférios virtuais, o público e o privado, são feitas, contraditoriamente, sem que os parâmetros de análise sejam explicitados. Tudo se passa como se os riscos assumidos pelo SUS e pelas empresas de planos e seguros de saúde fossem equivalentes. De fato, há uma seleção prévia de pequenos riscos para o lado das empresas e um represamento dos grandes riscos sanitários para o SUS (BAHIA, 1999) que, ao fim e ao cabo, equivale a uma instância de resseguro tanto para os doentes quanto para o patrimônio das empresas.

Ao substrato ideológico primitivo que conferia a planos de saúde função social *supletiva* à instituição previdenciária, e, simultaneamente privilégios de livre escolha com oferta abundante de serviços, foi acrescentada uma base legal que qualificava o seu usuário mais precisamente como *consumidor* do que como *cidadão*. A contraparte objetiva desse novo marco legal (e conceitual) está expressa no novo patamar de organização institucional das empresas, capaz de colocar em torno da mesma mesa de negociação, ao lado de grandes seguradoras, os sucessores dos primeiros empresários-médicos e empresários-não-médicos agora providos de um capital material e simbólico expressivo. Essa nova configuração transcorre de forma sincrônica à criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

A narrativa histórica desse período comporta elaborações que incorporam matrizes explicativas distintas. Bahia (1999) coloca em perspectiva essas diferentes visões e enfatiza uma questão crucial para a compreensão das mudanças em curso no padrão de relação público/privado na assistência qual seja, o fato de que a ampliação da clientela de empresas de planos de saúde não exonera a sua população coberta dos direitos de cidadania reconhecidos pelo Estado. Ao contrário, produz uma sobreposição e uma acumulação que não tem contraparte para os usuários exclusivos do sistema público.

Em outras palavras, a tese funcionalista²⁵⁰ da coexistência de dois subsistemas mutuamente excludentes um público e outro privado, carece de base factual. A clientela de planos de saúde, expandida, continua a usar o sistema público naquilo que não é coberto pelos planos enquanto que, aqueles que não são clientes dos planos, de fato, experimentam a interdição no acesso a um ambiente assistencial exclusivo para pagantes, mas subsidiado por recursos públicos.

Outros detalhes de importância transcendental para a compreensão da natureza do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil são revelados pela investigação de Bahia (1999). Entre os mais elucidativos destacamos o fato de que os mesmos profissionais transitam pelo público e pelo privado podendo optar por atender os casos mais rentáveis e de menor risco no ambiente privado ou no público de forma discricionária; há um compartilhamento da infraestrutura assistencial que possibilita, além da seleção de risco, a possibilidade de treinamento profissional em serviços de alta complexidade com demanda contínua e remuneração elevada para profissionais em tempo parcial; não há livre escolha individual racional do provedor com a definição apriorística de coberturas distintas para diferentes níveis hierárquicos de empregados e seu *status* social e venda de diferenciais de atendimento em qualidade e variedade de provedores que estão segregados por tipos diferentes de plano em uma mesma empresa.

A análise feita por Bahia (1999) aponta a existência de duas modalidades fundamentais de empresas representadas por aquelas que têm uma concepção mutual e se organizaram, principalmente, em torno das demandas de trabalhadores e empresas públicas ou do setor automobilístico de grande porte e pelas empresas de matriz securitária que baseiam seu modelo de negócios na administração de riscos hierarquizados.

Enfim, um olhar atento para as nuances e idiosincrasias desse conjunto de empresas e de sua interface de articulação público/privada pode instruir a construção de um arcabouço analítico mais ajustado e uma explicação mais fidedigna da complexidade implícita nesse processo.

Da mesma forma, quando se trata de interrogar sobre o espalhamento da dominância financeira sobre o esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 o sentido da investigação não pode deixar de percorrer os recessos, as nuances e idiosincrasias de como se dá a expressão desse fenômeno estrutural no caso concreto em tela.

²⁵⁰ Defendida historicamente pela ABRAMGE e por segmentos da burocracia estatal.

A natureza híbrida e multifacetada das organizações empresariais envolvidas com o comércio da intermediação assistencial, a precariedade do acervo de dados disponíveis no domínio público, a extensa e nebulosa interface de articulação público/privada subjacente, o dinamismo das mudanças estruturais em curso no ambiente macroeconômico global e regional e o poder econômico/político/financeiro dos principais agentes econômicos atuantes no setor estão entre os fatores que estabelecem dificuldades ao desenvolvimento de formulações mais ajustadas, fidedignas e incontroversas.

As explicações totalizantes e de caráter geral mais utilizadas para tratar da problemática da assistência à saúde no Brasil estão cindidas nos polos do institucionalismo focado nas ações de governo e do gerencialismo focado nas utopias de mercado livres autorregulados. São grandes molduras que nem sempre se ajustam ao particular e ao concreto dos dados empíricos observáveis.

No campo da Saúde Coletiva pode-se dizer que as referências teóricas estruturantes mais consolidadas estão assentadas na literatura crítica que considera a existência de classes sociais em disputa e relações dialéticas entre capital e trabalho, bem como no caráter histórico e contingencial da prática assistencial e sua expressão política e institucional na sociedade.

Vimos na perspectiva histórica de evolução das acepções sobre articulação público/privada como os elementos gerais dessa moldura foram modulados e assumiram um caráter mais operacional no desenvolvimento de termos como, por exemplo: *empresariamento, prática médica, empresas médicas, planos de saúde, ideologia empresarial, medicinas de grupo, cooperativas médicas* entre outros. Vimos também como o próprio setor de assistência passou a ser, ele mesmo, um importante *locus* de acumulação privada de capital, de início por meio da atividade industrial e posteriormente por meio da prestação de serviços assistenciais e do comércio da intermediação desses serviços.

Essa sequência de desenvolvimento não é uma regra geral aplicável a qualquer formação social particular. Ela traz embutida nos seus desdobramentos concretos e no desenvolvimento das formulações operacionais conexas, as peculiaridades regionais, históricas, culturais, institucionais e econômicas de um país ocidental, periférico e dependente como o Brasil.

Entre os fatores de caráter geral e estrutural incidentes sobre o conjunto das relações sociais, de forma mais evidente a partir dos anos 2000, está a *dominância financeira* como novo modo de ser da riqueza global e seu transbordamento para o interior dos sistemas de saúde.

Este fenômeno global com expressão regional segue reafirmando uma tendência regressiva atualizada pelo estabelecimento de novas fronteiras de acumulação primitiva para o capital. Ao tempo em que mantém o curso e direcionamento da espoliação histórica do público pelo privado, renova o seu modo de ser pela revogação de antigas fronteiras setoriais e de mecanismos de regulação institucionais estabelecidos em outro momento histórico.

Se, como diz Braga (1985) *as formas públicas e privadas de negar a crise têm de ser necessariamente uma novidade histórica*, as modulações e o desenvolvimento de conceitos e categorias operacionais para sua descrição e análise também deverão se ajustar a esse novo modo de ser do capital.

O que apresentamos a seguir é uma análise de dados documentais selecionados das principais empresas e grupos econômicos atuantes na intermediação comercial e financeira da assistência privativa a indivíduos e condomínios de indivíduos no Brasil dos anos 2000.

O cotejamento do material empírico reunido com os dados de entrevistas é operacionalizado a partir dos apontamentos conceituais e metodológicos apresentados no segundo capítulo. Embora esse trabalho tenha um caráter exploratório e a elaboração de modelos teóricos formais esteja fora do seu escopo, consideramos que o delineamento dos limites, insuficiências e contradições aparentes na confrontação entre o geral e particular, nesse caso, possa ser uma contribuição relevante para futuros desenvolvimentos dotados de maior potência explicativa.

O fundamental a destacar é que, a dimensão e a relevância da *dominância financeira* como fenômeno global e sua expressão particular no esquema comercial de intermediação da assistência no Brasil solicitam uma interpretação de caráter político que considere o conjunto dos elementos em articulação no público e no privado incidentes sobre o sistema de saúde do Brasil no momento atual e para o futuro.

4.5 PLANOS E SEGUROS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2000 E 2015 E A DOMINÂNCIA FINANCEIRA

A análise exploratória dos grandes números do setor relacionados com os ativos e as receitas das principais empresas selecionadas permitem caracterizar, ainda que provisoriamente, um cenário *estável* que atinge o horizonte de dezembro de 2015. Embora os dados coligidos²⁵¹ componham uma série histórica curta e contenha lacunas para algumas empresas o que se observa é uma sequência de *leve expansão* dos ativos totais, muito provavelmente, consolidados a partir de fusões e aquisições de empresas menores. Da mesma forma, as linhas ascendentes das receitas convergem para um patamar mais elevado ao longo da série e podem ser estratificadas com algum destaque para os grupos BRADESCO e AMIL. Estamos tratando, portanto, de um esquema provido de bases operacionais *estáveis* sobre as quais podem se estabelecer ganhos financeiros em uma escala não desprezível.

A instituição do novo regime de fiscalização operado pelo aparato burocrático especializado no comércio de planos e seguros de saúde representado pela ANS a partir do ano 2000, foi sincrônico com o aparecimento de sinais mais evidentes da voga de dominância financeira em escala global.

No Brasil, o cenário macroeconômico da virada dos anos 1990 para os anos 2000 era composto, grosso modo, por uma taxa média de inflação situada em um patamar inferior ao que vigorava na década de 1980, associada a taxas de juros elevadas com simultânea abertura no fluxo de capitais.

A ANS surgiu como um caso especial dentro do modelo de agências regulatórias nos anos 1990 em uma visão que definia o esquema comercial e financeiro de intermediação assistencial já existente como um *mercado*²⁵², ainda que imperfeito e, portanto, passível de algum nível de regulação.

O esquema original de intermediação da assistência desenvolvido durante o regime militar à sombra da medicina previdenciária, foi favorecido por políticas públicas de estímulo à demanda e

²⁵¹ Ver quadro 72 e gráfico 1 no capítulo anterior.

²⁵² Consideramos que, mesmo nos termos definidos pela visão liberal, é difícil aceitar que a assistência à saúde possa funcionar como um mercado no seu atributo mais positivo, a liberdade de escolha. Ver artigo seminal de ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. The American Economic Review, v. LIII, n.5, p. 941-973, dec./1963.

renúncia fiscal, tendo se estabelecido definitivamente nos anos 1980 quando o conjunto da economia, paradoxalmente, experimentava taxas de crescimento muito baixas.

O novo regime instituído a partir da publicação da Lei 9.656/98 e da criação da ANS criou um esquema híbrido ao juntar seguradoras especializadas em saúde com as empresas médicas tradicionais já existentes. Além disso, tornou obrigatório o registro das empresas no cadastro ativo da agência de governo.

A criação do registro obrigatório foi, em si, uma ação institucional revestida de significado financeiro. A empresa detentora do registro ativo, ainda que não queira atuar efetivamente no comércio de planos de saúde, detém um vínculo formal com a ANS que tem o valor de um ativo vendável e, de fato, ao ser comprada tem o seu registro e sua carteira de clientes apropriados por outras empresas.

A escala de negócios muda de patamar. Não se trata mais apenas de contratos entre indivíduos e empresas de planos de saúde, ou entre empresas empregadoras e empresas de planos de saúde. Abre-se uma nova fronteira comercial e financeira onde a realização de lucro pode se dar na compra e revenda dos ativos: *empresa com registro na ANS* ou *carteira de clientes detida por empresas com registro na ANS*. Simultaneamente se estabelece uma nova cadeia de intermediação de negócios, remunerados por comissão, com sede em escritórios especializados de advocacia, contabilidade, empresas de consultoria e em instituições financeiras.

De fato, os primeiros anos após a criação da agência são marcados por uma redução acentuada do número de empresas com registro ativo²⁵³ que, na linha do tempo, tende a se estabilizar no patamar atual de cerca de 1.000 empresas médico-hospitalares em atividade.

As explicações para esse fenômeno baseadas em teorias de mercado, em geral, se deparam com o seguinte paradoxo: quanto mais empresas atuantes, supostamente maior a concorrência e maior a liberdade de escolha do usuário/cliente individual²⁵⁴ comprador de plano de saúde. Entretanto, como as empresas *menores* apresentam um risco atuarial *maior*, há uma tendência de que sejam compradas pelas maiores, o que leva à diminuição da liberdade de escolha do comprador individual. Ou seja, deve haver, teoricamente, um número ótimo de empresas situado em algum

²⁵³ Ver capítulo 3. O pico registrado no número de empresas médico-hospitalares foi de cerca de 2.000 empresas com registro ativo no ano 2000.

²⁵⁴ O cliente individual nesse caso é cada vez mais uma figura de retórica já que a maioria dos contratos são de natureza coletiva ou relacionados com o vínculo de trabalho do cliente.

lugar entre o oligopólio e a livre concorrência, mas faltam elementos precisos para determinar esse número.

Na falta, frequentemente se recorre a comparações espúrias com o que acontece nos Estados Unidos²⁵⁵ para reivindicar que haja uma redução no número de empresas atuantes, ou que as menores sejam excluídas devido ao seu elevado risco de quebra²⁵⁶.

Tais considerações, sobre os desdobramentos financeiros do comércio de empresas, ou de carteiras de clientes com registro, e o estabelecimento de um limite no número de empresas fiscalizadas, a rigor, solicitam uma investigação detalhada que foge ao escopo desse trabalho. Ficamos, por ora com a constatação do óbvio: o novo regime instaurado a partir do ano 2000, homogeneizou empresas do setor financeiro com as antigas empresas médicas e criou uma barreira de entrada vinculada à capacidade financeira dos neófitos. Simultaneamente, outros agentes interessados precipuamente nos aspectos financeiros das transações entre empresas registradas passaram a atuar em articulação com a burocracia especializada da agência e os empresários, auferindo ganhos nas transações de compra e venda operadas no setor.

Todos os participantes nessa articulação, mesmo que eventualmente se envolvam em disputas intestinas, têm interesse direto na preservação e ampliação do espaço existencial do esquema de comércio de planos e seguros de saúde e não na sua extinção ou redução.

Como se vê, sob essa ótica, o tema saúde/adoecimento propriamente dito não aparece no centro da cena, mas é tratado como um epifenômeno a partir do qual se estrutura um esquema comercial e financeiro que tem vida própria e referenciais apartados da noção de cidadania e dos princípios da ética humanista aplicada à saúde. A prática fiscalizatória da agência tem, reconhecidamente, um viés econômico/financeiro focado na preservação da solvência das empresas registradas, ainda que sob o argumento de que assim agindo evitam a eventual desassistência da sua população de clientes.

Embora a intermediação da estrutura assistencial privativa esteja em íntima associação com o orçamento público por meio de múltiplos mecanismos, entre os quais se destacam as políticas de fomento à demanda com renúncia fiscal, a teleologia da prática fiscalizatória da agência de

²⁵⁵ Ver entrevista com representante da UNIMED Rio em anexo.

²⁵⁶ Ver entrevista com representante da BRADESCO SAÚDE em anexo.

governo de forma alguma pode ser considerada como de caráter suplementar ao SUS. Ao contrário, o que se verifica é a reprodução de uma estrutura concorrencial que drena uma grande parte dos recursos materiais e humanos disponíveis para uso privativo de uma parcela minoritária da população.

A esse fenômeno de interesse político, social e sanitário se acrescenta outro da esfera econômica e financeira que, ao final se espalha por todos os aspectos da vida em sociedade. A dominância financeira aprofunda a dissociação entre essas duas classes de fenômenos e passa a ocupar o centro da cena em um setor marcado desde a origem pelo seu caráter segregacionista e socialmente regressivo.

O ponto de origem desse movimento, situado nas empresas e nos interesses do seu capital, sustenta um liame que o prende à situação concreta da prestação do serviço assistencial e à saúde como bem de relevância pública. Em última instância vincula-se à própria condição de reprodução dos extratos de maior nível de renda da população economicamente ativa sem a qual todo o esquema comercial e financeiro não poderia subsistir. Nessa articulação indissolúvel, o polo dominante se desloca para a esfera do interesse privado de modo a submeter as ações de governo e a dimensão institucional a um modo ser em tudo conveniente à sua dinâmica de acumulação e segregação do espaço assistencial.

Por esse motivo consideramos imprescindível investigar na estrutura das organizações empresariais envolvidas os detalhes e a natureza material da expressão da dominância financeira que transborda, a partir desse ponto de origem, para todo o conjunto do sistema de saúde, influenciando a sua conformação institucional e política.

Partimos, portanto, do pressuposto de que os modelos causais explicativos aplicados à análise política da assistência à saúde no Brasil dos anos 2000, para serem fidedignos, não podem ignorar o vetor que se origina na estrutura das empresas e grupos econômicos atuantes no setor em articulação com a dimensão pública, ambos envolvidos pela moldura de determinação da dominância financeira.

4.5.1 A financeirização no setor

A análise do material selecionado nos permite afirmar, como vimos acima, que não é mais possível tratar dos agentes que compõem o universo empresarial envolvido no esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 como se ainda fossem aquelas empresas médicas primitivas isoladas e descapitalizadas constituídas nos anos 1970 e 1980. Trata-se agora definitivamente de *grupos econômicos* compostos por um leque variado de empresas atuantes sob uma mesma coordenação estratégica que inclui na sua estrutura societária um componente importante de capital estrangeiro na forma de fundos de investimento em participações.

As diversas empresas constituintes de cada um dos grupos estudados também não se limitam a um setor de atuação específico ligado diretamente ao comércio de planos e seguros de saúde, mas se espalham por áreas conexas da assistência como os serviços hospitalares, serviços auxiliares de diagnóstico e mesmo por outros espaços de atuação remotamente relacionados com a prestação de serviços de saúde propriamente ditos. Quando se consideram os interesses cruzados dos diversos empreendimentos contemplados pelos fundos de investimentos associados, o leque se amplia ainda mais e seu centro de gravidade se desloca para agentes que auferem lucro em operações tipicamente financeiras.

Também não se pode dizer que cada um dos diversos grupos econômicos seja constituído por arquipélagos isolados entre si, por que é possível identificar o trânsito de membros de sua estrutura administrativa por empresas de grupos diferentes, participações de um mesmo fundo de investimento em empresas de diferentes grupos econômicos e, não menos importante, a circulação de agentes com interesses privados por cargos estratégicos na agência de governo encarregada da fiscalização setorial bem como um crescente envolvimento empresarial no financiamento de campanhas eleitorais para cargos públicos²⁵⁷.

Em nenhum momento ao longo da vigência do novo regime fiscalizatório centralizado pela ANS se cogitou estabelecer limites à expansão do esquema comercial e financeiro de intermediação assistencial, entretanto, na prática, algum limite parece ter sido atingido por volta do ano de 2012

²⁵⁷ Ver Scheffer & Bahia (2011).

quando, em números relativos ao conjunto da população brasileira, o universo de clientes dos planos de saúde se estabilizou em cerca de 25%.

Assim, após o período heroico dos anos 1980 e 1990, quando as antigas empresas médicas mudaram de patamar e a escala dos seus negócios se encontrou com a das grandes seguradoras, ainda se observou uma expansão considerável nos primeiros anos após a criação da ANS até 2012 quando o limite de 25% foi atingido.

Havia então um crescimento, em números absolutos e em números relativos ao conjunto da população, no universo de clientes que beneficiava a todos os agentes econômicos envolvidos, combinado com as transações intrasetoriais, capitalizadas pelos grupos maiores, por meio de fusões e aquisições de empresas e carteiras de clientes com registro na agência até o patamar atual de cerca de 1.000 empresas médico-hospitalares como vimos acima.

Os ganhos em escala e a correspondente diluição do risco atuarial inerente às empresas securitárias, portanto, nunca deixaram de ocorrer para os principais grupos econômicos do setor ao longo dos anos 2000.

Como regra geral, a busca do crescimento por meio do aumento do número de clientes próprios ou pela compra das carteiras de clientes de outras empresas é objetivo comum à estratégia comercial das corporações, entretanto, um ambiente de dominância financeira tende a aprofundar essa dinâmica por meio de movimentos recorrentes de fusões, aquisições e incorporações.

De fato, o que se verificou foi a permanente reatualização desse tipo de movimento com o acréscimo paulatino um novo elenco de controladores representado pelos fundos de investimentos com participação na composição societária dos grupos econômicos mais relevantes.

A concepção da estrutura organizacional dos grupos econômicos pode ser entendida como uma estratégia de superação dos limites da fraca regulação econômica e financeira praticada pela agência voltada para unidades observacionais virtuais denominadas pela ANS de *operadoras de planos e seguros de saúde* que, entretanto, não atuam de forma isolada nem se encaixam nas diversas modalidades empresariais definidas pelas normas estabelecidas.

Os maiores grupos, que efetivamente controlam o esquema comercial dos planos de saúde, seguiram ao longo dos anos 2000 o movimento contínuo de fusões e aquisições mesmo dentro

dos limites dos 25% de clientes para o conjunto do setor em uma dinâmica típica do ambiente de dominância financeira.

Além disso, mantiveram o controle das duas principais variáveis incidentes sobre suas margens operacionais projetadas, o valor das contraprestações e o custo assistencial geral, mantendo o risco atuarial dentro de limites previsíveis. Os ganhos financeiros embutidos operam por cima de uma base operacional estável.

A fiscalização sobre o reajuste de preço dos planos individuais levou as empresas a restringir a venda desse tipo de produto e aumentar a oferta de planos empresariais mediados por contratos coletivos. Como a agência parte do pressuposto de que nos contratos coletivos não há assimetria entre as partes contratantes, os preços são estabelecidos nos contratos e os reajustes não sofrem interferência da agência.

Um olhar detalhado sobre as ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no estado de São Paulo (SCHEFFER, 2006) revela que há diversos expedientes, não explicitados, que são utilizados pelas empresas como estratégia pragmática de redução de custo assistencial de suas clientelas.

Em outras palavras, o esquema comercial e financeiro avalizado pela estrutura pública, inclui um nicho de oportunidades de negócios com uma clara barreira de entrada interposta aos agentes econômicos. Uma vez estabelecida a prerrogativa de atuação nesse espaço virtual, o controle sobre as principais variáveis incidentes sobre a dimensão operacional está, na prática, garantido e novas camadas de ganhos tipicamente financeiros podem ser projetadas em articulação com a estrutura do grupo econômico controlador da empresa de plano ou seguro de saúde registrada na ANS.

4.5.2 Estrutura organizacional e societária

A análise da estrutura organizacional e societária de QUALICORP, BRADESCO SAÚDE, INTERMEDICA, SULAMERICA, ODONTOPREV e AMIL revela alguns aspectos importantes dessa nova realidade dotada de complexidade crescente, escopo de atuação abrangente e,

justamente por isso, virtualmente imune a uma ação fiscalizatória de governo baseada em premissas que não incorporam o significado dessas novas articulações.

Vimos anteriormente que a dominância financeira pode ser entendida não simplesmente como uma hipertrofia do setor financeiro em si, mas pelo espalhamento dos imperativos financeiros por espaços anteriormente definidos formalmente como não financeiros.

No elenco de grupos econômicos selecionados, BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA são aqueles que poderiam ser formalmente denominados de representantes típicos do setor financeiro pelo fato de terem a sua estrutura organizacional e societária constituídas a partir de bancos e seguradoras.

Nesse sentido, a diferença original entre os dois grupos é que BRADESCO SAÚDE é uma seguradora especializada em saúde integrante de um grupo maior de seguradoras que, por sua vez, estão ligadas a um grupo econômico ainda maior que tem como principal negócio a atividade bancária. A SULAMERICA é uma seguradora especializada em saúde que também compõe um grupo maior de seguradoras, mas não está ligada originalmente à atividade bancária.

A sinergia entre os negócios da seguradora BRADESCO SAÚDE e do banco BRADESCO é evidente. Existe uma vantagem de escala na circulação bancária dos recursos originados de cerca de 4 milhões de clientes da seguradora. O que se considera *operacional* na seguradora especializada em saúde é o ganho resultante da atividade comercial e administrativa de intermediação assistencial sobre a qual, como vimos na seção anterior, as empresas têm um alto nível de controle e previsibilidade. Sobre essa base consolidada se estabelece o outro nível de ganho de natureza tipicamente financeira relacionado com o manejo das reservas prudenciais estabelecidas pela norma da agência e o trânsito bancário dos recursos vinculados às contas de 4 milhões de segurados.

Diretamente ligados à BRADESCO SAÚDE estão a MEDISERVICE, empresa dedicada à operação de planos de saúde na modalidade de administração por pós-pagamento²⁵⁸ e a ODONTOPREV, empresa de planos de saúde odontológicos que também controla um grupo econômico constituído por: empresa de prestação de serviços odontológicos; empresa de prestação de serviços de assessoria comercial; empresa de desenvolvimento e licenciamento de

²⁵⁸ Esta empresa não é definida pela ANS como uma seguradora.

programas de computador; empresa de comércio atacadista e varejista de produtos e equipamentos odontológicos, saneantes, drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos; empresa de participações societárias; uma seguradora odontológica sediada na Cidade do México e uma rede de clínicas de prestação de serviços auxiliares ao diagnóstico por imagem.

Os interesses da ODONTOPREV, controlada da BRADESCO SAÚDE, envolvem uma parceria com a BB Seguros e Participações S.A., empresa subsidiária integral da BB Seguridade Participações S.A., a holding BB Seguros, ligada, portanto, ao grupo econômico de outra grande instituição financeira, o Banco do Brasil. As duas empresas são sócias na BRASILDENTAL Operadora de Planos Odontológicos S.A.

Como se vê, as articulações estabelecidas no interior do grupo econômico BRADESCO SAÚDE envolvem empresas com objetos sociais variados, diferentes do seguro saúde propriamente dito, e envolvem também interesses comuns com empresas de outro grupo econômico liderado por uma instituição financeira de grande porte controlada pelo Tesouro Nacional, o Banco do Brasil.

Situação semelhante se observa na SULAMERICA e nas articulações do grupo econômico que controla o negócio com seguro saúde a partir de uma estrutura com interesses estabelecidos no mercado financeiro global.

A natureza familiar²⁵⁹ da estrutura societária da SULAMERICA permanece, em parte, preservada na sua controladora principal, Sulasapar Participações S.A., que é uma empresa de participações, sociedade anônima de capital fechado. Esta empresa detém 50,90% das ações ordinárias da SULAMERICA S.A. e 0,01% das ações preferenciais, representando, em conjunto, 25,69% do capital total, excluídas as ações mantidas em tesouraria²⁶⁰.

Entretanto, quando se considera o conjunto do grupo econômico, assim como no caso do BRADESCO, se observa a incidência de uma variedade de empresas com objetos sociais distintos atuando de forma coordenada e em articulação com outros grupos econômicos do setor financeiro com atuação global.

Além de seguradoras especializadas em saúde, e em outros ramos de seguro e capitalização não fiscalizados pela ANS, o grupo detém: empresa de distribuição de títulos e valores mobiliários,

²⁵⁹ Por herança do fundador da organização ainda no século XIX, Joaquim Sanchez de Larragoiti.

²⁶⁰ Ver dados de 2015 apresentados no capítulo 3.

sujeita à legislação aplicável às instituições financeiras e à fiscalização e regulamentação do Banco Central do Brasil e da CVM; empresas de participação societária e empresa de administração e gestão de recursos de terceiros, através de fundos de investimento e carteiras administradas de títulos e valores mobiliários.

A Sul América Saúde Companhia de Seguros, controlada pela Sul América Companhia de Seguro Saúde atua no segmento de seguro saúde e odontológico em grupo para clientes oriundos do Banco do Brasil, estabelecendo assim uma parceria com outro grupo econômico estratégico no setor financeiro brasileiro.

A estrutura organizacional e societária do grupo SULAMERICA, entretanto, não está limitada ao Brasil, mas, conta com a participação de importantes agentes das finanças globais sediados em países centrais como: *International Finance Corporation IFC*; *ING Insurance International B.V.*; *Swiss Re Direct Investments Company Ltd.*; *Healthways, Inc*²⁶¹.

A relação nominal dos membros da administração e do conselho fiscal do grupo SULAMERICA apresentada no capítulo 3 é composta por pessoas com *expertise* no ramo de seguros, principal objeto social do grupo, mas, pelo menos dois nomes contemplam uma trajetória profissional relacionada com empresas atuantes na assistência à saúde. *Gabriel Portella Fagundes Filho* foi vice-presidente executivo da *joint-venture* da SULAMÉRICA com a seguradora estadunidense AETNA e *David Lorne Levy* foi CEO da *PwC Global Health Industries*, a maior empresa de serviços profissionais do mundo, responsável por todos os setores de assistência à saúde e mais de US\$ 2 bilhões em receitas. Antes de juntar-se à *PwC*, ele foi CEO da *Franklin Health Inc.*, empresa que fundou e agora faz parte da *Alere*, empresa que atua no tratamento de pacientes complexos nos Estados Unidos. *David Lorne Levy* atua, desde 1983, no desenvolvimento de empreendimentos na área médica e de assistência à saúde, é médico formado pela *McGill University*, com mestrado em epidemiologia pela mesma instituição, é membro do *American College of Preventative Medicine*, atuou professor em diversas instituições na área médica nos Estados Unidos e é Conselheiro de Administração do *United Hospital Fund of New York City* e do *The Atlantic Council*.

²⁶¹ A associação entre a SULAMERICA e a *Healthways* se deu com o objetivo de aumentar as vendas de serviços de gestão de saúde e bem-estar, atividades que as sociedades passaram a explorar em conjunto através da *Healthways Brasil Serviços de Consultoria Ltda.* com sede na cidade de São Paulo.

A presença de *David Lorne Levy* no conselho e a associação da SULAMERICA com a *Healthways* são coerentes com a visão difundida pelo *Think Tank* Aliança para Saúde Populacional – ASAP, organização que reúne empresas com interesses comerciais no setor de saúde em torno do conceito de Gestão da Saúde Populacional – GSP para atuação conjunta na defesa e disseminação de práticas corporativas imbuídas de responsabilidade social. Trata, de forma específica, de uma tentativa de conciliação das questões éticas e sociais relacionadas com a mudança do perfil etário das populações urbanas e a subsistência do modelo de negócios das empresas que auferem lucro com o comércio de produtos e serviços voltados para essas populações como a SULAMERICA.

INTERMEDICA e AMIL podem ser considerados dois grupos econômicos descendentes das antigas medicinas de grupo que se juntaram às seguradoras a partir dos anos 2000 no novo regime burocrático organizado pela ANS.

Os dois grupos têm em comum uma origem, diferente das seguradoras, vinculada diretamente à prestação de serviços assistenciais. A AMIL por meio de um pequeno hospital/maternidade localizado na periferia da região metropolitana do Rio de Janeiro, e a INTERMEDICA por meio da associação de um grupo de médicos com um hospital filantrópico católico na cidade de São Paulo.

O aspecto atual da estrutura organizacional e societária desses dois grupos econômicos revela como traço comum a articulação da base operacional de intermediação assistencial com empresas de prestação de serviços e a transferência do controle acionário para grupos de capital sediados em países centrais interessados no acesso ao mercado brasileiro de bens e serviços.

A AMIL reorganizou sua estrutura corporativa no ano de 2016 e dividiu o grupo econômico em três grandes áreas de negócios: empresas de plano de saúde, hospitais e tecnologia. A INTERMEDICA nunca deixou de ter atuação como empresa de prestação de serviços hospitalares desde a sua criação em 1968. Ambas seguiram, ao longo do tempo, um processo de ajuste e recomposição gerencial e societária que é ilustrativo de uma dinâmica de modernização, sob a égide da dominância financeira, mas com conservação de elementos originais.

A base material original da INTERMEDICA foi a estrutura assistencial de caráter filantrópico organizada pela ordem camiliana no Brasil e o Hospital Paulo Sacramento em Jundiaí-SP. Sobre essa base foi montado um modelo de organização de trabalho médico elaborado pelo seu

fundador de tal maneira que as primeiras empresas do grupo contavam com a participação de uma grande quantidade de profissionais médicos autofinanciados. Aos poucos surgiram empresas de participação societária de propriedade de poucos profissionais mais destacados que passaram a controlar o negócio e por fim o controle do grupo passou a ter um caráter tipicamente familiar intermediado por empresas de participação e administração como a CEMA - EMPREENDIMENTOS E PARTICIPAÇÃO LTDA, a PSBB ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA, EVB - ADMINISTRAÇÃO E PARTICIPAÇÕES LTDA e a LOCBEN LOCAÇÃO DE BENS MÓVEIS LTDA.

Com esse modelo de organização societária, sob controle familiar, se deu a montagem da estrutura do grupo econômico baseada na prestação de serviços hospitalares e na intermediação assistencial por meio de seguradora própria e empresas de planos de saúde médico/hospitalares e odontológicos.

Os limites desse modelo foram superados apenas depois de 45 anos com a venda do controle do grupo para a *Bain Capital* em uma operação financeira que envolveu a constituição de empresas de participação societária montadas para viabilizar o negócio.

Em última instância o novo controlador do grupo passou a ser o ALKES II – Fundo de Investimento em Participações (FIP) que havia sido constituído em 30 de dezembro de 2013 como um condomínio fechado de investidores. O fundo iniciou suas operações em 20 de maio de 2014 assumindo como objetivo social declarado, proporcionar aos seus cotistas rendimentos de longo prazo decorrentes da melhor valorização possível de suas cotas, por meio do investimento e posterior desinvestimento em carteira de valores mobiliários de emissão de companhias investidas.

A aquisição do grupo INTERMEDICA, portanto, vincula-se a esse objetivo estratégico de natureza cambial e financeira²⁶². O horizonte de perspectiva na acumulação de capital de um grupo originalmente ligado à assistência que evoluiu sob controle familiar ao longo de 45 anos subitamente mudou.

²⁶² O pressuposto é que a decisão de venda pode ser modificada em função de alterações na relação cambial. A entrevista com o representante da INTERMEDICA revela que havia uma expectativa inicial de revenda projetada para cinco anos, entretanto, três anos após a compra os novos controladores anunciaram a intenção de revenda.

O objeto do negócio passou a ser o valor de compra das empresas em si e a ênfase se deslocou da base de receita operacional para a expectativa imediata de realização de lucro financeiro dos detentores de quotas de participação no fundo controlador.

O mecanismo básico de valorização dos fundos de *Private Equity* consiste na identificação de empresas que possam ser compradas, reestruturadas segundo parâmetros financeiros que necessariamente implicam em redução de despesas operacionais para revenda com lucro em um intervalo de poucos anos após a compra.

Havendo investidores estrangeiros, como no caso do ALKES II – Fundo de Investimento em Participações, a decisão de revenda implica em considerar o aspecto cambial uma vez que o destino final das margens adquiridas está denominado, geralmente, em dólar estadunidense, a moeda corrente dominante nas operações financeiras internacionais.

É digno de nota o fato de que a Lei Federal nº 11.312/06 determina que os rendimentos auferidos no resgate de cotas dos fundos de investimento em participações, inclusive quando decorrentes da liquidação do Fundo, ficam sujeitos ao imposto de renda na fonte à alíquota de 15% incidente sobre a diferença positiva entre o valor de resgate e o custo de aquisição das cotas. Os cotistas residentes ou domiciliados no exterior que detenham, isoladamente e em conjunto com partes ligadas até 40% das cotas do Fundo, desde que não sediados em países que não tributem a renda ou que a tribute à alíquota máxima inferior a 20%, estão sujeitos à alíquota de 0% na retenção do imposto de renda na fonte.

O portfólio da *Bain Capital* tem escopo global e inclui o setor de assistência à saúde. Nesse setor, a perspectiva de atuação declarada aos investidores pela *Bain* inclui claramente uma ênfase na visão *portiana* de redução de custos operacionais com o estabelecimento de parâmetros de resultados clínicos mensuráveis²⁶³. Em outras palavras, a *Bain* assume o controle de empresas do setor de assistência à saúde para reestruturar o seu padrão financeiro e em seguida auferir lucro na sua revenda em bolsa de valores.

O processo de modernização da AMIL teve um caráter mais dinâmico e mais diversificado que o da INTERMEDICA, mas manteve o traço comum de assimilação dos instrumentos usuais de

²⁶³ Ver sítio da Bain em <http://www.bain.com/industry-expertise/healthcare/payers-delivery-systems.aspx>: *Delivery systems must prepare to take on more responsibility to contain costs while demonstrating continuous improvements in patient outcomes.*

operações financeirizadas com manutenção de participação societária familiar na estrutura geral do grupo.

O acesso a crédito subsidiado do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAT) multiplicou por quatro a quantidade de leitos instalados entre 1972 e 1978 (BAHIA, 2005) nas empresas hospitalares que deram origem à AMIL e o sucesso comercial do seu esquema de intermediação assistencial por meio de planos de saúde nos anos 1980 e 1990 permitiram uma expansão em direção aos EUA com a criação, em 1997, da *AMIL International Health Corporation*.

Em 2007, após a aquisição da *Blue Life*, da *Med Card* e da *Clinihauer* a AMIL passa por uma reestruturação societária e abre seu capital passando a ser controlada pela AMILPAR-AMIL Participações S.A. No ano seguinte, em 2008 continua com novas aquisições com a AMPLA, a *Life System* e a Casa de Saúde Santa Lúcia (AMIL, 2016).

Desde o início dos anos 2000, portanto, a AMIL já se colocava no patamar de um grupo econômico com atuação diversificada, de capital aberto, controlado pela AMILPAR-AMIL Participações S.A., dotado de uma estratégia expansionista e relações corporativas de escopo internacional embora mantendo o controle familiar com o proprietário original.

A análise de Medialdea (2013) sobre a financeirização no Brasil nos primeiros anos do século XXI demonstra que grande parte das 20 maiores companhias com lucros financeiros expressivos estão nos setores comercial, produção de bebidas e no setor têxtil, mas empresas atuantes nos setores de saúde, como a *Medial Saúde*, e educação também aparecem com destaque naquela relação.

Em 2009, a AMIL passou a controlar a MEDIAL SAÚDE, empresa de capital aberto listada no Novo Mercado da BMF BOVESPA, com a compra de 52% do seu capital total e em 2012 a AMILPAR foi vendida ao *United-Health Group* em uma operação que introduziu no sistema de assistência à saúde do Brasil um agente de peso com interesses corporativos associados a grandes investidores internacionais.

Pelo menos dois aspectos de interesse político e econômico podem ser destacados a partir do episódio relacionado com a venda da AMIL. O primeiro se refere à concepção do modelo de reorganização societária que permitiu ao controlador original da AMIL, *Edson de Godoy Bueno*, vender o controle do grupo no Brasil e manter um vínculo de participação societária expressivo

como acionista individual da empresa compradora com sede nos Estados Unidos. O segundo se refere às consequências econômicas e políticas decorrentes do ingresso da *United Health* no Brasil.

A nova *Holding* controladora do grupo AMIL no Brasil passou a ter a maior parte do seu capital pulverizado entre os acionistas da *United Health*, enquanto que o antigo controlador da AMIL, *Edson de Godoy Bueno*, passou a ser o maior acionista individual da *United Health* nos Estados Unidos com 0,9% de participação. No geral a participação de *Edson de Godoy Bueno* fica em 17º lugar, superada apenas pelos fundos de investimento de atuação global como o *Fidelity* que participa também de outras empresas fiscalizadas pela ANS no Brasil como a QUALICORP.

Essa proporção dá uma medida de escala sobre o que representa a AMIL para a *United Health* e o que representa a *United Health* para a AMIL e para o conjunto do esquema de intermediação assistencial no Brasil. Se para a AMIL e para o conjunto do setor de planos de saúde no Brasil a *United Health* representa um agente de peso, para a *United Health* o negócio com a AMIL pode ser entendido como uma estratégia de expansão em pequena escala no seu portfólio global.

A fala de *Edson de Godoy Bueno* sobre a venda do seu grupo confirma que o fechamento de capital da AMIL logo após a concretização da transação significa apenas que a *United* não precisa ter muitas empresas com capital aberto e assim, decidiu fechar o capital da AMIL no Brasil enquanto se mantém como uma empresa de capital aberto na sua sede nos Estados Unidos.

As investidas dos fundos globais sediados nos Estados Unidos sobre empresas e grupos econômicos da saúde no Brasil nos anos 2000 podem ser explicadas sob vários aspectos não excludentes entre si, um dos mais evidentes se refere às mudanças na legislação relacionadas com o *Affordable Care Act* (ACA)²⁶⁴ e as projeções de expansão no universo de clientes das empresas de planos de saúde no Brasil para além do patamar histórico de 25% da população²⁶⁵.

A expansão da AMIL, agora controlada pela *United Health*, prosseguiu com a compra de unidades assistenciais em Portugal e no Brasil, além da ampliação da sua rede hospitalar própria. A estrutura organizacional do grupo passou a contar, a partir de 2013, com uma subsidiária

²⁶⁴ *Affordable Care Act* (ACA) também conhecido como *Obamacare* alterou as regras gerais para o seguro saúde nos Estados Unidos e provocou alteração nas estratégias de investimento de companhias tradicionais como a *United Health Group*. Os Fundos de investimento em participações como o *Bain Capital* também acompanham e ajustam suas estratégias às mudanças na legislação. Ver *US Election Bulletin: Implications for Healthcare* em <http://www.bain.com/publications/articles/us-election-bulletin-implications-for-healthcare.aspx>.

²⁶⁵ O cenário mudou radicalmente no Brasil, com a redução das expectativas de crescimento do setor de planos de saúde e, nos Estados Unidos, com a eleição do candidato republicano em 2017 declaradamente contrário ao *Affordable Care Act* (ACA).

sediada em Luxemburgo²⁶⁶, totalmente controlada pela *holding* AMIL Assistência. Essa nova empresa tem como objeto social principal o investimento, aquisição e tomada de participações e interesses, em qualquer tipo de sociedades ou entidades luxemburguesas ou estrangeiras. A sua posição estratégica, localizada em um país europeu que oferece condições tributárias especiais para a circulação de capital, coloca o grupo econômico AMIL, já articulado com a *United Health* e com fundos de investimento associados, em situação privilegiada para a realização de novos negócios em escala global.

Se AMIL e INTERMEDICA podem ser tomadas como expressão concreta da financeirização, sendo grupos econômicos de origem familiar e assistencial que foram incorporados ao portfólio de negócios de grandes fundos globais de investimento, franqueando o acesso desses novos agentes ao ambiente restrito do esquema comercial e financeiro de intermediação assistencial no Brasil, a QUALICORP, desde a sua origem em 1997 esteve na maré montante da dominância financeira.

As mudanças na estrutura organizacional e societária da QUALICORP, detalhadas no capítulo 3, refletem, a partir da primeira década dos anos 2000, a expressão mais bem-acabada da dominância financeira no esquema de comércio de planos de saúde no Brasil.

Estabelecido o marco legal e institucional inicial do novo regime burocrático plasmado com o Código de Defesa do Consumidor, a Lei dos Planos de Saúde e a criação da ANS, outros agentes surgiram como derivativos do esquema de intermediação assistencial que homogeneizou seguradoras e empresas médicas. Além dos escritórios de advocacia especializada, empresas de consultoria e instituições financeiras interessadas em auferir ganhos por meio da mediação de transações comerciais entre empresas, a corretagem de venda de planos de saúde e os serviços de administração de *back office* passaram a disputar uma quota de participação no montante de recursos em circulação nesse universo particular.

Pode-se dizer que a própria QUALICORP, em suas origens, recorreu aos serviços administrativos de escritórios de advocacia especializados em formatação de contratos sociais de novas empresas e intermediação de soluções fiscais e creditícias de conveniência para a montagem de sua

²⁶⁶ AMIL LuxCo.

estrutura societária e seu registro legal e depois, ela mesma se tornou um agente relevante com atuação na intermediação entre empresas.

A empresa pioneira, QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA E SAÚDE LTDA, foi registrada como sociedade civil no 1º Registro Civil das Pessoas Jurídicas Barueri-SP em 16/06/1997 e, apenas em 11/05/2004 obteve registro na Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP. Em 26/01/2000 foi criada a segunda empresa do grupo, ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA, que também só obteve registro em junta comercial no ano de 2004.

Enquanto a empresa pioneira, criada em 1997, tinha como controlador o fundador do grupo, José Seripieri Filho, além da participação de mais duas pessoas físicas, a segunda empresa, criada em 2000, foi montada por meio de um expediente contábil que envolveu a participação de uma pessoa jurídica intermediária sediada na Cidade do Panamá.

Esta empresa/espelho, denominada NWE RIEN S.A., deteve o controle de ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA entre 2000 e 2004 e, por sua vez, era controlada por José Seripieri Filho.

Entre 1997 e 2004, portanto, não se podia dizer que a QUALICORP constituísse um grupo econômico, mas, apenas um núcleo precário de duas empresas sem registro em junta comercial, baixo nível de capital inicial²⁶⁷ e objeto social definido como corretagem, agenciamento e intermediação de relações comerciais em geral e de seguro de vida, saúde e previdência privada em particular²⁶⁸.

Em outras palavras, eram duas pequenas corretoras sediadas na periferia da região metropolitana da São Paulo que auferiam lucro a partir de comissão pela venda de produtos e intermediação de negócios de terceiros. A sua estrutura física se limitava a um conjunto de salas comerciais necessárias para o processamento das tarefas administrativas e comerciais.

No ano de 2005 foram criadas quatro novas empresas de participações, todas imediatamente registradas na JUCESP: ACHIRUS PARTICIPAÇÕES LTDA; ANEQUIM PARTICIPAÇÕES LTDA; CANGULO PARTICIPAÇÕES LTDA e WAHOO PARTICIPAÇÕES LTDA. A partir

²⁶⁷ QUALICORP CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS DE VIDA E SAÚDE LTDA começou com um capital inicial de R\$2.000,00 e ACCESS CLUBE DE BENEFÍCIOS LTDA com R\$100.000,00. Ver dados detalhados no capítulo 3.

²⁶⁸ Ver quadro com detalhamento do objeto social de cada empresa do grupo QUALICORP no capítulo 3.

desse ano, o controle das empresas do grupo passou a ser intermediado por empresas de participação societária representadas invariavelmente por José Seripieri Filho.

Com essa estrutura organizacional e societária básica, montada em 2005, é que se deu a mudança de patamar da QUALICORP e sua articulação com agentes econômicos e políticos relevantes nas esferas pública e privada de forma a se constituir como um grupo econômico dotado de estratégia de ação coordenada sobre um modelo de negócios definido e com a participação importante de fundos de investimento globais.

Maurício Ceschin, que havia ocupado o cargo de Diretor Superintendente do Hospital Sírio Libanês em São Paulo e de Vice-presidente da Associação Nacional dos Hospitais Privados- ANAHP no período de 2005 a 2007, ocupa a Presidência Executiva da QUALICORP de 2007 a 2009 de onde sai direto para a diretoria colegiada da ANS, vindo a ocupar a sua presidência em 2010.

Em 2008 José Seripieri Filho vendeu 46% das ações da controladora do grupo para o fundo *General Atlantic* por US\$156 milhões. Em seguida o grupo *Caryle* comprou as ações da *General Atlantic* e mais uma parte das ações de José Seripieri Filho por US\$850 milhões ficando com 70% das ações e deixando José Seripieri Filho em posição minoritária com cerca de 30%.

Galgado esse novo patamar, os desdobramentos observados na estratégia corporativa e na variação patrimonial do grupo econômico QUALICORP serão estabelecidos em articulação com os demais grupos relevantes do setor de intermediação da assistência, nas esferas conexas de acumulação privada operadas por meio da prestação de serviços, comércio de medicamentos e de equipamentos, e com as instituições de governo envolvidas com os planos de saúde e o conjunto do sistema assistencial.

Embora seja clara a participação dos fundos internacionais de investimento na abertura de capital dessas empresas e na financeirização de seus processos gerenciais é evidente que o montante de recursos utilizado no Brasil representa uma fração periférica que não põe em risco a sua operação global.

As pequenas fortunas amealhadas pelos antigos proprietários de empresas familiares, em um ambiente de dominância financeira global, podem ser recicladas a partir de uma base de quotas em empresas de participação societária para quotas em fundos de investimento gerenciados por

operadores internacionais com livre trânsito em diversos setores da atividade econômica, alguns remotamente relacionados com a assistência à saúde.

4.5.3 Estratégias corporativas

As estratégias corporativas expansionistas são inerentes a todo processo de acumulação de capital. Em setores industriais há uma parcela importante de valores imobilizados em plantas e instalações que diminuem a agilidade do processo de expansão, na prestação de serviços há setores que dependem de uso intensivo de trabalho humano assalariado, em alguns casos com exigência permanente de qualificação e treinamento.

O esquema de intermediação assistencial dos planos e seguros de saúde no Brasil, controlado por grupos econômicos mergulhados no modo de ser da dominância financeira procura guardar distância dos investimentos pesados em estruturas imobilizadas de baixa liquidez e alto custo de depreciação e também de processos que envolvam uso intensivo de trabalho humano qualificado.

Sua pedra angular está definida pelo significado da palavra *intermediação*²⁶⁹. Atributo original do setor financeiro, senso estrito, a *intermediação* prescinde de estruturas operacionais pesadas e auferir lucro com o trânsito de recursos, de qualquer natureza, sendo a questão de escala fator decisivo para a diluição do risco de quebra.

Obviamente há variações entre as estratégias dos diversos grupos estando alguns comprometidos com um maior grau de verticalização de suas empresas de prestação de serviços assistenciais, porém, sem perder de vista o *locus* privilegiado que é a interface entre o efetivo prestador da assistência, o usuário e as fontes de financiamento, sejam públicas ou privadas, coletivas ou individuais. O interesse pela manutenção de uma base operacional montada sobre uma estrutura de prestação de serviços hospitalares nesses grupos, quando existente, vai até o ponto de conferir maior capacidade de modulação sobre os preços dos serviços que são objeto da intermediação, não mais do que isso.

²⁶⁹ Ver entrevista com representante da SULAMERICA: *É intermediação mesmo. Tem operadoras que optaram pela verticalização exatamente por conta da escalada de custos. A UNIMED construiu hospital, a AMIL vai construir hospitais também. São estratégias distintas. A estratégia da SULAMERICA, até hoje, é trabalhar em múltiplos ramos, o que também confere um ganho de escala.*

A questão de escala também é fundamental e está bem explicada, no componente securitário do esquema de intermediação, pela Teoria Geral do Seguro e pelos conhecimentos de cálculo atuarial específicos para cada caso.

Enquanto foi possível expandir a base geral de clientes das empresas de planos e seguros de saúde todos os grupos puderam se beneficiar, mas, uma vez atingido o limite estrutural vinculado ao perfil de renda da sociedade brasileira, restou aos grupos maiores focar na expansão via processos de fusão, aquisição e incorporação de empresas menores e carteiras de clientes com potencial econômico.

O setor, portanto, comporta diferentes estratégias corporativas que só podem ser compreendidas quando se leva em conta as articulações entre as empresas de um mesmo grupo econômico, entre os diferentes grupos econômicos e as relações com outros setores da economia mediadas por ações de governo.

Os balanços mostram que BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA procuram manter um controle estrito sobre os valores arrecadados nas contraprestações pecuniárias e nos custos assistenciais praticados pelos seus prestadores conveniados. Há muito pouco que a agência de governo possa fazer para interferir nessas duas variáveis em favor dos clientes desses grupos.

Detentor da escala de número de clientes com maior dimensão entre os grupos estudados, o BRADESCO SAÚDE trata de preservar essa vantagem relativa e agregar novas oportunidades em áreas de menor risco operacional como o plano de saúde odontológico. A incorporação do grupo ODONTOPREV e o lugar de destaque oferecido para seu antigo controlador Randal Zanetti no *staff* da BRADESCO SEGUROS com funções na área financeira, jurídica, de pessoal e de *marketing* podem ser entendidos como componentes dessa estratégia.

Sobre os outros dois componentes fundamentais para os negócios do grupo, *receita e custos operacionais*, a estratégia consiste em manter uma relação previsível entre os dois. O preço de venda e os valores dos prêmios dos seguros saúde coletivos foram aumentados pelo BRADESCO em 2015 e a rede credenciada de especialidades médicas foi ampliada em regiões consideradas estratégicas. Isso é possível por que a maioria dos contratos são coletivos e não estão sujeitos ao controle de reajuste feito pela ANS. O cancelamento de contratos considerados deficitários

também é uma prerrogativa discricionária da seguradora, relacionada com o controle dos níveis de sinistralidade, sobre a qual a ANS não interfere.

Quanto à redução do custo operacional, as diversas estratégias envolvidas se enquadram em expedientes que são dirigidos aos usuários e aos prestadores. Aos primeiros, antes do acesso à assistência propriamente dita se interpõe plataformas virtuais de cuidados de saúde com sugestões de refeições saudáveis, contador de calorias, orientações alimentares ou interação com nutricionistas via dispositivos eletrônicos. Além disso, o controle administrativo rigoroso de dados cadastrais e de movimentação de apólices pode significar a interposição de barreiras burocráticas intransponíveis para o cliente senão com recurso judicial.

No que se refere aos prestadores, a redução das despesas com internação hospitalar é obtida por meio de protocolos administrativos mais rígidos para liberação de procedimentos a partir de mecanismos de consulta prévia de segunda opinião médica e acordos com a rede assistencial hospitalar para a negociação prévia de preços de órteses, próteses e materiais especiais de alto custo (OPME).

Esse tipo de acordo²⁷⁰ significa fazer valer o poder de escala do grupo de forma a garantir a preservação das margens dos três grandes agentes diretamente envolvidos: prestadores; fabricantes e distribuidores; e empresas de intermediação assistencial. Também nesse aspecto a ação fiscalizatória da agência de governo não tem alcance.

No que se refere à estratégia da ODONTOPREV há alguns aspectos de particular de interesse para a análise da expressão da dominância financeira sobre o conjunto do grupo econômico. A tendência de incorporação dos planos odontológicos nos pacotes de benefícios das empresas empregadoras²⁷¹, as oportunidades comerciais representadas pelo crescente interesse de novos canais de distribuição varejista para a venda dos planos bem como as normas de regulamentação favoráveis a este modelo de negócios compõem um cenário onde se comercializa um produto de baixo risco para o agente da intermediação, baixo custo, mas também oferta limitada de serviços para o usuário e baixo nível de remuneração para o prestador.

²⁷⁰ Mencionado também na entrevista com o representante do grupo BRADESCO SAÚDE. Ver em anexo.

²⁷¹ Despesas dedutíveis no imposto de renda das empresas e dos empregados.

Lojas de comércio varejista de bens de consumo têm sido utilizadas como pontos de venda desse tipo de plano mediante pagamento de comissão o que acrescenta um novo elo na cadeia de intermediação e faz pender a balança da dinâmica de expansão do setor para longe das razões sanitárias e para perto das razões comerciais e financeiras. Os planos de saúde odontológicos se tornaram, ao longo dos anos 2000, uma nova fronteira de expansão para o comércio da intermediação assistencial considerando a sua alta lucratividade operacional e a baixa taxa de cobertura desse tipo de produto em comparação com o nível histórico de 25% de população total observado nos planos médico/hospitalares.

Foi por meio da ODONTOPREV que o grupo BRADESCO estabeleceu parceria com a seguradora do Banco do Brasil para criar em 2013 a nova empresa BRASILDENTAL especializada na distribuição e venda de planos odontológicos sob a marca BB Dental, com exclusividade, em todos os canais do Banco do Brasil no país.

Os indicadores gerais divulgados pela ANS²⁷² revelam que se entre 2006 e 2016 o percentual de clientes de planos exclusivamente odontológicos aumentou de forma incremental de uma base de 3,4% em 2006 para 10,9% em 2016, a taxa de crescimento do comércio desse tipo de produto, entretanto, tem declinado ano a ano. Depois de um pico de crescimento anual de 24,7% entre 2006 e 2007, a expansão entre 2015 e 2016 foi apenas de 3,8%.

A estratégia do grupo SULAMERICA sobre os componentes da sua receita e despesa operacional não difere do grupo BRADESCO SAÚDE. O relatório de 2015 destaca o crescimento de 14,1% na receita operacional do segmento seguro saúde da SULAMERICA em razão do ciclo de reajuste de preços dos prêmios e de novas vendas. A SULAMÉRICA não possui uma carteira ativa de apólices de seguro saúde individual, com reajuste controlado pela ANS, desde 2004, quando decidiu suspender a venda de novas apólices desses seguros, tendo sua carteira decrescido desde então em função de cancelamentos de apólices.

Ao lado disso, no caso da SULAMERICA é possível verificar que no mesmo período o resultado financeiro geral registrado apresentou crescimento de 22,9% em razão da maior taxa básica de juros (SELIC) e da performance dos ativos indexados à inflação. Ou seja, o crescimento da receita financeira superou o da receita operacional. A criação da SULAMERICA Investimentos

²⁷² Ver em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Gestora de recursos S.A. – SAGA, segundo o relatório de 2015, é uma estratégia de potencialização do desempenho financeiro do grupo e se dá de forma sinérgica entre a empresa cujo objeto social precípua é a atividade de investimento (SULAMERICA Investimentos DTVM S.A. – SAMI) e a SULAMERICA Companhia de Seguros de Saúde – CIA SAÚDE.

No lado das despesas, igualmente, as estratégias são de limitação de custos operacionais por meio do aperfeiçoamento dos instrumentos de controle e processamento da informação administrativa. Os investimentos empenhados em 2015, em um montante de R\$49,5 milhões, se referem à atualização de *software* e compra de sistemas para aprimoramento de processos administrativos em todas as unidades de negócios. Dentre os principais projetos relacionados à tecnologia da informação no segmento seguro saúde destaca-se o desenvolvimento de soluções para gestão dos programas de saúde e o desenvolvimento para expansão dos programas de compra direta de materiais e medicamentos, em especial os OPMEs.

Em síntese, pode-se dizer que, tendo assegurado o controle sobre o preço das contraprestações pecuniárias pagas pelos clientes e mantida a escala comercial dos planos de saúde médico/hospitalares em um patamar que torna o risco securitário previsível, as principais estratégias dos grupos BRADESCO e SULAMERICA consistem no desenvolvimento de expedientes administrativos que resultem em redução de custos assistenciais e, no caso da BRADESCO SAÚDE, também na expansão para o segmento rentável dos planos odontológicos por meio da ODONTOPREV ou da BRASILDENTAL. As receitas financeiras auferidas por cima dessa base operacional estável são potencializadas pelas articulações definidas no interior de cada um dos grupos econômicos e com outros grupos do setor financeiro e do comércio varejista.

Os grupos tradicionais INTERMEDICA e AMIL contemplam estratégias de verticalização de suas bases operacionais em empresas de prestação de serviços hospitalares e serviços auxiliares ao diagnóstico. São soluções de conveniência que, entretanto, não chegam a deslocar o foco operacional dos grupos do *locus* privilegiado da *intermediação* assistencial onde estão estabelecidos. Há diferenças entre os dois grupos no tamanho do investimento em rede própria, com a liderança da AMIL.

O caso da compra da AMIL pela *United Health* suscitou uma discussão sobre a presença do capital estrangeiro no controle dos hospitais da rede própria do grupo. O negócio se concretizou

sobre a premissa de que a AMIL é essencialmente uma empresa de planos de saúde, mas, de fato, essa questão legal foi superada com a mudança na Lei Orgânica da Saúde que passou a permitir a presença de capital estrangeiro no controle de unidades assistenciais.

A *United* não detinha *expertise* em gestão de unidades assistenciais nos Estados Unidos, mas comprou a AMIL no momento em que o grupo brasileiro ampliava sua rede própria no Brasil e comprava unidades de uma rede de hospitais públicos privatizados em Portugal. Logo em seguida a essa operação foi criada uma empresa, sediada em Luxemburgo, que tinha como objeto social principal o investimento, aquisição e tomada de participações e interesses, em qualquer tipo de sociedades ou entidades luxemburguesas ou estrangeiras, ou seja, uma empresa de participações societárias sediada em um país que oferece vantagens fiscais e políticas liberais de fluxos de capital.

A existência da rede hospitalar própria nesse caso, não foi empecilho para que o negócio fosse avaliado pelas autoridades brasileiras de fiscalização da atividade comercial nem demoveu a *United* da sua decisão de compra. Tudo se passou como se a base material de prestação de serviços assistenciais fosse um elemento colateral dentro de um conjunto maior situado em uma esfera distante, muito mais vinculada à realização financeira.

Assim também, no caso da INTERMEDICA, a estratégia que prevaleceu ao longo do tempo foi a de expandir sua escala por meio de fusões, aquisições e incorporações de empresas, modernizando processos, mas, mantendo o controle familiar do grupo até o momento da venda para a *Bain Capital*.

O anúncio da antecipação da revenda da INTERMEDICA pela *Bain*²⁷³ deve ser analisada levando em consideração não apenas a valorização financeira esperada, mas fatores políticos e cambiais relacionados com as posições dos investidores em seus países de origem. Em nenhum momento se observa a interveniência de questões sanitárias ou relacionadas com a dimensão assistencial no sentido mais amplo.

O fato relevante que pode ser destacado com relação às estratégias corporativas de AMIL e INTERMEDICA é que mesmo mantendo, ao longo de várias décadas, a sua vinculação operacional com unidades assistenciais, novos processos de caráter tipicamente financeiros foram

²⁷³ Havia uma expectativa declarada de revenda com cinco anos e o anúncio foi feito depois de três anos.

incorporados às estratégias desses grupos econômicos de modo a reposicionar os seus objetivos gerais de forma subordinada à dominância de grandes fundos de investimento financeiro com atuação global.

O caso da QUALICORP se situa em outro patamar no esquema de intermediação assistencial financeirizado que se constituiu no Brasil a partir dos anos 2000. Trata-se, entretanto, de um modelo e de uma estratégia de negócios, igualmente dependente de decisões de governo para assegurar algum grau de estabilidade e previsibilidade nos processos econômicos e financeiros elaborados por agentes privados na primeira década do século XXI.

Sua estratégia original, declarada no objeto social registrado em contrato, consistia fundamentalmente na corretagem de vendas de planos e seguros de saúde e previdência complementar e, subsidiariamente, em serviços administrativos prestados simultaneamente a empresas de planos de saúde e empresas empregadoras. Nenhuma relação direta com a prestação de serviços assistenciais.

Um modelo de negócios habitante dos interstícios e da zona de penumbra situada no interior do novo ambiente criado a partir do ano 2000 no Brasil e conceitualmente alinhado com a lógica da intermediação financeira.

As inovações e os processos formulados na zona de penumbra e nas lacunas da norma legal envolvem riscos e possibilidades. Assim foi no caso da montagem dos planos de saúde coletivos por adesão que passaram a representar a principal estratégia operacional da QUALICORP sobre a qual foi possível estabelecer uma articulação importante com os fundos de investimento globais e encontrar o seu lugar no interior do esquema de comércio e intermediação da assistência à saúde no Brasil.

A institucionalização definitiva veio com as Normas Regulamentadoras 195 e 196 publicadas em abril de 2009 pela ANS, pouco antes da posse de *Maurício Ceschin*, quadro egresso da QUALICORP, como Diretor de Desenvolvimento Setorial da agência.

O principal risco envolvido com o comércio dos contratos coletivos por adesão antes da regulamentação era de que fossem considerados sujeitos aos critérios de reajuste de preços vigentes para os contratos individuais, passíveis de análise pela ANS.

A convergência perfeita e a sincronicidade das mudanças transcorridas simultaneamente em várias dimensões favoráveis aos interesses da QUALICORP na passagem de 2009 para 2010 são dignas de nota. A edição das NRs 195/196 em abril de 2009, a posse de *Maurício Ceschin*, ex-diretor da QUALICORP, na diretoria colegiada da ANS e, em seguida, na presidência da agência vieram juntas com a chegada dos novos investidores internacionais como o fundo *General Atlantic* em maio de 2010.

A partir desse ponto, de uma forma ou de outra, passou a ficar estabelecido um novo *locus* de acumulação intrasetorial e as queixas de outros agentes econômicos eventualmente prejudicados perdem relevância²⁷⁴. O aumento nos custos totais de transação do esquema comercial ocorreu sem a incorporação de nenhuma inovação relevante do ponto de vista operacional que justificasse as mudanças, entretanto, do ponto de vista da QUALICORP e dos demais agentes atuantes em articulação com sua estratégia, mais um espaço virtual de intermediação de processos ficou formalmente estabelecido²⁷⁵.

A estratégia de se apresentar na condição de *estipulante* de um contrato coletivo entre uma empresa de plano de saúde e um coletivo de usuários permitiu à QUALICORP negociar separadamente com os dois lados dessa equação tirando proveito dessa posição estratégica e preservando seu grupo econômico dos riscos inerentes ao comércio securitário e ao processo assistencial²⁷⁶.

Uma vez montada essa arquitetura normativa e estabelecidas as articulações com os fundos globais de investimento financeiro, a estratégia corporativa habitual, comum aos maiores grupos atuantes no setor, também passa a ser praticada pela QUALICORP com a expansão da sua escala viabilizada por meio de fusões, aquisições e incorporações. Como ponto de origem das decisões estratégicas mais relevantes e verdadeiro fator estrutural presente em múltiplas articulações entre os diversos grupos econômicos atuantes no setor estão os grandes fundos de investimento sediados nos países centrais cujos interesses passaram, ao longo dos anos 2000 a circular pelo

²⁷⁴ Ver entrevista com representante da UNIMED BH em anexo: *A 195/196 impõe um intermediário, que põe mais 20 a 25% no custo, sem agregar nenhum valor.*

²⁷⁵ José Seripieri Filho, fundador da QUALICORP, via esse modelo como *o óleo no meio de um monte de engrenagens para tentar facilitar a vida de todo mundo*. Ver: **O Estado de São Paulo** – entrevista com Melina Costa publicada na edição de 11 de julho de 2011.

²⁷⁶ A visão estratégica de José Seripieri Filho, fundador da QUALICORP, sobre seu negócio aparece nos seguintes excertos de sua entrevista com Melina Costa na edição de 11 de julho de 2011 do Estado de São Paulo: *plano de saúde é uma commodity* (mercadoria). Com relação aos coletivos em nome dos quais a QUALICORP se apresenta com *estipulante* na assinatura dos contratos de adesão: *é mais fácil pescar em um aquário do que em um oceano.*

interior do esquema de intermediação assistencial dos planos de saúde e por extensão, pelo conjunto do sistema de saúde.

A tese da articulação implícita entre os interesses dos diversos grupos econômicos selecionados pode ser estendida para a esfera de outros grupos que eventualmente poderiam ter atuação comercial contraditória com as empresas de planos de saúde. O Fundo Soberano de Cingapura – GIC, participa da QUALICORP e da rede de hospitais D’or do Rio de Janeiro. O *Fidelity* deteve simultaneamente quotas da *United Health/AMIL* e da QUALICORP.

Na perspectiva dos fundos, suas participações nas empresas securitárias em geral e no caso especial da QUALICORP em particular, são, em si, ativos vendáveis cuja posse se justifica, do ponto de vista financeiro, enquanto o conjunto do setor puder subsistir com viabilidade operacional. Esta estratégia coloca as próprias empresas como *commodity* cujo valor está atrelado ao funcionamento geral do setor em sua articulação com os determinantes comerciais e com as ações de governo.

Considerando ainda o conjunto das empresas selecionadas, dois outros fatores relevantes podem ser destacados na análise de suas estratégias gerais que são as políticas de remuneração de seus empregados e as manobras de advocacia tributária. Ambas aparecem na leitura dos balanços operacionais com algum destaque.

As empresas de intermediação assistencial não empregam um contingente numeroso de trabalhadores, quando se consideram as relações com a sua receita, nem necessitam de infraestrutura física de grande porte para desenvolver suas atividades operacionais.

A empresa pioneira do grupo QUALICORP, extinta em 2015 quando tinha o nome de CONVERGENTE CONSULTORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA, deixou registrado como objeto social:

Seguros de vida, seguros-saúde, corretores e agentes de seguros, de planos de previdência complementar e de saúde, atividades auxiliares dos seguros, da previdência complementar e dos planos de saúde não especificadas anteriormente

A sociedade se obriga a manter, durante toda sua vigência, na administração, direção ou gerência técnica, somente sócios corretores de seguros de todos os ramos, habilitados e registrados na SUSEP [grifo nosso] (empresa do grupo econômico QUALICORP registrada no CNPJ sob o número 01.923.247/0001-42)
Fonte: Junta Comercial do Estado de São Paulo – JUCESP

Esse registro é uma marca de origem que revela a natureza da primeira vocação do grupo e sua vinculação com a política de remuneração por comissão de vendas²⁷⁷.

Em 2015 o grupo empregava 2.831 trabalhadores, dos quais 2.325 lotados na sede da empresa em São Paulo. A política de remuneração da empresa envolve o pagamento de um salário base, comissões sobre desempenho comercial, quando aplicável, e possibilidade de participação nos resultados (PPR) segundo critérios de desempenho. Prevê ainda a possibilidade de um plano de remuneração por meio de um mecanismo tipicamente mercantil e financeiro, baseado em ações da companhia.²⁷⁸

Esse padrão se repete com variações em todos os demais grupos selecionados inclusive nos cargos mais bem remunerados do conselho administrativo. A INTERMEDICA, por exemplo só oferece opções de compra de ações para a empresa controladora do grupo e não para as controladas. A SULAMERICA não possui empregados registrados na *Holding* controladora, apenas nas empresas controladas do grupo que, em 31 de dezembro de 2015, empregavam 5.607 trabalhadores, sendo 4.310 lotados em funções técnicas operacionais, 1.121 em funções gerenciais, além de 141 estagiários e 35 executivos.

Tanto a oferta de opções de compra de ações quanto os programas de participação nos lucros das empresas são políticas de remuneração que podem ser incluídas entre as inovações relacionadas com o espalhamento da financeirização na vida quotidiana dos trabalhadores, podendo, no limite, estar associadas a situações de assédio moral pela vinculação a metas de produtividade comercial e financeiras. No caso das opções de compra de ações trata-se ainda de uma vinculação que transforma o trabalhador compulsoriamente em um investidor e naturaliza o risco financeiro como um elemento constitutivo do dia a dia dos empregados.

Nos balanços há um provimento para passivos judiciais que varia com o nível de verticalização do grupo e pode envolver questões na esfera municipal relativas à cobrança de Imposto Sobre Serviços (ISS) e na esfera federal relacionadas com dívidas previdenciárias e trabalhistas. Além disso, com exceção da QUALICORP, a advocacia tributária dos grupos selecionados trabalha com o questionamento administrativo e judicial das cobranças de ressarcimento ao SUS.

²⁷⁷ Há registros em veículos de comunicação de associações de corretores sobre a valorização do momento de celebração dos contratos de venda na cultura institucional da empresa e da possibilidade de o corretor individual auferir rendimentos mais elevados por desempenho comercial.

²⁷⁸ *Stock options*.

As questões tributárias, sempre presentes em qualquer setor da atividade econômica, podem eventualmente assumir um caráter deliberado de elisão fiscal sistemática e planejada principalmente quando envolvem transito de valores entre países com diferenças acentuadas em suas respectivas legislações fiscais e tributárias. Os fundos de investimento financeiros de ação global detêm toda a *expertise* necessária para lidar com essa questão e há autores que identificam nesse tipo de estratégia um elemento característico da voga de dominância financeira²⁷⁹.

No caso do esquema de intermediação assistencial no Brasil, seguramente o mecanismo de ressarcimento das despesas dos clientes das empresas na rede pública pode ser definido como um fenômeno análogo à elisão fiscal pelo caráter recorrente e sistemático com que as empresas se eximem do pagamento efetivo dos valores cobrados valendo-se de brechas na lei. Embora nos grupos selecionados não tenha sido possível detalhar os dados sobre essa rubrica, de fato há registro em pelo menos um relatório de balanço compulsado de ações judiciais sistemáticas contra a cobrança do ressarcimento pela ANS.

4.5.4 Variações patrimoniais

O conjunto dos dados sobre variações patrimoniais recolhidos dos balanços dos grupos selecionados não nos permite proceder uma análise comparativa que envolva todas as empresas, entretanto, alguns aspectos relevantes, de interesse para o estudo da dominância financeira podem ser destacados.

BADESCO SAÚDE, AMIL e SULAMERICA, nessa ordem, são os grupos mais capitalizados. BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA já comercializavam seguro-saúde em uma escala limitada quando ocorreu a mudança no regime fiscalizatório sobre os planos de saúde nos anos 2000. A partir desse ponto, as seguradoras foram beneficiadas com a possibilidade de poder constituir uma lista de prestadores credenciados e assim atuarem em uma escala expandida tal qual as empresas médicas já faziam.

²⁷⁹ Soto (2013), aponta que a utilização de mecanismos contábeis criativos, ou engenharia de finanças, pelas tesourarias de grandes empresas financeiras e não financeiras torna-se uma estratégia comum utilizada para redução no cálculo de impostos devidos. As estratégias mais comuns adotadas por grandes agentes econômicos no cenário atual de financeirização são as reservas prudenciais ou contas fictícias e as projeções de taxas futuras ou valor hipotético na constituição de valores de títulos atuais.

O seguro-saúde se popularizou e passou a ocupar um lugar de destaque no portfólio das seguradoras. No exercício findo em 31 de dezembro de 2015, 93,2% das receitas da SULAMÉRICA foram provenientes de prêmios de seguros dos segmentos de saúde (69,2%) e danos (automóveis e outros ramos elementares com 24%). O segmento de pessoas representou 5,8% do total, enquanto os demais segmentos (capitalização, gestão e administração e ativos e outros) representaram 0,8% do total.

O seguro-saúde é um negócio lucrativo para a SULAMERICA. Esse tipo de produto representou 71,9% (R\$530,7 milhões) do lucro líquido consolidado para o ano de 2015, face a 69,1% em 2014, o seguro de danos 14,3% (R\$105,8 milhões), face a 20,7% em 2014. Os seguros de pessoas apresentaram um resultado negativo de R\$17,1 milhões. A SULAMÉRICA encerrou o ano de 2015 registrando lucro líquido após participação de acionistas não controladores de R\$734,3 milhões, 32,2% superior em relação ao ano anterior. O retorno do patrimônio líquido médio declarado pelo relatório de 2015 foi de 17,5%, 2,8 pontos percentuais acima do registrado no ano anterior.

A BRADESCO SAÚDE é, por definição uma seguradora especializada constituída como tal desde a década de 1980. Os valores de pagamentos de prêmios de seguros apurados em 2015 pela BRADESCO SAÚDE atingiram um montante de R\$16.749 bilhões (face a R\$13,707 bilhões em 2014), enquanto que a sua controlada MEDSERVICE Operadora de Planos de Saúde S.A. arrecadou R\$1.298 bilhões (face a R\$1.104 bilhões em 2014). Juntas, as duas empresas registraram uma carteira de cerca de 4,4 milhões de clientes composta quase que exclusivamente de seguros coletivos (96,2% do total de contratos).

O resultado apurado em 2015 foi de R\$802.157 milhões (face a R\$778.197 milhões em 2014) para BRADESCO SAÚDE e R\$37.720 milhões (face a R\$40.586 milhões em 2014) para a MEDISERVICE.

O principal evento incidente sobre a composição societária da BRADESCO SAÚDE em 2015 foi a aprovações de aumentos de capital no montante de R\$ 774,864 milhões, passando o capital social, de R\$ 2.412,136 milhões, para R\$ 3.187,000 milhões, representado por 16.854.182 ações ordinárias nominativas-escriturais, sem valor nominal.

Como se vê, tomando por base os exercícios de 2014/2015 BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA podem ser considerados dois grupos econômicos lucrativos, com capital em expansão. Sua base de capital já era considerável nos anos 1990, mas, depois da criação da ANS em 2000, com a incorporação definitiva do seguro-saúde ao seu portfólio, esses grupos econômicos passaram a conjugar de maneira concatenada a receita operacional proveniente da atividade de intermediação assistencial com a receita financeira já bem estabelecida como parte integrante das operações do grupo original de seguradoras.

O mesmo ajuste concatenado passou a incidir sobre o capital das empresas médicas originalmente não financeiras que, depois dos anos 2000 puderam se constituir em grupos econômicos com receitas operacionais e financeiras conjugadas.

Não houve, portanto, um conflito entre duas categorias apriorísticas de capital em disputa, o capital financeiro das seguradoras *versus* o capital produtivo das empresas médicas, mas um novo ordenamento de conveniência que produziu uma integração dinâmica entre receitas financeiras e operacionais. O elemento operacional, que já se constituía em um tipo de intermediação, a intermediação assistencial, passa a girar em torno de uma esfera financeira, que é dominante, mas não prescinde de uma base operacional que seja, ainda que indiretamente, apoiada na prestação de serviços e no comércio de produtos e equipamentos.

É assim que o grupo AMIL, diferente de BRADESCO SAÚDE e SULAMERICA, detém uma base operacional verticalizada que compreende, além da intermediação assistencial, também suas empresas de prestação de serviços hospitalares e de exames complementares ao diagnóstico.

As receitas de contraprestações efetivas atingiram R\$ 14,4 bilhões em 2015, um crescimento de 17,7% em relação ao ano anterior e o percentual da receita destinado ao pagamento de custos médicos e outras despesas diretamente relacionadas à assistência à saúde, também chamado de índice de sinistralidade, caiu de 84,7% em 2014 para 81,5% em 2015.

O resultado líquido de 2014 já havia fechado com um prejuízo de R\$ 181,4 milhões e teve um avanço em 2015 para um prejuízo menor de R\$ 107,5 milhões. A explicação está nos investimentos de capital da AMIL concentrados na aquisição direta de ativos ou indiretamente pelo aumento de capital em empresas investidas, totalizando no ano R\$ 884,5 milhões. Para suportar estes investimentos, a empresa contou com aporte de capital de R\$550,0 milhões,

empréstimo da controladora, financiamentos de terceiros e recursos oriundos de sua geração própria de caixa²⁸⁰.

A INTERMEDICA reproduz em menor escala e com variações um modelo verticalizado análogo ao da AMIL. Seu lucro líquido no exercício findo de 2015 foi de cerca de R\$181 milhões face a R\$29 milhões em 2014. O registro histórico da variação de capital na INTERMEDICA revela um processo de várias décadas de acumulação incremental sob controle de um mesmo grupo familiar que, subitamente, em 21 de março de 2014, se transformou em um ativo, entre tantos outros em diversos países, na carteira do fundo de *private equity Bain Capital* por cerca de R\$2 bilhões. A *Bain* administra um montante de cerca de U\$75 bilhões em investimentos.

No primeiro trimestre de 2017 notícias da imprensa especializada em economia e negócios²⁸¹ dão conta de que a *Bain* prepara uma estratégia bifronte de saída da INTERMEDICA e estabelece o preço de venda na faixa de R\$5 bilhões. O processo habitualmente praticado pelos fundos de *private equity* conhecido como *dual truck* significa que o anúncio para a venda direta e a procura de possíveis investidores transcorre simultaneamente ao planejamento de oferta de ações na bolsa mediada por bancos de investimento. Entre os possíveis compradores se noticia em destaque a AMIL, que, concretizado o negócio, poderá ultrapassar o BRADESCO SAÚDE na liderança do setor. Caso os valores anunciados de fato sejam pagos, a *Bain* poderá faturar cerca de R\$3 bilhões em apenas três anos de controle da INTERMEDICA.

A expectativa original de revenda em um intervalo de cinco anos revela uma dinâmica financeira que se relaciona com a empresa como um ativo vendável em flagrante contraste com a história de 45 anos da empresa controlada por um empresário-médico conservador da primeira geração estabelecida na década de 1970 sob os auspícios do governo militar.

²⁸⁰ A subordinação dessa estrutura de prestação de serviços ao modo ser da dominância financeira é mediada pelo núcleo de desenvolvimento de tecnologia do grupo comandado pela OPTUM, empresa de atuação global que por intermédio da AMIL passa a atuar no Brasil. No primeiro trimestre deste ano, o faturamento da OPTUM foi de US\$ 18 bilhões, o que representa quase metade da receita total de US\$ 44,5 bilhões da United Health (VALOR ECONÔMICO, 2017).

Trata-se de tecnologia de processos de controle e monitoramento de contas hospitalares instruídas fundamentalmente pela transposição para o setor de saúde dos conceitos de cadeia de valor e prestação de serviços centrada em resultados clínicos quantificáveis pareados com os menores custos possíveis desenvolvidos por Porter & Teisberg (2006). A tendência esperada para a rede própria da AMIL, sob a tutela da OPTUM, vai no sentido de concentrar sua atuação sobre processos rentáveis especializados, revestidos por alto valor agregado em insumos tecnológicos que possam funcionar de forma sinérgica com os demais níveis de realização de lucro operacional e financeiro. Esse viés pode significar, eventualmente, na montagem de uma estrutura de serviços apenas remotamente conectada às necessidades sanitárias das populações e indivíduos que são usuários dos hospitais.

²⁸¹ Ver em: <http://economia.estadao.com.br/blogs/coluna-do-broad/amil-vira-maior-candidata-para-levar-notredame-intermedica/>

A QUALICORP surgiu em outra conjuntura. Na maré montante da financeirização, inicialmente seu negócio de limitava ao serviço de corretagem e administração de carteiras de clientes de empresas já estabelecidas no esquema comercial de planos de saúde e previdência complementar.

Quando o fundo *General Atlantic* pagou U\$156 milhões por 46% das ações da QUALICORP em 2008, o perfil da empresa se enquadrava no grupo de *empresas excepcionais que têm modelos de negócios comprovados e forte crescimento de receita em indústrias dinâmicas*²⁸², mas, não totalmente. O modelo de negócios com planos de saúde coletivos por adesão veio a ser normatizado *depois* da compra, em 2009. A variação de capital da QUALICORP na linha do tempo segue uma sequência de eventos conexos que, quando colocados lado a lado podem se constituir em elementos de um *modelo lógico* de transformação de uma pequena empresa de corretagem em um ativo na carteira de investimentos globais de gestoras de fundos. Os fundos justificam o sentido da sua atuação perante os investidores ao se apresentarem como elementos impulsionadores do desenvolvimento de pequenas empresas promissoras. Ao levá-las para um patamar mais alto de capital também está justificado o seu lucro financeiro na revenda do ativo valorizado.

Quadro 70 - Sequência de eventos conexos à mudança de patamar no capital da QUALICORP

2007/2009 – Maurício Ceschin ocupa a presidência executiva do grupo QUALICORP
2008 – Entrada do fundo <i>General Atlantic</i> com participação de 46% na QUALICORP
2008 – Mudança no valor do capital das empresas do grupo da casa dos milhares para a casa dos milhões de Reais
2009 – Maurício Ceschin ocupa cargo na diretoria colegiada da ANS
2009 - ANS publica a Resolução Normativa nº195 que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências. Esta resolução define o que é plano privado de assistência à saúde por adesão.
2010 – Maurício Ceschin ocupa a Presidência Executiva da ANS
2010 – Saída do fundo <i>General Atlantic</i> e entrada do Carlyle na QUALICORP. O Banco BRADESCO BBI e os escritórios jurídicos Latham & Watkins e Barbosa, Müssnich & Aragão assessoraram o Carlyle na operação. O Grupo QUALICORP foi assessorado pelo banco Credit Suisse, BR Partners e pelas firmas de advocacia Davis Polk & Wardwell e Mattos Filho, Veiga Filho, Marrey Jr e Quiroga Advogados.
2010 – Heráclito de Brito Gomes Júnior deixa a presidência do BRADESCO SAÚDE e passa a ocupar o cargo de Diretor-superintendente da QUALICORP.
2010 – Nova empresa controladora do grupo QUALICORP tem o capital situado na casa do bilhão de Reais
2011 – Primeira Oferta Pública de ações da QUALICORP coordenada por Bank of America Merrill Lynch, Credit Suisse, Goldman Sachs e BRADESCO BBI, além de BB Investimentos e Barclays Capital. A QUALICORP captou R\$1,085 bilhões.

Fonte: elaboração própria a partir de dados da JUCESP, ANS e BM&F BOVESPA.

Todo esse processo de variação patrimonial transcorre simultaneamente no nível institucional, das normas e das agências de governo, e no nível econômico e financeiro envolvendo o conjunto

²⁸² Em tradução livre do original em inglês *Exceptional companies that have proven business models and strong revenue growth in dynamic industries*. Ver: <http://www.generalatlantic.com/about-us/a-proud-legacy/>

do setor e cada empresa em particular²⁸³. O dado virtual, o epifenômeno não aparente e não mencionado é a questão assistencial e sanitária subjacente.

As múltiplas articulações entre os grupos econômicos que atuam na intermediação assistencial privativa se somam a uma nova, e cada vez mais influente, categoria de intermediadores da atividade financeira. São bancos de investimento, alguns ligados a grupos econômicos com interesse direto no setor como o BRADESCO, escritórios de advocacia e outros intermediários que auferem rendimentos diretamente proporcionais à magnitude dos valores de capital envolvidos nas operações.

Para o conjunto do sistema de saúde, ou melhor, para o Sistema Único de Saúde que, por lei, é o ordenador do conjunto das ações assistenciais praticadas no país seja na esfera pública ou privada, o dado de interesse se refere ao caráter disfuncional desse esquema de apropriação privada. Concretamente, quanto mais recursos em circulação em todas as esferas possíveis de intermediação²⁸⁴ assistencial, maiores serão os custos de transação e menor a disponibilidade de recursos públicos para políticas que imponham limites aos esquemas particulares de valorização financeira.

4.6 NOVAS PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

4.6.1 Interfaces nebulosas

A análise dos dados das empresas e grupos econômicos comprovam que um novo arranjo se estabeleceu no interior do esquema comercial de intermediação da assistência a partir dos anos 2000 no Brasil com o progressivo espalhamento da dominância financeira pelo conjunto da sociedade. As inovações introduzidas por empresários-médicos nos anos de ditadura militar confluíram para um conjunto híbrido de elementos normativos compartilhados pelas empresas médicas e seguradoras tradicionais, validados por um novo regime burocrático capitaneado pela ANS.

²⁸³ Dado o dinamismo dos processos de reestruturação em curso, os dados sobre a estrutura societária e proprietária eventualmente apresentam pontos cegos que precisam ser preenchidos por notícias veiculadas na imprensa especializada.

²⁸⁴ São várias as camadas de intermediação superpostas e a dominância financeira leva esse esquema a um novo patamar.

As mesmas normas que pretendiam proteger os direitos dos consumidores de planos e seguros de saúde também naturalizaram a intermediação assistencial como objeto de comércio em uma extensão que torna disfuncional a gestão do conjunto do sistema.

A institucionalização da *solução condominial*, representada pelo espaço privativo de assistência, delimita, simultaneamente, um campo especial de negócios reservado para os agentes econômicos autorizados pela agência de governo. Sob o argumento de prevenir a desassistência dos clientes das empresas, as barreiras de entrada e saída estabelecidas pela fiscalização econômica e financeira da ANS criaram um microambiente dotado de atributos ideais para a reafirmação da lógica de dominância financeira.

Uma das consequências observadas em decorrência desse processo é a hipertrofia dos departamentos financeiros dos grupos econômicos estudados e a virtual mudança da função objetivo das suas empresas controladas. A preferência pela liquidez dos ativos e a subordinação das decisões estratégicas corporativas à pauta ditada pelo cálculo financeiro geral também estão presentes.

O fato de que as contraprestações pecuniárias, originadas dos salários dos trabalhadores clientes das empresas de planos de saúde, sejam mensalmente consignadas a um fundo comum sobre o qual os maiores interessados não têm nenhuma ingerência política nem administrativa não é uma questão menor. É, na prática, uma autorização para que terceiros façam a gestão discricionária desses recursos auferindo um lucro operacional decorrente da atividade comercial e administrativa de intermediação assistencial e um lucro financeiro decorrente do controle sobre a sua circulação em esferas cada vez mais distanciadas da base material de prestação de serviços.

A busca permanente de ganhos em escala comercial das empresas e grupos econômicos de intermediação caminha *pari passu* com o controle estrito da relação receita/despesa operacional e do risco atuarial inerente à atividade securitária. São diretrizes organizacionais corporativas que, frequentemente, não combinam com as reais necessidades assistenciais e expectativas dos usuários.

Esse arcabouço fundamental pode ser considerado atualmente, entretanto, apenas uma base sobre a qual foram incorporadas outras inovações e novos agentes interessados em auferir ganhos na

intermediação das transações operadas dentro dos limites expandidos do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil.

A análise dos dados selecionados revela a identidade de alguns desses agentes e as múltiplas articulações entre cada um deles, entre os diferentes grupos econômicos envolvidos, com a estrutura de governo e entre setores econômicos conexos que, formalmente, estão situados fora da alçada de fiscalização da ANS.

O modelo de atuação pautado historicamente pela agência de governo que fiscaliza os planos e seguros de saúde no Brasil é instruído simultaneamente por teorias de mercado, incluindo a Teoria Geral dos Seguros, e por formulações sobre políticas públicas que justificam a existência de uma burocracia especializada inserida na estrutura de Estado. Cada uma dessas matrizes carrega em seu interior limites e possibilidades eventualmente explorados quando se trata de explicar a natureza dos fenômenos que se observa na realidade empírica.

Novas possibilidades analíticas de caráter político aplicadas ao esquema de intermediação assistencial dos grupos econômicos de planos e seguros de saúde devem, necessariamente, assumir estratégias onde as categorias *social*, *privado* e *público* são reconhecidas como indissociáveis. Seu campo de investigação pode se interessar por uma extensa interface de fenômenos de articulação público/privada onde as ações institucionais de governos determinam e são determinadas por agentes particulares com consequências visíveis sobre bens de relevância pública como a saúde de indivíduos e populações.

A rigor, no campo da análise política mais geral, esse tipo de abordagem tem sido utilizado. Almeida-Filho & Paulani (2011), tomando em conjunto as contribuições de *Gramsci* e *Offe*, consideram que a regulação não está limitada ao âmbito institucional do Estado, mas se dá por um sistema múltiplo de instituições, conexões e organizações sociais que incluem empresas e suas federações, sindicatos, uma malha de organizações de interesse geral, instituições de ensino, meios de comunicação, o conjunto do aparato do sistema político administrativo e a família como lugar de reprodução da força de trabalho, cada uma dessas instâncias com seu padrão de relações de sociabilidade capitalistas contraditórias mediadas pela instância especial do Estado na determinação da forma de expressão e ligação particulares desses antagonismos.

Braga (1985) também se refere ao tema dos mecanismos institucionais de regulação, sob uma outra perspectiva, quando trata de macroeconomia. Ele aponta que a perda de eficácia dos mecanismos institucionais de controle social sobre o capital está entre os fatores cruciais na evolução da crise financeira, e assim, as formas públicas de regulação tornam-se elas mesmas, com a sua obsolescência, cúmplices da crise. Não seria exagero dizer que, no nível setorial, no caso concreto da fiscalização do comércio de planos e seguros de saúde no Brasil dos anos 2000 as ações de governo e seu regime burocrático especializado foram concebidos, desde sua origem como cúmplices do esquema comercial de intermediação que opera em prejuízo da lógica sistêmica da assistência da saúde.

Seja quando se considera a crise permanente de subfinanciamento e de restrições no acesso a recursos de infraestrutura material e humana da assistência pública diretamente ligados à ação concorrencial e disfuncional dos planos e seguros de saúde, seja quando se considera que se trata de uma ação de fomento a um desenvolvimento financeiro intrinsecamente instável, que busca valorização nas esferas mais distanciadas da prática assistencial, empurrando os riscos sanitários de maior magnitude para o orçamento público.

Em outras palavras, o que constatamos sobre o caso do esquema de comércio de planos e seguros de saúde no Brasil é que sua dimensão institucional consubstanciada nas ações de governo é parte integrante da maré montante de financeirização instaurada definitivamente a partir dos anos 2000.

O próprio SUS, embora não tenha sido concebido para ser elemento de sustentação de esquemas financeiros desvinculados do interesse sanitário, na prática, é utilizado, ao modo de um colateral, em garantia de operações de risco. Funciona como uma espécie de resseguro para despesas potencialmente catastróficas não assimiláveis pelos grupos econômicos de intermediação da assistência. O fato é que entre 1990 e 2000 a quantidade de contratos de planos e seguros de saúde só aumentou e esse tipo de expediente comercial saiu da periferia para o centro da pauta das políticas sociais.

Para entender esse fenômeno e reunir elementos ponderais capazes de instruir a ação política consequente é preciso, antes de mais nada, reconhecer o caráter complexo e contraditório das relações estabelecidas entre as políticas sociais mediadas pelas ações de governo em articulação com agentes públicos e privados.

A análise dos dados dispostos nos capítulos anteriores mostra que não só há uma permeabilidade de mão dupla entre as dimensões pública e privada como, em diversos aspectos da assistência à saúde há uma dominância desta última dimensão sobre bens de relevância pública. Uma dominância que opera cada vez mais por canais financeiros de dominação.

A narrativa totalizante que separa o público do privado em compartimentos estanques favorece a quem auferir lucro a partir da apropriação privada da poupança de trabalhadores ou dos recursos do fundo público. Obscurece os detalhes e se afasta das chaves explicativas que poderiam construir um novo padrão de articulação.

4.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.7.1 Limites e possibilidades

A análise dos casos concretos nos faz confrontar os limites e possibilidade do nosso arsenal de elaborações teóricas. Frequentemente serve também de base para o desenvolvimento de novas modelagens explicativas e novos métodos de pesquisa.

O desenvolvimento da linha argumentativa que apresentamos ao longo desse trabalho não pretende ir tão longe. Trata-se de uma análise exploratória de natureza interdisciplinar sobre a expressão particular do fenômeno da financeirização em um conjunto selecionado de agentes privados atuantes em um setor de inegável relevância pública.

Vimos como é incipiente o estudo da financeirização na saúde, não obstante o notório destaque atribuído ao tema no campo das ciências sociais em geral, e da economia em particular nos últimos anos. É por esse motivo que atribuímos um caráter exploratório à natureza da nossa abordagem.

Consideramos essencial, por princípio, dar visibilidade às múltiplas articulações existentes e reunir o maior conjunto de dados possíveis sobre o núcleo empresarial mais relevante. Por esse motivo a nossa análise, embora exploratória não poderia se limitar ao estudo de caso de uma empresa em particular. De fato, empresas não há, senão como elementos de conveniência

integrantes de grupos econômicos mais abrangentes ou como peças retóricas utilizadas na construção de uma narrativa formal desprovida de nexos empíricos.

A hipótese de trabalho que atribui destaque aos grupos econômicos e suas articulações encontra respaldo nos dados colecionados. Os mesmos dados atestam os limites que estariam estabelecidos para análises que tomem o setor de comércio de planos e seguros de saúde como um arquipélago de grupos econômicos isolados de outros setores de atividade do capital. São múltiplas as articulações com o setor de serviços hospitalares e de exames complementares ao diagnóstico, além do comércio e distribuição de equipamentos e medicamentos.

Não há dúvida, entretanto, de que o esquema de intermediação assistencial ocupa um lugar estratégico nessa constelação. O lugar da intermediação permite múltiplas interfaces de relacionamento comercial e fundamentalmente detém o poder discricionário de gestão financeira sobre os valores pagos a título de contraprestação pecuniária pelos trabalhadores/clientes, seja na forma de pré-pagamento ou pós-pagamento. O montante de recursos em circulação no setor a cada exercício fiscal ultrapassa os valores empenhados pela União com o financiamento da assistência pública. Essas são as justificativas para o recorte estabelecido com o reconhecimento dos seus limites.

A delimitação do escopo nos planos e seguros de saúde nos permite, por outro lado, projetar perspectivas a partir das situações originadas na órbita de fiscalização da ANS, mas que se estendem potencialmente para o conjunto do sistema de saúde e demais políticas sociais. Permite também identificar novas variantes de pesquisa calcadas nos dados das empresas com potencial para municiar possíveis desenvolvimentos teóricos ajustados à voga de dominância financeira.

A análise dos balanços de 2015 dos grupos mais relevantes informa que são lucrativos e seguem expandindo seu capital por meio de novos aportes e de fusões e aquisições de empresas menores. As notícias veiculadas pela imprensa a partir de 2014, entretanto, dão conta de pelo menos dois sinais potencialmente ameaçadores para a acumulação setorial.

O primeiro é a diminuição, em números relativos ao conjunto da população, na quantidade de clientes de planos de saúde. Um fenômeno esperado, dado o aumento na quantidade de pessoas desempregadas no período e o fato de que a maioria dos contratos de planos e seguros de saúde guarda uma relação de dependência com o vínculo empregatício do cliente.

Seria preciso analisar em detalhe os dados descritivos sobre os tipos de contratos que estão sendo extintos, o perfil demográfico dos ex-clientes e proceder uma análise de tendências de modo a aferir se os limites da contração foram atingidos ou deverão ser estendidos a uma escala maior.

O fato é que, nesse cenário o BRADESCO SAÚDE realizou aumento do seu capital social, a *Bain* comprou a INTERMEDICA e a *United Health* comprou a AMIL. Os movimentos de fusões e aquisições prosseguiram e os balanços seguem positivos²⁸⁵.

O segundo sinal ameaçador seria o anúncio de Direção Fiscal e a quebra de duas grandes cooperativas médicas localizadas nas maiores cidades do país respectivamente, a UNIMED Rio e a UNIMED Paulistana. Nesse caso é preciso considerar as peculiaridades do modelo cooperativista, onde os prestadores são também beneficiários dos resultados operacionais, e analisar a situação como um caso particular dentro do setor.

Com a mudança na equipe de governo no Ministério da Saúde ocorrida em 2016, algumas entidades representativas dos principais grupos econômicos com interesses no setor de planos e seguros de saúde apresentaram uma proposta de reformulação das normas setoriais que foi imediatamente encampada pelo governo. Foi constituído um Grupo de Trabalho no ministério para a analisar a flexibilização das principais diretrizes da Lei 9.656/98 de tal forma a permitir que as empresas vendam planos mais baratos com uma contrapartida limitada na oferta de serviços.

As entrevistas realizadas com os representantes das empresas mostram que em 2014 já havia, no ambiente corporativo, a pauta de ampliação da escala de comércio de planos de saúde por meio da flexibilização das regras de fiscalização de contratos individuais. Naquela ocasião ainda havia uma expectativa de que o aumento na capacidade de compra dos extratos mais baixos de renda pudesse servir de motor para o esquema de comércio de planos e seguros de saúde.

De fato, não foi isso que aconteceu. Ao contrário, a perda na capacidade de compra dos salários observadas a partir de 2014 incidiu principalmente sobre os extratos mais baixos e as dúvidas sobre a viabilidade comercial da proposta de planos mais baratos com restrições na contrapartida de oferta de serviços aumentam com o agravamento da crise.

²⁸⁵ A AMIL segue comprando empresas de planos de saúde e hospitais e aparece como principal candidata à compra da INTERMEDICA. A QUALICORP anunciou em março de 2017 que a receita líquida do 4T16 atingiu R\$515,5milhões, 10,8% superior ao ano anterior. No consolidado do ano, o incremento foi de 13,5%, para R\$1.964,4 milhões mesmo com a venda da Potencial por exigência do CADE e cancelamento da Unimed Paulistana em 2015. Ver: http://ri.qualicorp.com.br/qualicorp/web/default_pt.asp?idioma=0&conta=28.

Qualquer que seja a situação, entretanto, os maiores grupos econômicos do setor seguem detendo o controle sobre as principais variáveis operacionais incidentes em seus modelos de negócios. Podem aumentar preços e restringir despesas operacionais por meio de vários expedientes heterodoxos e mesmo judicialmente questionáveis. As brechas na legislação sobre ressarcimento das despesas dos clientes das empresas na rede pública seguem permitindo uma grande margem de manobra e baixa efetividade na cobrança dos valores devidos consolidando um mecanismo análogo à elisão fiscal.

A expansão das suas articulações comerciais e financeiras em direção a outros grupos econômicos que têm suas bases operacionais no setor industrial estabelece novo patamar de atuação ainda mais distante dos mecanismos institucionais de regulação especializados em planos e seguros de saúde.

Os dados de entrevistas mostram que a possibilidade de algum tipo de acordo entre grandes grupos de intermediação assistencial e agentes econômicos situados no setor de serviços hospitalares e na produção e distribuição de medicamentos, de órteses, próteses e materiais especiais existe. Em acordos onde o objeto é a manutenção das margens de cada um dos agentes envolvidos, as variáveis preço e qualidade entram como elemento em segundo plano. Nesse caso concreto, o fracionamento da ação fiscalizatória de governo impede que sua atuação alcance todos os interessados no processo.

Outro tema de interesse para análises prospectivas mencionado nas entrevistas é a possibilidade de criação de empresas especializadas na intermediação da assistência farmacêutica nos moldes das atuais administradoras de benefícios.

As estratégias comerciais da indústria e seus distribuidores, no limite capazes de induzir a sobre utilização de produtos, a medicalização e a iatrogenia, podem encontrar nesse novo tipo de intermediário uma possibilidade de conciliação com as necessidades de limitação de despesas operacionais por parte das empresas de planos e seguros de saúde. Considerando o conjunto dos elementos reunidos nessa investigação exploratória é possível supor que uma base comum de operações financeiras seja projetada como o elemento de modulação entre tais interesses aparentemente contraditórios.

4.7.2. À guisa de conclusão

O cotejamento das duas dimensões selecionadas da Função-objetivo (Fo) de Braga (2016) aplicada às empresas estudadas, quais sejam, Função Finanças em Geral (Fg) e Cadeias Globais e Valor (Cgv), permite afirmar que a *dominância financeira* encontra sua expressão característica nas empresas e grupos econômicos selecionados para análise.

A financeirização incide com especificidades que precisam ser consideradas nas cooperativas e nas autogestões, especialmente naquelas patrocinadas por instituições públicas. Entretanto, as empresas tipicamente securitárias como BRADESCO SAÚDE, SULAMERICA, INTERMEDICA, AMIL, ODONTOPREV, ao lado da sua principal agenciadora agregada, QUALICORP, podem ser analisadas de forma mais direta na sua relação com as dimensões apontadas por Braga (2016).

Assim, a busca permanente pela posse de liquidez estratégica está expressa na posição de destaque ocupada pelos departamentos financeiros dessas empresas, algumas, como a SULAMERICA, lastreadas principalmente em títulos da dívida pública como aparece registrado em seu relatório aos acionistas de 2015. É digno de nota a discussão em pauta no âmbito da ANS em 2017 que analisa a possibilidade de flexibilização das reservas prudenciais empenhas pelas empresas com vistas ao aumento da sua liquidez.

Ao lado disso, a estratégia comum de busca por ganhos de capital no mercado acionário com a negociação das ações das empresas em seus portfólios no mercado de controle corporativo está claramente estabelecida e tem nos casos da QUALICORP, AMIL e INTERMEDICA sua expressão exemplar.

As limitações dos dados coletados não nos permitem analisar em detalhe a atuação global ou as práticas de arbitragem em diferentes mercados de crédito, de câmbio e de capitais dos grupos econômicos envolvidos, mas resta evidente que a presença de agentes econômicos de peso atuantes em ambos os lados das fronteiras nacionais de diversos países como *BlackRock*, *Fidelity*, *Bain*, *General Atlantic*, *Fundo Soberano de Singapura* e *AIG* significa que o sistema de saúde brasileiro amplia o espectro do espaço de transações desse agentes e fortalece suas opções de compra e venda de ativos estratégicos segundo sua conveniência particular.

A perda de clientes de planos e seguros de saúde verificada a partir de 2013 com o aumento do desemprego e o desaquecimento da atividade econômica em geral não afetou as margens líquidas das principais empresas estudadas, o que pode estar relacionado com o aumento do peso relativo do lucro financeiro sobre o operacional. A análise de indicadores microeconômicos de financeirização pode esclarecer os detalhes desse fenômeno.

Como a atividade operacional das empresas estudadas se refere precipuamente à administração do processo de intermediação assistencial, seu aumento de *produtividade*, senso estrito, é influenciado pelo desenvolvimento de sistemas de processamento de informação e registro de dados, o que explica os investimentos consignados reiteradamente nessa rubrica por empresas como AMIL, ODONTOPREV, BRADESCO, SULAMERICA e QUALICORP.

O segundo componente da Função-objetivo de interesse para o estudo do esquema de intermediação assistencial, as Cadeias Globais de Valor (Cgv) em produção e comércio de empresas ou grupos internacionalizados, está relacionado com a alocação espacial do seu investimento direto produtivo ou comercial. Refere-se à lógica de territorialidade econômica vinculada aos grandes fundos de investimento em participação societária atuantes no Brasil dos anos 2000 e seus possíveis efeitos regressivos sobre o conjunto do sistema de saúde.

Nesse particular é possível afirmar que o processo de internacionalização ensaiado pela AMIL na década de 1990 foi substituído por outro de natureza diversa e com protagonistas distintos. O esquema comercial de intermediação assistencial do Brasil está definido agora como um elemento da territorialidade econômica autoreferenciada de grandes fundos de investimento de escopo global.

Esse microambiente de negócios situado na periferia do sistema econômico compõe, ele mesmo, um elo da Cadeia Global de Valor (Cgv) controlada pelo consórcio formado entre gestores locais e seus correspondentes nos países centrais, o que confere aos grupos econômicos envolvidos uma característica multinacional com espaço de realização de lucro espalhado por diversas formações sociais e o controle do processo de acumulação ancorado em países centrais com fundamentos macroeconômicos, industriais e tecnológicos mais sólidos.

Trata-se também de grupos multisetoriais, ainda que com variações mais ou menos extensas, suas atividades tendem a proporcionar a realização de lucro financeiro por meio da exploração

simultânea de um amplo espectro de oportunidades de grande magnitude situadas na órbita real da produção, comércio e serviços. Nesse caso em particular o comércio da intermediação assistencial e a prestação efetiva sumultânea de serviços conexos à assistência estão bem estabelecidos nos grupos AMIL e INTERMEDICA. Outras articulações voltadas para o setor industrial de fármacos, órteses, próteses e materiais especiais são tendências que devem ser investigadas em uma abordagem prospectiva.

Há também um caráter multifuncional nas estratégias de atuação delineadas pelos departamentos financeiros das empresas em uma matriz estrutural de grupo econômico. Os limites definidos entre produção, comércio e finanças tendem a ser rompidos principalmente em empresas como AMIL, ODONTOPREV e INTERMEDICA sob a lógica da dominância financeira. O agrupamento de empresas com diferentes funções dentro da mesma rede corporativa está bem estabelecido nos casos estudados e, se acrescentamos a essa multifuncionalidade a fluidez no trânsito global de capitais em voga desde o final da década de 1990, e para esses grupos em particular, veremos que a temporalidade das relações débito/crédito pode ser estendida.

Em síntese, a análise exploratória do esquema comercial de intermediação da assistência no Brasil entre 2000 e 2015 segundo os parâmetros da *dominância financeira* postulados por Braga (1985 e 2016) revela um *novo objeto* com características qualitativas e quantitativas distintas daquelas estabelecidas pelos estudos seminais de políticas de saúde até a década de 1990 e dotado de um grau maior de complexidade.

Para além das características assinaladas acima, que definem redes de empresas articuladas em grupos econômicos multinacionais, multisetoriais e multifuncionais pautados por uma *Função objetivo* financeira, configura-se um potencial de atuação sobre a esfera institucional que é a expressão de um poder de arbitragem crescente, capaz de criar mercados e nichos de mercado para produtos e serviços e influenciar na valorização e desvalorização de ativos de natureza diversa incluindo, no caso da assistência, insumos estratégicos de relevância pública.

REFERÊNCIAS

- ABRAMOVITZ, M.; ZELNICK, J. Privatization in the human services: implications for direct practice. **Clinical Social Work Journal**, v. 43, n. 3, p. 283-293, 2015.
- ALMEIDA, C. Comentário: política e planejamento: o Plano de Saúde Leonel Miranda. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-385, jun. 2006.
- ALMEIDA-FILHO, N.; PAULANI, L. M. Regulação social e acumulação por espoliação: reflexão sobre a essencialidade das teses da finaceirização e da natureza do Estado na caracterização do capitalismo contemporâneo. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 20, n. 2(42), p. 243-272, ago. 2011.
- ALUTTIS, C. A. *et al.* Review of public health capacity in the European Union. **European Comission Directorate General for Health and Consumers**, Luxemboug, 2013.
- ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL (AMIL). **Linha do tempo**. Disponível em: <<http://www.amil.com.br/portal/web/institucional/nossa-historia>>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- _____. **Relatório da administração 2016**. Disponível em: <http://www.valor.com.br/sites/default/files/upload_element/23.03.2016_balanco_amil_assistencia_medica_internacional.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2017.
- ANDREAZZI, M. F. S.; KORNIS, G. E. M. Transformações e desafios da atenção privada em saúde no Brasil nos anos 90. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 157-191, 2003.
- ANDREAZZI, M. F. S. **Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro dos anos 90**. 2002. 346 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- AKTOUF, O. Governança e pensamento estratégico: uma crítica a Michael Porter. **RAE - Revista de Administração de Empresas/FGV-EAESP**, v. 42, n. 3, p. 42-53, jul./set. 2002.
- ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.
- APLEBY, J. *et al.* **Payment by results: how can payment systems help to deliver better care?**. London: The King's Fund, 2012.
- AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Rio de Janeiro: UNESP/FIOCRUZ, 2003.
- ARROW, K. J. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. 53, n. 5, p. 941-973, dec.1963.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE (ABRAMGE). CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE GRUPO, 1. **Anais...** São Paulo: ABRAMGE. 1978.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Termo de Referência sobre financeirização da assistência à saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO & GESTÃO EM SAÚDE, 2., 2013, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: ABRASCO, 2013. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/conteudo/view?ID_CONTEUDO=881>. Acesso em: 22 ago. 2016.

ASSOCIAÇÃO FEDERAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL (ANFIP). **GEAP**: os efeitos das decisões do Tribunal de Contas da União e do Supremo Tribunal Federal e a PEC nº 214, de 2012. Disponível em: <http://www.anfip.org.br/publicacoes/20130604101815_Cartilha-GEAP_04-06-2013_Cartilha-GEAP_pgina.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). **Livro branco Brasil Saúde 2015**: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro. São Paulo: ANAHP, 2015.

BAHIA, L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1385-1397, 2008.

_____. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

_____. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 329-339, 2001.

_____. **Mudanças e padrões das relações público-privado**: seguros e planos de saúde no Brasil. 1999. 100 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. *et al.* (Org.). **Planos de saúde no Brasil**: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: LEPS, 2005.

BAHIA, L. A Assistência Médica Internacional (AMIL): de Caxias, na Baixada Fluminense, para o Brasil e EUA. In: BAHIA, L. *et al.* (Org.). **Planos de saúde no Brasil**: origens e trajetórias. Rio de Janeiro: LEPS, 2005. p. 121-133.

BAHIA, L. *et al.* Das empresas médicas às seguradoras internacionais: mudanças no regime de acumulação e repercussões sobre o sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, p. e00154015, 2016.

BAKER, L. *et al.* The relationship between technology availability and health care spending. **Health Affairs**, suppl., jul./dec. 2003.

BARROSO, S. A.; SOUZA, R. (Org.). **A grande crise capitalista global 2007-2013**: gênese, conexões e tendências. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Gabrois, 2013.

BIGNETTI, L. P.; PAIVA, E. L. Estudo das citações de autores de estratégia na produção acadêmica brasileira. In: ENCONTRO DA ANPAD, 25., 2001, Campinas. **Anais...** Campinas: CD ROM, 2001.

BLACKROCK . **Sítio oficial**. c2017. Disponível em: <<http://www.blackrock.com/corporate/en-br/home>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BLOOM, D. E; CANNING, D. Booms, busts, and echoes: how the biggest demographic upheaval in history is affecting global development. **Finance & Development**, v. 43, n. 3, p. 8-13, 2006.

BM & FBOVESPA. **Companhias listadas**. Disponível em: <<http://www.bmfbovespa.com.br/cias-listadas/consultas/iposrecentes/ipos-recentes.aspx?idioma=pt-br>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BORGES, D. R. **Socialização da medicina**: alguns aspectos médico-sociais no Brasil, e sua repercussão no Seguro Social, na medicina e na profissão médica. São Paulo: Civilização Brasileira, 1943.

BOYLE, M. E.; BOGUSLAW, J. Business, poverty and corporate citizenship: naming the issues and framing solutions. **The Journal of Corporate Citizenship**, v. 26, p. 101-120, 2007.

BRADESCO. **Institucional/Apresentação**. Disponível em: <<http://www.bradescoseguros.com.br/institucional/institucional.asp>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRAGA, I. F. **Entidades empresariais e a política nacional de saúde**: da cultura de crise à cultura da colaboração. 2012.186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

BRAGA, J. C. S. A financeirização da riqueza: a macroestrutura financeira e a nova dinâmica dos capitalismo centrais. **Economia e Sociedade**, v. 2, n. 1, p. 25-57, 1993.

BRAGA, J. C. S. **Temporalidade da riqueza**: teoria da dinâmica e financeirização do capitalismo. 1985. Tese (Doutorado) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1985.

BRAGA, J. C. S. Qual conceito de financeirização compreende o capitalismo contemporâneo? In: BARROSO, S. A.; SOUZA, R. (Org.). **A grande crise capitalista global 2007-2013**: gênese, conexões e tendências. São Paulo: Anita Garibaldi: Fundação Maurício Gabrois, 2013.

BRAGA, J. C. S. Financeirização global: o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M. DA C.; FIORI, J. L. (Ed.). **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 195-242.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: CEBES: HUCITEC, 1981.

BRAGA, J.C.S. Financeirização global: o padrão sistêmico de riqueza do capitalismo contemporâneo. In: TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Org.). **Poder e dinheiro**: uma economia política da globalização. Rio de Janeiro: Vozes, 1997, p. 195-242.

BRAGA, J. C. S. **Relatório contendo a proposição das variáveis e indicadores que deverão compor para o desenvolvimento de um futuro banco de dados**. Campinas: [s.n.], 2016. No prelo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: Tabela 19. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados e indicadores do setor**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 09 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 07 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Regulação & saúde**: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.071, de 1 de janeiro de 1916. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3071.htm>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.724, de 15 de janeiro de 1919. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1919/3724.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 22.239, de 19 de dezembro de 1932. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-22239-19-dezembro-1932-501764-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 08 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 1.186 de 03 de abril de 1939. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil** - Seção 1 - 8/4/1939, Página 8021, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-1186-3-abril-1939-349236-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 24 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 4.371, de 10 de junho de 1942. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De14371.htm>. Acesso em: 04 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5890.htm#art1>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5764.htm>. Acesso em: 05 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.890, de 08 de junho de 1973. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5890.htm>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 72.771, de 06 de setembro de 1973. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D72771.htm>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6404consol.htm>. Acesso em: 29 maio 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.435, de 15 de julho de 1977. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6435.htm>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 83.266, de 12 de março de 1979. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1979/83266.htm>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.078 de 11 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8078.htm>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8689.htm>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 8.934, de 18 de novembro de 1994. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8934.htm>. Acesso em: 11 ago. 2016.

BRASIL. Lei federal nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Lei federal nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9961.htm> Acesso em: 12 fev. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10406.htm>. Acesso em 29 maio 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 5.010, de 9 de março de 2004. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/23/2004/5010.htm>>. Acesso em: 22 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 7.380, de 13 de março de 1945. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/view/9286/0>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 60.501, de 14 de março de 1967. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1967/60501.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Mandado de Segurança 25.855 Distrito Federal. Relatório do Ministro Carlos Ayres Britto de 20 de março de 2013, Poder Judiciário, **Supremo Tribunal Federal**. Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001 de 24/08/2001, que institui a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil. O documento pode ser acessado no endereço eletrônico, sob o número 6750637. Coordenadoria de Análise de Jurisprudência DJe nº 183 Divulgação 19/09/2014 Publicação 22/09/2014 Ementário nº 2744 – 1. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Acórdão 0458/2004, Ata 13 Plenário de 28 de abril de 2004, **Tribunal de Contas da União**. Disponível em: <<https://contas.tcu.gov.br/juris/Web/Juris/ConsultarTextual2/Jurisprudencia.faces?numeroAcordao=458&anoAcordao=2004>>. Acesso em: 25 jan. 2016.

BRASIL. Decreto-lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jun. 1998. Seção 1, p.1.

BRASIL. Decreto-lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Lei Federal nº 10.101, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10101.htm> Acesso em: 20 jan. 2017.

BRASIL. Decreto-lei nº 11.638, de 28 de dezembro de 2007. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/lei/11638.htm>. Acesso em: 29 maio 2016.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A crise financeira global e depois: um novo capitalismo? **Novos Estudos CEBRAP**, n. 86, p. 51-72, mar. 2010.

BRUNO, M. *et al.* Finance-led growth regime no Brasil: estatuto teórico, evidências empíricas e consequências macroeconômicas. **Revista de Economia Política**, v. 31, n. 5, p. 730-750, 2011.

BRYAN, D.; RAFFERTY, M. Political economy and housing in the twenty-first century: from mobile homes to liquid housing? **Housing, Theory and Society**, v. 31, n. 4, p. 404-412, 2014 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1080/14036096.2014>>. Acesso em: 29 maio 2016.

CADERNO DE INFORMAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR. **Tabela 19**. Rio de Janeiro: Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

CANESQUI, A. M. **Ciências sociais e saúde no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 2011.

CANGIANI, M. A teoria institucional de Karl Polanyi: a sociedade de mercado e sua economia “desenraizada”. In: LEVITT, K. P. (Org.). **A subsistência do homem e ensaios correlatos**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

CANTISANO, L. “A verdadeira história da assistência patronal” ainda me lembro!: a história da GEAP: 60 anos. Disponível em: <file:///C:/Users/seste/OneDrive/Documents/TESE/REFERÊNCIAS%20PARA%20A%20TESE/livro_geap_60_anos.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CARDOSO, F. H.; FALETTO, E. **Dependência e desenvolvimento na América Latina**: ensaio de interpretação sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1970.

CARNEIRO, R. **Desenvolvimento em crise: a economia brasileira no último quarto do século XX**. São Paulo: UNESP-IE: UNICAMP, 2002.

CASSI. Sítio oficial. Disponível em: <http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=333&Itemid=357>. Acesso em: 30 dez. 2015.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2012.

CASTRO, M. H. L. **A relação entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro: repensando o papel do Estado**. 2006. 212 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CHESNAIS, F. Introdução geral. In: CHESNAIS, F. (Ed.). **A mundialização financeira: gênese, custos e riscos**. São Paulo: Xamã, 1998.

CHESNAIS, F. **Finance capital today: corporations and banks in the lasting global slump**. Leiden/Boston: BRILL, 2016.

COHN, A. **Previdência social e processo político no Brasil**. São Paulo: Moderna, 1980.

COMISSÃO DE VALORES MOBILIÁRIOS (CVM). **Informação Institucional**. Disponível em: <http://www.cvm.gov.br/menu/aceso_informacao/institucional/sobre/cvm.html>. Acesso em 11 de agosto de 2016.

CORDEIRO, H. A. **A indústria de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CORDEIRO FILHO, A. **Desenvolvimento das pequenas e médias empresas do setor de serviços na saúde suplementar**. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

COSTA, M. O mais novo bilionário da bolsa. **O Estado de São Paulo**, jul. 2011. Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/geral,o-mais-novo-bilionario-da-bolsa-imp-,743233>>. Acesso em: 10 set. 2014.

COUTOLENC, B.; DMYTRACZENKO, T. **Brazil's primary care strategy**. Washington, DC: World Bank, 2013. (UNICO Studies Series, 2). Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2013/01/31/000425962_20130131142856/Rendered/PDF/749570NWP0BRAZ00Box374316B00PUBLIC0.pdf>. Acesso em 07 nov. 2013.

CROTTY, J. The neoliberal paradox: the impact of destructive product market competition and “modern” financial markets on nonfinancial corporations performance in the neoliberal era. In: EPSTEIN, G. A. (Ed.). **Financialization and the world economy**. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 2005. p. 77-110.

DAVIS, L. E. **The financialization of the nonfinancial Corporation in the post-1970 U.S. economy**. 2014. Dissertation (Doctoral) – University of Massachusetts Amherst, 2014. Paper 175.

- DEEKE, R. T. **Dilemas em cooperativas de Santa Catarina**: estudo multi-caso sobre conflito entre princípios cooperativistas, pressões mercadológicas e político-institucionais em duas singulares da UNIMED. 2008. 192 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2008.
- DEUTSCHMANN, C. Limits to financialization. **European Journal of Sociology**, v. 52, n. 3, p. 247-389, dec. 2011.
- DE VOGLI, R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. **International Journal for Equity in Health**, v. 13, 2014.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina & sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2011.
- DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- DRAIBE, S. **Rumos e metamorfoses**: um estudo sobre a constituição do Estado e as alternativas da industrialização no Brasil 1930-1960. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- DUARTE, C. M. R. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 999-1008, jul./ago. 2001.
- EIBENSCHUTZ, C. (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- ENTHOVEN, A. C.; CROSSON, F. J.; SHORTELL, S. M. ‘Redefining health care’: medical homes or archipelagos to navigate? Recognition of the essential coordinating role of primary care could lay the foundation for truly redefining U.S. health care. **Health Affairs**, v. 26, n. 5, p. 1366-1372, sep./oct. 2007.
- EPSTEIN, G. A. Introduction: financialization and the world economy. In: EPSTEIN, G. A. (Ed.). **Financialization and the world economy**. Cheltenham, UK/Edward Elgar, 2005. p. 3-16.
- ESCOREL, S. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2453-2460, 2015.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ESCORSIM, S. M. **O sistema de proteção social dos servidores públicos federais no Brasil**: as políticas de previdência e saúde e a trajetória do serviço social, desde a Assistência Patronal até a GEAP – Fundação de Seguridade Social. 2010. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.
- ESPING-ANDERSEN, G. As três economias políticas do welfare state. **Lua Nova**, n. 24, set. 1991.
- FARHI, M. Derivativos financeiros: hedge, especulação e arbitragem. **Economia e Sociedade**, Campinas, n. 13, p. 93-114, dez. 1999.

FARIAS, S. F. **Interesses estruturais na regulação da assistência médico-hospitalar do SUS**. 2009. 221 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

FAVARET P. F.; OLIVEIRA P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Dados**, v. 33, n. 2, p. 257-283, 1990.

FERNADES, F. **A revolução burguesa no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

FIDELITY INVESTMENTS. Site oficial. Disponível em: <<https://www.fidelity.com/>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

FINE, B. Financialization and social policy. In: UNRISD CONFERENCE ON THE SOCIAL AND POLITICAL DIMENSIONS OF THE GLOBAL CRISES: IMPLICATIONS FOR DEVELOPING COUNTRIES. 2009. **Anais...** Geneva: [s.n.], 2009.

FOSS, N. J. Research in strategy, economics and Michael Porter. **Journal of Management Studies**, v. 33, n. 1, p. 1-24, jan. 1996.

FURTADO, C. **A formação econômica do Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

GALEANO, Diego; TROTTA, Lucía; SPINELLI, Hugo. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. **Salud Colectiva**, v. 7, n. 3, p. 285-315, 2011.

GARCIA, J. C. Historia de las instituciones de investigación en salud en América Latina, 1880-1930. **Educación Médica y Salud**, v. 15, n. 1, p. 71-90, 1981.

GEAP. Site oficial. Disponível em: <<http://www.geap.com.br/INSTITUCIONAL/a-fundacao.asp>>. Acesso em: 30 dez. 2015.

GERSCHMAN, S. Políticas comparadas de saúde suplementar no contexto de sistemas públicos de saúde: União Européia e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1441-1451, 2008.

GHEMAWAT, P. **A estratégia e o cenário dos negócios: textos e casos**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GIFFONI, R. M. **Assistência médica e as relações de trabalho na empresa: o modelo de convênio com a previdência social**. 1981. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

GOLDENBEG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (Org.). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOLOMSKY, C. Compassion technology: Life insurance and the remaking of kinship in Swaziland's age of HIV. **American Ethnologist**, v. 42, n. 1, p. 81-96, 2015.

GOMES, M. M. G. **A Comissão Parlamentar de Inquérito dos planos de saúde**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história: raízes sociais del trabajo médico**. Cidade do México: Siglo XXI Editores, 1984.

GRÜN, R. Decifra-me ou te devoro! As finanças e a sociedade brasileira. **Maná**, v. 13, n. 2, p. 381-410, 2007.

_____. Modelos de empresa, modelos de mundo: sobre algumas características culturais da nova ordem econômica e da resistência a ela. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 121-140, 1999.

_____. Financeirização de esquerda?: frutos inesperados no Brasil do século XXI. **Tempo Social**, v. 21, n. 2, p. 153-184, 2009.

_____. Fundos de pensão no Brasil do final do século XX: guerra cultural, modelos de capitalismo e os destinos das classes médias. **Maná**, v. 9, n. 2, p. 7-38, 2003.

GUILLÉN, A. Financialization and financial profit. **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 34, n. 3 (136), p. 451-470, 2014.

GUTTMANN, R. Uma introdução ao capitalismo dirigido pelas finanças. **Novos Estudos**, v. 82, p. 11-33, 2008.

HACKER, J. S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British Canadian, and U.S. medical policy. **Studies in American Political Development**, v. 12, n. 1, p. 57-130, 1998.

HAPVIDA. **História de crescimento**. Disponível em: <<http://www.hapvida.net/historia>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

HARVEY, D. **Os limites do capital**. São Paulo: BOITEMPO, 2013.

HESPANHA, P. As reformas dos sistemas de saúde na Europa do Sul: crises e alternativas. In: RODRIGUES, P. H. A.; SANTOS, I. S. (Org.). **Políticas e riscos sociais no Brasil e na Europa: convergências e divergências**. Rio de Janeiro: CEBES/HUCITEC, 2017.

HOBBSBAWM, E. J. **A Era do Império (1875-1914)**. Lisboa: Editorial Presença, 1990.

IANNI, O. **Estado e capitalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1965.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cadernos Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

ILLICH, I. **Medical Nemesis**. New York: Pantheon Books, 1976.

IRIART, C.; FRANCO, T.; MERHY, E. E. The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era. **Globalization and Health**, v. 7, 2011.

JARDIM, L. **Lula só viaja no jatinho de Seripieri, o rei dos planos de saúde**. 2015. Disponível em: <<http://tribunadainternet.com.br/lula-so-viaja-no-jatinho-de-seripieri-o-rei-dos-planos-de-saude/>>. Acesso em: 10 set. 2015.

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. Ficha cadastral completa. Disponível em: <<https://www.jucesponline.sp.gov.br/VisualizaTicket.aspx?ticket=32959337>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

LAVINAS, L. **The takeover of social policy by financialization: the brazilian paradox**. New York: Palgrave Macmillan, 2017.

_____. How social developmentalism reframed social policy in Brazil. **Working Paper**, n. 94, 2016. Disponível em: <http://www.desigualdades.net/Resources/Working_Paper/WP-94-Lavinas-Online.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. 2015. Bolsa-família e bolsa-banco: a financeirização do social. **Insight Inteligência**, v. 18, n. 70, p. 69-72, 2015.

_____. 21st century welfare. **New Left Review**, n. 84, p. 5-40, nov./dec. 2013.

LAZONICK, W.; O'SULLIVAN, M. Maximizing shareholder value: a new ideology for corporate governance. **Economy and Society**, v. 29, n. 1, p. 13-35, 2000.

LIMA, S. M. L. et al. Hospitais filantrópicos e a operação de planos de saúde próprios no Brasil. **Revista Saúde Pública**, n. 41, p. 116-123, 2007.

LUXEMBURG, R. **A acumulação do capital**: estudo sobre a interpretação econômica do imperialismo. Rio de Janeiro: Zahar. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/16720537/a-acumulacao-do-capital---rosa-luxemburgo/39>>. Acesso em: 20 set. 2016.

MACKINTOSH, M. *et al.* What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 388, n. 10044, p. 596-605, 2016.

MARTIN, O'F. *et al.* Potential cardiovascular mortality reductions with stricter food policies in the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 90, p. 522-531, 2012.

MATEO, J. P. la financiarización como teoría de la crisis en perspectiva histórica. **Cuadernos de Economía**, v. 34, n. 64, p. 23-44, 2015.

MEDEIROS, M. Prefácio. In: BORGES, D. R. **Socialização da medicina**: alguns aspectos médico-sociais no Brasil, e sua repercussão no Seguro Social, na medicina e na profissão médica. São Paulo: Civilização Brasileira, 1943.

MEDIALDEA, B. Brazil: an economy caught in a financial trap (1993-2003). **Brazilian Journal of Political Economy**, v. 33, n. 3 (132), p. 427-445, 2013.

MELLO, C. G. **A medicina e a realidade brasileira**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.

_____. **O sistema de saúde em crise**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

_____. **Saúde e assistência médica no Brasil**. São Paulo: CEBES, 1977.

_____. O seguro saúde no Brasil. **Revista do IRB**, v. 21, n. 146, p. 37-39. 1964.

MELO, M. A. B. C. As reformas constitucionais e a Previdência Social 1993-1996. In: DINIZ, E. e AZEVEDO, S. (Org.). **Reforma do Estado e democracia no Brasil**. Brasília, DF: Ed. UnB, 1997.

MENDES, A.; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 841-850, 2009.

MENDES, A.; WEILLER, J. A. B. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. **Saúde Debate**, v. 39, n. 105, p. 491-505, 2015.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. 2003. 400 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MILLS, C. W. **A nova classe média**: (white collar). Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

MOHR, P. E.; MUELLER, C.; *et al.* The impact of medical technology on future health care cost. **The project Hope Center for Health Affaires**, 2001.

MONTALBAN, M.; SAKINÇ, M. E. Financialization and productive models in the pharmaceutical industry. **Industrial and Corporate Change**, v. 22, n. 4, p. 981-1030, 2013.

MORGAN STANLEY INVESTMENT MANAGEMENT. Site oficial. Disponível em: <<http://www.morganstanley.com/msim/portal/site/UD/template.PAGE/;jsessionid=678E6406864B90E5319C9C31C9EE2457?msimPageTitle=start&u=9ef468046cb1eaf33d3afb1051a9e009>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

MOTA, A. *et al.* **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a história da profissão médica no Brasil**: à obra Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MORRIS, J. N. *et al.* Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 45, n. 8, p. 1017-1024, 1997.

MULLIGAN, J. Insurance accounts: the cultural logics of health care financing. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 30, n. 1, p. 37-61, 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Central to value-based pricing of medicines**. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/newsroom/news/NICECentralToValueBasedPricingOfMedicines.jsp>>. Acesso em: 6 nov. 2013.

NOTREDAME-INTERMEDICA. **História do grupo Notredame/Intermedica**. Disponível em: <<http://www.notredame.com.br/web/portal/historia-e-missao>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

NUNES, E. D. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 1, p. 139-144, 2015.

_____. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 909-916, 2008.

_____. Samuel W. Bloom e a história da sociologia médica. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 193-218, 2007a.

_____. Merton e a sociologia médica. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, v. 14, n. 1, p. 159-172, jan./mar. 2007b.

_____. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 64-72, 2006.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 3, p. 107-116, 1998.

_____. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. **Saúde Sociedade**, v. 1, n. 11, p. 59-84, 1992.

O ESTADO DE SÃO PAULO. Entrevista com Melina Costa, 11 jul. 2011.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

OCKÉ-REIS, C. O. SUS: o desafio de ser único. In: SANTOS, N. R.; AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Gestão pública e relação público privada na saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2011. p. 101-114.

OCKÉ-REIS, C. O.; ANDREAZZI, M. F. S.; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Revista de Economia Contemporânea**, v. 10, n. 1, p. 157-185, jan./abr. 2006.

O'KEEFE, T. The 'financialization' of healthcare services. **American Banker**, jan. 2007.

OLIVEIRA, A. L. IAPB e sindicato: duas estruturas interligadas. **Revista de Sociologia e Política**, n. 13, p. 141-151, nov. 1999.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

ORHANGAZI, Ö. Financialisation and capital accumulation in the non-financial corporate sector : A theoretical and empirical investigation on the US economy: 1973-2003. **Cambridge Journal of Economics**, v. 32, n. april, p. 863-886, 2008.

PAIM, J. S. Comentário: o "Plano Nacional de Saúde" de 1967 e os "planos de saúde", hoje: algo em comum? **Revista de Saúde Pública** v. 40, n. 3, p. 384-386, jun.2006.

PAIVA, C. H. A. Samuel Pessoa: uma trajetória científica no contexto do sanitarismo campanhista e desenvolvimentista no Brasil. **História, ciências, saúde - Manguinhos**, v. 13, n. 4, p. 794-831, out./dez. 2006.

PALLEY, T. I. **Financialization: what it is and why it matters**. New York: The Levy Economics Institute, 2007. Disponível em: <http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_525.pdf> Acesso em: 10 de agosto de 2016.

PAULANI, L. Acumulação sistêmica, poupança externa e rentismo: observações sobre o caso brasileiro. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 77, p. 237-261, 2013.

PEREIRA, J. C. **Assistência pública e privada à saúde e suas implicações na economia familiar**. 2004. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2004.

PEREIRA, M. S. A reforma da lei das sociedades anônimas e seus impactos na escrituração contábil e nas demonstrações financeiras. **FISCOsoft Impresso**, mar. 2008. Disponível em: <http://www.fiscosoft.com.br/main_online_frame.php?page=/index.php?PID=197587&key=4017615> Acesso em: 10 ago. 2016.

PLIHON, D. As grandes empresas fragilizadas pela finança. In: CHESNAIS, F. (Ed.). **A finança mundializada**. São Paulo: BOITEMPO, 2005. p. 133-151.

POCHMANN, M. Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1477-1489, 2007.

POLANYI, K. **The great transformation**: the political and economic origins of our time. Boston, MA: Beacon Press, 2001.

_____. **A subsistência do homem e ensaios correlatos**. Rio de Janeiro: Contraponto, 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG E. O. **Redefining health care**: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho**: a crise da Previdência Social. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1989.

PRAHALAD, C. K.; HAMMOND, A. Serving the world's poor, profitably. **Harvard Business Review**, v. 80, n. 9, p. 48-57, 2002.

QUALICORP. Sítio oficial. Disponível em: <<http://www.qualicorp.com.br/qualicorp/>>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. **Demonstrações financeiras anuais completas 2015**. Disponível em: <http://ri.qualicorp.com.br/qualicorp/web/conteudo_pt.asp?idioma=0&conta=28&tipo=30984&id=0&submenu=0&img=0&ano=2016> Acesso em: 19 jan. 2017.

RAPP, S.; COLLINS, T. L. **Beyond maximarketing**: the new power of caring and daring. New York: McGraw Hill, 1994.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; SILVA, P. L.B. Política de saúde no Brasil e estratégia regulatória em ambiente de mudanças tecnológicas. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 4, n. 6, p. 61-84, 2000.

RODRIGUES NETO, E. **Saúde**: promessas e limites da constituição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

RODRIGUES, F. G. **A boa fé objetiva e sua efetiva aplicabilidade nos contratos de planos de saúde**. 2004. 110 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito de Campos, Campos, 2004.

SANTOS, F. P.; MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1463-1475, 2008.

SANTOS, I. S.; UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, 2008.

SANTOS, I. S. **O mix público-privado no sistema de saúde brasileiro**: elementos para a regulação da cobertura duplicada. 2009. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, I. S. **Planos privados de assistência à saúde no mundo do trabalho**. 2000. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SCHEFFER, M. **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. 2006. 210 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos de saúde privados no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 947-56, jul./set. 2011.

SCHNEIDER, A. B. *et al.* **Michael Porter 30 anos depois de Estratégia Competitiva Influência do autor nos trabalhos brasileiros em estratégia**: estudo bibliométrico em trabalhos dos últimos dez anos do Enanpad. Leiria, PT: GlobADVANTAGE, 2008. (Working Paper, n. 25).

SERFATI, C. Corporações transnacionais como grupos financeiros. **Século XXI**, v. 2, n. 1, jan./jul. 2011.

SERFATI, C. Financial dimensions of transnational corporations, global value chain and technological innovation, **Journal of Innovation Economics & Management**, n. 2, p. 35-61, 2008.

SERFATI, C. La lógica financiero-rentista de las sociedades transnacionales. **Mundo Siglo XXI Revista del CIECAS-IPN**, v. 8, n. 29, p.5-21, 2013.

SERFATI, C. Transnational corporations as financial groups. **Work Organisation, Labour & Globalisation**, v. 5, n. 1, p. 10-38, 2011. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/10.13169/workorgalaboglob.5.1.0010>>.

SESTELO, J. A. F.; BAHIA, L. Sistema de Assistência Médica Suplementar (SAMS): breve histórico e modalidades desenvolvidas no Brasil (seguro-saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestão e outras). In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook. 2014. p. 139-150.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P. F.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 851-866, maio 2013.

SESTELO, J. A. F.; SOUZA, L. E. P.; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 607-623, jul./set. 2014.

SILVA, B. M. P. **O Sistema Único de Saúde**: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. 2007. 375 f. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, G. G. A. Uma abordagem da antinomia ‘público x privado’: descortinando relações para a saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 7-24, 2006.

- SILVA, J. L. T. **A iniciativa privada e a saúde suplementar**. 2004. 132 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Mackenzie, São Paulo, 2004.
- SILVA, R. S.; MORELL, M. G. G. (Org.). **Mário Magalhães da Silveira: política nacional de saúde pública: a trindade desvelada: economia, saúde, população**. Rio de Janeiro: REVAN, 2005.
- SINDICATO DAS EMPRESAS DE SEGURO, RESSEGUROS E CAPITALIZAÇÃO DE SÃO PAULO (SINDSEG SP). **Centralizador, generoso e, às vezes, ríspido**. Disponível em: <<http://www.sindsegs.org.br/site/noticia-texto.aspx?id=13486>>. Acesso em: 15 fev. 2016.
- SOTO, R. América Latina. Entre la financiarización y el financiamiento productivo. **Revista Problemas del Desarrollo**, v. 173, n. 44, p. 57-78, abr./jun. 2013.
- SPERB, A. C.; SILVA NETO, A. J. B. Stock options: conceito, utilidade, aplicação e a problemática quanto a sua natureza remuneratória nos contratos de trabalho. **Jus.com.br**, jan. 2012. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/20777/stock-options-conceito-utilidade-aplicacao-e-a-problematica-quanto-a-sua-natureza-remuneratoria-nos-contratos-de-trabalho>>. Acesso em: 20 jan. 2017.
- STARR, P. **The social transformation of american medicine: the rise of a sovereign profession and the making of a vast industry**. Cambridge: Basic Books, 1982.
- STOCKER, M A; WAITZKIN, H.; IRIART, C. The exportation of managed care to Latin America. **The New England Journal of Medicine**, v. 340, n. 14, p. 1131-36, 1999.
- STOCKHAMMER, E. Financialisation and the slowdown of accumulation. **Cambridge Journal of Economics**, v. 28, n. 5, p. 719-741, 2004.
- SULAMERICA. **História/Linha do tempo**. Disponível em: <<http://portal.sulamericaseguros.com.br/data/pages/8A6189BE4343E118014343F7D0D37E02.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- SUSEP. **História do seguro**. Disponível em: <<http://www.susep.gov.br/menu/a-susep/historia-do-seguro>>. Acesso em: 25 fev. 2016.
- TAUSS, A. Contextualizing the current crisis: post-fordism, neoliberal restructuring, and financialization. **Colombia Internacional**, n. 76, p. 51-79, jul./dec. 2012.
- TAVARES, M. C.; FIORI, J. L. (Org.). **Poder e dinheiro: uma economia política da globalização**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- TEIXEIRA, A. **O ajuste impossível: um estudo sobre a desestruturação da ordem econômica mundial e seu impacto sobre o Brasil**. 1993. 257 f. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993.
- THE DIAGNOSIS RELATED Groups (DRGs) to adjust payment-mechanisms for health system providers. In: CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL, 2005. **Anais...** [S.l: s.n.], 2005. Disponível em: <<http://docplayer.net/10668821-The-diagnosis-related-groups-drgs-to-adjust-payment-mechanisms-for-health-system-providers.html>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

THOMSON, F.; DUTTA, S. **Financialization**: a primer. Amsterdam: Transnational Institute, 2015.

UNIDAS. União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde. **Apresentação**. Disponível em: <<http://www.unidas.org.br/institucional/apresentacao>>. Acesso em: 05 out. 2016.

UNIMED BH. **Crescimento & participação**: a história de cooperação dos médicos da UNIMED BH. Belo Horizonte: Outono Comunicação, 2014.

UNIMED RIO. **A cooperativa**. Disponível em: <<http://www.unimedrio.com.br/unimed-rio/conhe%C3%A7a-a-unimed-rio/>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

VALOR ECONÔMICO. **As 1000 maiores**. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/valor1000/2015/ranking1000maiores>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. **Unitedhealth divide gestão da AMIL em três negócios**. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/empresas/4581819/unitedhealth-divide-gestao-da-amil-em-tres-negocios>>. Acesso em: 02 fev. 2017.

VAN DER ZWAN, N. Making sense of financialization. **Sócio-Economic Review**, v. 12, n. 1, p. 99-129, 2014.

VÁZQUEZ, M. L.; VARGAS, I. **Organizaciones sanitárias integradas**: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VELOSO, G.G.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; MALIK, A. M. Análise dos fundamentos do modelo value-based health care delivery à luz das teorias de estratégia. **Revista Alcance - Eletrônica**, v. 20, n. 04, p. 495-512, out./dez. 2013.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da Seguridade Social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 3 ed. Rio de Janeiro: REVAN, 19989.

VIOMUNDO. **Diretor da ANS julga processos de planos nos quais já trabalhou**. Disponível em: <<http://www.viomundo.com.br/denuncias/elanogate.html>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

VITALI, S.; BATTISTON, S. The community structure of the global corporate network. **Plos One**, v. 9, n. 8, p. 1-13, 2014.

WEBSTER, P. Privatizing funding for maternal, child health. **CMAJ**, v. 187, n. 1, p. e8, 2015.

WEFFORT, F. O populismo na política brasileira. In: FURTADO, C. (Org.) **Brasil**: tempos modernos. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968.

WILLIAMS, R. **Palavras-chave**: um vocabulário de cultura e sociedade. São Paulo: Boitempo, 2014.

WORLD BANK. **Brazil's primary care strategy**. Washington, DC: World Bank, 2013. Disponível em: <<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17206585/brazil-brazils-primary-care-strategy>>. Acesso em: 17 jun. 2014.

WORLD BANK. **The organization, delivery and financing of health care in Brazil**: agenda for the 90s: Report n°12655-BR. Washington, DC: World Bank, 1994.

ZACCARELLI, S. B. A nova ideologia da competição. **Revista de Administração de Empresas São Paulo**, v. 35, n.1, p. 14-21, jan./fev. 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – A DOMINÂNCIA FINANCEIRA COMO FENÔMENO DATADO

Autores destacados na análise de economia política e seus aspectos estruturais como Tavares & Fiori (1997), reafirmam a centralidade de processos políticos e econômicos transcorridos nos Estados Unidos entre as décadas de 1960 e 1970 no delineamento da moldura de *dominância financeira* percebida de forma mais evidente a partir dos anos 2000.

Nos anos 1970 o desenvolvimento industrial e tecnológico de parceiros estratégicos no condomínio de países centrais na Europa (Alemanha) e na Ásia (Japão) ameaçavam fragmentar a supremacia estabelecida desde a década de 1940 pelos Estados Unidos.

A tese central defendida por Tavares & Fiori (1997) inscreve os processos estruturais definidos genericamente como globalização, financeirização e neoliberalismo nos marcos de uma retomada da hegemonia estadunidense expressa na capacidade de enquadramento econômico, financeiro e político/ideológico de seus parceiros e adversários por meio de uma estratégia bifronte apoiada, no plano político e econômico, pela *diplomacia do Dólar forte* e, no plano político e militar, pela *diplomacia das armas*.

O desenvolvimento argumentativo proposto por esses autores concentra-se nos aspectos relacionados com a *diplomacia do Dólar forte* combinada com uma política monetária restritiva estabelecida a partir de 1979 pelo Banco Central dos Estados Unidos na sequência do segundo choque do petróleo.

O clima de forte recessão econômica em escala global vigente, pelo menos, até 1983 forçou a queda no preço das *commodities* e a deterioração dos termos de troca em prejuízo dos países exportadores de produtos primários da América Latina e África de forma sincrônica com a instauração de uma crise bancária e cambial relacionada com as dificuldades de pagamento de dívidas em Dólar contraídas por esses países.

Nos Estados Unidos, a política de proteção do sistema financeiro praticada entre 1981 e 1984 colocou recursos do Tesouro em bancos e fundos de pensão ao tempo em que se multiplicava a incidência de inovações voltadas para a *securitização* de passivos de médio e longo prazos. Esse processo, segundo Tavares & Fiori (1997) iniciou-se pelo mercado estadunidense de títulos

imobiliários e estendeu-se gradativamente até englobar os mercados futuros de câmbio, transbordando, portanto, seu impacto para as relações internacionais.

A dívida interna estadunidense, securitizada, torna-se lastro garantidor do mercado monetário e financeiro, agora também frequentado por poupadores estrangeiros representados por bancos internacionais mobilizados pela forte valorização do Dólar.

Segue-se, entre 1985 e 1989, um período de tendência a desvalorização do Dólar e desregulação dos principais mercados de capitais sob iniciativa da praça de Londres que desencadeia uma sucessão de crises em bolsas de valores mobiliários incluindo Nova Iorque em 1987 e Tóquio em 1990. O desenvolvimento veloz de novos instrumentos financeiros nos mercados secundários de títulos é potencializado pela nova indústria eletro/eletrônica de processamento de informações e pelas operações de securitização que passam a abranger também o endividamento externo de países periféricos, mercados de *commodities*, juros, câmbio e outras operações de risco.

Entre 1989 e 1996 ocorre a desestruturação da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas – URSS seguida pela reunificação da Alemanha financiada com um alto custo fiscal. Outro movimento de grande amplitude é desencadeado pela queda unilateral de juros no mercado monetário de Nova Iorque, estimulando a globalização dos mercados futuros de juros e câmbio com a saída dos fundos de pensão estadunidenses em busca de maior rentabilidade nos *mercados emergentes*²⁸⁶ da Ásia e América Latina.

A partir desse período tem início, de fato, uma coordenação hegemônica do Banco Central dos Estados Unidos sobre as instâncias de coordenação multilaterais, dada a onipresença da sua moeda nacional ao menos em uma das pontas de todas as operações de securitização e arbitragem²⁸⁷ nos principais mercados de derivativos²⁸⁸ cambiais. O estabelecimento de um novo polo de desenvolvimento do capitalismo transnacional na China continental e no sudeste da Ásia transcorre de forma convergente com a consagração das praças de Tóquio, Hong Kong e Cingapura como grandes centros de acumulação financeira global.

²⁸⁶ Expressão utilizada pela imprensa especializada, pelos organismos multilaterais e pelas publicações acadêmicas a partir da década de 1990 para se referir aos países capitalistas periféricos.

²⁸⁷ Operações de compra e venda de um mesmo ativo financeiro em diferentes mercados com o objetivo de auferir lucro por meio da indução de distorções na precificação desse ativo. Ver: (FARHL, M 1999).

²⁸⁸ Contratos financeiros que atribuem um valor às variações na performance do preço de um determinado fator econômico (não necessariamente um produto ou mercadoria). Embora a sua concepção esteja relacionada originalmente com o controle do risco financeiro implícito em operações com produtos agrícolas, o uso expandido de derivativos tornou-se, em si, uma fonte de volatilidade por que a especulação no mercado secundário de derivativos depende da volatilidade permanente nas taxas de lucratividade. (ver: Thomson, F. & Dutta, S. Financialization: a primer. Transnational Institute: Amsterdam, October 2015).

O desaparecimento das paridades cambiais fixas transformou o Dólar estadunidense, de um padrão de valor no sentido tradicional estabelecido nos acordos multilaterais do pós-guerra, em uma *moeda financeira* veiculada a um sistema (em tese) de livre de regulação, em um cenário onde as transações comerciais das grandes transnacionais e os preços praticados nos mercados globais são denominados em Dólar, qualquer que seja a paridade cambial vigente nos mercados nacionais.

Assim, o estabelecimento da coordenação, espontânea ou forçada, dos fluxos de riqueza mediados pelo *Dólar financeirizado*, ditada pelo Banco Central dos Estados Unidos e seguida pelos demais bancos centrais relevantes, é uma patente contradição com a soberania do espontaneísmo do mercado propalada pela visão liberal aproximando-se mais de uma *ditadura do capital financeiro* denominado em Dólar como expressão da reafirmação da hegemonia estadunidense na moldura de uma nova *norma sistêmica de riqueza articulada* em escala global (BRAGA, 1985).

Tavares & Fiori (1997) apontam também a existência, a partir dessa nova dominância mundialmente estabelecida com o uso de instrumentos financeiros, de uma contradição essencial entre as políticas nacionais de gastos fiscais, em particular nas rubricas relacionadas com políticas sociais. Qualquer projeto atuarial de longo prazo como seguridade social (pública ou privada) ou projetos habitacionais com financiamento imobiliário passa a se equilibrar precariamente com a tendência à esterilização de recursos fiscais por meio da emissão de dívida pública, na prática, funcionando como lastro para os movimentos dos mercados monetários e cambiais.

As formulações de Tavares & Fiori (1997), portanto, se articulam com as teses de Braga (1985) de forma a conectar a veiculação dos termos genéricos globalização, financeirização e neoliberalismo com um movimento estratégico concatenado de restauração da hegemonia global dos Estados Unidos ameaçada na década de 1970, por meio do Dólar como moeda global financeirizada. A instauração dessa nova ordem é sincrônica com a evidência de caducidade dos mecanismos tradicionais de regulação extra mercado formulados no contexto da expansão industrial de meados do século XX.

APÊNDICE 2 – NOTA EXPLICATIVA SOBRE A NOMENCLATURA DO NOVO CÓDIGO CIVIL

As informações sobre a estrutura proprietária, movimentações societárias e variações patrimoniais de organizações e empresas situadas no Brasil são registradas nas juntas comerciais organizadas em cada estado da federação. O exercício da atividade empresarial por parte da pessoa natural (empresário individual) ou de pessoa jurídica (sociedade empresária) pressupõe registro correspondente, ou seja, é obrigatória a inscrição do empresário ou da sociedade no Registro Público de Empresas Mercantis (art. 967, do Código Civil), em conformidade com a Lei 8.934, de 18 de novembro de 1994, regulamentada pelo Decreto nº. 1.800, de 30 de janeiro de 1996, que reviu toda a matéria, dispondo sobre o Registro Público de Empresas Mercantis. O artigo 1.150 do Código Civil também regulamenta o assunto.

As juntas comerciais são as instituições estaduais do Sistema Nacional de Registro de Empresas Mercantis do Comércio (SINREM) onde ficam depositados os registros públicos com o objetivo de dar garantia, publicidade, autenticidade, segurança e eficácia aos atos jurídicos das empresas mercantis, submetidos a registro; cadastrar as empresas nacionais e estrangeiras em funcionamento no país e manter atualizadas as informações pertinentes; proceder às matrículas dos agentes auxiliares do comércio, bem como ao seu cancelamento.

No que se refere à obrigatoriedade do registro e à publicidade das informações nele contidas vale o que está escrito na Lei Federal 8.934 de 18 de novembro de 1994 que dispõe sobre o registro público de empresas mercantis e atividades afins e dá outras providências (BRASIL, 2016).

O Departamento Nacional de Registro do Comércio (DNRC) foi criado pelos artigos 17, II, e 20 da Lei nº 4.048, de 29 de dezembro de 1961 atualmente é órgão integrante do Ministério da Indústria, do Comércio e do Turismo. Compete a esse órgão, entre outras atribuições, supervisionar e coordenar, no plano técnico, os órgãos incumbidos da execução dos serviços de registro público de empresas mercantis e atividades afins (juntas comerciais); estabelecer e consolidar, com exclusividade, as normas e diretrizes gerais do registro público de empresas mercantis e atividades afins.

As juntas comerciais, por seu turno, subordinam-se administrativamente ao governo da unidade federativa de sua jurisdição e, tecnicamente, ao DNRC, nos termos da lei 8.934/94. Entre suas

principais incumbências destaca-se a expedição de carteiras de exercício profissional de pessoas legalmente inscritas no registro público de empresas mercantis e atividades afins e o assentamento dos usos e práticas mercantis.

Qualquer pessoa, sem necessidade de provar interesse, poderá consultar os assentamentos existentes nas juntas comerciais e obter certidões, mediante pagamento do preço devido.

Os principais atos pertinentes ao registro público de empresas mercantis e atividades afins são a matrícula e seu cancelamento, dos leiloeiros, tradutores públicos e intérpretes comerciais, trapicheiros e administradores de armazéns-gerais; o arquivamento dos documentos relativos à constituição, alteração, dissolução e extinção de firmas mercantis individuais, sociedades mercantis e cooperativas; o arquivamento dos atos relativos a consórcio e grupo de sociedade de que trata a Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976; o arquivamento dos atos concernentes a empresas mercantis estrangeiras autorizadas a funcionar no Brasil; e o arquivamento das declarações de microempresa.

Existem formalidades que devem ser obedecidas pelos interessados nos registros de empresas em juntas comerciais e todo ato, documento ou instrumento apresentado a arquivamento será objeto de exame do cumprimento das normas legais.

A prova da publicidade de atos societários, quando exigida em lei, será feita mediante anotação nos registros da junta comercial à vista da apresentação da folha do Diário Oficial, ou do jornal onde foi feita a publicação, dispensada a juntada da mencionada folha onde consta o registro original.

A Comissão de Valores Mobiliários (CVM) é uma entidade autárquica vinculada ao Ministério da Fazenda, com personalidade jurídica e patrimônio próprio, dotada de autoridade administrativa independente, ausência de subordinação hierárquica, mandato fixo e estabilidade de seus dirigentes bem como autonomia financeira e orçamentária (BRASIL, 2016).

Foi criada com as finalidades previstas na Lei nº 6.385, de 07 de dezembro de 1976 e na Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976 para fiscalizar, normatizar, disciplinar e desenvolver o mercado de valores mobiliários no Brasil.

O seu Regimento Interno foi aprovado pela Portaria Ministerial nº 327, de 11 de julho de 1977 (publicada no D.O.U. de 12 de julho de 1977) e modificado pela portaria nº 312/88, de 16 de

setembro de 1988 que relaciona entre suas competências: firmar Convênios ou acordos com as demais Comissões de Valores Mobiliários ou entidades similares de outros países, para a defesa, internacionalização e integração dos mercados de capitais; exercer as atividades de regulamentação, de administração, fiscalização e autorização previstas na Lei nº 6.385, de 07 de dezembro de 1976, na lei de sociedades por ações; e colaborar com o Governo Federal no programa de desestatização das empresas controladas por pessoas jurídicas de direito público.

No que se refere ao sistema de distribuição de valores mobiliários, compete à CVM, entre outras prerrogativas: autorizar previamente o funcionamento de sociedade que tenha como atividade a distribuição de emissão de valores mobiliários no mercado; a compra de valores mobiliários para revenda por conta própria ou de terceiros; a mediação ou corretagem nos mercados de bolsa e balcão; a autorização para o exercício da atividade de agente autônomo; o registro e a emissão pública de valores mobiliários; a supervisão das bolsas de valores e outras entidades auto reguladoras do mercado de valores mobiliários.

No que se refere à negociação no mercado de valores mobiliários, compete à CVM, entre outras prerrogativas: o registro e a emissão pública de valores mobiliários para distribuição no mercado; a manutenção do registro de companhias para negociação na Bolsa e negociação no mercado de balcão; a definição de situações que configurem emissão pública para fins de registro, assim como os casos em que o registro poderá ser dispensado, tendo em vista o interesse do público investidor; a fixação de procedimentos e normas de registro e a especificação das informações que devam instruir o seu pedido.

Especificamente sobre as companhias de capital aberto, compete à CVM, entre outras prerrogativas, a sua fiscalização e inspeção; a expedição de normas sobre a natureza das informações que devem divulgar e a periodicidade da divulgação; o relatório da administração e demonstrações financeiras; a aquisição de ações emitidas pela própria companhia e alienação das ações em tesouraria; os padrões de contabilidade, relatórios e pareceres de auditores independentes; as informações que devem ser prestadas por administradores e acionistas controladores, relativas à compra, venda ou permuta de ações emitidas pela companhia, por sociedades controladoras, controladas ou coligadas em cujo capital mantenha investimentos relevantes.

A CVM regula faz o registro profissional de administradores de carteiras de valores mobiliários e de empresas de auditoria ou auditores independentes habilitados para auditar as demonstrações financeiras de companhias abertas e das instituições, sociedades ou empresas que integram o sistema de distribuição e intermediação de valores mobiliários.

2.1 Código Civil e Lei das Sociedades Anônimas

As definições e conceitos utilizados na pesquisa sobre estrutura organizacional, proprietária e variações patrimoniais realizada em juntas comerciais estão descritas no novo Código Civil publicado em 2002 (BRASIL, 2002) e na Lei Federal 6.404/1976 que dispõe sobre as Sociedades de Ações (BRASIL, 1976). Este marco legal não utiliza os termos correntes da teoria econômica como *empresa* e *grupo econômico*, mas recorre à sua expressão na esfera jurídica por meio dos termos *sociedade*, *companhia*, *empresário* e *gerente*.

Após um processo de discussão parlamentar proposto por iniciativa da Comissão de Valores Mobiliários, a Lei das Sociedades de Ações sancionada em 1976 foi modificada ganhando nova redação a partir de 28 de dezembro de 2007 nos termos da Lei Federal 11.638/2007 (BRASIL, 2007).

A discussão em torno da nova lei atendeu a uma demanda dos agentes do mercado de títulos mobiliários atuantes em um ambiente de negócios globalizado e fortemente influenciado pelos princípios de *governança corporativa* no que se refere à prestação de contas aos acionistas por meio de balanços padronizados segundo regras contábeis internacionais para veiculação em seus diversos países de residência (PEREIRA, 2008).

A nova redação da lei estabelece uma distinção para empresas de grande porte, definidas como aquelas sociedades ou conjunto de sociedades sob controle comum que tiverem, no exercício anterior, ativo total superior a R\$240 milhões ou receita bruta anual superior a R\$300 milhões. Essa categoria de empresas, ainda que não constituídas sob a forma de sociedades anônimas de capital aberto deverão seguir as disposições da Lei de Sociedades de Ações no que se refere à escrituração, à elaboração de demonstrações financeiras e à obrigatoriedade de auditoria externa

independente. Outras mudanças previstas na nova lei referem-se à normatização de práticas contábeis e regras de divulgação de balanços patrimoniais.

O quadro sinóptico abaixo dispõe os principais conceitos e definição utilizados pelos marcos normativos descritos acima e adotados na pesquisa sobre empresas de planos ou seguros de saúde registradas em junta comercial.

QUADRO 80: descrição dos principais conceitos e definições adotados na pesquisa sobre empresas de planos ou seguros de saúde registradas em junta comercial.

CONCEITO/DEFINIÇÃO	DESCRIÇÃO
Sociedade Civil	Modalidade de pessoa jurídica de direito privado reconhecidas pelo Código Civil.
Sociedade Civil Empresária	Sociedade Civil que tem por objeto o exercício de atividade própria de empresário sujeito a registro. Independentemente de seu objeto, considera-se empresária a Sociedade Civil por ações.
Sociedade Civil Simples	Cooperativas são consideradas Sociedade Civil Simples
Empresas individuais de responsabilidade limitada	Modalidade de pessoa jurídica de direito privado reconhecidas pelo Código Civil. Empresa constituída por uma única pessoa titular da totalidade do capital social, devidamente integralizado, que não será inferior a 100 (cem) vezes o maior salário-mínimo vigente no País.
Sociedade Civil Limitada	Na sociedade limitada, a responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem solidariamente pela integralização do capital social. O contrato social poderá prever a regência supletiva da sociedade limitada pelas normas da sociedade anônima.
Sociedade Anônima ou Companhia	Na sociedade anônima ou companhia, o capital divide-se em ações, obrigando-se cada sócio ou acionista somente pelo preço de emissão das ações que subscrever ou adquirir. A sociedade anônima rege-se por lei especial.
Companhia aberta ou fechada	A companhia é aberta ou fechada conforme os valores mobiliários de sua emissão estejam ou não admitidos à negociação no mercado de valores mobiliários. Nenhuma distribuição pública de valores mobiliários será efetivada no mercado sem prévio registro na Comissão de Valores Mobiliários.
Conselho de Administração da Sociedade Anônima ou companhia	O conselho de administração será composto por, no mínimo, 3 (três) membros, eleitos pela assembleia-geral e por ela destituíveis a qualquer tempo.
Debêntures	A companhia poderá emitir debêntures que conferirão aos seus titulares direito de crédito contra ela, nas condições constantes da escritura de emissão e, se houver, do certificado.
Estatuto da companhia	Fixa o valor do capital social expresso em moeda corrente nacional, o número das ações em que se divide o capital social e estabelece se as ações terão, ou não, valor nominal. A expressão monetária do valor do capital social realizado será corrigida anualmente.
Ato Constitutivo	O registro público do Ato Constitutivo marca o início da existência legal das pessoas jurídicas de direito privado.
Contrato Social	Instrumento legal público ou particular de constituição de Sociedade Civil que contém cláusulas estipuladas entre as partes além de: I-nome, nacionalidade, estado civil, profissão e residência dos sócios, se pessoas naturais, e a firma ou a denominação, nacionalidade e sede dos sócios, se jurídicas; II - denominação, objeto, sede e prazo da sociedade; III-capital da sociedade, expresso em moeda corrente, podendo compreender qualquer espécie de bens, suscetíveis de avaliação pecuniária; IV - a quota de cada sócio no capital social, e o modo de realizá-la;

	V- as prestações a que se obriga o sócio, cuja contribuição consista em serviços; VI - as pessoas naturais incumbidas da administração da sociedade, e seus poderes e atribuições; VII - a participação de cada sócio nos lucros e nas perdas; VIII- se os sócios respondem, ou não, subsidiariamente, pelas obrigações sociais.
Incorporação	Na incorporação, uma ou várias sociedades são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações, devendo todas aprová-la, na forma estabelecida para os respectivos tipos.
Fusão	A fusão determina a extinção das sociedades que se unem, para formar sociedade nova, que a elas sucederá nos direitos e obrigações.
Cisão	Pode ser parcial, quando o capital social se divide em razão da versão de parte do patrimônio da empresa cindida para outra empresa ou total, com extinção da sociedade original.
Registro	O empresário e a sociedade empresária vinculam-se ao Registro Público de Empresas Mercantis a cargo das Juntas Comerciais, e a sociedade simples ao Registro Civil das Pessoas Jurídicas, o qual deverá obedecer às normas fixadas para aquele registro, se a sociedade simples adotar um dos tipos de sociedade empresária.
Gerente	Considera-se gerente o preposto permanente no exercício da empresa, na sede desta, ou em sucursal, filial ou agência.

Fonte: Lei Federal 6.404/1976; Lei Federal 11.638/2007 e Lei Federal 10.406/2002. Elaboração própria.

APÊNDICE 3 – A ABRAMGE E OS ARGUMENTOS DA IDEOLOGIA EMPRESARIAL

O 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo realizado pela ABRAMGE em setembro de 1978 contou com a presença de mais de 1.500 participantes (ABRAMGE, 1978). Teve a participação do então Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado falando na mesa de abertura sobre *a participação da medicina de grupo no contexto da política nacional de saúde* e, no encerramento, contou com a presença do Ministro da Previdência e Assistência Social Luiz Gonzaga do Nascimento e Silva falando sobre *a posição da medicina de grupo no desenvolvimento da política governamental para a assistência médico-hospitalar previdenciária*.

A presença de duas autoridades do primeiro escalão do governo federal e o conteúdo de suas falas sobre a participação em posição de destaque da *medicina de grupo* no conjunto das políticas públicas de saúde e previdência dão a dimensão do sucesso da estratégia empresarial na assistência médica naquele momento histórico.

Abaixo destacamos em um quadro sinóptico trechos selecionados das falas dos conferencistas e comentamos o seu significado para a construção da ideologia empresarial:

QUADRO 81: Excertos do Anais do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo e sua relação com a construção da ideologia empresarial.

TRECHO SELECIONADO	CONSTRUÇÃO DA IDEOLOGIA EMPRESARIAL
<p>Acreditamos que, [...] a Medicina de Grupo se constitui num importante subsistema [grifo nosso] do setor saúde e é uma das soluções mais inteligentes que nosso regime democrático pode oferecer para solucionar o problema da assistência médica. (ABRAMGE, p.15)</p>	<p>A ideia de apresentar o esquema de intermediação das <i>Medicinas de Grupo</i> como <i>subsistema</i> do setor saúde é inferida a partir da Lei nº6.229 de 17/07/1975 que define o <i>Sistema Nacional de Saúde</i> e seus componentes. Ela subsiste em diversas publicações do campo da Saúde Coletiva mesmo após a criação do <i>Sistema Único de Saúde</i>.</p> <p>A referência ao ambiente político de 1978 como o de um <i>regime democrático</i> patrono de soluções inteligentes demonstra a proximidade entre a ideologia empresarial da ABRAMGE e a ditadura militar.</p>
<p>A Medicina de Grupo é a opção lógica que se situa entre a Medicina Liberal – clássica, de dimensionamento inviável, incapaz de ações de massa -, e a Medicina Estatal, que hoje algumas camadas da classe médica voltam a preconizar. (ABRAMGE, p.16)</p>	<p>Os limites no dimensionamento da medicina liberal clássica já haviam sido apontados por Borges (1943) e são retomados agora ao lado da apresentação de uma solução factível contra a sua antípoda, a medicina estatal (socialização da medicina).</p>
<p>Apoiada pelos empresários, [a medicina de grupo] vem completar os serviços do INAMPS, aliviando-o do atendimento de dezenas de milhares de usuários, permitindo-lhe melhor e maior capacidade de atendimento para os demais beneficiários, que permanecem sob sua responsabilidade. (ABRAMGE, p.21)</p>	<p>Um dos argumentos mais difundidos e bem-sucedidos da ideologia empresarial, reveste o esquema de intermediação da assistência de uma função social que supostamente beneficia inclusive aqueles que são por ele excluídos.</p>
<p>Quanto à classe médica, malgrado a frequente divulgação de interpretações sempre tendenciosas e mais interessadas em perturbar o relacionamento Médico/Grupo médico/Governo, do que em buscar soluções corretas para os problemas eventualmente existentes, a Medicina de Grupo tem representado importante e valiosa opção de trabalho para os profissionais que a integram. O Brasil forma hoje mais de 9 mil médicos por ano;</p>	<p>A relação médico/grupo médico/governo, que havia sido introduzida na forma de uma questão ética e ensejado a constituição de cooperativas de trabalho médico, é tratada aqui de maneira pragmática reduzindo os argumentos aos limites do mercado de trabalho. Dadas as patentes restrições colocadas pelo governo à assistência médica previdenciária e os limites estruturais da medicina liberal clássica, o surgimento das</p>

<p>estima-se que não mais de 25% desses profissionais poderiam ser absorvidos pela Previdência Social; talvez 15% deles permaneçam na carreira universitária. Quantos teriam condições para iniciar uma carreira liberal, como médico de clínica particular, em seus próprios consultórios? Não mais de 5% dos formados. Que seria dos demais, caso, não encontrassem apoio nos Grupos Médicos? (Eiraldo Rubo, ABRAMGE, p. 25)</p>	<p>medicinas de grupo passa a ser uma solução, e não um problema para a corporação médica.</p>
<p>A espontânea colaboração das empresas, cuja participação financeira chega a ser de 70% no custo efetivo da assistência médico-hospitalar proporcionada aos funcionários e seus dependentes representa uma nova e incalculável verba aplicada exclusivamente na recuperação e manutenção da saúde do trabalhador. Tal procedimento, de tão largo alcance social, não deveria ser reprimido e sim continuamente estimulado, no próprio interesse do país. (Eiraldo Rubo, ABRAMGE, p. 26)</p>	<p>Argumento consolidado na legislação tributária, desde o Plano de Pronta Ação - PPA de 1974, mas ainda passível de ampliação. O Projeto de Lei nº 930/2011 altera a Lei nº 9.430, de 27 de dezembro de 1996 e pretende conceder um benefício maior a contribuintes que pretendam arcar com despesas com plano de saúde em benefício de seus empregados. Em sua justificativa, o autor do projeto ressalta que as despesas com plano de saúde pagas pelo empregador em benefício de seu empregado, além de beneficiar o próprio trabalhador, traz vantagens para toda a sociedade, diminuindo o número de consultas na rede pública de saúde, melhorando o atendimento aos demais cidadãos.</p>
<p>Para mostrar que ainda restam ajustes legais na reorganização do Sistema Nacional de Saúde, basta apontar que dois ministérios, o da Indústria e Comércio e o da Agricultura, mantêm a supervisão, respectivamente, do seguro-saúde, dos grupos médicos e das cooperativas médicas. Apesar de atividades em pleno desenvolvimento, não dispõem elas, até o momento, de regulamentação adequada, aguardando-se, contudo, para futuro próximo os dispositivos regulamentadores das modalidades de pré-pagamento, e sua conjugação com a previdência Social, visto representarem coberturas facultativas e complementares da Previdência Privada, recentemente reformulada. (Hugo Vitorino Alquéres Baptista, Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência Social, ABRAMGE, p.31)</p>	<p>Revela a importância da Lei Federal 6.435 de 15 de julho de 1977 na caracterização do esquema de intermediação da assistência como coberturas facultativas e complementares da Previdência Privada e a expectativa presente no seio da burocracia estatal, dez anos antes da Lei 9.656/98, pela regulamentação das modalidades de pré-pagamento em uma perspectiva de conjugação com a Previdência Social.</p>
<p>A Previdência Social leva em conta os riscos epidemiológicos que as empresas, ou qualquer subsidiado, não podem cobrir, e os deduz percentualmente das tarifas adotadas. Assim, os grandes riscos ou catastróficos, no conceito de altos custos, a tuberculose, as doenças mentais, os idosos e ainda outros, não assumidos, nem possíveis de serem assumidos pelo conveniente, são custeados pela Previdência, que deduz de suas transferências para a empresa o montante destinado a cobrir riscos, que não deixarão de ser cobrados quando ocorrerem. (Hugo Vitorino Alquéres Baptista, Secretário dos Serviços Médicos do Ministério da Previdência Social, ABRAMGE, p.35)</p>	<p>Expõe uma importante premissa estrutural do esquema empresarial de intermediação da assistência que é a impossibilidade de assumir riscos catastróficos, condições crônicas e externalidades negativas. Depois da criação do SUS, essa reserva de atribuições auto imposta foi reatualizada embora não claramente explicitada como política pública.</p>

Fonte: Anais do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Grupo, 1978.

APÊNDICE 4 – MICHEL PORTER E SEUS MODELOS

Em 1980, depois de 5 anos de pesquisa empírica, *Michel Eugene Porter* publicou o seu livro *Competitive Strategy* que consagrou o conceito emergente de *vantagens competitivas* em um ambiente acadêmico sobre administração e negócios onde prevalecia até então a noção consagrada de *competição* para se referir à relação entre empresas industriais.

Ele é autor de 16 livros e de mais de 60 artigos publicados por prestigiosas revistas acadêmicas. Seu *Competitive strategy: techniques for analysing industries and competitors* (1980) foi reeditado 53 vezes e traduzido em 17 línguas; enquanto que *Competitive advantage: creating and sustaining superior performance* (1985) já foi reeditado 32 vezes (AKTOUF, 2002).

Sua definição de estratégia refere-se, originalmente, a ações ofensivas ou defensivas de empresas para criar ou sustentar uma posição dentro de uma indústria ou campo de atuação empresarial.

Ele identificou cinco forças competitivas determinantes para a definição da natureza e do grau de competência de uma empresa na obtenção de resultados sobre um investimento denominadas esquematicamente de: poder de barganha dos fornecedores; ameaça de produtos substitutos; poder de barganha dos clientes; ameaça de novos entrantes e rivalidade entre concorrentes.

Nesse cenário ele delineou três estratégias genéricas passíveis de aplicação isolada ou simultânea por empresas que pretendem defender suas posições ou prevalecer sobre seus concorrentes em um determinado campo industrial: liderança em custos totais baixos; diferenciação e enfoque.

Dez anos depois, em 1990 com a publicação de *The Competitive Advantage of Nations*, Porter extrapolou o uso do conceito de *vantagem competitiva* para o âmbito das relações entre nações e delineou um escopo mais abrangente para o uso de seus modelos. Apresentou quatro tipos básicos de grupamentos industriais conhecidos como *modelo diamante* e definidos em relação às suas vantagens competitivas como: portadores de fatores básicos de produção abundantes e acessíveis; com alta capacidade de investimento em compra de equipamentos e em compra de tecnologias; com alta frequência de inovação em produtos e processos e com acúmulo histórico de riqueza e infraestrutura consolidadas.

Em uma análise simplificada dos modelos Portianos pode-se dizer, com relação ao delineamento de estratégias e ao reconhecimento de vantagens competitivas entre empresas e nações, que seus

pressupostos são assentados na valorização do espaço de *articulação* entre esses agentes seja no campo de uma determinada indústria ou na esfera das relações de comércio internacional.

A empresa ou a nação é sempre localizada no interior de um *cluster* comum que tem o potencial de valorizar as vantagens competitivas reconhecidas mutuamente por clientes e concorrentes e assim projetar uma análise que ultrapassa os limites dos fatores de excelência identificados apenas internamente aos agentes.

Dentro dessa visão também se estabelece o significado do conceito Portiano de *cadeia de valor* que visa identificar as atividades mais relevantes da empresa do ponto de vista estratégico. Trata-se de uma representação esquemática das atividades realizadas por uma indústria ou *cluster* empresarial específico em seu ciclo de produção, distribuição e entrega de produtos considerando também a fase de projeto estratégico e sua sustentabilidade ao longo do tempo. A *cadeia de valor* identifica atividades primárias, relacionadas mais diretamente com o fluxo de produção e consumo e atividades secundárias de apoio ou retaguarda, relacionadas com a base tecnológica utilizada, os recursos humanos e a infraestrutura material da empresa.

O cerne da questão estratégica para Porter está assentado, portanto, em generalizações sobre o posicionamento por liderança em custos e pela diferenciação. Em todos os casos, é possível identificar uma relação com políticas de redução massiva de mão de obra.

Por outro lado, entre 2004 e 2006, junto com Elizabeth Teisberg, Porter desenvolveu um modelo específico para administração estratégica de organizações da área de saúde/doença denominado *Value-Based Health Care Delivery* (VBHCD) que, em linhas gerais propõe a valorização do desempenho a partir da aferição do valor em saúde efetivamente *entregue*²⁸⁹ aos pacientes usuários de serviços ou consumidores de produtos de empresas/organizações atuantes na indústria de saúde/doença. Nesse caso, o sentido original de *value* poderia ser traduzido mais precisamente como *eficiência* do que como *valor*.

No caso do *Value-Based Health Care Delivery – VBHCD* a avaliação deve ser baseada no aumento da eficiência (*value*) medida a partir de resultados clínicos efetivamente experimentados pelo cliente cotejados com seus respectivos gastos financeiros. Nesse sentido, a mera redução de

²⁸⁹ Tornou-se recorrente na literatura produzida por escolas de negócios no Brasil o uso da tradução literal de *delivery* (entrega) para se referir ao momento de prestação dos serviços contratados.

custos, se não for convergente com resultados clínicos esperados não pode ser considerada como estratégia válida, mas, ao contrário, torna-se medida contraproducente.

Definida a relação resultado clínico/custo financeiro ideal, o modelo VBHCD defende a importância da competição sem controle regulatório externo na *entrega*²⁹⁰ dos serviços. Os resultados clínicos aferidos em determinadas linhas de cuidado específicas, uma vez que sejam amplamente divulgados, deveriam ser a base da competição entre os agentes. Os profissionais de saúde devem liderar esse processo de busca de resultados clínicos, pareados com custos financeiros e não nas tradições e preferências dos médicos, em um ambiente de livre competição por eficiência. Em outras palavras, os médicos deveriam competir para serem os melhores na abordagem de um determinado conjunto de condições de saúde, um determinado segmento de paciente, ou ambos.

É uma estratégia baseada na especialização em determinadas condições de saúde aferidas por parâmetros clínicos de consenso definido no âmbito das corporações profissionais e válidos para a competição entre organizações em nível regional, nacional e mesmo internacional. A estrutura dessas organizações, portanto, deve se dar em linhas de serviço ou Unidades de Prática Integradas voltadas para determinada condição de saúde incorporando uma visão de longo prazo na aferição do ciclo completo de atendimento. Nesse sentido, uma questão estratégica relevante para uma organização é a definição apriorística do seu *locus* de competição concentrando-se em diagnósticos complexos, servindo a grupos específicos de pacientes, oferecendo extraordinária tempestividade ou eficiência ou ainda demonstrando excelência no gerenciamento de doenças no longo prazo.

O mecanismo de expansão geográfica desse modelo de negócios se dá a partir do gerenciamento integrado de serviços em vários locais com ganhos em escala, especialização, treinamento de equipes, métodos específicos, sistemas de avaliação em uma reputação consagrada socialmente. A fronteira da produtividade, nesse caso identifica-se com a melhoria da eficiência e da margem de lucro do negócio sem aumento de preço.

²⁹⁰ Prestação, execução do serviço.

4.1 A crítica a Porter

A crítica aos modelos Portianos pode ser considerada em sua dimensão mais abrangente voltada para as formulações originais dos anos 1980 e relacionadas com as vantagens competitivas entre indústrias e nações ou na perspectiva mais específica do modelo proposto para o campo da saúde/doença. Em qualquer situação a premissa é a ampla difusão atingida pelas formulações sobre estratégia administrativa elaboradas por Porter, comprovada por estudos de revisão como Bignetti & Paiva (2001).

A matriz teórica desenvolvida na década de 1950 e denominada *Structure-Conduct-Performance* – SCP é a base a partir da qual se apoiam as formulações sobre vantagens competitivas desenvolvidas por Porter nas décadas de 1980 e 1990. É uma visão que considera, antes de mais nada, a necessidade de adaptação ao meio como condição indispensável para a sobrevivência de qualquer organização. A ideia de construção e sustentação de vantagens competitivas como ferramenta para galgar posição dominante decorre dessa premissa.

Existe uma crítica teórica ao modelo VBHCD formulada por pesquisadores da FGV (VELOSO; BANDEIRA-DE-MELO & MALIK, 2013) que aponta a utilização por esse modelo de fundamentos diversos daqueles consagrados nas formulações Portianas originais mais abrangentes desenvolvidas nos anos 1980 e 1990. O fato de que essas contradições não aparecem claramente explicitadas poderia ensejar alguma dificuldade na sua utilização entre pesquisadores de diferentes campos disciplinares.

O modelo VBHCD utiliza simultaneamente referências que consideram a importância dos recursos internos de cada empresa como ponto de partida para a análise estratégica das suas relações no ambiente competitivo e também, como nas formulações Portianas originais, parte das relações entre grupos de empresas para definir internamente seu roteiro estratégico.

Outras críticas, como as de Tom Miller do *American Enterprise Institute*²⁹¹, questionam a tendência do VBHCD em produzir arquipélagos de unidades assistenciais focadas em grupos de patologias em detrimento de uma visão mais integrada de sistema de saúde mesmo com a intermediação de empresas de pré-pagamento. Na mesma linha, Enthoven; Crosson & Shortell (2007) argumentam que a ideia de atenção primária em saúde não se confunde com um nicho de

²⁹¹ *American Enterprise Institute for Public Policy Research, Think Tank* conservador fundado em 1938 e sediado em Washington D.C.

oferta de serviço focalizada nos moldes propostos pelo VBHCD, pois pressupõe um nível de coordenação e integração que não está contemplado em um modelo baseado na livre oferta.

Como referência para uma visão crítica mais abrangente sobre a influência da obra de Porter na literatura brasileira que trata de estratégias empresariais, recorreremos ao trabalho de revisão publicado em 2008 por autores do campo da administração (SCHNEIDER *et alii*, 2008). Trata-se de uma análise feita a partir de dados bibliométricos coletados nos anais do principal congresso da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Administração no período de 1997 a 2006 que destaca a Contribuição fundamental de Porter e a crítica formulada em seu próprio campo ao longo dos últimos 30 anos.

Uma análise das principais etapas de desenvolvimento dos modelos Portianos elaborada por Schneider *et alii* (2008) pode ser visualizada no quadro abaixo.

QUADRO 82: Principais etapas de desenvolvimento dos modelos Portianos

FASE	FOCO	FRAMEWORK E CONCEITO	TRABALHO FUNDAMENTAL
1	Vantagem competitiva pelo posicionamento	5 forças e estratégias genéricas	Porter, M. <i>Competitive Strategy: Techniques for analyzing industries and competitors</i> . New York: The Free Press, 1980.
2	Vantagem competitiva e contribuição das atividades	Cadeia de valor	Porter, M. <i>Competitive advantage: Creating and sustaining superior performance</i> . New York: The Free Press, 1985
3	Competitividade das localizações, cidades e nações.	Diamante	Porter, M. <i>The Competitive advantage of nations</i> . New York: The Free Press, 1990.
4	Solução de problemas sociais, como a saúde.	Competição baseada em valor (eficiência)	Porter, M.; Teisberg, E. <i>Redefining health care: Creating value-based competition on results</i> . Boston: Harvard Business School Press, 2006.

Copiado de Schneider *et alii* (2008)

A maior parte das críticas a Porter em seu próprio campo surgiram a partir dos anos 2000, mas esse fato não abalou a adoção generalizada dos modelos Portianos de gestão estratégica. Schneider *et alii* (2008) consideram que talvez isso tenha ocorrido devido à sua relativa simplicidade na apresentação de fatores e explicações em concordância com uma expectativa geral em torno de soluções pragmáticas e abrangentes.

Há autores como Ghemawat (2000) que argumentam contra as generalizações propostas por Porter em seu modelo das 5 forças e identificam aí uma concessão ao senso comum mais do que uma inferência baseada em evidências científicas.

Schneider *et alii* (2008) entretanto, conferem destaque em sua revisão aos críticos baseados na *Resource-Based View – RBV*, modelo estratégico focado nos recursos internos das organizações antes do que em suas relações com o ambiente de competição setorial. Em geral, as críticas formuladas nessa linha consideram a existência de uma relação de complementaridade entre as formulações de Porter e aquelas com ênfase nos recursos internos propondo um desenvolvimento a partir de um reconhecimento mútuo entre os modelos (FOSS, 1996).

O próprio Porter argumenta que não existe uma verdadeira dicotomia entre a sua visão de posicionamento estratégico e a linha da RBV pois um conjunto único de competências desenvolvidas para agregar valor a um grupo específico de consumidores é, em última instância, um recurso interno da empresa que se valoriza a partir da interação com o exterior. Embora isso não seja dito explicitamente, é também o que se verifica no seu modelo VBHCD voltado para organizações do setor saúde/doença.

Segundo Schneider *et alii* (2008), Macedo-Soares (2000) e Grant (1999), atribuem a Porter uma visão unificadora que dá coerência às decisões estratégicas de uma organização voltadas para alavancar e alocar recursos ou competências necessárias para melhorar ou sustentar sua performance considerando simultaneamente as condições do ambiente interno e externo.

Há também críticas dentro do campo da administração que não se referem a questões substantivas, mas levantam objeções a pontos específicos que, ao serem reconhecidos validam implicitamente os elementos principais do Porterismo. Referem-se, por exemplo, ao fato de não ser possível distinguir se o retorno pela diferenciação entre as empresas advém do preço – prêmio ou do aumento da parcela de mercado ou se, de fato, é vantajoso em todos os casos focar a atuação em um segmento da demanda em detrimento do seu conjunto. Outros, como Zaccarelli (1995) propõem um modelo não linear para o conceito de *cadeia de valor* apresentado por Porter dentro de uma lógica de início-meio-fim.

No que se refere ao aspecto bibliométrico da revisão feita por Schneider *et alii* (2008) alguns aspectos de interesse para a compreensão do campo de produção acadêmica brasileira sobre o tema podem ser destacados.

Um quadro elaborado por eles seleciona autores e instituições acadêmicas relacionados com número de publicações sobre os modelos estratégicos de Porter.

QUADRO 83: autores e instituições acadêmicas relacionados com número de publicações sobre os modelos estratégicos de Porter

Autores	Quantidade de artigos	Instituição à época da publicação
Jorge Ferreira da Silva	14	PUC-RJ
Jorge Manoel Teixeira Carneiro	4	UFRJ
Maria Alice Ferreira Deschamps Cavalcanti	3	PUC-RJ
Walter Fernando Araújo de Moraes	3	UFPE
Moisés Ari Zilber	3	MACKENZIE
Ary Pinto Ribeiro Filho	2	UFPE
Marcos Roberto Piscopo	2	PUC-SP
Ilan Avrichir	2	MACKENZIE
Felipe Mendes Borini	2	PUC-SP
Moacir de Miranda Oliveira Junior	2	PUC-SP
Ely Laureano Paiva	2	UNISINOS
Fernando Antonio de Albuquerque Rêgo Correia	2	UFPE
Rodrigo Bandeira de Mello	2	UNIVALI
Claudio Alberto Moraes	2	MACKENZIE
14 autores	-	-

Copiado de Schneider *et alii* (2008)

Outro quadro identifica instituições e regiões vinculadas às publicações selecionadas.

QUADRO84: Instituições e região vinculados às publicações selecionadas

Instituição de Ensino Superior	Quantidade de Artigos	Região
PUC-RJ	13	SUDESTE
UFMG	16	SUDESTE
MACKENZIE	4	-
UFPE	4	NORDESTE
PU-SP	3	SUDESTE
UNIVALI	3	SUL
OUTRAS	15	-
NÃO INFORMADO	3	-

Copiado de Schneider *et alii* (2008)

Os dois quadros identificam uma concentração de publicações na região sudeste, nos estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais e na PUC-RJ e UFMG, os centros mais prolíficos em publicações vinculadas ao Porterismo no Brasil. Porter, engenheiro mecânico e aeronáutico de formação, publicou artigos focados no setor aeroviário e, no Brasil, o caso de sucesso com

estratégia de baixo custo da nova empresa aérea Gol, contribuiu para a difusão das suas formulações no início dos anos 2000.

Há, entretanto, uma crítica que não invoca incompletude ou pretende conferir aos modelos Portianos um caráter de complementaridade com outros modelos estratégicos explicativos, mas segue na linha de desconstruir a essência do seu pensamento servindo-se de uma leitura histórica, heurística, epistemológica e metodológica para analisar o conjunto das teorias gerenciais estratégicas e em particular os modelos propostos por Porter. Por seu caráter abrangente, tomamos como referência para esse viés de análise o trabalho de Aktouf (2002).

Esse autor considera que o Porterismo se tornou mais que uma simples teoria utilizada por gerentes de organizações com pretensões estratégicas, mas *passou a ser um molde generalizado de concepção e de análise, uma visão de mundo, uma ideologia plena e inteira*. Uma maneira de ver Estados e sociedades humanas como um agregado de negócios voltados para uma expansão ilimitada e auto referenciada. O Porterismo, ele mesmo, agregou um *cluster* de possibilidades e desenvolvimentos que partem do terreno do *marketing* empresarial à administração, da política empresarial à análise estratégica até os limites da economia política dos Estados nacionais.

A crítica de Aktouf (2002) inclui a trajetória de formação de Porter, um engenheiro mecânico e aeroespacial com uma especialização e doutoramento em negócios que precocemente assumiu um posto de professor na *Harvard Business School*, onde se destacou como representante, segundo Aktouf (2002) do *pensamento aproximativo e minimalista em relação às questões do humano e do social*.

Essa limitação é expressa no trato das questões de teoria econômica relacionadas com as *vantagens comparativas* a partir de referências apenas indiretas ou secundárias às grandes formulações presentes nesse campo e inspiradas em Adam Smith e David Ricardo. Aktouf (2002) considera que, para uma teoria que pretende impor-se como articulação entre a política, a economia e a administração, seria inevitável o enfrentamento do argumento central dessas concepções clássicas seja no sentido de sua reafirmação ou de sua refutação.

Da mesma forma, do ponto de vista epistemológico, há contradições evidentes na obra que são negligenciadas por quem a utiliza e difunde assim como advertências sobre limitações no uso de determinados conceitos que não são consideradas.

QUADRO 85: Posições contraditórias ao pensamento econômico e gerencial dominante segundo Aktouf (2002)

As (frequentes) passagens onde ele enfatiza os méritos dos sistemas alemão, japonês, sueco;
As passagens onde ele admite a não-nocividade sistemática de uma alta taxa de sindicalização ou da presença de representantes sindicais nas instâncias dirigentes das firmas destes mesmos países;
Seu reconhecimento, via esses exemplos, do fato da intervenção do Estado não ser sempre tão indesejável quanto se pretende para a economia (mesmo se ele, claro, não o diz explicitamente);
Suas repetidas afirmações quanto à grande complexidade dos fenômenos dos quais ele trata e quanto à prudência à qual é conveniente fazer prova face a todo modelo, incluindo o seu;
Sua convocação à desconfiança em relação às potências financeiras.

Elaborado a partir de Aktouf (2002)

Duas das principais advertências formuladas pelo próprio Porter referem-se à falta de desenvolvimento adequado do conceito de *competitividade*, que, entretanto, é ampla e inadvertidamente utilizado, e ao problema da validade da transposição de suas generalizações teóricas para situações empíricas específicas.

Aktouf (2002) não considera fortuito o florescimento do Porterismo a partir de um casamento incestuoso entre universidades e grandes escritórios de contabilidade e consultoria internacional da região de Boston no momento em que a indústria ocidental em geral, e a estadunidense em particular, pareciam seguir o caminho aberto por outros modelos de sucesso como o japonês, o alemão e o sueco na década de 1980.

O caráter pragmático e generalizador das formulações de Porter passa ao largo da discussão histórica e filosófica sobre a finalidade humana da atividade econômica e ignora o cabedal de economistas substantivistas ou antropológicos como Karl Polanyi, dos que publicam a partir de um referencial terceiro-mundista, além de todos os marxistas e neomarxistas em atividade. Desconsidera também aqueles que postulam uma visão entrópica do processo econômico e os críticos do planejamento estratégico.

Segundo Aktouf (2002), Porter postula, como todos os economistas ortodoxos, que *a acumulação e a produção de riquezas podem ser infinitas, e que a organização da sociedade que a acompanha – capitalista, definitivamente dominada pelas finanças, industrializada e neoliberal – é um constante progresso que cabe ser generalizado a todos, para a felicidade de todos*. Mesmo por isso, caberia, no escopo do desenvolvimento de suas formulações, um aprofundamento especial da noção de *mercado*, sem o que não seria possível atingir o nível de articulação pretendido entre política, economia e administração.

O edifício do Porterismo, inteiramente construído sobre o postulado da concorrência e das forças do mercado não considera nem mesmo as formulações mais recentes incidentes no interior do próprio campo da ortodoxia econômica como os trabalhos de *Kennet Arrow* e *Gerárd Debreu* sobre a impossibilidade estrutural dos mecanismos de oferta e demanda conduzirem naturalmente ao equilíbrio sem nenhum tipo de regulação externa.

Do ponto de vista da historiografia, ao fazer a transposição de seus modelos para o nível do relacionamento entre as nações, Porter ignora o acúmulo de conhecimento que revela a origem das vantagens comparativas atuais adquiridas pelas nações ocidentais modernas por meio da pilhagem colonial violenta dos territórios hoje constituídos pelo sul global periférico.

A heurística do Porterismo parte de um trajeto indutivo para depois percorrer uma trilha de deduções a partir de situações limitadas e estreitamente situadas no espaço, no tempo e na ideologia. Os limites da sua base dedutiva não vão além da geografia do seu país de origem, do período pós-guerra, quando ocorreu uma ascensão da lógica da economia financeira no campo da administração, e da ideologia de livre mercado autorregulado. Aktouf (2002) pondera que esses limites são acanhados para quem pretende tratar de política, economia e administração entre as nações.

[...] a amostragem de países selecionados para estabelecer a teoria geral da vantagem competitiva das nações incluía dez países, sobre os quais foram impostas as categorias deduzidas a partir de realidades ainda mais limitadas: as empresas dos setores industriais previamente estudados. De seu próprio consentimento, Porter transpôs, sem outra forma de processo, no nível das nações, aquilo que ele deduziu e escreveu a partir de simples casos de empresas dez anos antes (AKTOUF, 2002 p.48).

Em outras palavras, trata-se de uma transposição espúria de uma metodologia de estudo de casos de firmas e *clusters* industriais de um país específico para um nível de generalização global como se a mera multiplicação de casos submetidos à mesma matriz interpretativa constituísse garantia de validade interna e externa para suas formulações.

Aktouf (2002), depois de analisar o conjunto da obra, prossegue em sua crítica a elementos específicos do Porterismo como por exemplo a contradição patente entre a defesa da ideologia de livre mercado autorregulado e a utilização do conceito de *cluster* industrial mais assemelhado à noção de cooperação e intervencionismo estatal. Ou ainda, o inexplicável oxímoro *concorrência*

monopolizada utilizado para se referir à concentração, às megafusões, aos monopólios e oligopólios abundantes na economia global.

Enfim, Aktouf (2002) situa o edifício do Porterismo na esfera das formulações determinísticas Hegelianas onde a dimensão social é uma projeção das representações mentais das pessoas, uma espécie de *razão estratégica* imanente que se reproduz sem necessidade de validação. Um edifício assentado em dogmas não explicados como, por exemplo, as noções de *competitividade* e *valor* que seguem seduzindo o público do mundo dos negócios de mãos dadas com o simplismo e a trivialidade de seus desenvolvimentos.

Assim, percorrido o roteiro de desenvolvimento histórico do Porterismo e destacadas as principais críticas formuladas ao longo desse período é possível formular algumas considerações a título de conclusão.

Há quem considere os modelos Portianos como ferramentas válidas para o desenvolvimento do pensamento estratégico empresarial ainda que passível de críticas pontuais não substantivas. A ampla difusão global desses modelos pode ser tomada como um indicativo de sucesso, reconhecimento e, implicitamente, uma validação da sua aplicabilidade que pesa como um *argumento de autoridade*²⁹².

Esse mesmo fenômeno, mais propriamente denominado de Porterismo, pode ser tomado como um indicador do nível de ideologização presente no campo das formulações sobre política, administração e economia em um movimento fundado em generalizações e transposições espúrias feitas a partir de observações de senso comum auto referenciadas.

Se é assim já desde a origem, ou seja, se é uma embarcação construída na maré montante da voga ideológica neoliberal dos anos 1980/1990, a ampliação do seu escopo para o âmbito das relações entre nações e a sua *customização* para o setor de serviços de saúde/doença de forma sincrônica com as novas diretrizes das principais organizações multilaterais de fomento ao crescimento econômico só confirma sua vocação de profecia auto realizada.

A tradição liberal, que historicamente começou como uma revolta contra o pensamento único e as explicações totalizantes de cunho místico, religioso e tradicional se vê confrontada, no limite,

²⁹² Ver em anexo trecho da entrevista com representante da HAPVIDA: [...] *pode contratar o Porter, para ser ministro da saúde, ele não vai conseguir gerenciar milhares de hospitais.*

com um movimento de retorno às suas origens ainda anteriores à razão Hegeliana e fundadas no desafio ao *argumento de autoridade* escolástica que levou ao sacrifício muitos pensadores livres.

ANEXO

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PILOTO ENCAMINHADO PREVIAMENTE AOS REPRESENTANTES DAS EMPRESAS



PROJETO REORGANIZAÇÃO DE GRUPOS HOSPITALARES E EMPRESAS DE PLANOS DE SAÚDE: REPERCUSSÕES NO COMPLEXO ECONÔMICO-INDUSTRIAL DA SAÚDE (CEIS)

Prezados Senhores(as)

Este é um instrumento utilizado para pesquisar o empresariamento da saúde no Brasil. O objetivo da presente investigação é a sistematização do conhecimento sobre a estrutura e dinâmica dos principais grupos que atuam no Brasil. A empresa que o Sr(s) integram foi selecionada em função de sua importância estratégica. Solicitamos sua colaboração para responder os itens abaixo relacionados. São informações que serão analisadas segundo critérios acadêmicos para permitir uma abordagem mais aprofundada e extensa do tema. Sabemos que seu tempo é escasso, mas solicitamos sua atenção e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Estrutura do Grupo Econômico

1. Composição

Descreva o grupo econômico ao qual pertence esta empresa (considerando atividades de comercialização de planos de saúde ou oferta de esquemas assistenciais de pré ou pós-

pagamento, saúde do trabalhador, organizações educacionais, prestação direta de serviços ambulatoriais, hospitalares e de diagnóstico, marketing, meios de comunicação (rádios, TV, jornais, revistas), transportes especializados, seguradoras, empresas de vale-refeição, previdência complementar, apoio a atividades esportivas, tecnologia de informação, consultorias).

2. Quais (qual) é (são) as empresa(s) principais deste grupo econômico?

Dinâmica do Grupo Econômico

1. Cite as 5 principais empresas-empregadoras que contratam planos de saúde e de saúde do trabalhador de empresas comercializados/ofertados por este grupo econômico e o tempo de contrato dessas empresas-empregadoras.
2. Cite os principais fornecedores dos seguintes produtos/serviços da(s) empresa(s) deste grupo econômico:

Perícia Médica :

Call Center:

Marketing (endo marketing) e Marketing:

Educação Continuada e capacitação:

Auditoria:

Contabilidade:

Advocacia:

Infra-Estrutura Material

1. Cite as três principais fontes de créditos e empréstimos.
2. Descreva e caracterize o patrimônio imobiliário deste grupo econômico considerando estabelecimentos de saúde, prédios-escritórios, propriedades urbanas e rurais.
3. Número de empregados diretos deste grupo econômico.

Transcrição de entrevistas semiestruturadas com representantes de empresas e grupos econômicos de planos e seguros de saúde do Brasil realizadas pelo projeto *Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS), Inovação e Dinâmica Capitalista: Desafios Estruturais para a Construção do Sistema Universal no Brasil (Processo CNPq, número 405077/2013-0)*.

Este material compõe o acervo do Grupo de pesquisa e Documentação sobre o Empresariamento da Saúde *Henry Jouval Jr.* (GPDES/UFRJ).

AMIL

Transcrição de entrevista com *Edson Godoy de Bueno [EB] e Henry Szejder [HS] como representantes da AMIL*, realizada no dia 29 de setembro de 2014.

(Entrevistadora) O que motivou sua participação na Amil? Quer dizer, como é que você pensou a Amil?

EB - Deixa eu te falar uma coisa. Pobre de *marré deci*, morava no 200 da Barata Ribeiro, apartamento 433, 32 metros quadrados com nove pessoas, o cidadão começou no chão cozinhando e limpando banheiro para o pessoal. Foi, só podia fazer uma faculdade, seguinte, pública, porque não tinha dinheiro. Então é o seguinte, entrei na Praia Vermelha, fui fazer medicina. Nesse apartamento, quando eu cheguei estava saindo uma pessoa se formando, o Tarcísio Fonseca. E o Tarcísio Fonseca trabalhava em um hospital em Caxias, e daí, quando eu estava no segundo para o terceiro ano ele me levou pra Caxias para trabalhar com ele. Cheguei lá no último ano de medicina eu fui trabalhar como acadêmico nesse hospitalzinho, 250 metros quadrados, sabe o que significa 250 metros quadrados?

Coisinha de nada, era um hospitalzinho, Casa de Saúde São José, 250 metros quadrados, são 7 quartos.

Então daí o seguinte: daí eu fui trabalhar nessa casa de saúde e ela, quando eu estava no último ano de medicina, ela quebrou. Quatro meses de salário atrasado, tudo isso. Então eu comecei a virar empresário. Entrei de sócio 50% sem pagar nada, porque o cara ia querer se livrar da quebra. E daí a gente pegou e fez uma maternidade, depois fez um hospital de primeira, pegamos o hospitalzinho lá e transformamos em criança, e outro hospital de adulto. Então a gente inventou um mercado.

(Entrevistadora) Mas “a gente” que você diz é você?

EB - É. Então, em 5 anos tínhamos 70% do mercado. Por quê? Aqueles hospitalzinhos, uma coisa

estratégica, aqueles hospitaizinhos eles tinham todas as especialidades. Quando você tem todas as especialidades, chega para atender uma criança à noite tem um médico de adulto de péssima qualidade. Chega num plantão, precisa de obstetrícia, tem péssima qualidade. Eu comprei três hospitais e o que eu fiz? Um, só maternidade, então só tinha obstetra lá, então olha como melhorou a qualidade. Dia e noite uma grávida chegava lá e procurava obstetra e não tinha, por que tinha todas as especialidades... O outro não tinha, porque tinha todas as especialidades. Daí o outro, a gente transformou em pediatria. Não tinha pediatria em Caxias. Então, qualquer hora, você imagina você tem um neto ou tem um filho, passa mal à noite, você vai para o hospital, você sabe que só tem um médico de plantão, você não sabe qual a especialidade dele. Você percebeu? É uma coisa óbvia. E depois um de adulto. E depois é o seguinte: nisso a gente cresceu. Nisso eu lia o jornal e estava escrito lá *Golden Cross* que mais crescia no país, e nós crescendo muito em hospital. Eu disse assim, poxa, vamos botar um plano médico. Assim que começou. Aí surgiu a Amil, 1978. Eu comecei no hospital em Caxias em 1971.

(Entrevistadora) O plano médico, quando começou o plano médico já não era só você, ou era?

EB - Não. O plano médico, quando a gente começou o plano médico, nós éramos três sócios. Três sócios. Mas, um sócio, quando a gente começou a ter três hospitais, ele chegava às dez e saía as duas e achava que já estava rico. Daí eu disse, só tem um jeito de liderar, com exemplo: ou você vai chegar no horário ou não podemos ser mais sócios. Eu tenho, quantos anos que eu tenho?

Setenta e um. Ele [o Henry Szejder] não trabalha mais do que eu. Ninguém aqui nessa empresa trabalha mais do que eu. E se você chegar, liga para minha casa e pergunta a hora que eu deito. Liga para a minha casa em Búzios e pergunta quantas vezes no ano ele veio aqui sozinho, sem ser a trabalho. Trabalho que eu falo é relacionamento. Então, quantas vezes? Então, só tem um jeito de liderar, por exemplo, o cara era o Márcio Borges, você deve conhecer o Márcio Borges, chegava às dez e saía as duas e passava três meses por ano fora. Não dá. Aí separei. Depois um outro, também foi fora, e ficou na política. Ele foi ser secretário de Estado do Jeremias, do governo do Rio de Janeiro aqui. Era vice Senador do Vasconcelos Torres. Mas era um político que não tinha voto nada, ele só era nomeado secretário, amigo das pessoas, mas não de Caxias. Ele não estava, não era político de Caxias ele não adiantava em nada com a gente. Ele era secretário de Estado em Niterói, do antigo estado do Rio em Niterói. Não somava nada com a gente. O dia que ele saiu, ele chegava meio dia e queria mandar na empresa. E ele que deixou aquela empresa quebrada, quando ele voltou tinham três hospitais e começando a Amil. Amigo deles todos.

A minha... a chefe total de compras hoje [da Amil] é filha dele. O Márcio meu primeiro sócio, ele quebrou, eu comprei o hospital dele, devolvi pra ele. Ele trabalha pra mim, joga tênis comigo. Sou amigo de todo mundo, sou amigo do Celso Barros, sou amigo do [...], sou amigo do Gabriel, sou amigo do [...] sou amigo de todo mundo. Tá ouvindo? Sou amigo do ex-marido da minha mulher, ele vai lá na minha casa, procuro fazer a paz. Tá correto, ou não? É só para você saber. E daí... é o seguinte, daí a gente pegou, foi assim que surgiu a Amil.

(Entrevistadora) Mas não com esses três iniciais.

EB - Mas não com os três iniciais, daí saíram os dois, não, não, daí saiu todo mundo.

O outro sócio chegava, ele antes não tinha problema de chegar a hora que ele quisesse, porque ele não chegava, ele estava secretário de Estado. Mas quando ele chegou, chegava meio dia também e queria sair três horas da tarde, olha, agora não dá.

HS – Essa questão do liderar pelo exemplo é uma coisa que o Brasil sempre teve.

EB – O Jorge Mota, foi fazer olimpíada, 15 anos que não ajuda a gente porque, vai fazer, como que você pode fazer olimpíadas? Olimpíadas, ser juiz, você vê... ser jogador profissional de futebol e ser presidente da Amil.

HS - Não, não tem como.

EB – Daí chegava às onze e saía às três horas.

HS – Não dá para ser juiz e ser da Amil, o que dirá jogador.

EB – Na hora que eu estiver, que eu não vou pegar, e não fazer isso daqui eu tenho que sair. Não vou ficar aqui enrolando.

EB – Eu comprei, eu comprei o hospital quando eu era acadêmico. Eu estava a 10 meses para me formar. Eu tive que esperar me formar para assinar o documento.

(Entrevistadora) Quais eram os problemas principais e os desafios da empresa quando você chegou?

EB – Ela estava quebrada.

(Entrevistadora) O que mudou ao longo do tempo e quais os principais desafios e pontos de pauta atuais. O que mudou ao longo do tempo? E quais são os principais desafios nesse momento.

EB – Os desafios desse momento é que nós estamos num momento de total dificuldade. O setor todo, você pode pegar na Agência Nacional que você tem acesso a isso, setor todo está no vermelho. As únicas empresas que ganham dinheiro hoje aqui no setor são *brokers* [empresas de corretagem ou administradoras de benefícios], que não correm risco, são hospitais “A”, o resto tudo perde dinheiro. Então se você perguntar para mim: o Sírio ganha dinheiro? Muito. O Einstein ganha dinheiro? Muito. Tem um hospital em São Paulo que é meu. Nove de julho ganha dinheiro? Ganha. Muito. Todos que trabalham para o segmento “A”.

(Entrevistadora) Samaritano?

EB - Samaritano? Ganha dinheiro. Todos que trabalham para o segmento “A”, você vê que não tem mentira aqui, pura verdade. Mas é, é um negócio desse. Nós faturamos 15 bilhões. Samaritano... são cento e poucos, quer dizer, então você está percebendo o que é? Então é o seguinte, se o plano médico não der, você vê, a Unimed aqui com dificuldade de caixa tremenda, a Unimed de São Paulo quebrada, a Unimed da Bahia quebrada, a Unimed Maranhão quebrada, a Unimed... sabe o que eu estou falando, quer dizer, agora porque também? Uma das coisas, que está tudo quebrado, você não pode ter uma inflação de quinze, dezesseis por cento, e vem a Agência e dá nove por cento para o plano individual. E depois dá drogas orais, dá câncer oral, quimioterapia oral. Nós já estamos gastando quatro, três milhões já por mês. Já foi quinhentos, setecentos, é geométrico. E a quimioterapia oral daqui a pouco vai ser igual órtese e prótese.

Por quê? Vai ter remédio de cinquenta mil, daqui a pouco vai ter, você sabe que custa cinquenta mil o remédio, né?

Então, essas coisas todas. Vai ter uma indústria em que as empresas vão pegar, você sabe que as pessoas que ganham dinheiro nesse país são as pessoas que, de um modo geral, são as pessoas que trabalham com órtese e prótese. Você está por dentro bem do que eu estou falando. E isso daí vai ser uma coisa que vai ser terrível também. Então essa regulamentação em que todo ano, eu acho que, coloca um monte de benefícios sem olhar o custo do benefício para o próprio cliente. Você acha que essas empresas vão aguentar? A inflação do ano passado que foi seis e a inflação médica foi dezesseis, dezessete, dezoito? Você acha que você chega, sendo uma empresa que você está passando aperto para pagar seus funcionários, vem lá uma pessoa com uma inflação de seis no país, você aumentar dezoito por cento no custo do plano médico dá? Por quê? Porque está todo um excesso de gasto no setor sem controle absolutamente nenhum.

(Entrevistadora) Mas você acha que assim, o desafio é mais pelo lado da cobertura ou pelo lado do reajuste do preço?

EB – Eu acho que é por tudo. Eu acho que o seguinte: quanto mais estimular a competição e menos se meter na regulamentação, o mercado se ajusta. Você bota, um restaurante, e vai lá alguém bota um restaurante do lado, você não vai botar o preço que você quer, você vai ter que melhorar a qualidade. Do jeito que está, todo mundo quebrando, quem ficar depois fica bem. Tem que salvar essas empresas todas. Tem que salvar as Unimeds. As Unimeds de cidades pequenas, tão útil para a comunidade. Estou errado no que eu estou falando, ou não?

As Unimeds têm que fazer uma coisa diferente. Ao invés, você tem, por exemplo, o estado de São Paulo com 40 Unimeds. Tem que ter uma.

HS – A gente tem 21 Unimeds no estado do Rio. Então não tem espaço

EB – Tem 370 Unimeds, nós temos 26, podia ser uma por estado e uma confederação. Daí dá. Do jeito que está, vai quebrar todo mundo.

Nós estamos falando a mesma língua.

Mas é útil. Não pode pegar e ficar eliminando, porque não tem quem atenda os clientes.

Segredo, a Unimed tem que ser reestruturada.

HS – Existem movimentos desse, dessa natureza, mas muito... eu me lembro que eu fui dar uma aula uma vez em São José do Vale do Rio Preto, uma Unimed que tinha quarenta mil vidas, e eu tinha chegado lá numa semana seguinte à fusão que eles tinham feito com outras quatro Unimeds ali. Passaram sei lá, de trinta, quarenta mil vidas para cento e cinquenta mil vidas. Esse é um movimento que talvez pudesse ser mais estimulado, que talvez salvaria as Unimeds. Quando eu estive lá aprendi muito como isso é feito, agora, não acontece.

(Entrevistadora) As Unimeds, elas têm uma resiliência impressionante, o que a gente já está vendo, essa derrocada das Unimeds está acontecendo há mais ou menos vinte anos, e elas continuam. Elas têm fôlego. Elas têm muita implantação política local.

EB – O que acontece é o seguinte: O cara é presidente, o cara tem um administrador, um financeiro muito dúbio atualmente...

HS – Um para cada Unimed. Quer dizer, tem vinte e uma estruturas aqui no Rio, de diretoria.

EB – Não tem jeito, não fecha a conta. E como que esse cara vai ter tecnologia de informação pra ter tudo isso aí. Não vai...

HS – Essa parte estrutural administrativa não tem saída.

EB – Olha, os Estados Unidos têm quatrocentas e poucas empresas. E tem lá você verifica que 80% da população tem planos de saúde. Então isso significa que tem duzentos e quarenta milhões com quatrocentas e poucas empresas. Nós temos aqui 50 e temos mil.

(Entrevistadora) Se a gente aumentasse preço do plano de saúde, você acha que a população brasileira conseguiria pagar?

EB – Eu acho que nós temos que fazer dois tipos de modelo. Um tipo desse, que são para esses hospitais que não tem corta-fila, porque, não dá para dar a mesma medicina pra rico, pra pobre, pra todo mundo. Você concorda com isso? Ou não?

Porque não tem, a realidade ela é a verdade. Se você ganha bem você pode ir num restaurante melhor, você pode viajar de “business”, você pode viajar de primeira. Se você não ganha, eu só fui andar de “business” aos cinquenta anos de idade, está entendendo?

Então, mas se você quiser andar de “business”, você anda porque, tem pessoas do seu nível social que andam porque eles priorizam isso. Eu conheço gente que ganha pouco e tem bolsa *Louis Vitton* que a minha mulher tem. Porque ele prioriza bolsa *Louis Vitton*.

Eu por exemplo, não priorizo carro. O meu carro mais caro é o “Chery”, que custa cento e poucos mil. Agora, chego lá na garagem do meu prédio tem um cara que tem vários carros de um milhão e meio, de dois milhões. Quer dizer, eu não ligo para carro, não ligo para barco, não ligo pra nada disso. Mas eu não priorizo.

Meus valores não estão aí. Então, eu acho o seguinte, você tem que ter planos mais caros, planos mais baratos. E nós temos que fazer um plano mais básico para a população de baixa renda. Você quer Einstein, Sírio, os melhores hospitais do mundo...tem o “One” [refere-se ao plano da AMIL para o segmento classe A]. E cresce, sabe. Você quer ver olha aí [refere-se ao crescimento nas vendas do plano “One”].

HS – Ultrapassou o principal competidor.

EB – Então, olha aqui [refere-se ao portfólio comparativo entre diversos produtos para o mesmo segmento de renda]. É isso aqui meu amor. Olha aqui. “One”, “Links”, que compete com a Sulamérica e tudo isso. Aqui a Amil. E nós estamos criando isso daqui agora. Esse daqui é desses hospitais de 900 leitos.

É o “Next” que nós vamos tentar fazer tudo controlado. Pedido de exame com tudo controlado, para dar acesso a essa pessoa à medicina de alta qualidade, você entendeu? Então aqui, se você der conta do segmento de mercado, você bota. Olha aí, pode ter isso daqui. Agora o “next”, não tem nem essa nem nada.

Mas tem o café direito. O café é o mesmo, mas esses daqui não tem nada dessa parafernália, esse couro, isso aqui. Lá não tem nada disso, não pode ter. Está correto o que eu estou falando? Então nós estamos desenvolvendo esse produto aqui e não temos ainda no Rio. Estamos começando a desenvolver. Nós estamos desenvolvendo esse daqui em Guarulhos agora, e você precisa ver como caem os custos.

(Entrevistadora) – Já com os hospitais novos?

HS – Com o que tem. Mas é um modelo.

EB – Agora nós vamos botar no ABC. Estamos arrumando os hospitais lá, e tudo isso e, dentro de uns três meses estamos no ABC. E outra, com melhor margem do que a da Amil, que a Amil não dá margem nenhuma hoje, certo? Está ouvindo o que eu estou falando? Ou não? Você pode pegar desde que a “United” [refere-se à *United Health Group* – UHG] que comprou a gente, resultado zero uns três anos, inclusive esse ano.

Mas o Brasil inteiro está zero. O Brasil inteiro está zero, não somos nós. O Bradesco está positivo porque ele bota lá bilhões de reserva técnica que aí não precisa pagar imposto de renda, e o juros desse dinheiro é que ele fala que tem o resultado pelas aplicações. Mas, o custo médio de com tudo isso é fora direto. Tá claro isso? O setor inteiro no vermelho. O setor no vermelho é horrível, não tem investimento, não tem essas coisas todas. Esse hospital das Américas, graças à sociedade com os americanos.

Ele botou mais um bilhão e cem aqui. Você está ouvindo, está claro? O que mais que você quer que eu fale?

(Entrevistador) A questão dos medicamentos. Se vocês agora têm um programa estruturado de medicamentos.

EB – Nós sempre, quisemos dar remédio. Tanto assim que nós criamos [...] com mais de trinta farmácias. E daí a pessoa tinha 50% de desconto, não existe 50% de desconto. O remédio custa uns sessenta, 70% nós pagávamos [...]. Recebi um processo do Conselho Regional de Medicina, quase perdi meu CRM. Está entendendo?

Porque eles falaram que o médico não pode ter farmácia. Mas, a nossa farmácia era para perder dinheiro, era para subsidiar o cliente. Daí eu fui no conselho, levou dez anos esse processo, depois eu fui lá e me defendi junto com todos, com o presidente do conselho, e fui absolvido por unanimidade. Cada cliente que vai lá nós perdemos dinheiro, é o contrário. Eles não previram isso na legislação. E daí nós vendemos elas [as farmácias] todas depois dessas complicações todas. Agora não é justo, você pega e dá para o cara meio ano de CTI, terapia intensiva, que custa uma *baba de quiaba*, e depois você pega o cara, que é pobre, para usar um antibiótico, você não dá o antibiótico para ele. Ele acaba internando, custa mais caro. Então, está dentro dos nossos projetos, criar uma PBM. PBM vocês sabem o que é?

HS – *Pharmacy Benefits Management*. Que é o plano de medicamentos, que a *United [United Health Group]* tem lá como um dos principais. Assistência farmacêutica.

EB – Nós pretendemos introduzir isso no país. Uma PBM da Amil.

(Entrevistadora) Como é que você definiria a missão da empresa?

EB – A missão da empresa é ajudar todo mundo a viver com uma qualidade de vida melhor. Segurança e qualidade de vida melhor.

(Entrevistadora) Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados?

EB – 10%. Em benefício é 9% e em receita é mais de dez, é 11%.

HS - Dá dez ponto oito.

EB - Ele sabe mais do que eu.

(Entrevistadora) A Amil participa de alguma atividade representativa, tipo câmara de comércio?

EB - Todas. Agora mesmo, acabou de a câmara de comércio americana me chamar para "*board member*", eu falei o seguinte: *agora eu não posso, esse ano*. Eu falei aqui bem agora aqui com ele, o presidente da câmara de comércio. A daqui do Rio de Janeiro a gente participa, mas eu, eles querem que eu participe da câmara de comércio americana. Mais pela *United* também, tem aí tudo isso. Hélio Magalhães [presidente do conselho de administração da *Amcham*-Brasil,

representa o *Citibank*], que é o presidente. Ele me ligou agora, eu prometi para ele que ia entrar esse ano, mas eu falei "*agora não dá*". O meu homem principal acabou de ter um infarto essa semana. Eu não vou entrar num lugar que depois eu não vou. Próximo ano eu vou. Então é o seguinte, esse ano agora eu vou pular, mas no outro estarei de "*board member*" da câmara americana.

(Entrevistadora) - Mas, e de alguma outra entidade? Vocês participam também da FENASAUDE?

EB - Sou vice-presidente. E da ABRAMGE também.

(Entrevistadora) E fora do setor saúde? Em São Paulo vocês participam também, da câmara de comércio?

EB - Eu sou "*board member*" do *Bank of America* mundial. Eu sou "*board member*" da *United Health Group* que é a décima sétima maior empresa americana.

(Entrevistadora) Nesse caso é só você, entre os empresários do setor que tem essa representação internacional?

EB - Internacional sim. Mas olha lá, aquela foto lá é do *Bank Of America*. Eu, segunda-feira agora, eu nem vou votar [no primeiro turno da eleição presidencial no Brasil]. Domingo à noite eu tenho um jantar em Nova York do *Bank Of America*, no dia seguinte começa. A última reunião terminou com o Clinton e a outra com o Bush. Cada uma então, quer dizer, isso aí é bom por quê? Porque me abre a cabeça.

EB - Tem o ex-ministro de finanças da França, o da Merkel, então o cara do Japão. Então o que eu aprendo eu tenho que voltar, são três dias. Mas essa é que é a realização da minha vida.

(Entrevistadora) A sua opinião sobre a atuação da ANS e sobre a regulação.

EB - Já falei. Eu acho que a ANS, ela tem que cada vez mais, eu acho que tem que ajudar a população. Os planos de saúde a estarem vivos, porque se eles não estiverem vivos não tem, não vai ajudar a população. E tem que saber muito não trabalhar assim com demagogia, essa que é a verdade, ficar agradando e quebra todo mundo? Como que faz?

A Agência Nacional de Saúde, ela tem realmente que saber o seguinte: nós temos dois sistemas maravilhosos. Temos que estudar como nós vamos aumentar a arrecadação para o SUS. Mas não adianta arrecadar só a mais, sem a gestão. Tem que fazer os dois ao mesmo tempo. Está errado o que eu estou falando, ou não?

A gestão no serviço público não existe. Se eu chegar lá para você e perguntar para mim, você perguntar pra mim: qual é a média de permanência, e ele vai, esse garoto aqui que é um gênio [refere-se ao Henry Szejder], ele vai criar o melhor setor de análise de dados para nós. Então ele pega, nós temos, o governo federal tem duzentos hospitais, todos eles com especialidade, com tudo isso, qual é a média de permanência em cada um, quantos pacientes entram por cada senha que chega na emergência. Você está percebendo? Daí você tem dados os dados, você vai "squeezing", você vai apertando o saquinho de todo mundo para funcionar direito. Mas sem dados não tem administração! Não tem. Não é?

HS - O que falta é, eu acho que faltam várias coisas no serviço público, mas essa é primordial.

EB - No nosso não tinha, você imagina agora no serviço público. Toda tecnologia de informação. Acabar com papel, tudo eletrônico, tudo. Você está percebendo?

HS - Tem mais para frente uma pergunta que tenta abordar isso, que é de que maneira o que a gente constrói aqui pode ajudar no serviço público.

(Entrevistadora) - A Amil tem relação comercial com outros ramos empresariais da saúde a exemplo de empresas farmacêuticas, hospitais.

EB - Só hospitais. Os hospitais compram de todo o setor saúde.

(Entrevistadora) - Agora o DASA Edson, ele ficou separado?

EB - Separado. No DASA eu sou acionista majoritário. Enquanto que, o cara de aço ali, fala que quem investe no Brasil é doido. Gostou dessa, ou não?

Eu tirei agora no princípio do ano agora três vírgula cinco bilhões e botei aqui nesse país. Fala assim que quem investe nesse país é doido, então eu sou um doido mesmo. Mas eu quero que esse país aqui melhore, eu quero que esse país cresça, eu quero que esse país seja um país bom para todos nossos filhos, nossos netos, para todo mundo. Então, eu não vou para o cemitério com dinheiro. Agora, se eu puder fazer um laboratório, que seja o melhor do mundo, eu vou fazer.

Ué, mas é assim que você vai ter uns caras que nem esse daqui agora. Porque que eu me associei à *United*? Porque a *United* é a melhor empresa do mundo. Tem alguma dúvida?

HS - Não, zero dúvida.

(Entrevistadora) - Não é melhor que a Kaiser?

EB - Não tem.

HS - É outro modelo, assim. Acho que ela nem se compara, mas em termos de modelo. Mas o modelo que a *United* é não tenho dúvida. Porque a gente é mais semelhante ao que a *United* é.

Um modelo como a *Kaiser* aqui, ele é...

Ele é inviável. Mas a gente consegue aproveitar coisas que a *Kaiser* tem com toda a experiência que a *United* desenvolveu. E a *United* não é só a *United* como empresa como um todo, mas ela tem uma empresa chamada *Optum* [empresa especializada em análise de custo/efetividade em saúde].

Essa empresa é que vai alavancar a gente.

EB - Essa empresa pode ajudar o governo.

HS - É essa empresa que é um dos maiores fornecedores de tecnologia para o governo dos Estados Unidos.

(Entrevistador) - Que tipo de tecnologia?

HS - Tecnologia de dados, que eles chamam de "*Analytics*".

EB - O negócio é o seguinte. O presidente da *United* e o CEO, quando ele vem aqui, nós vamos ter uma reunião amanhã com eles. A gente manda os dados pra eles, eles sabem dez vezes mais os nossos dados que a gente.

HS - Agora eles sabem só oito. Antes sabiam dez, agora já sabem oito. Daqui a pouco ele vai saber só cinco. De repente a gente vai saber mais do que eles.

EB - Mas nós somos competitivos. Nós vamos ser melhores que eles. Não é isso?

HS - Vamos, vamos, vamos sim.

EB - Mas então, agora, se você traz só cara ruim, como que você vai dar um "*shake*" nesse país?

(Entrevistadora) - Você deixou ele contratar uma equipe [o Henry Szejder]?

EB - Ele é muito centralizador. Ele tem que desenvolver. Ele tem que aprender o seguinte: em tudo que for delegado, delegar para outros e ficar nas coisas mais importantes.

Mas só o seguinte. Aí ele pega [o pessoal da *Optum*], a gente manda para lá, ele tem mais de mil PhDs só dentro da empresa.

HS - Fazendo análise.

EB - Eles pegam esses dados nossos todos, o cara amassa aquilo ali com o pessoal de análise de dados e bota numa folha, numa folhinha para ele, a hora que ela vai vir para cá, entrar no avião, dá aquelas folhinhas para ele e ele amassa a gente porque está tudo mastigado, tudo decomposto, tudo arrumadinho. Então, ele [o Henry Szejder] vai ganhar o departamento aqui para ter a melhor análise de dados desse país. Então, quando a gente vai fazer, o nosso pessoal vai fazer uma negociação com hospital, está, com o Barra D'Or, para o médico, que não sabe os números

direito, não sabe nada direito, não vai engolir nada. Agora se eu chego com o Barra D'Or e falo assim: olha aqui o custo da sua cirurgia, olha o custo do hospital do lado, olha o custo do outro, porque esse aqui aumentou? Você está custando 40% mais caro. E daí o cara "*pô, mas de onde que esse cara checa?*" Então a gente não tem dado de nada. E daí, tem materiais. O mesmo material num hospital cobra o dobro do outro. Você vai negociar sem informações. Agora o americano pega, entra todo dia no nosso dado, vem, por causa disso nós ficamos tontos. Agora nós estamos já, como diz, oito. Daqui a pouco vai ser cinco. O ano que em vai ser uns cinco. Dentro de três anos, eu acho que nós estamos lá...

HS - Nós vamos saber mais.

EDSON - Nós vamos saber mais, sabe porque, porque nós entendemos de hospital, entendemos de laboratório e eles não entendem, daí nós vamos passá-los.

HS - E a gente tem uma diferença que é...

EB - Eles não têm hospitais e nem laboratórios.

HS - Que é essa, tem as ondas de informação, a terceira onda é essa do contexto. A gente tem o contexto, eles não têm o contexto, e para eles terem o contexto eles têm que estar aqui.

A primeira é, vamos dizer assim, você conseguir manipular grandes volumes de dados.

EB - Essa associação foi maravilhosa para o país.

HS - E o que eles produzem lá, você estava perguntando. E o que eles produzem para o governo? Eles produzem análise, eles criam sistemas, por exemplo o sistema de adesão ao *Obamacare*, que eles criaram as caixas.

Eles é que resolveram. Eles dão suporte... tudo bem que lá o governo é um grande comprador de serviços de *Medicare*, *Medicaid*. Aqui não. Mas o governo aqui, naquilo que ele presta serviço para o SUS, por exemplo, quer dizer, naquilo que o SUS presta serviço para o governo, de gerenciar unidades de saúde... essas informações é uma coisa que a *Optum* tem muita experiência em fazer. Em construir banco de dados, em fazer o melhor modelo possível, em subsidiar os gestores. Eles não vão administrar, não é essa a ideia. Eles não fazem isso lá. Mas eles subsidiam o gestor com todas as informações possíveis. Então é o que o Edson estava falando. Qual é o tempo médio de permanência no hospital do Andaraí hoje? Quem souber essa resposta, tem um milhão de dólares.

HS – É o rei. Porque não sabe quanto tempo fica o paciente no CTI? Quantos por cento da internação ele passa no CTI? Qual a eficiência? Então...

(Entrevistador) Sobre a atuação da ANS e a sua opinião em relação à regulação. Um aspecto da regulação, que foram as duas resoluções normativas 195 e 196, dos planos coletivos por adesão. Qual a opinião da Amil sobre esse assunto?

EB – Eu prefiro não comentar.

(Entrevistadora) A Amil pretende diversificar as atividades. Então você já falou um pouco dessa coisa da informação, que seria uma área de investimento, tem outras?

EB – Diversificar o que é? Nós pretendemos ter PBM, tudo relacionado à nossa área. Nós pretendemos desenvolver a área de tecnologia da informação, que ou vem através da *Optum* ou nós mesmos vamos criar aqui para gente vender para terceiros. Porque tudo que você produz para você, a riqueza do mercado é você depois vender para terceiros para todo mundo ficar mais eficiente, melhorar a eficiência no país. Nós investimos em hospitais, nós investimos em laboratórios, nós investimos em oncologia. Nós investimos em qualquer coisa relacionada à nossa área que ajude a baratear os custos para os nossos clientes.

(Entrevistadora) Como que você avalia a chegada de capital estrangeiro no setor? E a outra pergunta é se a sua empresa pretende abrir capital. Já abriu e já fechou também. Você já fez as duas, não é?

EB – A nossa empresa virou uma subsidiária, então ela fechada significa nos Estados Unidos. Aberta nos Estados Unidos, não aqui.

É a mesma coisa, quando a gente comprou a Amil. Quando a gente foi para o IPO [*Initial Public Offering* - em português: oferta pública inicial é um tipo de oferta pública em que as ações de uma empresa são vendidas ao público em geral numa bolsa de valores pela primeira vez. É o processo pelo qual uma empresa se torna numa empresa de capital aberto] com a Amil. Depois a gente, a primeira empresa que foi para IPO foi o DASA, laboratório. A segunda empresa que foi para IPO foi a Medial. A terceira empresa que foi, da área de saúde, para bolsa foi a Amil. Então Dasa, Medial, Amil. A Amil com o dinheiro que foi para bolsa comprou a Medial. Fechamos o capital da Medial, mas a Amil continuou com o capital aberto. A United não precisa ter dez empresas com o capital aberto, então ela pegou e fez o quê? Ela comprou a Amil e fechou o capital da Amil. Mesmo assim, a United continua com o capital aberto, lá.

(Entrevistadora) como você avalia as compras, aquisições e fusões no setor?

EB – É um mercado que vai se concentrar. E tem que consolidar, não tem saída. Se você pegar, depois que começou a consolidar a indústria de laboratórios, enquanto todas as coisas subiram mais de 100% desde que o Dasa foi para coisa, laboratórios subiram só uns 10% porque há diluição. Porque, a mesma coisa, você tem as Unimed. Trezentas e pouco.

(Entrevistadora) Laboratório subiu só 10%?

EB – Foi. Mas agora, não subiu porque o que aconteceu? Frequência. Os médicos pediam muito mais exames, então quando o médico pede o dobro sobe 100%.

(Entrevistadora) – Você está falando do custo unitário?

EB – É pela frequência, não pelo preço.

HS – Não pelo valor médio.

EB – Entendeu agora, ou não? Esse ano, sabe quanto o laboratório subiu? Uns 3%. Sabe quanto subiu a frequência? Subiu uns doze.

HS – 3% o valor médio, mas cinco vezes mais a frequência.

EB – Então esse “C” aí, essa classe C, o que nós vamos ter que fazer é o seguinte: É trabalhar na frequência. Quais as ultrassonografias desnecessárias, os exames desnecessários. Então, temos que trabalhar na frequência. Segurou a frequência, a variação é 6%, 7%. Está claro?

Frequência é com protocolo com médicos alinhados, não operando desnecessário, não fazendo pedidos desnecessários.

(Entrevistadora) – Como você avalia a verticalização?

EB – Nós vamos verticalizar dentro do possível. Tem coisas que não valem a pena verticalizar. O Dasa hoje faz duzentos e cinquenta milhões de exames. É o quarto maior do mundo.

Primeiro *Quest* [ligado ao *Healthscope Group* – grupo de provedores de serviços médicos e laboratoriais australiano com atuação global], segundo *Labcorp* [*Laboratory Corporation of America* – realiza cerca de 470.000 exames por dia], terceiro a *Sonic* [*Sonic Healthcare* – empresa australiana de serviços de diagnóstico e radiologia] da Austrália, quarto o Dasa. E da Austrália só é maior porque ele está [também] na Europa, se ele estivesse só na Austrália não tinha jeito de ter laboratório mais do que o Brasil. Então é o quarto maior do mundo. Então se nós passarmos para quinhentos milhões de exames, não tem jeito de você competir com o Dasa. Então ninguém vai verticalizar tendo vinte milhões de exames, trinta milhões de exames, porque é uma economia de escala. Então onde que não vale a pena verticalizar, nós não verticalizamos.

Porque vai ficar mais caro.

(Entrevistadora) – Qual a origem e a composição do capital da empresa?

EB – É uma empresa pública em que o capital social, 90% dela pertence aos acionistas da *United*, que é completamente pulverizado. Eu sou o décimo sétimo maior acionista da *United*, e o maior acionista individual. Sabe quanto que eu tenho? 0,9%. É totalmente pulverizado.

Parecia que você tem mil na minha frente. Só tem dezesseis caras, que tem mais ações da *United* do que eu. O fundador, o fundador dela tem 0,25%.

O fundador dela tem 0,25%. Quem fundou. Eu tenho 0,9%. E o CEO dela, o presidente, tem 0,25%. Só pra você ver. É totalmente pulverizado.

HS – Dos dezesseis que estão na frente são grupos [não são acionistas individuais].

EB – São grupos. São fundos como o *Fidelity*.

(Entrevistadora) A empresa possui atuação no setor público?

EB – O que você chama de atuação no setor público?

(Entrevistadora) – Por exemplo, o Dasa tem convênio, não tem? Com algumas secretarias...

EB – Eu vou te falar uma coisa. As nossas receitas no setor público, nenhuma delas passa de 5%. É desprezível.

Tem uma ou outra cidade, mas a receita não passa de 5%. É insignificante.

(Entrevistadora) – Mas elas estão concentradas em algum lugar? Rio, São Paulo? Essa pergunta para nós é importante que a gente quer fazer um mapeamento. A gente sabe que não é de receita, é só de relações.

EB – Eu não sei exatamente, mas eu posso te dar. Aqui no Rio de Janeiro, a gente alguma coisa da cidade do Rio de Janeiro ou do estado. Do estado acho que não. Da cidade do Rio de Janeiro. Uma coisa pequena. Em São Paulo, a gente tinha, acho que parou. Acho que nós perdemos também lá. Mas eu te dou direitinho tudo, se você precisar. Só quero dizer que é irrelevante.

(Entrevistador) – Por exemplo, administração de instituições assistenciais públicas? Por exemplo, o Sírio está fazendo isso lá em São Paulo.

EB – Isso nós não temos. O Sírio e o Einstein são muito mais ativos, porque nós não temos a... Como que chama, a?

HS – OS.

EB – Nós não temos OS.

(Entrevistadora) Você acha que esse mercado ele tem um tamanho ideal, se deveria aumentar ou deveria diminuir.

EB – O que? De planos?

(Entrevistadora) – O mercado de planos de saúde. Os cinquenta milhões de clientes.

EB – Com toda a sinceridade, nós do plano médico temos que descobrir maneiras de atender quem o nosso cliente é, um preço mais baixo para pegar uma parte maior da população. A classe C. É o que nós estamos tentando fazer. Se a gente conseguir desenhar isso, eu achava que 50% da população brasileira deveria estar com plano médico e 50% estava com o público. Dá os dois juntos. Você já pensou se você tem lá cinquenta milhões de brasileiros no SUS com a mesma receita, você vai atender só cem, vai atender melhor. E outra coisa é gestão do setor público e aumentar um pouco mais a arrecadação. Então se você aumentar mais, agora tem que botar gestores direito na área da saúde. Uma gestão tem que ser profissionalizada.

(Entrevistadora) Qual a sua opinião sobre ressarcimento ao SUS.

EB – Eu acho o seguinte, eu acho que nós temos que ressarcir ao SUS e acabou. E ponto. Agora mesmo, você pega na Agência Nacional, nós pegamos e pagamos um monte, a receita quase total que nós pagaríamos nós sobre o SUS. Eu até te dou o valor se você quiser. O ministro ficou impressionado, que nós fomos lá pagamos.

E fomos nós. Só nós. Não foi mais ninguém não. Pagamos noventa milhões.

HS – É, qualquer número que ele [o ministro da saúde] colocar lá, noventa milhões é da Amil.

(Entrevistadora) Como você avalia a política fiscal de dedução de gasto de planos de saúde para pessoa física, renúncia do imposto de renda de pessoa física?

EB – Eu acho que você não pode renunciar disso. O Obama agora está dando incentivo, o Obama você vê, está dando incentivo para as empresas. O *Obamacare*, ele pegou e está dando incentivo para as pequenas empresas, e se elas não botarem tem uma multa. Você está entendendo? E agora aqui, quanto mais, se o governo conseguir botar cinquenta milhões a mais, são cinquenta milhões com uma qualidade de medicina melhor, e outra, e todo mundo ataca isso, mas é um custo-benefício muito bom para o governo.

(Entrevistadora) Mas como que a gente vai arrecadar mais para o SUS com isso?

EB – Eu acho que você tem que arrecadar não é através da [...] só tem um jeito de você mudar ou só tem um jeito de eu mudar. É você me convidar, ou você me convencer, ou eu te convencer. E para a gente convencer, nós temos que abrir o coração e cada um falar a sua verdade. Então o seguinte, você quer resolver o problema da saúde através da saúde privada, não é por aí.

Nós temos que arrumar recursos para saúde para os dois buracos. Para os dois buracos. Então, quanto mais facilidades a gente dá para iniciativa privada, ela expande e você tira lá do SUS

gente. Se tirar cinquenta milhões olha como melhora! Se você pegar e você, de cento e cinquenta você tira cinquenta milhões, qual foi sua produtividade? 30% de cinquenta dá 45 [milhões], você vai aumentar 33% tua produtividade, está certo, ou não? Porque se com a mesma pessoa você tem, ao invés de ter, ao invés de você ter quinze filhos você tem dez. Olha, escola para os outros cinco, comida para os outros cinco, transporte para os outros cinco, carro para os outros cinco, você verifica. Então, então agora o seguinte, mas não é através da iniciativa privada é que você vai pegar o camarada que pela constituição ela já tem direito à saúde, e ele ainda paga e não tem nem um benefício fiscal? Porque a hora que você reembolsa, segundo a constituição, saúde é para todos. A hora que você tira, tem um marido lá que paga plano médico. Ele tira e paga o plano médico. Ele ainda não vai poder ter o benefício de descontar o plano médico dele? Ele está sendo penalizado duas vezes. Então o dinheiro para o SUS, não é da iniciativa privada, não é da área da saúde mesmo. Tudo que a gente botar para área da saúde será bem-vindo. Então a área da saúde privada, ela tem que crescer. E a área da saúde pública tem que crescer é através de impostos como a CPMF. Agora você verifica, quem na televisão, está virando um momento oportuno. Quem é que votou com a CPMF está sendo bombardeado aí. Quem vai ter coragem agora no próximo governo, se botar uma coisa dessa não pega arrecadação? Pega. É de cheque, é de tudo isso. Você viu a Marina? “*Pô, você votou contra*”, “*a saúde está aí por sua causa, Marina*”. Entendeu, ou não? E daí é o seguinte, e o PSDB que votou contra? Vê se o Aécio tem coragem de falar que votou contra a CPMF? Não fala. Então está um clima que, o PT pode aprovar e ninguém vai ter coragem. Olha que na televisão, o Aécio não atacou a CPMF, agora vai votar contra? Então são fontes de outras fontes, de imposto, de cheque, de qualquer coisa, mas não de saúde com saúde. Agora calma, espera um pouquinho. Fábrica de parafuso, fábrica de tudo isso, tiveram incentivo fiscal de mão-de-obra, não teve? Quanto representa o hospital no custo médico do país? 55%. Quanto representa a mão-de-obra do hospital? 50%. O hospital que nós vamos abrir aqui do Samaritano, tem mais de cinco mil pessoas trabalhando lá. Cinco mil. Qual incentivo fiscal foi de mão-de-obra, para a área de saúde? Zero. Não tem ninguém que reivindica nada. Agora, parafuso, automóvel, carro, não sei o que lá, não serve para nada.

Fui agora ao Vietnam. Bicicleta. O governo dá um incentivo danado. Carro. 300% de imposto. Sabe por quê? Porque não tem rodovia. Agora aqui, meu garçom, copeira, o lanterneiro, e o pior que quebra os carros, que cada vez que quebra o carro o cara está quebrado. Então onde já se viu estimular sem a gente ter estrada? Ou você mora na Barra e trabalha na Barra ou você não tem qualidade de vida. Você já percebeu? Eu, outro dia, fui lá para ver minha sogra em Copacabana, duas vezes, voltei de São Conrado. Voltei de São Conrado. Não dá mais para sair daqui. Nós estamos ilhados. E mais carro, mais incentivo, e mão-de-obra, incentivo de mão-de-obra. E hospitais brasileiros? Você está percebendo?

Agora a gente não tem, a gente tem aqui, nós temos dois cavalos. O privado e o público. Então você, vamos supor agora, você tem plano de saúde Petrobras. Se você tiver um infarto ou qualquer coisa, você vai, onde aqui no Rio?

No Pro-Cardíaco.

Lógico, vai lá ver que maravilha. E tem direito de ir. Agora, tem jeito de dar Pró-Cardíaco para toda a população brasileira? E outra coisa, eu também fui muito socialista. Tenho uma alma um pouco socialista, não sei se você percebe. Eu fui muito pobre, daí o seguinte, naquela invasão da faculdade da Praia Vermelha, da Faculdade de Medicina, eu estava lá jogando pedra em cima daqueles policiais, está entendendo, ou não? E outra coisa, as esquerdas são muito frouxas. Vou

te falar uma coisa. Eu não sou frouxo. Você pode até achar “*esse cara aí metido, fala para cacete*”.

Então, daí é o seguinte. A hora que os policiais invadiram a escola, adivinha quantos, quantas carriolas de pedra eles lançaram lá de cima? Três, eu que lancei as três. Todo mundo se escondendo com medo, berrando. Ninguém tem peito.

E daí o seguinte, e daí você chega para os meus colegas de turma que me chamavam de [...], uma vez eu fui esconder à noite da polícia em uma passeata na Cinelândia, o policial pegou uma das meninas, eu entrei no meio deles, nunca apanhei tanto, você não tem ideia, saí todo com calombo, todo... “*Cara, você é louco?*”. Eu não posso ver uma mulher apanhar. O Aécio bateu em mulher.

Então, isso aí é o seguinte. Eu sempre fui mais ou menos desse jeito. Depois foi mostrando, cheguei, o cara falou para mim não, só viajo com todo mundo classe econômica, todo mundo no mesmo hotel. É? Você está errado. Sabe o que eles ensinam? Sabe por que o regime, o socialismo não dá certo? Porque são todos iguais. Então, a aspiração do povo é muito importante. Você tem a classe econômica, então o cara vai ter que dar duro para passar para “*business*”, passar para a primeira.

Se você não melhorar um pouquinho, se você não desse o duro que você dá, estava na favela. Então tem que ter aspirações e sair correndo atrás. Então, estou falando, tem gente que fala assim, “*medicina igual para todos*”, “*tudo igual pra todos*”, então não é bem isso. Vamos tentar dar o máximo para as pessoas pobres. A minha mãe quando precisou fazer cirurgia cardíaca, ela, meu pai faleceu, [...] e a minha mãe não era casada com ele. No dia que a minha mãe precisou, precisamos arrumar os documentos, fui lá pedir para o doutor Adib operá-la. Então esse negócio todo eu sei que é a vida do pobre, nós temos que melhorar. Agora o Renato Manso teve um infarto, nós fomos lá no hospital de Búzios, fiquei lá, uma escurinha de lá, uma negrinha de lá, uma japonesinha de cá, aquele negócio, aquele ambiente todo. E você verifica, que bom ter alguma coisa decente, você está percebendo? Agora, mas tem que ter as classes sociais, não tem saída.

Tem jeito de ter Pro-Cardíaco para todo mundo?

Tem jeito de ter Copacabana Palace para todo mundo?

Mas um país para crescer não tem que ter essas coisas?

Eu estou falando de hotelaria meu amor. Eu não estou falando de medicina. Medicina, nós temos que procurar fazer a medicina mais correta para todo mundo.

(Entrevistadora) – Eu queria muito ver esses hospitais que vocês vão fazer, esses para classe C, esses básicos. E a Hapvida está fazendo também, não é? A Hapvida está fazendo uns hospitais...

EB – A Hapvida está fazendo também. É o mesmo modelo. É isso mesmo.

HS – É eu sei, mas assim, eu entendo e a gente discute muito isso internamente. O hospital é uma das questões da classe C, mas a classe C é um modelo. Não é o hospital. O hospital, é o que o

Edson fala assim, não dá para você dar hotelaria do Pró-Cardíaco, do Samaritano para classe C.

(Entrevistadora) – Você vai ter o modelo de atenção integral?

HS – Exatamente. É o modelo de atenção. Classe C, essa é a discussão.

EB – Falamos quase a mesma coisa. Agora se você tem condições, os americanos ficam em enfermaria nos Estados Unidos, você sabe disso?

Eu fui lá com um professor de Harvard, que foi operado do fígado, ficou ali quatro, eu fiquei sentado numa cadeira. Não tem problema isso.

É o que eu falo, se o cara quer uma suíte que tem tudo, paga por ela.

HS – Mas a questão da classe C, eu acho que o Edson, quando a gente puder a gente pode apresentar o modelo, não o hospital.

Eu acho que vale a pena ver o modelo, porque já tem o diretor, tem o cara que gerencia isso, tem o médico, que monitora os indicadores e monitora os desfechos. Não adianta também o cara pedir pouco exame e o resultado ser ruim. Internar muito, muita emergência.

(Entrevistadora) – Como que você avalia a atuação do BNDES junto às empresas de planos de saúde?

EB – Eu acho muito, muito difícil. Nós, uma empresa sem dívida, sem nada, para gente pegar um tostão do BNDES, meu deus do céu. Você não tem ideia da dificuldade, nós não conseguimos nunca.

Eu vou falar o que eu falei. A presidente me perguntou, ela não falou nada, ela só fez perguntas para mim. Perguntou o que eu achava do capital estrangeiro na área da saúde no Brasil. Eu falei: presidente, eu acho que o capital estrangeiro deve entrar em tudo quanto é área. Deve entrar, até empresa aérea. Nós não entramos em guerra, nós somos país pacifista, o que é que tem você ter? Cingapura tem as melhores empresas do mundo, os Emirados Árabes, que tem, nós nunca participamos de guerra, a não ser com a Bolívia. Guerra com a Bolívia não existe guerra. Um país desse tamanho, com a Bolívia, com o Paraguai, com num sei o que lá, não tem guerra. Não tem problema de fronteira. Os benefícios são muito maiores. Então é o seguinte. Presidente, eu abriria o capital estrangeiro para tudo quanto é coisa. Você vai no Chile, aquela nesguinha de terra, qualidade de vida está melhor, está tudo melhor, está tudo isso porque, abriu aquilo lá. O capital estrangeiro, quando bem aberto, ele não vem o dinheiro. Ninguém vai mandar o dinheiro sem mandar as melhores pessoas para lá. A *United* veio aqui, botou 5,5 bilhões de dólares. Quantas vezes uma empresa, uma indústria automobilística veio aqui e aplicou de uma vez só 5,5 bilhões de dólares? Nunca. E nem saiu em lugar nenhum, nada. Agora ela vai trazer toda a tecnologia de informação dela, que é a melhor do mundo, vai trazer os técnicos todos. Vai ensinar nossos técnicos, vai ensinar.

HS – Pergunta quantas vezes o CEO veio para cá? Todo mês. Quase todo mês ele vem para cá.

EB – Aeroporto. O primeiro aeroporto, ficaram aquelas pessoas lá, mais ou menos em São Paulo, agora olha como melhorou o aeroporto. Agora, o do Rio de Janeiro é Cingapura, você vai no aeroporto de Cingapura é uma maravilha. Tem piscina, tem jardins, é um negócio de louco. Agora o pessoal que fez o aeroporto aqui do Galeão. O aeroporto fica essa mentira de melhor aeroporto do mundo. Não tem lugar para você comer um sanduíche, pão de queijo, não tem nada.

HS – Até tem, mas você vai pagar cinco vezes o valor

EB – Nem tem não. Centralizaram tudo no terceiro andar, quando eles fizeram aquela PPP.

Agora é o seguinte, você verifica o seguinte, então eu falei, eu acho, abre esse país, abre esse país todo. E outra coisa, porque a hora que você abre, você traz os melhores jogadores do mundo, então o povo brasileiro vai aprender com os melhores, nós vamos ser os melhores do mundo.

HS – Mas eu também, eu entendo essa questão do abre, inclusive para saúde, eu não vejo isso, eu acho que o pessoal critica muito porque talvez tenham muitas coisas que não sejam benéficas para o país, mas o volume de benefício é muito maior.

E essa questão, a *United* é um excelente exemplo, a quantidade de vezes, a gente tem 5 pessoas de lá morando aqui. A gente recebe time deles. Outro dia, quem estava sentado aqui, o [...] da *Optum*, que é uma das maiores empresas de tecnologia em saúde dos Estados Unidos estava aqui. O presidente da *Optum* não vem para cá se ele não estiver interessado em melhorar a coisa que está aqui. Então essa, esse *exchange*, essa troca, de tecnologias, de conhecimento, de metodologia, isso vai alavancar o crescimento muito rápido, muito rápido.

EB – Nós vamos aqui, e aplicamos dez Reais na Bolívia. Quantas vezes nós vamos na Bolívia com dez reais aplicados lá? Esse cara, o cérebro, o craque, talvez com muito sacrifício, talvez a mocinha que limpa o chão da minha casa com dez reais. E a hora que você abrir para fazer o aeroporto aqui, extraordinário, igual ao de Nova York, o cara vai botar o dinheiro dele lá. E vai ter que treinar o nosso pessoal para ser produtivo com lá, vai ter que transformar toda tecnologia de informação aqui para os nossos aeroportos, o país, todo esse pessoal que trabalha no aeroporto que não sabe nem limpar, não sabe nada, eles vão treinar todo mundo, o país vai crescendo, vai sendo um outro país. Porque a inteligência, é a inteligência que vem pra cá, não é só o dinheiro. Ninguém bota dinheiro sem inteligência atrás.

HS – É, e o nível de serviço aumenta naturalmente.

EB - Eles estão, em três anos que eles estão aqui, eles ainda não tiraram o pé do acelerador, sabe por quê? Porque eles acreditam no nosso pessoal. Não é não?

HS – Não tenho dúvida.

EB – Eles acham que nós vamos sair do outro lado.

HS – Eles não vão vir aqui se não tiverem um mínimo de crença nesse valor, entendeu?

(Entrevistadora) – Como você avalia o mercado atual e quais são os nichos de expansão?

EB – Eu acho que o seguinte, o nicho de expansão no país que mais da metade agora é classe C, todo mundo passou para classe C, você tem que ter o nicho de expansão para descobrir produtos para classe C. Nós temos nichos de expansão também no segmento de A que eu te falei, mas é pequenininho.

HS – Mesmo que ele dobre, vai dobrar em cima de uma margem pequena.

EB – É. Você tem cem milhões de classe C. Cem milhões de classe C.

(Entrevistador) – É, desculpa Edson, você falou isso realmente, o nicho de expansão classe C, mas tem a questão do risco do contrato. Assim, por exemplo, a ANS estabelece aquele rol mínimo de procedimentos então alguns empresários defendem a diminuição, a redução do rol como uma estratégia para ampliar.

EB – Eu acho também. Eu acho também. Mas o negócio é o seguinte, isso daí está certo, mas também uma coisa que é muito certa é você fazer a classe C não só com hospital como ele falou, dentro de um modelo que você controla os pedidos de tudo. Dentro do protocolo, dentro de uma parte ética, entende? Todos que foram emitidos pela Associação Médica Brasileira, olhar os protocolos, olhar as coisas. Quer dizer, não é corta aqui, colhe o sangue de dentro do vaso, não faz o exame, só faz glicose, não é nada disso. Vocês entenderam? É fazendo com critérios.

HS – E medir resultado.

EB – E mexer segurando a frequência. E drogas. Você vai vender para classe C. Você pode, com toda a sinceridade, você pode usar drogas de última geração que custam cinquenta mil por mês, para o cara que paga cem, duzentos? Tudo é proporcional. Se você quer comer uma refeição por dez Reais, é mesa de fórmica com “alquinho”. Você quer pagar quinhentos dólares, tem que ter guardanapo de linho, tem que ter tudo proporcional. Tem que fazer uma medicina de altíssima qualidade, relacionada para não quebrar o custo-benefício. Porque se ele ficar aí também não vai ter assistência nenhuma.

HS – Cirurgia cardíaca ele vai ter que ter de qualquer jeito. Cirurgia cardíaca, uma coisa, um procedimento de alta complexidade.

Não precisa ser no Pró-Cardíaco, não precisa ser no Sírio, a gente pode fazer num lugar que...

EB – Mas ele não vai ter o *stent* medicamentoso.

HS – Mas ele vai ter o problema de saúde resolvido, não é só isso, e vai ser medido o resultado.

EB – Vai ter uma prótese que custa cem mil, mas não vai ser de titânio. Ele vai ter uma prótese da indústria nacional, aprovada pela ANVISA e tudo isso.

HS – Não vai ser o que o médico exige, por conta de tudo que a gente sabe que aquilo está envolvido, mas vai ser o que ele precisa.

EB – Então esses controles todos você tem que ter. E só com uma rede verticalizada que você consegue.

HS – O ponto de partida pode ser: porque que deu errado lá [nos Estados Unidos]? E o que a gente vai fazer de diferente nesse modelo aqui?

Eu meço isso todo mês. Percentual de readmissão hospitalar desse conjunto populacional e do conjunto da Amil como um todo. Que não tem uma, quer dizer, eu mesmo. O percentual de vezes que o paciente vai à emergência, percentual de vezes que ele interna. E sem medir isso o modelo é vazio.

Só que o que a gente precisa entender é que sem medir esse tipo de coisa o modelo é vazio. O modelo, o hospital é fundamental, com uma hotelaria bacana é fundamental, mas o que faz o paciente ir para o hospital é que é o modelo. E esse modelo, se ele não estiver acompanhando essas mensurações ele é vazio. E a gente está medindo isso tudo lá.

(Entrevistadora) – Você acredita que haverá uma intensificação de investimentos estrangeiros no setor saúde?

EB – Lógico. Se abrir vai entrar.

Entra. E é o que o BTG [Banco BTG Pactual] quer.

(Entrevistador) – Mas está faltando abrir só para hospital, não é? Especificamente.

EB – Só para hospital.

HS – Prestadores de um modo geral. Hospital, laboratório.

EB – Vai aumentar muito o número de leitos por aqui. Eu acho.

(Entrevistadora) – Mas não empresa de plano de saúde? Isso já foi.

EB – Mas a hora que vier capital para isso, e sempre as empresas americanas vão se sentindo mais confortáveis na medida em que vão conhecendo o mercado. Daí eu acho que virão outras empresas.

HS – Abrindo para capital estrangeiro ou não, você acha que existe mercado no setor público, por uma parceria com empresas privadas tipo a nossa ou tipo a *Optum*, ou qualquer outra que venha para o Brasil, no sentido de ajudar no modelo de gestão? Não estou falando só de OS, estou falando, por exemplo, como tem nos Estados Unidos.

EB – Lógico. Eu acho o seguinte, eu acho que a gente pode tentar ajudar muito o governo, porque o seguinte, nós, dentro de um ou dois anos, porque até o governo decidir fazer isso são muitos anos. Eu acho o seguinte, nós dentro de um ou dois anos, nós estaremos com uma capacidade gerencial única no Brasil. Única no Brasil. Você pode olhar, com a *Optum*, tudo isso, que nós vamos fazer daqui a dois anos. Estou errado?

HS – Não, não. É justamente isso.

EB – Nós vamos andar exponencialmente agora. Nós estamos tomando medidas para realmente ser diferente. Montar um centro de análise de dados.

A *Optum* vai vir aqui de novo agora até outubro. Então eles estão começando esse ano agora, no ano que vem vai ser muito mais atrativo.

HS – Porque que eu estou falando isso? A gente já deu algumas ideias para eles, por exemplo, parcerias com hospitais que são pequenos sistemas de saúde, hospitais militares, da marinha, exército, aeronáutica.

[...]

EB – Temos que fazer isso, é lógico. Olha aqui, olha, eu estava falando com a presidente Dilma o seguinte: Laboratório, laboratório tudo é uma sacanagem. O governo compra, compra pela [...] *stent* para o governo. Nós pagamos seiscentos naqueles com antibióticos. O governo paga dois mil. Três, quatro. Sabe o que que é, (...), não tem jeito. Então, daí é o seguinte, se o governo pega os hospitais federais do Rio de Janeiro, acaba com todos os laboratórios, olha quanto que custa. Mas aí tem que dispensar as pessoas, tem que usar mais a área física, que eles não contam isso na hora que vai fazer o cálculo, não é? A luz, a água. Tira aquilo tudo e dá para a gente, a gente faz pela metade do preço e ainda faz cinco vezes mais exames.

O Sérgio Côrtes fez isso aqui com o Dasa, botou, mas depois veio a turma do *deixa disso*, que não sei o que lá, e acho que nos tiraram, está entendendo? E agora também acho que tiraram muita gente do município. Teve um negócio aí no município que deram para o [...]. A câmara de vereadores tem um cara, e indicou um cara lá que não está entregando os exames. É assim o Brasil.

HS – Mas aí tem que alguém medir. Isso não atingiu o horizonte clínico.

EB – Então vai ter que ser feito isso, laboratórios sérios. [...] E outra coisa, a gente aqui tem que ajudar, e a *United* quer isso, a gente tem que fazer uma parte para o social dentro do país também. Então a *United* fala: não precisamos ganhar dinheiro a nível de governo, mas nós precisamos ajudar o governo que, a gente cobre só os nossos custos e fica uma imagem extraordinária, aumenta a produtividade do governo. Então foi uma empresa que veio pra ajudar o país.

[...]

(Entrevistador) – A perspectiva futura do sistema de saúde brasileiro, agora sem focar tanto no recorte da Amil.

EB – A perspectiva futura vai depender da nossa influência e capacidade de contaminar as pessoas para criar um sonho junto dentro da iniciativa pública, privada, dando mãos, mãos dadas e sabendo que a saúde é o bem que, meu Deus do céu, a gente que foi pobre, que levanta com febre, não tem dinheiro para comprar antibiótico, não tem nada. Eu sei o que é isso. Então tudo que a gente quer para nossa família, tudo a gente tem que querer para as pessoas do outro lado. E uma não exclui a outra. Uma não taxa uma por causa da outra. Saúde é o maior bem que uma

peessoa pode ter. E tem que andar junto. E outra coisa, nós juntos, Agência Nacional tem que exigir. Isso que eu acho que tem que ter. Exigir, e a saúde pública também, fazer prevenção nesse país. Fazer os programas clínicos, dietéticos para as crianças, desde pequeninhos. Para a gente atacar tipo de restaurante, tipo de coisa que são nocivos à sociedade, como eram os *McDonald's* do passado. Não é para eles sumirem não, é para eles mudarem o conceito por coisas saudáveis, um mundo saudável. Não é contra ninguém, é a favor da saúde. Todas as nossas campanhas, todas as nossas coisas, as nossas empresas têm que botar nas favelas, em tudo quanto é lugar, para diagnosticar diabetes precoce, ajudar o país a sair dessa mesmice para uma coisa melhor. Juntos.

FIM

Transcrição LD. Revisão e edição JS.

BRADESCO SAÚDE

Transcrição de entrevista realizada com *Márcio Coriolano* – representante do BRADESCO SAÚDE no dia 11 de novembro de 2014.

Versão revista por Marcio Coriolano em 1º de junho de 2015.

BLOCO1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

1. O que motivou sua participação na Bradesco Saúde?

Em 1976 ingressei como economista no Governo do Estado do Rio de Janeiro. Era um órgão novo na estrutura de gestão estadual, a Fundação para o Desenvolvimento da Região Metropolitana do Rio de Janeiro - FUNDREM, criada para articular uma política de desenvolvimento urbano, de padrão centralizador como era o modelo na época. Entretanto, como qualquer órgão da administração pública, sujeito a mudanças administrativas decorrentes da sucessão de ciclos políticos. Então, no segundo mandato da FUNDREM a equipe anterior foi removida da liderança. O ex-presidente da FUNDREM foi trabalhar no BNH e logo me convidou para integrar a sua equipe. Fiquei no BNH desde 1980 até a sua extinção, e incorporação pela Caixa Econômica Federal, em 1986, trabalhando no Departamento de Pesquisas. Foi no auge da sua produção estatística e de pesquisas habitacionais e de saneamento que o BNH foi incorporado pela Caixa Econômica Federal. Fiquei aguardando a primeira oportunidade para me recolocar em outro trabalho.

Essa nova oportunidade ocorreu em 1988, dois anos depois de ter assumido a chefia do Departamento de Pesquisas, já na CEF. Eu já tinha acumulado conhecimento nessa área de planejamento e pesquisas e fui convidado para voltar para o Governo do Estado do Rio, desta vez para participar de uma Secretaria Extraordinária que cuidava da coordenação de projetos de investimentos e da reforma administrativa. Houve nova mudança de equipe, e voltei para a Caixa Econômica por pouco tempo, em 1990. Nesse circuito profissional, acabou que me convidaram, em 1990, para ser o diretor-adjunto do Departamento de Abastecimento e Preços (DAP) do Ministério da Fazenda. Foi o órgão que sucedeu o Conselho Interministerial de Preços, o CIP. Foi em pleno congelamento de preços do Governo do Collor e da Zélia Cardoso de Mello. Dois anos depois fui indicado pelo Ministério da Fazenda para a Superintendência de Seguros Privados, a SUSEP. Comecei em 1993 como Secretário-Geral. Em 1994 fui nomeado diretor por indicação do Ministro da Fazenda, Pedro Malan, e, logo depois, assumi como superintendente da SUSEP.

Em 1996, fui convidado pela Bradesco Seguros para integrar o seu quadro de diretores estatutários. Ingressei no Bradesco em 1997 onde estou até hoje. A minha atividade no Grupo Segurador foi preponderantemente centrada na área técnica e de operações do seguro. Inicialmente, fui diretor da área técnica de saúde, vida e capitalização, que é chamada de área de “benefícios”. E acompanhei, por conta disso, desde o início, o desenvolvimento dos projetos de lei que culminaram na Lei nº 9.656/98. Acompanhei-a na FENASEG e na Bradesco Seguros. Em 2001, foi promulgada a lei que determinou a segregação das seguradoras especializadas em saúde, apartando-as do restante dos ramos de seguros. Passei então a trabalhar exclusivamente como diretor da área técnica da recém-criada companhia Bradesco Saúde. Progredi na carreira, até assumir, em 2010, a função de Presidente da Bradesco Saúde e da Mediservice. A Mediservice é uma empresa 100% controlada pela Bradesco Saúde, e dedicada especificamente a grandes clientes na modalidade de planos de saúde de pós-pagamento. Nessa modalidade, o risco é bancado pelo cliente e nós fazemos integralmente a gestão do benefício. Já a Bradesco Saúde opera basicamente planos de saúde na modalidade de pré-pagamento.

(Entrevistadora): *E a ODONTOPREV, você não é presidente da ODONTOPREV?*

Não. A Odontoprev é uma companhia de capital aberto, com administração executiva própria. Em 2008, havia criada a Bradesco Dental, integralmente controlada pela Bradesco Saúde. A partir da forte alavancagem dos produtos odontológicos da Bradesco Dental, o mercado passou a ser pautado pela disputa da liderança entre ela e a Odontoprev. A Bradesco Dental tinha uma vantagem competitiva, formada pela escala do seu back-office administrativo, diluído entre os vários ramos de seguros que compõem o Grupo Segurador. Já a Odontoprev tinha a vantagem do foco exclusivo nessa operação, ao passo que no Grupo Bradesco a diretoria executiva era a mesma para as operações de saúde e dental. E, embora concorrentes, as duas eram empresas muito parecidas do ponto de vista do produto, da regulação do acesso, diferente do seguro odontológico das cooperativas. As duas trabalhavam com rede credenciada, exclusivamente. Então isso levou a uma aproximação. A Odontoprev era uma empresa que já tinha aberto seu capital. É um *case* que supera os outros *cases* de abertura de capital de outras empresas do setor de saúde, talvez seja o mais relevante hoje.

Esse processo levou as duas empresas a entenderem que era muito melhor a sinergia, do que ficar no mercado competindo. É uma história longa. Sintetizando, começamos com uma participação na Odontoprev de cerca de 30%, e mais recentemente, o Randal Zanetti, fundador da Odontoprev, vendeu a maior parte de suas ações para a Bradesco Saúde. Hoje, Bradesco Saúde tem o controle da Odontoprev. Ela tem assento no Conselho de Administração, mas não participa da administração executiva.

2. *Antes da atual função você já havia trabalhado em outro ramo do setor privado? Em outra empresa de planos de saúde? Em outra empresa do setor saúde?*

A minha primeira aproximação com o tema da saúde foi na SUSEP. Nessa época, ainda em 1995, foi quando a pressão consumerista aumentou muito sobre o marco legal que vigorava. Antes da lei 9656/98, apenas a SUSEP regulava o mercado de saúde privada, de natureza mais econômico-financeira e de solvência, restrita para os ramos de saúde das seguradoras. O restante do mercado era regulado apenas em determinados assuntos pelo Ministério da Fazenda e pelo Ministério da Saúde. E os preços e reajustes dos planos de saúde que não os das seguradoras eram acompanhados pelo Departamento de Abastecimento e Preços do Ministério da Fazenda, onde também trabalhei como Diretor-Adjunto, conforme relatei.

Quando eu estava no DAP, eram três os setores de atuação: o setor de indústria, que era o mais importante, o setor da agricultura e o setor do comércio e serviços e dentro do setor de comércio estavam os planos de saúde. Naquela época já existia uma inteligência específica que fazia um monitoramento dos planos de saúde, o que contribuiu para a criação de uma fórmula paramétrica de reajuste de mensalidades de planos de saúde. Foi à chamada “fórmula DAP”, que vigorou, para os planos de saúde, até a criação da ANS. E a SUSEP controlava os reajustes dos seguros de saúde, muito mais duramente do que o dos planos.

Nessa época as entidades consumeristas estavam muito fortes com relação ao questionamento sobre o mercado não regulado, o dos planos de saúde. Foi exatamente essa torrente de questionamentos sobre reajustes abusivos, e descumprimento de contratos por operadoras de planos, que acabou levando o Governo Federal a propor, ao mesmo tempo em que o Congresso estava trabalhando em um projeto, propor o seu próprio projeto de lei, tentando unificar os inúmeros que então tramitavam. E pediu a nossa ajuda, da SUSEP. Era um projeto muito parecido com o que acabou sendo tratado na comissão especial da Câmara dos Deputados, só que era muito mais um olhar do poder Executivo de trazer para as outras operadoras, a mesma matriz de controle, dos chamados “critérios de acesso e exercício do mercado” que pesava sobre as seguradoras. A parte assistencial não era abordada. O projeto de lei não tocava nisso, exceto a criação do chamado *plano referência*, que também era um objetivo comum, tanto do projeto de lei que acabou tramitando no Congresso, quanto o do Governo Federal. Mas, depois, com o desenvolvimento do projeto de lei da Câmara dos Deputados, o Poder Executivo retirou o seu. Foi exatamente nesse momento mais crucial da história que aceitei o convite da Bradesco Seguros. E lá, já começaram a me pedir para acompanhar o projeto com essa mentalidade: “estamos trazendo um executivo que vem do setor público e conhece como a coisa funciona lá e também tem o *drive* privado”. Então, fora as minhas atividades como diretor da área técnica, de produto, uma dimensão mais operacional, também passei a acompanhar o processo legislativo, porque eu podia traduzir para o setor privado o que estava operando na área do Congresso.

3. *O que mudou ao longo do tempo e quais os principais desafios e pontos de pauta atuais?*

Eu acho que a agenda mudou totalmente. Quando atualmente alguém fala em regulação no setor de saúde suplementar, eu costumo dizer o seguinte: “não se pode mais argumentar que a regulação é nova, porque ela já tem 17 anos”.

Acho que mudou tudo. Mudou a estrutura do setor, mudou a conjuntura em que o setor vem operando. Mudou, talvez, a própria mentalidade das pessoas e das instituições públicas e empresas privadas. Não há paralelo entre agora e o que havia naquela época, há 17 anos. A principal reflexão para ajudar a explicar as mudanças é que ocorreram determinados ciclos da regulação. O primeiro foi um ciclo de choque sobre o setor, cujas ondas ainda estão se produzindo. Quando eu me refiro, por exemplo, à questão da regulação, quero dizer que ela se faz estruturalmente através de normas para o acesso das empresas ao mercado. Quem pode acessar? E em quais condições? Quem pode exercer uma atividade concedida ou parcialmente concedida pelo Governo? E, depois de definidas essas normas de acesso, o outro eixo estrutural consiste nas regras do exercício da atividade. Quais regras devem ser obedecidas pelas empresas para permanecer no mercado? Essas primeiras regras de acesso e de exercício é quem foram as mais duras, até para o funcionamento da própria ANS.

Montar uma estrutura para que o órgão regulador possa processar as documentações, os requisitos que as empresas têm para apresentar e dizer: “Vejam, essa empresa está operando agora, porque cobre os requisitos de capital, de solvência, tem administrador, tem endereço”. Algumas operadoras não tinham sequer endereço conhecido antes da criação da ANS. Era difícil achar o administrador porque não se sabia onde ele estava. Aquilo que as empresas não tinham, elas passaram a ter um prazo para providenciar. Esse primeiro ciclo foi sucedido por um segundo momento que foi o seguinte: “Para você continuar operando, precisar ter reserva técnica, constituir cadastro de beneficiários, registrar produtos”. Foi uma segunda onda, que também continua a repercutir até agora. O principal desafio da ANS é ter herdado um mercado, que *strictu sensu*, se ela tivesse que submetê-lo a regras universais de solvência, teria que fechar 80% das empresas. É simples assim. Não existe mercado de saúde privada como o brasileiro em lugar nenhum do mundo. Um mercado com mais de 1.200 empresas operando. Aí prevalecem os mesmos requisitos do mercado securitário em geral. Há que se ter escala para diluir riscos, capital e solvência para garantir riscos enormes como os da saúde. “Ah, o Márcio Coriolano está falando isso porque ele é centralizador, para ele é melhor que concentre, porque isso melhora a posição relativa da empresa dele”. Não é isso, estou me referindo ao marco legal e de requisitos mínimos que prevalecem no Mundo todo. O fato é que, na ausência desses requisitos, a ANS vem tendo que liquidar empresas, tentar recuperar empresas, e procurar outras empresas que possam receber os beneficiários das empresas liquidadas. Eu acho que essa questão das reservas técnicas foi uma segunda onda que está repercutindo ainda. A ANS e a sociedade ainda não perceberam bem o tamanho desse problema. Para além do registro dos produtos, para além da garantia assistencial, para além das garantias de atendimento, o núcleo do problema do setor hoje é como essas operadoras podem sobreviver observando os requisitos reais de garantia, em dinheiro, dos compromissos que assumiram com os consumidores. O que me refiro é aos requisitos reais, de solvência e de garantias para a população beneficiária. Ou então, caso não se deseje concentrar o mercado em mãos de grandes operadoras, mude-se a lei para reduzir coberturas, riscos e garantias. Não há meio termo. Eu farei um parêntesis para tentar ser mais claro. Hoje, a

fiscalização e a exposição do setor de saúde privada ao público, priorizam as práticas assistenciais. A todo tempo querem verificar se você demora em atender os beneficiários; se você tem a rede assistencial suficiente para atender aos beneficiários. A questão é que se está confundindo a conduta das empresas com um brutal problema de estrutura do setor. Ora, se grande parte das empresas não tem o capital suficiente, nem as garantias para suportar os riscos que assumiram, o que lhes sobra como alternativa é deixar de atender com o padrão exigido, deixar de atender no prazo; não conseguem ter uma rede suficiente, tudo isso porque elas não conseguem observar as premissas e os paradigmas mínimos da regulação. Pergunto: como a maioria das operadoras, em geral, podem observar atendimento para todas as coberturas, ter horário de atendimento para todo mundo, ter especialista para tudo que é especialidade médica? É preciso reconhecer que o Brasil real não é assim. Não há homogeneidade de infraestrutura médica no Brasil. E as empresas médias e pequenas que estão competindo nesse mercado não tem condição de garantir o rol mínimo que estabelece o CID 10 [Classificação Internacional de Doenças da OMS]. Eu acho que esse é um problema que ainda vai remanescer, e parece que esse ainda seja o principal foco de uma provável segunda revisão do marco regulatório. Ela [a Lei; a ANS] quer um setor que dê tudo e ainda tem que ter garantia para tudo. Então, o Governo vai ter que concentrar o mercado ou deve reexaminar esse setor à luz da realidade do País, é como se fosse a constituição de 1988 - “Olhem, todo mundo tem direito a tudo” -, e não é bem assim. Então, talvez seja preciso como se fosse uma revisão constitucional, para tentar adaptá-la à realidade do século XXI. É o que vai acontecer, na realidade, com o marco legal da saúde suplementar. Eu estou misturando propositadamente esses dois paradigmas legais.

Veio um terceiro momento, um terceiro ciclo, o momento da micro-regulação. Micro-regulação do produto, do registro de cláusulas contratuais, um emaranhado de normas. A padronização de contratos foi dureza; foi uma conquista para o consumidor e ele não tem ideia do tesouro que ele tem em mãos. Porque o Governo não consegue dar transparência a esse tesouro. A possibilidade dele[o consumidor] hoje, olhar e conseguir comparar os contratos com base num modelo padronizado, isso é uma conquista que ele não tem ideia e só existe nesse setor. Não existe em nenhum outro setor regulado. Pensem bem! Acho que teve essa micro regulação que foi importante, mas que tirou o foco da ANS, de novo, das grandes questões do marco regulatório. A atividade regulatória continuou assim, em aspectos particulares do sistema, como centrar a atenção na atualização do rol de procedimentos, que eu acho que é uma micro regulação também.

Eu entendo que agora, depois que lançou a agenda regulatória para 2014-2017, que a ANS está procurando abandonar a micro regulação e se voltar novamente para grandes temas de organização do setor. O problema foi que até agora eu não tenho visto a agenda regulatória avançar muito. Eu acho que ela é boa. Absolutamente positiva, porque se volta para problemas reais da estrutura e do funcionamento de um mercado completamente diferente do que a gente viu lá no início.

4. O grupo possui programa de medicamentos? Quais?

A Bradesco Saúde não tem um programa de medicamentos para a sua carteira, para o conjunto de seus beneficiários. E nem deseja ter, pelo menos por enquanto. O que nós temos é uma parceira através de uma empresa que a Bradesco Seguros tem participação, a ORIZON. Ela se constitui em uma plataforma de serviços para o mercado de saúde suplementar e para o mercado de

seguros em geral. Entre outros serviços, a Orizon oferece programas de medicamentos para as empresas que queiram contratar esse benefício para os seus segurados. E ela tem várias modalidades, que vai desde o beneficiário usar simplesmente um cartão para ele ter acesso a medicamentos com descontos, em farmácias, rede de drogarias, até programa mais avançado, de acesso a determinados medicamentos estipulados pelo contratante, para doenças crônicas, diabetes, hipertensão, drogas oncológicas e coisas dessa natureza.

(Entrevistadora) *Como é que vocês estão fazendo com os oncológicos de uso oral que entrou no rol de procedimentos?*

Nós optamos por um modelo de acesso direto do segurado. Algumas operadoras preferiram fazer acordo com distribuidores para entrega. Mas nós preferimos sentir primeiro qual é a demanda. Quem é? De onde vem? Quais são os principais medicamentos envolvidos? Então é sentir a demanda para depois verificar se é o caso de fazer uma estrutura de provimento direto com a distribuição. O que a gente está observando hoje é um crescimento contínuo do número de pacientes, sem encerramento dos ciclos. E é natural que assim seja. Desde o advento da regulação, até os médicos e pacientes entenderem a abrangência da medida, até que sejam adotados protocolos ajustados à nova escala, será um longo caminho.

A preocupação de quem está do lado do financiamento, é o seguinte: estamos observando a despesa crescer continuamente, ainda não chegou ao ponto do encerramento dos ciclos e seus resultados. Aonde isso se estabiliza? É uma enorme incógnita! Quer dizer, qual é o momento efetivo do ciclo dos tratamentos, em que haverá apenas ingressos, como também saídas dos ciclos de tratamento. Não temos problemas de reclamações sobre o acesso a medicamentos oncológicos. A indústria está respondendo muito bem à demanda que está surgindo. Os médicos também estão sendo bem disciplinados do ponto de vista dos protocolos. O problema que observamos é o crescimento do acesso sem a contrapartida do final do ciclo, ou seja, a gente não enxerga, em termos técnicos, qual vai ser o grau de exposição da população com relação a isso [ao aumento no consumo de medicamentos]. Que é um dos problemas da regulação quando se olha pelo lado da precificação. Uma coisa é você precificar olhando para trás, quando você tem experiência estatística; toda a atividade securitária é fundada nesse princípio do cálculo atuarial. A tarifa praticada tem a ver com a experiência, traduzida no custo médio e na frequência dos eventos, por faixa etária, por região, etc., quando se conclui: “o preço é este”. Outra coisa é você passar para o preço final um evento que você não tem absolutamente experiência nenhuma. Corre-se o risco de sub-precificar, assumir um prejuízo muitas vezes irrecuperável, ou, ao contrário, de valorizar acima do necessário e ficar menos competitivo ou reduzir o acesso da sua população segurada.

5. Como definiria a missão da empresa?

Temos que manter um padrão de excelência para poder permanecer na liderança do mercado. E o padrão de excelência também deve ser adequado ao do grupo econômico a quem pertencemos. Que tem uma visibilidade enorme para a população: a marca Bradesco. Então, isso, além de ser uma referência, digamos assim, teórica, de valores, passou a pautar a nossa atividade, o que

também nos beneficia muito. Porque temos o apoio do acionista para fazer programas de qualidade, para ter uma boa estrutura de serviços, para trabalhar no sentido de obter uma melhor aceitação da sociedade, dos beneficiários. Mas, ao mesmo tempo isso reduz a nossa margem de flexibilidade para poder conquistar parte do mercado que não conseguimos alcançar, que requer custos bem mais baixos. Então, esse é o nosso desafio. Eu costumo dizer o seguinte, nesse setor securitário, em geral, e de saúde em particular, fora do crescimento não há salvação. Por que eu digo isso? Porque, por exemplo, eventos médicos que antigamente eram considerados catastróficos, hoje são muito frequentes. Por conta da nova tecnologia médica, por conta do novo padrão epidemiológico da população, dentre outras coisas. Então você diluir risco, nesse mercado, é fundamental. É por isso que as pequenas e médias operadoras estão fadadas ao fracasso ou então o marco regulatório tem que ser colocado de cabeça para baixo para adequá-lo à realidade. Então, voltando à nossa missão, ela é crescer e ter uma boa gestão para poder compatibilizar esse crescimento com práticas que retenham os segurados e retornem dividendos para os acionistas.

BLOCO 2: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, USUARIOS PRESTADORES E ORGÃO REGULADOR

6. *Qual é a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor? Participa de alguma entidade representativa do setor saúde? E do setor empresarial/industrial em geral?*

Participamos, hoje, com perto de 44% do mercado das seguradoras de saúde. O que tem acontecido é uma estabilização das demais seguradoras especializadas em saúde que são: Marítima, Porto Seguro e Allianz, o que aumenta o nosso *market-share* nesse segmento. O importante hoje, não é nos compararmos com seguradoras especializadas, e sim nos compararmos com o mercado de operadoras em geral, porque acabou a diferença entre seguradora e não seguradora. Isso só existe na cabeça de alguns. Então nossa participação no mercado global é de 12%, hoje, em termos de beneficiários.

(Entrevistadora): *Qual a relação da BRADESCO SAÚDE com as outras empresas do setor?*

Participamos da FENASAÚDE. A Bradesco Saúde ocupa, até 2016, a presidência da FenaSaúde. E quem é a FenaSaúde? Primeiro, as seguradoras se juntavam em torno de uma entidade federativa que era a FENASEG, a federação de todas as seguradoras. Mas, com a lei 9.656 as diferenças entre seguradoras e não seguradoras começaram a se apagar. Então, a tendência das maiores operadoras, e que já estavam consolidadas no mercado, foi de se aproximarem mais. Então foi criada a FenaSaúde, que hoje representa 17 grupos de operadoras. Participam dela as 9 seguradoras de saúde e mais outras grandes operadoras médicas e odontológicas, como Amil, Intermédica, Odontoprev, e agora, recentemente, a Hapvida.

(Entrevistadora): *participa de alguma entidade representativa do setor saúde?*

Como presidente da FenaSaúde, a Bradesco Saúde tem assento na Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo da ANS. Também como FenaSaúde, participamos do Fórum de Saúde Suplementar, que reúne Abramge, Unimed, Unidas e as Filantrópicas. Também, participamos do IEES, Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. E da ASAP.

(Entrevistadora): *E da Confederação Nacional de Serviços de Saúde?*

Não participamos. A CNS só congrega prestadores de serviços: os hospitais, estabelecimentos de saúde, clínicas e laboratórios.

(Entrevistadora): *E da ALAMI, Associação Latino Americana de Sistemas Privados de Saúde?*

Não, quem participa é a ABRAMGE, mas é uma boa ideia a FenaSaúde também participar.

(Entrevistadora): *E do setor empresarial/industrial em geral? Vocês participam de alguma federação de indústrias, do comércio em geral?*

Não. E eu acho que talvez esse seja um dos pontos estruturantes que ajudem a rever e estabilizar o marco regulatório da saúde suplementar. Criar uma instância que reúna todos os agentes da cadeia produtiva da saúde. Hoje, a grande disfunção que existe no setor de saúde, no mercado, inclusive no setor público, é a falta de conexão entre esses elos da cadeia setorial. A dinâmica volátil do padrão prevalecente de custos e de valorização de atividades tem a ver exatamente com os atritos e fricções ao longo da cadeia. Alguém vai ter que sentar, brevemente, e tentar entender e pacificar essa cadeia produtiva. Atualmente as articulações são débeis. Temos com a ANAHP [Associação Nacional de Hospitais Privados] que congrega os maiores hospitais, mas hoje em uma situação muito mais de conflito do que inter-relacionamento. A FenaSaúde tem procurado, em um passado mais recente, se aproximar das Federações de compradores dos planos de saúde, como as federações da indústria, do comércio, exatamente para tentar mostrar para eles o que a gente enxerga no setor. Afinal, são as empresas quem paga a conta da saúde dos seus funcionários.

7. Como analisa a atuação da ANS? Qual a relação da Empresa com a ANS?

A atuação da ANS, de novo, está passando por uma transição. Quando olhamos para a ANS, tendemos a confundir duas coisas. Uma delas é a evolução do marco regulatório. Outra coisa são as descontinuidades dessa evolução por causa dos ciclos de substituição de diretores da Agência.

Até que ponto há uma evolução do marco regulatório pela sua maturidade, pelo amadurecimento da Agência e dos agentes do mercado privado, e até que ponto isso é fruto de reposicionamentos de poder dentro da Agência? Por exemplo, nós estamos vivendo um momento em que, no meu modo de entender, a ANS adquiriu um grau de maturidade elevado, após 17 anos de regulação, mas isso não se traduz em nova ação efetiva por conta das acomodações políticas. Acaba o mandato do presidente agora, ninguém sabe quem vai substituí-lo, quem vai ser o novo diretor-presidente. Há dois diretores novos, que sequer eram da Casa. Isso dificulta a previsibilidade normativa. E é por isso que eu atribuo tanto importância ao marco regulatório. Acho que a agenda regulatória pode ser um instrumento capaz de propiciar estabilidade e uma linha de orientação a longo prazo..

8. Qual sua opinião sobre a atual regulamentação dos planos de saúde?

Deixe-me voltar a um ponto aqui sobre a Agência. Qual é o seu papel? Eu lembro que assim que assumiu o Temporão [José Gomes Temporão, Ministro da Saúde no primeiro governo Lula], na época a Fenaseg (ainda não existia a FenaSaúde) pretendeu entrevistá-lo. Acho que a resposta foi dada por um assessor do Ministério da Saúde. A primeira pergunta foi se o Ministério da Saúde enxerga a ANS como um órgão de fomento do setor. “De jeito nenhum! ”, foi a resposta. Em verdade, não sabemos se a resposta mudou desde então. É preciso ficar claro que um órgão regulador setorial não é uma entidade de defesa do consumidor. Para isso existe o sistema SENACOM e outras entidades consumeristas do tipo Proteste. O órgão regulador deve cuidar da regulação no sentido amplo, no sentido da higidez, da solvência, padrões de excelência de comportamento, entre outros; há implícita, portanto, uma função de fomento. O setor tem que se desenvolver, tem que crescer, mas como é que cresce um setor num Ministério que é basicamente pró-SUS? Pró-SUS não, sanitarista, e que vê o setor de saúde suplementar com muitas reservas. Então eu acho que existem contradições na visão que o próprio Ministério tem sobre o setor suplementar, do alcance que ele tem. Há discussões que ainda não chegaram à sociedade, mas eu sei que estão povoando os gabinetes. Por exemplo, a integração entre sistemas público e privado, os limites do SUS e da iniciativa privada, coisas que o Fausto [Fausto Pereira dos Santos, ex-diretor-presidente da ANS] queria debater e não estão sendo abordadas.

Essas grandes definições têm consequências muito fortes sobre a estruturação e organização da Agência. Porque, por exemplo, a dimensão assistencial, tinha adquirido uma hegemonia dentro da Agência. A dimensão econômica tinha sido quase que relegada a segundo plano. Muitos lá sequer sabiam o conceito de solvência. Indagações do tipo: solvência? Para quê as garantias de provisões técnicas? Capital mínimo? Porque empatar o capital de operadoras que precisam investir em hospitais? Essa visão precária está dando lugar a uma visão mais madura do funcionamento do setor. Porque o sistema privado passa por um momento de insolvências. Em grande parte, porque há operadoras que não conseguiram se ajustar ao padrão assistencial exigido. Então, enquanto não se resolver essa questão da dualidade, do que se quer dos sistemas público e privado, também a Agência não vai ter muita clareza do seu papel.

BLOCO 3: CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

9. *A empresa tem relação comercial/de sociedade com outros ramos empresariais da saúde, a exemplo de hospitais, empresas farmacêuticas e de equipamentos/insumos?*

Ainda há uma grande discussão sobre as virtudes e deficiências, para as operadoras, dos modelos de verticalização. As grandes operadoras que não tem rede própria de prestação de serviços médicos argumentam com a “verticalização virtual”. Quando a operadora se aproxima do hospital para pactuar algum tipo de relacionamento, não é só de preço, mas de acesso, de serviço, de qualidade, de preferência, tudo que rege uma relação comercial. O hospital pensa: “O Bradesco está chegando aqui para fazer uma relação comercial comigo e os segurados deles vão ocupar tantos leitos meus”. Então, em contrapartida a tantos leitos que eu vou ocupar tanto movimento que eu vou propiciar isso tem uma contrapartida econômica e um final financeiro. E essa relação comercial se expande para outros relacionamentos. Por exemplo, eu não vejo um futuro sem a hierarquização da rede de prestação de serviços médicos. Hoje, o setor de saúde suplementar não tem uma rede hierarquizada. Nem o setor público tem, se você pensar bem. É um arremedo de hierarquização. O caminho do setor para um provimento mais eficiente, mais usuário-centrado, vai se dar quando você conseguir hierarquizar a rede de atenção à saúde. O sujeito saber onde ele está entrando, conseguir percorrer adequadamente o seu tratamento sem desperdícios. Então essa discussão está sempre presente, está sempre pautando o relacionamento entre Bradesco Saúde e os hospitais, laboratórios e rede médica. A questão é como conquistarmos a melhor relação de parcerias que seja positiva do ponto de vista do custo-benefício, e mais longa, usuário-centrada. Para tanto, é preciso hierarquizar a rede.

(Entrevistadora): *Mas isso está no horizonte?*

Permanentemente no horizonte. Hoje, já temos no horizonte a premissa de que precisamos construir um modelo diferente do nosso atual. Infelizmente não posso adiantar muito sobre isso. Mas, digo que já estamos avançando em projeto de hierarquia de rede, e que não se confunde com um produto. Não é que Bradesco Saúde vai lançar um produto “hierarquia de rede”, não é isso. Pensamos em alternativas para os beneficiários, diferentes do atual modelo de acesso aberto. O que está em perspectiva é um modelo estruturado no fluxo do paciente, um modelo de itinerário terapêutico, que tem a ver também com a capacidade da rede de dar o melhor resultado nesse itinerário. Sabemos que não é fácil, até porque não há nenhum paradigma a seguir.

Somente a hierarquização da atenção à saúde pode mudar o atual estado de coisas. Hoje os hospitais ganham dinheiro com a margem sobre o valor de materiais, medicamentos e equipamentos. O que construiu uma relação deles com fabricantes e distribuidores. Recentemente, sem alternativas, entramos procurando romper esse ciclo. Porque ele atingiu uma escalada inflacionária tamanha que iria colocar em risco o próprio negócio. Então para romper isso, precisamos voltar a nossa atenção para os distribuidores e fabricantes. Estabelecemos primeiro com eles um tipo de acordo: “me deem uma condição comercial melhor que eu me obrigo a colocar seus dispositivos médicos nos hospitais”. Fizemos esse acordo com os melhores

fabricantes de materiais de alto custo, os das melhores marcas. Então voltamos para os hospitais: “temos aqui melhores condições de preços com esses melhores materiais; vamos pactuar novas margens de comercialização sobre esses preços”. Então, cada vez mais a gente procura entender melhor, na ausência de uma cadeia produtiva integrada, como podemos pactuar uma nova relação ganha-ganha sem tanta volatilidade de custos.

(Entrevistador): *E vocês têm sido bem-sucedidos?*

Tem sido fantástico! É o que pode ser feito enquanto essa questão não for resolvida sistemicamente. Você sabe como é, vida empresarial é assim, naquele momento eu estou perdendo, e já buscando uma forma de compensar aquela perda que eu tive. Nenhum modelo pode permanecer assim. Você tem que pactuar uma relação mais estável.

(Entrevistadora): *Esses movimentos têm sido feitos pela FENASAÚDE?*

Não. São individuais. Cada operadora faz o seu. AFenaSaúde está pretendendo discutir modelos mais gerais; ela não substitui as associadas. O que estamos discutindo na FenaSaúde é o DRG (diagnosisrelatedgroup), um novo modelo de pagamento para a rede prestadora de serviços. Mas, onde esse modelo foi desenvolvido, o Estado, o poder público, foi quem contribuiu para fazer avançar. Hoje, se a ANS, o Ministério da Saúde, não entrarem usando a sua autoridade, o seu poder de coordenação para juntar esses elos todos, dificilmente haverá avanços na mudança do modelo de *fee-for-service* que tem elevado preços a níveis nunca antes experimentados no Brasil.

Uma alternativa à voltar às câmaras setoriais utilizadas na década de 90. Para tentar uma pactuação melhor.

(Entrevistadora): *Como a empresa avalia a diversificação de atividades por parte das empresas de planos de saúde?*

Eu não acho que seja uma tendência. Parece corresponder mais à estrutura societária de cada empresa. Eu não gosto de falar de empresas concorrentes, até porque fica parecendo ataque com finalidade comercial. Mas esse aspecto é o que a Amil vem observando após a sua aquisição pela United Healthcare. A Amil tinha um grau de liberdade muito grande, e está deixando de ter. Há uma nova governança, que muda o anterior modelo empresarial. Acho mesmo que a tendência é de especialização; das empresas darem mais foco naquilo que elas sabem fazer e terceirizar o que não é de sua especialidade.

Essa questão do que é *pro-business* e do que não é *pro-business* varia muito com relação ao estágio empresarial de cada um. Na tendência capitalista universal, do circuito de valorização de

capital, todo mundo acaba dedicando atenção para aquilo que sabe fazer e para aquilo que o diferencia na competição. A Orizon, por exemplo, se dedica a processos que não são concorrentes; daí nos ter aproximado de CASSI. Ela é uma plataforma de serviços, inclusive de transações eletrônicas entre prestadores de serviços e operadoras. Pouca gente sabe que uma das experiências mais bem-sucedidas de regulação da ANS foi a da padronização das transações. Era uma confusão dos diabos! Não sei quantos de vocês, antes disso, foram a uma clínica que tinha seis, sete formulários diferentes, um para cada operadora. Havia uma ineficiência muito grande para a própria operadora, na prestação do serviço. O fato de você criar padrões de comunicação, isso deu uma racionalidade positiva para o consumidor que tem acesso mais rápido, sem muita burocracia.

O mesmo se aplica a outras atividades das operadoras, buscando sinergias comuns que podem reduzir custos, sem prejudicar o padrão competitivo. Porque ter serviços próprios, por exemplo, de remoção, ambulância...

(Entrevistadora): *AHAPVIDA, por exemplo, está indo na direção contrária. A HAPVIDA tem sistemas próprios.*

É uma operadora local ainda, não esqueça. Ainda é. O mercado dela ainda exige. Não tem onde comprar. Vai comprar de quem, da UNIMED?

(Entrevistadora): *Como avalia a chegada do capital estrangeiro no setor? Sua empresa pretende abrir-se para o capital estrangeiro?*

A entrada do capital estrangeiro propicia novo dinheiro, *funding*. Bradesco Saúde não está buscando *funding*. Que que acaba custando caro, não apenas no sentido do empréstimo, mas também pela *governança*, você passa a ter responsabilidade compartilhada. Então, trata-se de novos capitais. Não só para a operadora como também para o hospital. Todo mundo está atrás de dinheiro novo.

A segunda dimensão da abertura ao exterior é a inovação, que acompanha sempre os movimentos internacionais de capital. Eu estou ainda para ver melhor, e isso é outra discussão, o que United Healthcare está trazendo dos Estados Unidos. Já os outros Países que podem aportar inovações, todos eles têm hegemonia do sistema público, exceto África do Sul, Austrália. Quem mais tem sistema privado? A Coreia, e, na nossa América do Sul, há o Chile, mas que não tem grandes novidades.

10. Como avalia as compras, aquisições e fusões no setor? Sua empresa está aberta a compra/venda, fusões?

Fundir quem com quem? Eu acho que as principais fusões já aconteceram. Se houver uma fusão adiante, só deverá ser fusão muito grande. Talvez precisemos de mais elementos para um exercício de futurologia do que será um padrão ótimo de mercado em termos de escala, de tamanho. Eu acho que o principal problema que a ANS deva estar vivendo hoje é que o expediente da portabilidade é muito bonito no conceito, mas quem porta o quê hoje no mercado brasileiro? Como dar portabilidade para quem não tem a mesma cobertura que eu tenho, não tem a mesma rede que eu tenho, não tem o mesmo preço que é preciso para equilibrar o plano de saúde. Então, voltando às fusões, quem deseja comprar carteiras desequilibradas ou adquirir operadoras em dificuldades? Então eu acho que as fusões devem ter chegado ao limite.

11. Como avalia o movimento do setor de verticalização, investimento em rede própria? Sua empresa pretende investir na verticalização?

Não temos paradigma que deixe de ser discutido. A verticalização tem aspectos positivos e pontos negativos.

A norte-americana *Kaiser Permanent*, por exemplo, é um sistema misto de cooperativa, em que a propriedade, a participação do prestador faz parte do negócio. Não há ainda, no Brasil, experiência que demonstre que uma coisa é melhor do que a outra. A Golden já teve rede e deixou de ter, os americanos da *United Healthcare* que compraram a Amil não tem rede no seu país de origem. Por outro lado, você ser um operador nacional, num país de dimensões continentais como o Brasil com rede própria, esquece...

12. Qual a origem/composição do capital da empresa? A empresa prevê mudanças na composição do capital?

A origem do capital da Bradesco Saúde é Bradesco, 100% nacional.

(Entrevistadora): *Ela prevê mudanças na composição do capital?*

Não.

BLOCO 4: LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE/RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO

13. A empresa possui alguma atuação no setor público?

Não. Eu sei que tem algumas que estão fazendo parceria público-privada. A gente até agora não percebeu isso como uma vantagem.

14. Qual sua opinião sobre o ressarcimento ao SUS?

O que eu tenho é a minha experiência. Primeiro, entendo que o ressarcimento não é expressivo em termos financeiros. O que pagamos de ressarcimento ao SUS, anualmente, não chega a um dia de sinistros. E mais, o ressarcimento ao SUS, ele é baseado, ele é explicado por três grandes itens. Um, é óbvio que é o transplante, porque há a fila comandada pelo SUS. Mas o maior são atendimentos decorrentes de acidentes de veículo. O beneficiário é atendido pelo sistema público e lá permanece, a maioria das vezes pela situação de emergência. Esses grandes eventos, muitas vezes vinculados ao primeiro atendimento, são de cirurgias ortopédicas, enfim, são caríssimas hoje em dia. E o terceiro motivo ainda carece de melhor explicação: é o parto. Nós temos uma das melhores redes de partos do país, maternidades. Talvez a explicação resida na relação que a gestante tem com o médico, que também milita em hospitais públicos. Alguém precisa estudar esse fenômeno e explicar por que, independentemente do tamanho de rede, parto é um procedimento de elevado ressarcimento pelas operadoras.

15. Como avalia a política fiscal de dedução de gastos com a saúde para pessoa física?

Acho razoavelmente adequada. Neste ponto também há uma discussão política, ideológica e econômica, mas eu acho que o aspecto econômico tem perdido para o ideológico e o político. O incentivo fiscal é muito pequeno comparado ao benefício, à desoneração, do setor público de saúde propiciada pelo setor privado. O setor privado, hoje, desonera o SUS em cerca de 100 bilhões de reais ano. Essa é a conta. Isso é quanto se paga hoje para o setor privado. Quanto é que é o benefício fiscal das pessoas que pagam por serviços que desoneram o SUS em 100 bilhões de reais ano?

16. Como avalia subsídios e isenções às empresas de planos de saúde?

Existe uma grande discussão sobre isso, e é uma discussão de fundo mesmo. Eu avalio na vertente privada. Talvez tenhamos que avançar ainda mais em incentivos fiscais para empresas. Como a experiência, dos EUA, das *health savings account* (HSA), que inadequadamente são chamadas de VGBL Saúde. Lá, grande parte dos seguros de saúde estão vinculados a uma franquia que é paga pelo beneficiário na hora de fazer o evento. Não todos os eventos. Vários são excluídos. Como é o sistema? Criou-se uma caderneta de poupança, na qual a empresa empregadora e o beneficiário aportam recursos, com incentivos fiscais. E como é que se pode utilizar esse dinheiro? Apenas em três hipóteses: quando demitido ou quando aposentado, para adquirir um plano de saúde individual no mercado, ou para pagar a franquia. É uma forma de acumulação, que poderia ser adotada no Brasil para facilitar a compra de um plano de saúde

individual pelos empregados demitidos e aposentados, e também para poder moderar os gastos desnecessários.

17. Como você avalia a atuação do BNDES junto às empresas de saúde?

Desconheço a atuação do BNDES junto às empresas de saúde.

BLOCO 5: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

18. Como você avalia o mercado atual e quais serão os nichos de expansão?

Entendo que, mantidas as atuais circunstâncias, corre-se o risco de esgotamento da capacidade de empresas e famílias financiarem a saúde privada. A dinâmica do mercado atual, e futuro, continuará respondendo à demanda das empresas, dos benefícios das empresas para os seus colaboradores. Como as grandes empresas já fornecem o benefício, as pequenas e médias empresas são quem formarão a porta de acesso à medicina privada. Ainda há um enorme campo de expansão para o crescimento junto às pequenas e médias empresas, mas ocorre que, para tanto, haverá necessidade de ajuste de custos e preços. Não acredito que, na presença de tamanha inflação médica, o atendimento médico privado vá aumentar como tem aumentado nestes últimos anos.

19. Quais serão as estratégias de expansão no setor privado? E no setor público?

No segmento privado, contenção de custos, expansão para pequenas e médias empresas e ampliação geográfica e de camadas sociais.

20. Como você prevê a futura cobertura de medicamentos para pacientes ambulatoriais?

Eu tenho receio desse negócio. Nos EUA, os programas de fornecimento de medicamentos provocaram uma explosão de custos. É como a velha máxima de Keynes, “a oferta cria a sua própria demanda”. É a indústria atacadista de medicamentos, e o setor varejista de farmácias, querendo impor um modelo de negócios suportado pelos planos de saúde.

21. Você acredita que haverá uma intensificação dos investimentos estrangeiros no setor? E dos investimentos nacionais?

Não, não vejo. Nos hospitais talvez. Eu não posso dar uma opinião avalizada porque eu não conheço profundamente o setor hospitalar. O que eu ouço é o seguinte: os hospitais brasileiros têm, em média, muito poucos leitos. Resta saber quais são as condições que os investidores estrangeiros, inclusive as grandes redes de hospitais que existem em outros países, exigem para aportar recursos. Enfim, é uma discussão complexa e não gostaria de me posicionar por não conhecer todas as variáveis.

(Entrevistadora): *E os investimentos nacionais? Haverá intensificação no setor?*

Eu acho que sim. A não ser que haja uma reviravolta na regulação que afugente o investidor. Hoje continua a acontecer uma consolidação no mercado privado – de operadoras, de prestadores de serviços, de corretores. Eu sou otimista com relação à saúde privada. Temos melhorado as práticas, o setor busca a eficiência, o consumidor fiscaliza as operadoras. Temos um caminho bom a ser percorrido.

22. Como você acha que será o futuro do sistema de saúde brasileiro?

Só Deus sabe! Atualmente estamos vivendo um período único, no sentido de que todos os problemas acumulados ao longo dos últimos 17 anos estão sendo percebidos por todos. É preciso ter coragem e vontade política para debater os problemas, equacioná-los e implantar as mudanças necessárias. O modelo precisa ser revisto. É dessa coragem de mudar que depende o futuro dos sistemas de saúde, seja o público seja o privado.

23. Qual será a inserção desta empresa no futuro sistema de saúde brasileiro?

Sempre buscando liderar, em escala e em práticas sustentáveis. O resto a Deus pertence...

FIM

Transcrição FABR/ Revisão e edição JAFS

CASSI

Transcrição da entrevista com o Presidente da CASSI, *Davi Salviano de Albuquerque Neto* realizada em 31 de outubro de 2014.

BLOCO 1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.

1. O que motivou sua participação na CASSI?

Gostaria de agradecer a vocês todos. Primeiro, meus parabéns, porque não é fácil desenvolver seja uma dissertação, seja uma tese. Eu brinco dizendo que foi outro filho que eu tive, porque deu trabalho, porque não é fácil. Então parabéns a vocês, que vocês levem à frente principalmente nessa área. E o professor pediu para falar sobre a trajetória e eu acho muito interessante par vocês a minha trajetória porque eu sou pernambucano, entrei no Banco do Brasil em 82. Engraçado que eu entrei por uma motivação nada comum, eu fiz três anos de engenharia química na Universidade Federal de Pernambuco, só que em três anos de faculdade eu tive seis greves. Então eu não aguentava mais, aí eu perdi toda a motivação para continuar porque você não tinha sequência de nada. Apareceu o concurso do Banco, eu fiz, me motivei e resolvi fazer carreira no Banco. Depois não aguentei um ano sem estudar, voltei, fiz direito e outras formações. Mas o fato é que a gente entrava no Banco do Brasil com a lógica de que você entraria para ajudar no desenvolvimento do país. E isso é algo que me motivou muito, inclusive para a gente ir para o interior. Eu sou do interior. Para a gente voltar da capital para o interior. E o que isso tem a ver com a CASSI? A CASSI ela é o plano de saúde dos funcionários do Banco. Ela completou esse ano 70 anos de existência, mas 70 anos que eu comentava com o [entrevistador], dos quais ela só existe com autonomia de 96 para cá. Até 1995 a CASSI era uma pessoa jurídica que existia dentro do departamento de recursos humanos do Banco do Brasil. Porque como o Banco do Brasil tinha a lógica de Estado, de estar nos locais, nos lugares em que o governo não poderia estar, ele era quase que uma entidade que representava o governo, então era preciso motivar os funcionários para ir para o interior. Daí a criação da cooperativa, daí a criação do plano de saúde. Então eu sempre digo que os colegas de 44 que imaginaram o plano de saúde como algo motivador, como algo diferente para os funcionários do Banco do Brasil, que eles foram visionários. Eles não tinham talvez o conhecimento técnico, eles não tinham a noção do que era o sistema de saúde, mas eles sabiam que para motivar o funcionário a ajudar nesse desenvolvimento eles tinham que ter algo diferente. E aí para nós a CASSI era algo que a gente usava quando estava doente. Essa era a concepção que eu tinha de CASSI. Até que em 95, no final de 95, tudo no Banco é processo seletivo, nada é indicado, você tem processo seletivo mais amplo, mais breve, mas você tem. E aí eu já era gerente do banco e vi um processo seletivo para implantação das unidades CASSI. Em 95 a gente quebrou, a CASSI faliu. Ela só tinha recursos para três anos. Porque ela simplesmente repetia o modelo de pagador de contas, ela simplesmente pagava contas. As pessoas adoeciam, iam ao hospital. Era isso que a gente fazia. E quando nós quebramos, em 95 quando houve essa quebra, nossas reservas chegavam a dois meses de contas, três meses no máximo, o Banco fez um acordo com o corpo social. Eles dividiram as despesas da CASSI, racharam as despesas da CASSI por três meses, fizeram um processo seletivo interno para quem já era gerente a pelo menos cinco anos e colocaram para a gente a missão de organizar um sistema de saúde privado. Isso era 1996. Então eu fui, eu participei desse processo seletivo motivado por esse desafio que é implantar um sistema de saúde. Muito com a cabeça de bancário, com a ideia de que organizar um sistema de saúde é organizar pasta, é organizar atendimento, sabe, aquela visão que a gente tinha do modelo de atendimento de um banco. E aí quando a gente chega na CASSI em 96, em janeiro de 96, você se surpreende com um mundo, com um universo que é a saúde. Com algo que é bem mais complexo, com algo que precisa de uma abordagem muito diferente. Então eu acho interessante que eu fui formado na área financeira, eu fiz processo seletivo para a área financeira, fui nomeado gerente e capacitado para a área financeira, e fui para a CASSI achando que bastava arrumar isso aqui e estava resolvido nosso problema. E aí descobri

outro mundo que me fascinou, por isso que eu fiz especializações na área de saúde, três, depois fiz um mestrado. Enfim, e estou nessa área e gosto. Então, para mim é muito importante esse desafio que todos nós temos. Por mais que a gente vá compreendendo que saúde é algo mais amplo, nós temos uma tendência, estou falando do mundo que eu vivo, a gente tem uma tendência de achar que a visão do paciente, do associado, do usuário, do participante, eu não dou muita importância ao nome, acho que ele tem que ser tratado como o centro principal das nossas atenções. O nome aí alguns preferem usuário, não pode ser usuário, tem que ser cliente, cliente é coisa de privado, tem que ser participante. Mas assim a gente às vezes cai nessa armadilha para achar que o cara vai entender, o nosso participante, nosso cliente, nosso associado, ele vai entender o que são, o que é um sistema de saúde, do jeito que a gente estudando entende. Então esse choque eu tive. Foi um choque muito positivo para mim. O choque causou um fascínio pela área da saúde. Então eu sou um egresso da área financeira, hoje fascinado por esse universo da saúde, tanto que já tenho uns 32 anos de banco, 18 na CASSI. Comecei como gerente implantando a unidade CASSI em Pernambuco, implantando mesmo do zero, não tínhamos nada, não tínhamos processo, não tínhamos definição de atuação, não tínhamos definição de modelo de saúde. Nós levamos quatro anos debatendo entre o modelo que existia, que existe ainda hoje, o majoritário, o hegemônico e o modelo de atenção integral. Foram quatro anos de longos debates até que a gente conseguiu consolidar na empresa que nós queremos ter um sistema de saúde [...].

(Entrevistador) quer dizer que na verdade a sua vida profissional começa no Banco do Brasil e vai para a CASSI que é do Banco do Brasil e nunca teve outra atividade.

Não, eu trabalhei. Nordestino começa a trabalhar cedo, sem carteira assinada, o que é um espetáculo. Então assim, eu comecei a trabalhar no comércio aos 10 anos, mas carteira assinada na minha vida, eu só tenho o Banco do Brasil. Porque mesmo na CASSI, nós somos funcionários do Banco, a gente tem o contrato de trabalho da gente suspenso com o Banco do Brasil e é colocado à disposição da CASSI. O nosso vínculo é com o Banco do Brasil.

2. O que mudou ao longo desses 16 anos que o senhor está na CASSI e quais são os principais desafios hoje e os pontos, qual é a agenda atual da CASSI?

Olha, o que que mudou? Primeiro mudou a nossa própria forma de organização. Quando a CASSI ganhou autonomia em 96, naturalmente, eu acho que isso não é, não gosto muito de dizer que as pessoas erraram, no contexto da época, vamos voltar lá para a época. Nenhum de nós tinha experiência com sistema de saúde. Nenhum de nós. A gente queria, mas nem sequer sabia o que queria. Então, lá atrás, a gente pensava, nós projetávamos a CASSI como uma estrutura de banco com a placa de saúde. Do ponto de vista do processo, do ponto de vista de prioridade, do ponto de vista de políticas, de estratégias, de tudo. Nós acreditávamos que era copiar o banco, só que com uma placa de saúde, com médicos e por aí vai. Então, o primeiro grande desafio lá e que ainda é hoje é fazer com que executivos da área financeira pensem saúde. Não é fácil. Por que? Primeiro porque a saúde ela não tem aquela lógica matemática. Então você tem uma mesma abordagem com um paciente de uma mesma idade, com resultados completamente diferentes por uma série de fatores. Isso, para quem trabalha na área financeira é muito difícil, é muito difícil você pensar saúde quando você está acostumado a 1+1 ser igual a 2. Então, existe esse desafio da enculturação do executivo que vem para a CASSI pensar como gestor de saúde. Existe uma

necessidade de capacitação que hoje o nosso grande desafio é sobreviver como sistema de saúde. Porque professor, eu acho que nós vamos falar isso lá na frente, mas assim, hoje no Brasil nós fazemos o mesmo diagnóstico da crise, estou falando do setor privado, a crise do setor público é um pouco diferente, na minha opinião. Mas no privado a gente, o IESS [Instituto de Estudos em Saúde Suplementar] soltou e a ANS soltou também na semana passada, no primeiro semestre de 2014 e você vê claramente despesas de saúde subindo 15,6% em um semestre que não é o semestre pior. É o semestre de menor sinistralidade. O sistema de saúde suplementar no Brasil também vive disso, onde tem carnaval, onde tem semana santa, ninguém adocece.

Muito interessante. Brincando, se eu fosse Ministro da Saúde, eu fazia quatro carnavais no ano e estava resolvido o problema.

Mas, brincadeiras à parte, mas assim, não é o pior semestre. O pior semestre é o segundo e o quarto trimestre. Esse é o que inviabiliza o ano. Então o sistema de saúde ele caminha assim. Ele está nesse degrau até setembro. Outubro, novembro e dezembro ele vai para esse degrau aqui e não volta mais, não volta mais. Ele começa desse patamar que ficou em dezembro. Então você veja que o adocimento é cronológico. Ele tem data agendada. Se você botar vigia em outubro, novembro e dezembro você consegue descobrir. Claro que eu estou ironizando, né. Porque isso pra mim é vergonhoso. Então você alcança esse patamar de despesas no trimestre, começa o ano que vem com ele e aí primeiro semestre é estável, segundo semestre sobe de novo e assim vai sucessivamente. Nesse primeiro semestre, o crescimento da sinistralidade em 15.6 das despesas, de 15.6 de sinistralidade, se descer um ou dois pontos percentuais, significa que vamos ter um ano muito ruim. Porque a gente não tem na nossa agenda, aí estou falando do setor de saúde suplementar, de discussão da saúde. A gente discute tudo, a gente discute o modelo de custeio, a gente discute a gestão do sinistro, a gente discute políticas de regulação. E tem que discutir, eu acho que são discussões que fazem parte de qualquer sistema, público ou privado. O que não pode é ser essa a discussão central. E o que a gente não discute na saúde? Saúde. Então, a CASSI, ela paga um preço caríssimo, porque em 2002 ela assumiu publicamente o modelo de atenção integral. Ela tem 65 unidades de serviços próprios, espalhadas no Brasil. Precisaria de ter mais, mas o investimento é pesado. Essas unidades elas funcionam como unidades primárias de atenção à saúde. Equipes para 1200 pessoas lideradas por um médico de família, com enfermeira, auxiliar de enfermagem, nutricionista, psicólogo, aí não em todas. Para quê? Para a gente tentar ser uma porta de entrada não obrigatória, porque eu não posso fazer isso obrigatório, a legislação não me permite. A legislação permite que meu paciente seja manipulado no sofrimento dele, mas não me permite fazer uma porta de entrada obrigatória. Então são desafios que a gente tem. Um grande desafio hoje é sobreviver sendo um sistema de saúde.

(Entrevistador) O que o senhor entende, qual é a ideia de pensar a saúde que o senhor procura passar para o pessoal da CASSI e mais genericamente para todo o sistema de saúde suplementar?

A minha grande, o grande trabalho que eu tenho é para auditar os projetos porque eu acho que é fácil apontar o dedo, mas não é culpa, não existe a culpa. Existe o seguinte, a área financeira, ela mensura rentabilidade. Só que na área da saúde toda a rentabilidade é montada em função de doença, não em função da produção da saúde. Vou dar um exemplo. Nós levamos, que eu acho que quase três anos para desenvolver um sistema de avaliação dos nossos serviços próprios de saúde. Por que? Primeiro porque eu não acredito em nenhum sistema que não se avalie. Um

sistema apenas sonhador é retórico, ele é teórico, ele é muito lindo para fazer uma poesia, um discurso, mas ele não é um sistema de saúde. Um sistema de saúde tem que ser avaliado e ele tem que ser capaz de provar que a intervenção, que o investimento feito resultou em algo. Aí começa a nossa diferença. Na área financeira, investimento tem que gerar renda, rentabilidade. Na área de saúde brasileira a rentabilidade só aparece a partir da doença, porque se você cuida da saúde você evita o gasto, pelo menos você... eu não gosto da palavra minimizar. Eu vou falar por quê. Quando a gente fala minimizar na área financeira, o cara entende como diminuir. Eu defendo o seguinte: Se você pegar a curva de crescimento da despesa, a inclinação dela vai ser mais branda se houver uma intervenção primária. Essa inclinação mais branda, ela dá exatamente ao gestor o tempo de trabalhar a receita. Porque nunca nós vamos ter folga. Eu não acredito nisso. Nós não vamos ter nunca uma situação tranquila em sistema público ou sistema privado. Você muda o perfil de adoecimento, você muda o comportamento, você muda a cultura da sociedade, você vai mudar todo o quadro de adoecimento. E quando você estiver pronto para intervir nisso antes do adoecimento, as mudanças sociais, as mudanças demográficas, as mudanças de cultura, vão provocar outra mudança. Então o tempo todo o gestor da saúde vai estar em um desafio de encontrar essa ação correta para se fazer de uma forma preventiva. Então, qual é a luta nossa? Eu falava do exemplo. Nós levamos três anos por quê? Porque o analista de uma área de banco, ele quer saber o seguinte: eu vou montar uma estrutura de serviço próprio, ela vai me custar duzentos mil, o que ela vai me gerar se serviço para que haja o retorno do meu investimento? Mas quando você atua na atenção primária o que você gera de serviço e de produto concreto, atendimento, consulta, exame, pré-consulta, é muito menor do que o que você evita de desperdício. E essa mensuração do desperdício é uma lacuna que a gente não tem, pelo menos que eu conheça, que a gente não está avançando nas discussões. Eu admiro muito um cara chamado Aluísio Gomes da Silva Júnior que é lá da UFF [Universidade Federal Fluminense]. O Aluísio ele, o doutorado dele foi em modelos técnico-assistenciais de saúde, então eu aprendi tudo com ele, estou aprendendo porque eu não morri. Então continuo aprendendo com ele. Eu e Aluísio a gente sempre discutiu o seguinte: eu brincava dizendo que olha, o pesquisador que se dedicar a isso vai ganhar um NOBEL, porque esse é o grande nó. Como é que a gente mensura a contenção, como é que você mensura o ganho, como é que se mensura o valor agregado em saúde do paciente que não é uma entidade financeira, mas é econômica. Então, esse é o problema, o banco tem todo um mecanismo e um saber muito grande para avaliar financeiramente qualquer tipo de investimento, qualquer tipo de inversão. Mas a saúde trata, além dos aspectos sanitários, da questão econômica, nisso nós temos uma lacuna imensa. Então foram três anos de muitas emoções, profundas emoções, até que a gente conseguiu aprovar um modelo em que a gente criou uma regra de avaliação.

(Entrevistador) A CASSI tem algum documento sobre isso que possa ser divulgado sobre essa dinâmica de evolução do pensamento?

Ela tem uma metodologia de avaliação. Agora, qualquer documento da CASSI para ser divulgado, ele tem todo um trâmite burocrático que precisa ser pedido lá.

Então eu não tenho autonomia mesmo sendo presidente. Eu não tenho autonomia.

Claro que é um modelo assim. É um modelo que... Sistema de saúde, a gente negocia o tempo todo. Com todos os donos. É o modelo possível, mas eu acho que isso é uma lacuna que a gente

deveria explorar mais na academia. A academia devia se debruçar mais sobre modelos de avaliação, não ficar só naquilo que já existe hoje, o custo-efetividade, isso para mim são partes de modelo de avaliação. Não devia ser considerado o modelo de avaliação em si.

(Entrevistador) A CASSI tem algum programa de medicamentos?

Tem, e essa foi outra discussão muito grande, porque desde o início a gente não queria o Banco se voltar para... O Banco naquela linha de agregar benefícios para que os funcionários pudessem ir para qualquer lugar do Brasil, ele desenvolveu uma sistemática de ressarcimento de medicamento, que é o que impera hoje no mercado. O mercado, se você for, a maioria das operadoras de saúde que trabalham que com medicamentos, trabalham com ressarcimento. Dizem: olha te dou uma rede de farmácias, uma lista de medicações aleatórias ou escolhidas por mim por sei lá qual a razão e se você compra esse medicamento nessas farmácias você tem desconto de tanto. Esse é o benefício farmácia que tem aí às pencas. O Banco entrou nessa, ele foi pioneira nessa, mas não deu certo. Porque primeiro, não tinha objetivo nenhum, segundo, quando você ressarcir a apresentação de nota fiscal você está olhando só uma questão burocrática, o cara chega com uma nota fiscal e leva um dinheiro, e isso dá, deu, todo tipo de problema que você pensar. Quando a CASSI ganhou autonomia em 96, uma das coisas que nós recebemos de desafio foi resolver essa questão do medicamento. Com a definição do modelo a gente entende a política farmacêutica como uma ferramenta de gestão de cuidados, também. Uma ferramenta auxiliar do gerenciamento de cuidado. Então para isso a gente definiu as patologias que são mais prioritárias para a CASSI e a gente construiu uma lista de medicamentos da CASSI, lista de medicamentos autorizados da CASSI. Bancário adora abreviaturas, então é LIMACA. Tudo no Banco é abreviatura, então é Lista de Medicamentos Autorizados da CASSI. O que a gente faz? A gente olha os estudos que tem de evidência, a gente olha as recomendações, os protocolos que são existentes e em cima desses protocolos e das evidências médicas a gente cria o benefício da medicação. Então a gente vai de 70% a 90% ou 95% dos casos de neoplasma. Então é uma graduação onde a gente entende que com isso eu estou auxiliando meu paciente no cuidado dele. Como é que a gente tenta fazer para que esse propósito aconteça concretamente? A gente exige que esse paciente, para usufruir da política farmacêutica, seja acompanhado por um serviço próprio. Conseguimos isso nas capitais, não conseguimos no interior, mais difícil. Mas nas capitais a gente exige que ele seja acompanhado pelo menos uma vez por mês, pelo menos. Não é fácil, porque não é obrigatório, mas é o que a gente tenta implementar.

(Entrevistador) A missão da empresa o senhor também já mencionou: realizar um sistema de saúde coletiva. Tem alguma coisa além disso?

Eu gosto muito, antes de falar da missão, de falar da visão. A visão da CASSI, ela foi definida em 2005, ela diz assim: ser referência em sistema de saúde. Isso para mim motivou uma missão que muita gente fala da atenção integral, mas por que eu gosto muito da visão? Porque ela é um desafio o tempo todo. Ser referência não é ser mais um, é ser alguém que se diferencia. E mesmo com toda a dificuldade que a gente tem, porque discutir modelo de custeio no Brasil não é fácil, não é fácil. Acho que a gente vai falar do mercado aqui mais para frente, mas não está fácil sobreviver, e nós temos desafios imensos como atualizar os nossos modelos de custeio, mas essa visão ela é instigadora. Ela não dá o direito do executivo da CASSI se acomodar, não dá o direito

do executivo da CASSI achar que já alcançou a melhor situação e que agora pode simplesmente usufruir. Então isso para mim foi muito importante, como eu falei para vocês eu fui para a CASSI como gerente. Acho que eu comecei a falar e parei. Eu implantei Pernambuco, depois passei cinco meses no Ceará, voltei para Pernambuco, depois fui para Brasília, trabalhei dois anos, um ano em Brasília implantando áreas lá. Voltei para Pernambuco, vim para o Rio de Janeiro. Passei 8 anos e 4 meses tomando conta do Rio e do Espírito Santo, foi aí que me apaixonei pelo Rio de Janeiro, você vê que eu estou falando quase carioca, quase carioca. Então assim, me apaixonei pelo Rio, vou voltar para cá quando terminar minha missão que já está mais próxima. Então assim, depois daqui fui para São Paulo, passei três anos em São Paulo e estou em Brasília há três anos praticamente, dois anos e dez meses. Então essa trajetória foi importante porque eu vivi realidades completamente diferentes. Eu vivi uma realidade de carência total de serviços, carências de quadros formados, vivi a realidade de existência de quadros formados em locais com dificuldades, aqui no Rio de Janeiro o norte fluminense é terrível para administrar um sistema de saúde, terrível. O sul do Espírito Santo também. E fui para São Paulo onde vivi toda a realidade do Brasil dentro da mesma cidade. E toda a realidade do Brasil dentro do mesmo estado. Toda a realidade do Brasil você encontra na cidade de São Paulo, toda. Então isso foi muito importante para essa missão como presidente da empresa nesses 2 anos e 10 meses. Mas também me ajudou a perceber que todas essas experiências que se fazem aqui, voltadas para gerir sinistro, elas estão falidas. A gente sobrevive hoje da ilusão da receita. Você tem dificuldade de...

(Entrevistador) O que é ilusão da receita?

Ilusão da receita é porque o plano privado, ao contrário da autogestão ele pode, por exemplo, fazer uma grande massificação de planos empresa, plano coletivo empresarial. E o plano empresa é um plano que você coloca muita gente para dentro, você partilha com o empregador o risco, você define uma taxa de sinistralidade prévia e em cima disso você vai gerir receita. Então, cada vez que eu aperto, cada vez que eu estou vendo que preciso de mais gente, eu coloco mais gente. Se essa sinistralidade subir, como vai subir, eu devolvo o problema para o empregador, e se você não quiser bancar o problema, você arruma outra empresa para gerir.

Nós não fazemos isso, a nossa missão e nossa visão nos impede de fazer isso. Nós queremos ser um sistema de saúde, queremos sobreviver como isso, e vai ser difícil, mas é isso que eu acho que a gente tem que continuar tentando.

BLOCO 2: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, USUÁRIOS PRESTADORES E ÓRGÃO REGULADOR

- 3. *Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor? Participa de alguma entidade representativa do setor saúde? E setor empresarial/industrial em geral?***

Nós somos patrocinados pelo Banco. O Banco é patrocinador da CASSI na metade das receitas do plano de associados. Então isso significa o seguinte: nós somos mais ou menos, arredondando, tirando os convênios de reciprocidade, nós somos 800.000 vidas, mais ou menos. Então, das 800.000 vidas, cerca de 400.000 são de funcionários do Banco do Brasil e dependentes até,

dependentes de funcionários do Banco do Brasil diretos. Então filho, enteado, que é filho agora, e marido ou mulher. Todo o resto, pai, mãe, filho depois de 24 anos, ex-funcionário, sogra, sogro, tudo isso está em outro plano chamado “plano CASSI família”. Então se você pegar as 800.000 vidas, nós temos 10.000 que são as vidas do plano de funcionários, funcionários próprios das CASSI e do restante, meio a meio está com o “plano CASSI família” e com o plano de associados. O Banco do Brasil participa com a metade das receitas do plano de associados.

Esse outro plano aqui é cobrado atuarialmente. É óbvio que a gente repasse para o cara só o valor atuário. Como a gente não tem destinação de lucro, o que a gente quer é que o plano se equilibrado e formador de reserva. Eu não preciso encher o preço para distribuir lucro. Então o que eu faço? Mantenho o plano equilibrado atuarialmente e formando reserva. Eu digo isso por quê? Porque às vezes se tem a sensação de que como a CASSI é patrocinada pelo Banco, o Banco porta todo o recurso que a CASSI precisaria. Eu até gostaria, mas não é verdade. Então o que nós temos hoje, a gente tem, por exemplo, um faturamento de cerca de 3 bilhões por ano. Desses 3 bilhões, 1,2 bilhões, mais ou menos, é do plano de associado. O Banco entra com 600 milhões. Os outros 600 milhões o funcionário paga do bolso. Esse plano nós precisamos discutir modelo de custeio. Por quê? Porque o modelo de custeio dele é um percentual sobre o salário. Percentual sobre o salário só é bom quando o salário é muito bom. Se o salário for bom e o percentual for muito bom, também dá certo. Mas se o percentual é baixo e o salário é baixo...

É o melhor salário dos bancos, mas não é, entendeu? Melhor do que Bradesco, melhor do que Itaú, mas, na minha opinião é o modelo que na minha opinião não se aplica mais para a realidade da gente hoje. É o modelo que você podia gerir numa época em que você não tinha prevalecendo as doenças crônicas, numa época que você não tinha essa maluquice que a gente enfrenta hoje de obesidade infantil.

[...]

Na PREVI você ainda pode [se aposentar com 50 anos de idade], porque como é uma previdência privada e você é quem capitaliza, você sai, perdendo muito. Mas você já pode se aposentador com 50 se tiver 30 de banco e aí você fica pagando para a previdência social e o fator previdenciário come um pedaço expressivo disso, esse depende da idade. Mas então. Esses desafios todos, tudo isso novo faz com que a gente tenha que discutir isso aí.

Então nós fazemos parte do grupo do Banco do Brasil, não como coligada, porque o Banco não é dono majoritário, mas como patrocinada. Nós só participamos de uma empresa que é a Companhia Brasileira de Gestão em Saúde. O nome mercantil dela é a *Orizon* [empresa especializada em transformação de processos, conectividade, benefícios em saúde e inteligência em saúde]. É uma empresa que foi fundada pela CASSI, pela Bradesco Saúde, pela *Cielo*, lá em, acho que 2008, 2007, por aí. E qual era o objetivo dela? O objetivo dela era ter uma empresa em que todas as transações possíveis de serem realizadas de forma eletrônica, fossem. Que viabilizasse a troca das faturas em meio magnético, sair do papel, e uma empresa que desenvolvesse outros serviços para eu não ter que desenvolver, por exemplo, essa questão dos materiais de consumo, dos materiais de alto custo, que hoje estão inviabilizando o sistema de saúde, totalmente. Então a ideia era essa. É uma empresa [a *Orizon*] que precisa expandir, porque a gente descobriu depois que como a CASSI tem 800.000 vidas e o Bradesco tem 3.000.000, todo mundo acha que ela é Bradesco. Então isso gera problemas comuns com o setor de saúde suplementar. Então a gente está tentando ampliá-la, expandir. A CASSI tem 17%, ela não é a majoritária, a majoritária é o Bradesco que tem trinta e tantos por cento e a *Cielo* também. É a

única participação nossa. Agora, eu particularmente, aí não é a CASSI, eu defendo que na mesma lógica a gente poderia ter outras empresas que nos ajudassem já que com o CGC de autogestão eu sou muito limitado pela lei, muito limitado pela lei. Como por exemplo, se a universidade quisesse fazer um plano coletivo empresarial e escolhesse a CASSI porque é autogestão, porque não partilha lucro, essa coisa toda, eu não posso fazer para você. A lei não me permite. Eu tenho que ter um CGC autônomo como privado para poder te oferecer esse serviço, ainda que continue com a lógica da CASSI de não distribuição de lucro. Ainda que essa empresa privada tenha que ser superavitária, mas para gerar reserva. E essa reserva a gente usa para melhorar benefício. Então isso também é uma coisa que me atrai muito. Existe a lei que permite a atuação das empresas privadas, elas são empresas que tem muita gente competente, a gente tem que respeitar. Mas essa característica da autogestão, ela tem que ser superavitária para sobreviver, mas ela usar sempre esse superávit para incorporar benefício, do ponto de vista de saúde, benefício do ponto de vista só do atrativo eu não defendo, isso é coisa para empregador, não é coisa para sistema de saúde. Esse tipo de modelo é um modelo que me atrai muito. Eu acho que o mercado e todas as entidades que atuam no setor público ou no setor privado deveriam olhar a autogestão com mais carinho. Deveriam estudar melhor o que é esse sistema de autogestão, porque que ele é importante na viabilização, ele não é o maior, ele não cresce e é interessante se discutir também porque [não cresce]. Com o passar do tempo, eu acreditava que o modelo de autogestão, como é um modelo partilhado, como é um modelo que você não está discutindo lucro, precisa de *superávit*, mas você não está discutindo lucro para levar para alguém, você está discutindo cuidados em saúde, esse modelo iria ganhar dimensão. Para minha surpresa, à medida em que se expande, que se profissionaliza o setor industrial no Brasil e o empresarial como um todo, os empresários não querem ter dor de cabeça com saúde. Não querem fazer uma conta, querem ter uma proposta e não se preocupar muito com isso. Isso é uma coisa que me surpreendeu, eu esperava um comportamento diferente do empresariado. Eu esperava que o empresariado olhasse que o trabalhador saudável é bom para todo mundo. É bom para ele trabalhador, é bom para família dele e é bom para o cara que emprega. Eu esperava que o empresariado olhasse o investimento que faz na capacitação dos seus empregados. Investe para caramba, treina o cara e depois quando adocece, descarta. Você não está descartando a pessoa, você estragou a vida do cara e jogou fora o teu dinheiro. É essa questão que não consigo entender.

Tem a questão da ANS aqui.

Olha, a ANS é o seguinte: É a agência reguladora. Eu particularmente sou da linha que defende que não pode existir mercado sem regulação. Tem que ter regulação sim. Eu acho que o desafio da ANS, é o mesmo que é o nosso do setor. A ANS, ela, nesse tempo todo tem desenvolvido uma série de mecanismos de regulação, uma série de exigências normativas. Nós passamos o dia, parte expressiva do nosso dia, atendendo demandas da agência de toda ordem. Mas a ANS ela pode e deve, na minha opinião, atuar ainda mais na discussão estratégica da saúde. Se nós não discutirmos modelo de saúde, que sistema de saúde suplementar nós vamos ter no Brasil daqui a 20 anos? Ou, vai ter sistema de saúde suplementar daqui a 20 anos? Porque eu tenho sérias preocupações. Se a gente continua nesse modelo pagador, nesse modelo onde a doença é que acaba pautando meu sistema de regulação, meu sistema normativo, meu sistema de gestão. Se é isso, eu vou ter em caixa, e vou ter condições, o trabalhador vai ter condições de bancar isso? O empresário vai ter condições de bancar essa conta? Vou dar um exemplo também do que acontece: empresários hospitalares. Os hospitais brasileiros estão se concentrando em uma velocidade assustadora e todos eles ficando com a mesma cara. Então você não tem mais hoje o hospital especializado em clínica, o hospital especializado em cardiologia, não. Você tem

hospitais com leito de alta complexidade, com pronto socorro captador de internação, com emergência montada para fazer procedimento, ou seja, tudo é alta complexidade. Você corre o risco, vou exagerar aqui, eu sou advogado e adoro exagerar. Você corre o risco de chegar com uma crise de asma e não ser atendido até fazer uma parada cardíaca. Quando você fizer a parada cardiorrespiratória, aí você vai ser atendido, entubado, porque aí gera um procedimento. Isso é um absurdo. Você corre o risco hoje de hospitais chique de ponta com ISO, com ASO, com ESO com qualquer coisa aí de certificação de qualificação, você passar três horas e meia esperando para ser atendido, porque você não entra no padrão de prioridade hoje dos hospitais. E todos estão fazendo a mesma coisa. Então eu tenho feito perguntas a diversos deles, dizendo assim: “Cara, vocês, eu gosto de ver, vocês estão caprichando para atender ninguém, vai ser uma maravilha, vou me sentir um rei, vou chegar no hospital não vai ter ninguém, só eu. Também só vou ser atendido uma vez, porque vou falir. Puxa, que legal, vocês estão bem! É isso que vocês querem, o projeto de vocês é esse? Ganhar muito dinheiro agora e depois não ter a quem atender?” Por quê? Porque todos estão voltados, todo mundo só quer ter leito de alta complexidade. Todo mundo só quer atender pacientes que precisem de materiais de alto custo, órtese, prótese, medicamentos caros. Todo mundo só quer fazer hoje quimioterapia do ponto de vista da quimioterapia não cuidado, da quimioterapia intervenção. Onde é que nós vamos parar com isso? É isso, esse é ponto central de um sistema de saúde. Então esse desafio é o que pega a nós todos. Essa postura das empresas, eu não esperava. Só que a gente tem que sentar e conversar. E porque que eu estou falando tudo isso da ANS? Porque eu vejo a ANS como o fórum, o local natural que pode unir todos esses... unir não sei se é a palavra boa, mas reunir todos esses setores. Então eu acho que a agência é importante, ela é fundamental, ela tem se qualificado, ela tem quadros aqui muito bons, mas ela precisa debater mais o modelo estratégico de saúde sob pena de não ter a quem regular daqui a um tempo. Eu não vejo como grande vantagem esse desaparecimento das operadoras que alguns apontam: “Olha, já tivemos 3.000 operadoras, hoje só temos 900. ” Que bacana isso para o setor. Para a regulação isso pode ser muito bom. Agora, para o paciente foi bom? Para o usuário foi bom? Na hora que sumiu aquele plano vagabundo, mas que atendia no interior e ele ficou sem ninguém ou sobrecarregou o SUS, isso foi bom para o SUS? Foi bom para o usuário? Então nós temos que fazer discussão não pontual. Não é uma discussão pontual que estou defendendo, mas uma discussão estratégica sobre o modelo de saúde brasileiro. Para ontem. Então é isso que eu acho que a ANS deve priorizar.

(Entrevistadora) Vocês tem uma grande quantidade de NIP, notificação de investigação preliminar formuladas pela ANS?

Para você ter uma ideia, tua pergunta é muito boa, e eu queria abordar duas coisas sobre a NIP para você ver as dificuldades que a gente tem. Deixa eu botar aqui que se não eu esqueço, porque a idade... ah sim, a gente tem uma quantidade imensa de NIP, para você ter ideia, nós temos hoje uma divisão que tem prioritariamente, não é exclusivamente, mas prioritariamente ela cuida das normas da agência e das NIP. Ou seja, me foi colocado um encargo fixo e eu tenho que arcar onerando a empresa CASSI, porque eu não posso perder a regulamentação, as normas que saem e trabalhar as NIP. A NIP, para você ter ideia da preocupação que ela gera para todos nós, hoje a gente criou uma outra estrutura que está como piloto para cuidar da intervenção antes da reclamação virar NIP.

Fica em São Paulo na nossa central que é 24 horas. Então nós montamos essa estrutura, porque o que a gente quer? A gente não quer negar o que é necessidade de saúde do meu usuário. A gente não quer negar o que é necessidade de saúde. O que a gente quer é ter certeza de que há uma necessidade de saúde. O que a gente quer é entender o pedido que o médico está fazendo, que às vezes não é muito compreensível. E por que a gente está tendo o cuidado de fazer isso antes da NIP? Porque as NIP elas geram impacto no índice, o IDSS [Índice de Desempenho da Saúde Suplementar] da ANS, por uma razão que eu não concordo, que é a seguinte: Eu tenho 800.000 vidas. Se eu tiver 800.000 vidas e 1.000 reclamações por mês eu vou ter no índice IDSS zero. Se uma operadora tiver, eu tenho 800.000 vidas, tive 1.000 reclamações por mês, minha nota é zero. Se uma outra operadora tiver 10.000 vidas e tiver 1.000 reclamações por mês, ou seja, um índice muito pior, a nota dela é zero. Então não há uma gradação para você perceber quanto efetivamente a população está insatisfeita ou não. Não existe essa gradação. A gente já pediu isso formalmente, já pediu em reuniões aqui, já formalizou através da UNIDAS, que é a entidade que agrega as autogestões de que nós fazemos parte. A presidente da UNIDAS, Denise Eloy, é uma funcionária do Banco do Brasil, é uma gerente da CASSI e nós pagamos o salário dela para ela ficar exclusivamente para a UNIDAS. Então a gente investe para que o setor tenha uma representação profissional. Denise é uma pessoa muito competente. Então, se eu não tratar a NIP, eu não estou melhorando a comunicação com o médico e viabilizando o atendimento ao meu associado e estou assumindo o risco da agência me tacar um zero em um fato que tem 50, 52% de peso.

(Entrevistadora) Vocês investem mais em atendimento ao público?

A gente criou um sistema muito legal que é o seguinte: sempre que há uma negativa, essa negativa ela sai do setor de atendimento e vai lá na central para que um médico e um advogado analisem essa negativa.

A maioria é atendimento. Nosso grande problema é a qualidade do pedido médico. Qualidade estou dizendo é: deveria ter qualidade, o pedido médico. Ou informações completamente contraditórias. Então o paciente fez um osteossíntese [procedimento cirúrgico em tecido ósseo que visa unir dois fragmentos fraturados] e um ano depois o médico pede uma rizotomia [neurólise ou rizotomia facetária corresponde à lesão térmica do ramo medial de cada faceta do nervo, acometida. Esta lesão é realizada através de técnicas percutâneas, ou seja, não há necessidade de corte na pele]. Não faz sentido.

Código diferentes. Então ele descreve um procedimento e pede outro. Desobediência às normas da sociedade médica à qual ele faz parte.

Olha, são tantas emoções. E hoje não é o pior não é isso não viu? O pior hoje é a indicação. Indicação sem fundamentação, sem justificativa. Sabe? Sem nenhum critério, na avaliação do nosso corpo técnico. A gente tem tentado trabalhar essas negativas para ver se realmente é uma escrita indevida, é algo que está incompleto, é uma informação que não foi passada, ou...

(Entrevistadora) E a ANS não vê isso como mecanismo de regulação?

Olha, vamos lá. Eu não vou ser injusto de dizer que a agência não tem preocupação na minha opinião ela tem. Ela tem tentado intervir. O que eu não consigo entender são algumas mudanças que ela faz. Então, por exemplo, junta médica.

(Entrevistadora) Quando há divergência.

Sim. Só que ela deu cinco dias úteis. Então, o que acontece? Você imagina o que é uma operadora que está em 27 estados. Toda cidade em que existe uma agência do Banco do Brasil, nós temos que resolver o problema do funcionário lá. Eu trabalhei no interior de Pernambuco, no interior da Paraíba. Nós temos lugar com três pessoas. As três pessoas são três associados da CASSI. Eu tenho que resolver o problema deles. Então você imagine para a CASSI: entra uma NIP aqui e a agência manda para lá. Aí eu recebo a NIP e tenho que avaliar, porque tem NIP que é administrativa, tem NIP que é financeira, tem NIP que é pedido, tem NIP...

Tem NIP que é briga de marido com mulher, tem NIP que eu recebo que é uma crítica à Agência Nacional de Saúde [ANS].

Tem tudo, não há crivo. É uma coisa que a gente já colocou também e que existe a promessa da agência de melhorar. Não tem crivo, passa para mim, eu tenho que fazer essa análise. Quando eu faço essa análise e eu descobri que a NIP é por divergência, ou seja, ensejaria junta médica, eu tenho que imediatamente destacar a junta médica. Porém, o cara tem que ser alguém não pertencente à minha rede. Então, como não é pertencente à minha rede, eu tenho que ir para o médico, negociar com ele o valor e o prazo para ele atender. Quando ele aceitar o valor e o prazo, eu volto para o cara para ver se o cara e o médico dele aceitam o médico, porque ele pode negar até três vezes. Então, se ele aceitar, eu volto para o médico, agendo a perícia, ele faz a perícia, prepara o laudo, manda para mim, eu preparo toda essa resposta para mandar para a agência em cinco dias úteis. É inviável.

Nós tentamos, a gente fez um piloto em Brasília, a gente fez um esforço sobre-humano. Nós autorizamos um ressarcimento de dez vezes a tabela da CBHPM [Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – publicação anual da Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Federação Nacional dos Médicos]. Eu não posso falar da tabela, que agora o CADE disse que está proibido [refere-se ao fato de o Conselho Administrativo de Defesa Econômica ter aplicado R\$ 2,7 milhões em multas por tabelamento de preços de serviços médicos. O órgão antitruste condenou sete casos de fixação de preços de serviços médico-hospitalares no mercado de saúde suplementar. As condutas anti-competitivas foram praticadas por entidades representativas da classe médica nos estados da Paraíba, Santa Catarina, Bahia, Rio Grande do Norte, Mato Grosso e Rondônia. Foram condenadas também entidades nacionais que pretendiam o uso exclusivo da CBHPM]. Então apague esse pedaço, mas é tabela.

Então, a gente autorizou dez vezes a tabela, ou seja, o preço médio particular, você leva doze dias, dez a doze dias, em média para conseguir viabilizar uma junta médica, o cara aceitando a nossa primeira indicação. Então, isso é... Para mim é uma coisa que a gente tem que melhorar. A agência quer junta médica, não quer? Se ela quer, ela tem que me dar condições de viabilizar. Com o prazo de cinco dias, na verdade a agência está me obrigando a fazer a reparação voluntária. Eu faço. A CASSI adota a reparação voluntária, mas naquilo que ela entende que é devido, por exemplo, com os anestesistas. Os anestesistas não querem, eles não aceitam, os

anestesiologistas não aceitam os honorários que foram impostos para nós pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia através da SBHPM, eles não aceitam. Eles não obedecem aos códigos do procedimento principal do cirurgião. Então eles não aceitam ser credenciados na maioria, na maioria não, mas em um bom número de estados. Então como é que eu vou fazer para resolver o problema da anestesia? Não tem como. É reembolso ou reparação. Não tem como. Então eu acho que isso precisa ainda ser coordenado, por isso que nós criamos a atividade pré-NIP, é como a gente chama. Eu estou trabalhando, isso está me gerando um ônus mais uma estrutura fixa, mas que eu acho que vale a pena.

Porque você está olhando o que o teu usuário necessita, você está corrigindo as informações que chegaram erradas e aquilo que realmente não dá pra entender, a gente responde e aí vamos ver no que dá. Porque tem muita coisa estranha.

BLOCO 3: CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

4. A empresa tem relação comercial com sociedades de outros ramos empresariais de saúde a exemplo de hospitais, empresas farmacêuticas e de equipamentos/insumos?

Nós temos um relacionamento muito intenso e muito constante com os hospitais. Nós temos um relacionamento que não é tão constante, mas também a gente tem, com as associações médicas. Com a indústria farmacêutica, pontualmente, pontualmente, são algumas indústrias que têm relacionamento com a CASSI, por exemplo, nós temos acordo de cooperação com a *Novartis*, que é suíça. Muito legal esse acordo porque permite que a gente faça parcerias para entrega de medicamentos de pacientes neoplásicos e ao mesmo tempo nos aproximou da indústria. Mas são acordos pontuais e não há uma aproximação geral com a indústria farmacêutica. Com a indústria de prótese e órtese a aproximação é zero, porque eles simplesmente não querem se aproximar das operadoras. Não sentam na mesa e não valorizam nenhum tipo de contato com a gente. Então é algo que eu penso, é uma lacuna que a lei precisa chegar também. Esses caras hoje, eles representam em uma conta hospitalar de um hospital de alta complexidade, órteses e próteses e medicamentos de alto custo, representam 61% da fatura total dos hospitais. Internação representa 51% do total de gastos da gente. Nosso total de gastos é publicado no relatório, vocês vão ver esse ano mais de 3 bilhões de Reais por ano. Então não é possível que indústrias dessa magnitude não sentem com compradores da magnitude da gente, pelo menos para tentar entender ou chegar a um tipo de acordo técnico. Não tem. Então é isso que eu queria só graduar. Os hospitais, apesar de todos os atritos que existem entre operadoras e hospitais, eles sentam, eles conversam, eles estão na mesa. Os médicos em uma intensidade menor, mas também. Indústria farmacêutica pontual e residual e a indústria de órtese e prótese e materiais de alto custo é zero.

(Entrevistador) Como o senhor avalia essa diversificação de atividades por parte de empresas de planos de saúde? A CASSI pretende diversificar?

Nós temos discussão sobre isso, mas a nossa ideia é que essa diversificação se desse em produtos ligados à saúde. Ou que melhorassem o acesso da população, ou que nos ajudassem na nossa intervenção em saúde. Então a CASSI não defende, por exemplo, diversificar só por diversificar. Essa é uma discussão que a gente já fez. Tem alguns estudos que foram feitos com consultorias

boas, consultorias de renome aqui, só que está no processo de discussão ainda. Nós não temos experiência com isso na nossa existência. Então, entrar nessa experiência, vamos dizer assim, tem que ser com cautela. Dinheiro é o dinheiro do associado, nós não podemos rasgá-lo.

(Entrevistador) Como é que o senhor avalia a chegada do capital estrangeiro no setor?

Eu confesso que pelo menos esse começo me decepcionou. Por quê? Porque eles entram com volumes expressivos, mas entram exigindo meramente rentabilidade. Então, essas empresas grandes que a gente acompanha, que abriram seu capital e se associaram a bancos de investimento, que através deles vem investidores de todo lugar, elas simplesmente não estão agregando qualidade, elas não estão melhorando suas performances do ponto de vista de saúde. A preocupação toda é a melhoria da rentabilidade financeira. Isso para mim foi decepcionante, porque durante muitos anos se apresentou a necessidade do capital estrangeiro aqui como exatamente o aporte necessário para que a gente pudesse alcançar melhores patamares de efetividade e de eficiência também. Eu não vi isso até agora. Não vi. O que eu tenho visto são relações ficando mais tensas, as negociações muito mais duras, muito mais complexas. Eu não estou vendo acesso melhor para minha população. É aquilo que eu falei antes, eu não vou repetir, à medida que o cara vai investindo, ele vai investindo em alta complexidade e vai tratando de outra forma a ciência. Então, essa entrada do capital estrangeiro, eu tinha expectativa diferente, para mim até agora ela está decepcionante.

(Entrevistador) Como é que o senhor avalia essas compras, aquisições? Essa movimentação de fusões, de empresas, compras e o capital estrangeiro?

Eu acho que a velocidade está muito grande. E de novo. A expectativa era diferente. Quando a gente discutia cenários estratégicos, quando a gente discutia alternativas ou novos cenários, sempre se associava a entrada do capital, a melhoria do investimento a uma melhoria nas relações institucionais, a uma melhoria dos resultados para o paciente, a uma melhora do acesso. O que eu tenho percebido é uma velocidade imensa, imensamente rápida a concentração e o acesso piorando, a qualidade dos serviços não melhora. Se faz uma roupagem muito bonita, se faz uma maquiagem das estruturas muito bem feita, mas o resultado sanitário não apareceu, pelos menos até agora. Então talvez a gente precise repensar isso aí, os empresários.

(Entrevistador) E com relação a esse movimento de verticalização no setor? Investimento em rede própria, hospitais, como o senhor vê isso?

Vou responder como David. A CASSI tem essa discussão também, mas não tem ainda nenhuma decisão. Agora, como técnico, eu entendo o seguinte: eu entendo que uma coisa é você ter uma política de investimento onde você procura melhorar a rentabilidade dos seus capitais porque, como eu já falei, na autogestão se você melhora a rentabilidade você está revertendo em benefícios de saúde para a sua população. Então, como política de investimento eu defendo a

participação em empresas que sejam rentáveis, sejam hospitais, laboratórios, qualquer coisa, como política de investimento. A verticalização como se faz aqui no Brasil, essa verticalização do plano de saúde ter hospital eu vejo isso com muita, isso é uma ação muito complexa. Você ser um bom comprador do serviço não significa que você vai ser um bom gestor hospitalar. Você ser um excelente hospitalar, não significa que você sabe tomar conta de um plano de saúde se o foco desse plano de saúde é a saúde. Então eu acho que essa verticalização ainda vai passar por aprimoramento. Simplesmente comprar hospitais não é garantia de longevidade não. Não é isso que vai resolver. Tem até um exemplo muito claro, bem próximo, aqui no Rio de operadores com hospitais que precisam correr atrás de outros porque não é fácil. Sabe, essa mistura, eu gosto muito de que a *expertise* de cada um seja usada no seu negócio. Quando você começa a misturar muito eu não sei se é uma boa. Agora, eu defendo como política de investimento. Como política de investimento sim, você tem uma empresa que é bem administrada, você me apresenta um balanço que é um balanço, balanço. Você administra bem sua empresa, você tem um balanço e você precisa de um aporte para melhorar seu negócio. Como investimento eu defendo. Agora, eu ser dono, sentar na cadeira, gerir os negócios de hospitais, eu vejo isso com muita complexidade. E tem diversos casos que conheço no Brasil de que não deu certo não. Hoje você está bem, leva para lá, volta para cá, mas não resolveu seu problema.

(Entrevistador) Sobre a origem, a composição do capital da empresa, a empresa prevê alguma mudança?

A CASSI ela é assim: Vamos falar redondamente, não está escrito não, mas 45% ela é da receita, ela está no plano de associados, então desses 45%, metade vem da contribuição dos funcionários, metade vem do Banco do Brasil. Outros 45% da nossa receita, esse número não está fiel, eu estou só dando exemplo, os outros 45% vem todo do dependente que tem mais de 24 anos, do ex-funcionário, daqueles que são filhos de funcionário, tudo isso está aqui no plano que é a mesma cobertura. E 10% é o percentual fixo sobre o salário e a gente complementa o resto que são os funcionários da CASSI e seus dependentes. Nesse a gente definiu uma contribuição, eles pagam uma contribuição e quando termina o ano, para fechar a contra, para ficar zero a zero, a gente faz um aporte. Então esse é o plano menor, não dá 10% da nossa população. Estou só, os percentuais são só para vocês entenderem a lógica.

BLOCO 4: LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE/RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO

5. Qual é a inserção da empresa no setor de assistência suplementar?

Bom, nós somos hoje a maior autogestão do Brasil e a décima maior operadora do Brasil segundo a Agência Nacional de Saúde [suplementar]. Então isso dá para a CASSI uma exposição, uma visibilidade boa para uma empresa de autogestão, mas não diminui os desafios, não diminui. Por isso que a gente atua muito e essa que a gente vai falar um pouquinho da UNIDAS. A UNIDAS é a União Nacional das Empresas de Autogestão. Ela é uma entidade que agrega todas as empresas de autogestão, públicas e privadas, que desejam participar e a gente tem dado muito apoio a esse

trabalho da UNIDAS. Como eu falei, só para lembrar, nós pagamos, nós pegamos uma gerente executiva nossa, pagamos o salário dela, recolhemos e ela fica *full time* à disposição da UNIDAS. Por que isso? Porque a gente precisa se fazer representar nos diversos fóruns. Assim, para mim foi um choque saber, tomar conhecimento, do número de leis que tramitam ou tentam tramitar nas duas casas, na Câmara dos Deputados e no Senado, sobre saúde. Mas tem de todo o tipo, de todo o jeito. Por outro lado, a gente precisa de uma UNIDAS junto da Agência Nacional de Saúde [suplementar]. Participando dos espaços que a ANS abre para se debater o setor. A gente precisa estar junto das outras entidades, mesmo aquelas que a gente tem discordâncias profundas, mas se você não senta na mesa, essa discordância vai se tornar uma coisa insuperável. Se você senta na mesa, você começa a construir um caminho de convergência. Então nós tínhamos uma representação, mas a gente não tinha uma atuação mais de setor mesmo, de você estar presente nos fóruns. E uma entidade que agrega as autogestões tem que estar. Então quando a gente mandou a Denise para lá em 2010 a ideia era essa. Essa foi uma visão muito boa do presidente da CASSI que eu sucedi, ele teve uma visão muito boa, porque disse olha: ou realmente nós queremos um órgão que represente o setor que vai estar em todos os fóruns em que ele tem que estar, ou a gente sai e vai procurar outro órgão que faça isso, agora não dá para ficar brincando de representação. Então eu acho que foi uma posição corretíssima dele, que a gente percebe que com o passar do tempo, a gente vem abrindo diversos fóruns, diversas possibilidades através do trabalho da UNIDAS. Então, nós vamos ter agora em dezembro o congresso da UNIDAS. Esses congressos, eles têm procurado a cada ano trazer mais temas de debate importante. Então ela procura dar um cunho científico, mas não é o preponderante. O preponderante é o que? Ela tem o lado científico, mas ela tem um lado de temas que estão nos preocupando a todos, a todos, a todo o setor de saúde suplementar. E aí ela leva todos os representantes que querem ir, todos são convidados, do Ministério da Saúde, que eu penso que deveria se envolver mais. Nunca me pareceu que existe um Ministério de Saúde Pública, existe um Ministério da Saúde, e se no Brasil existe pela lei o sistema público e o sistema privado, nosso ministro é ministro do setor público e é ministro do setor privado. Então eu acho que o Ministério devia participar mais, devia estar mais presente nessas mesas. Nós temos diversas discussões, vou dar um exemplo aqui. Me lembrei agora que a gente está falando de inserção, não é? A gente luta há muito tempo com a questão da incorporação tecnológica. A incorporação de tecnologia no Brasil, seja ela leve seja ela dura, é uma vergonha. Não existe critério de nada.

A área da saúde, que deveria ser, vamos dizer assim, a nau capitânia, é uma vergonha. É uma vergonha. O que o senhor pensar eu já vivi na minha vida, nesses 18 anos, o que o senhor pensar de coisas absurdas. Então a gente luta há muito tempo com isso, com a necessidade do órgão público. Por que o órgão público? Porque precisa ter a chancela do governo. O governo precisa chegar e dizer para com essa festa, acabou, quem ganhou, ganhou, quem não ganhou, acabou. Trazer tecnologia tem que ter um critério técnico, tem que ser custo/efetiva e tem que realmente agregar, ponto. Precisa, pode ser uma câmara só? Aí começa uma discussão complicada, não é? O SUS pode absorver, não pode absorver? Faz duas, gente. Faz a câmara de incorporação para o setor público que já existe, só não funciona, mas já existe. Faz a do setor privado. Mas nós precisamos botar ordem nisso, não é possível que profissionais vão participar de congresso, tragam na sua mala alguns equipamentos e sejam comercializados aqui no Brasil com prescrição do próprio rapaz ou da própria moça, não é? Que sem-vergonhice não tem gênero, é comum aos dois. Então assim, não é possível. Então, essa discussão, por exemplo, precisa ser feita pelo Ministério da Saúde. Então isso a gente tem tentado também, tem batido, conseguido audiências, desde Temporão, desde não sei quem, Chioro agora, e vamos continuar insistindo nisso. Eu acho

que existem algumas ações que dizem respeito à sobrevivência do sistema de saúde brasileiro que tem que ser assumidas pelo Ministério da Saúde.

(Entrevistador) Como é que o senhor vê essa relação entre público e privado dentro da área de saúde?

Eu respeito muito a professora Lígia [refere-se a Lígia Bahia, professora de políticas de saúde do IESC/UFRJ e estudiosa do tema] mas tem algumas coisas que eu vivendo no sistema de saúde suplementar eu penso um pouco diferente.

Eu não vejo, por exemplo, esse abuso, esse uso, essa coisa maquinada no setor público. Eu vejo com muita preocupação uma distorção que se faz usando a mídia sobre o SUS. Eu não vejo o SUS com nenhum erro de concepção, não vejo o SUS com erro de estruturação nem de hierarquização. Agora, vejo o SUS carente para caramba de gestão. Esse para mim é o nó. Aquela perninha lá, daquele princípio lá da qualificação da gestão eu não consigo perceber. Desde o gestor público, desde o gestor número um dos SUS, que é o ministro da saúde até em outros níveis. Então, nós temos excelentes profissionais e eu não consigo ver essa excelência técnica profissional ser usada na gestão do SUS. Então, para mim, acho uma perversidade e uso o espaço que eu tenho, seja dentro do banco, seja em qualquer lugar que me é aberto para dizer o seguinte: cuidado com as críticas que nós fazemos ao SUS, nós estamos criticando o que tem de melhor em concepção de saúde no mundo e nós estamos misturando os efeitos, ou os acidentes como dizem os filósofos, com a substância. A substância do SUS está perfeita, os acidentes é que tem problema. Tu não acabas com a substância pelos acidentes, você trata os acidentes. Agora, o que eu fico triste é que não há, uma aproximação efetiva a não ser em congresso, em eventos, que aí se trocam juras de amor, se fala, declara, mas saiu daí, não tem uma aproximação maior, por exemplo, entre o SUS e as autogestões. É possível? É. Vou dar um exemplo banal, banal, uma coisa simples: cobertura vacinal. Vou repetir, tenho 65 serviços no Brasil. Não poderiam ser 65 pontos a mais de vacinação para atender o SUS? Não me custaria nada, o impacto que isso geraria para o meu custo, desde que fosse uma coisa organizada, é mínimo. Eu poderia absorver isso sem problema nenhum. O senhor sabe o que acontece hoje? Na maioria dos estados, quando há campanha de vacinação, eu sou proibido de fazer, por que? Uma hora porque eu estou em um prédio, outra hora porque estou no chão, uma hora porque eu sou privado, uma hora porque eu não sou público. Não tem uma causa única. Às vezes eu consigo, às vezes não consigo. Então assim, eu estou dando esse exemplo, porque para mim, eu defendo muito que: se a gente quiser começar uma interação entre autogestão e SUS com 100% do que é possível, aí me desculpe vocês, a gente não começa nunca. Meu avô dizia que nunca é muito tempo, demora para *dedêu*. Então, querer começar com 100% do que é possível não começa nunca. Vamos começar experimentando, vamos experimentar conviver. Então vamos trabalhar, por exemplo, a cobertura vacinal. Nós não somos tão carentes? Estamos acompanhando aí recrudescimento de coisas absurdas. Meu filho foi vítima de tuberculose, como? Na universidade, na UFF, provavelmente. Não dá para a gente trabalhar em conjunto? Não dá para a gente fazer uma campanha em conjunto? Claro que dá. Então eu acho que isso é pouco usado. Ver o setor público como algo que é usado... olhe, eu estou há 18 anos na CASSI, nós fazemos ressarcimento do SUS porque nós deixamos de ser cidadão não e? Como eu tenho um plano de saúde eu não sou cidadão, eu não posso usar o SUS. Eu faço ressarcimento ao SUS, mas eu digo uma coisa, eu não conheci

nenhum gestor da CASSI que tivesse qualquer tipo de ação para incentivar o uso do hospital do SUS para reduzir o custo da CASSI. Então na área de autogestão essa hipótese não existe. Acho que a gente deveria não perder muito tempo com o que nos separa. A gente deveria melhorar e aprimorar o que nos une e principalmente sair com ações concretas. Vamos começar concretamente, vamos inserir as autogestões que possuem serviços próprios no esquema de vacinação pública, pronto, vamos fazer um grande convênio. Vamos assinar um convênio entre UNIDAS e Ministério da Saúde. Vamos mostrar para a sociedade que é possível trabalhar em conjunto, não é? O que a professora [Lígia Bahia] faz uma discussão muito boa é que quando se chamou o sistema de privado de suplementar e não de complementar, se tirou uma autonomia muito grande do SUS e isso eu concordo. Mas o problema para mim é outro. O problema é que a gente tem que dar ao SUS a gestão que a concepção dele merece. Se a gente fizer isso acho que muitos problemas vão desaparecer.

(Entrevistador) Como é que o senhor avalia a política fiscal de dedução de gastos com planos de saúde para pessoa física?

Olhe, eu acho que deveria ter até mais incentivos. Eu sei que essa aí é uma briga eterna, porque quem defende o SUS vai dizer que isso é uma forma de esvaziá-lo. Eu acho que a gente deveria ser mais inteligente, sabe, com a questão de saúde. O que eu chamo inteligente? Eu apanho para caramba por causa disso, mas vocês são educados e não vão me bater, vão falar mal depois, mas aqui não vão bater. Mas a verdade é a seguinte, é que eu, depois de 18 anos tentando diversas formas de educação em saúde e reconhecendo a importância dela para o sistema de saúde, eu não acredito mais em educação em saúde que não provoque emoções no participante, que não mexa no bolso dele. Eu não tenho experiência concreta vitoriosa de esclarecer a grupos de jovens, de pessoas mais maduras, de idosos, sobre os riscos que tem para ele o não cuidado da saúde e sem nenhum tipo de coparticipação, ter um adesão dessas pessoas. A adesão é mínima. E o nosso problema hoje, quando a gente fala em qualquer tipo de incentivo na saúde, nosso problema é trazer o usuário para conosco, gerir a saúde dele. Eu faço isso há 18 anos sem nenhum mecanismo de coparticipação, sem nenhum mecanismo mais indutor disso. Eu vejo o SUS fazer isso desde 90 e as pessoas não cuidam, então eu falo sempre de promoção de saúde, de prevenção de saúde e sempre eu estou cuidando do cara, da pessoa doente. Ruim para ele, ruim para mim, ruim para o sistema. Então, quando fala dessa questão da dedução de gasto, na verdade dedução de gasto aqui tinha que ser olhado como uma política de incentivos fiscais para que a pessoa venha a, com o sistema, a cuidar da sua saúde. É muito melhor discutir isso do que discutir se é devido ou não é devido. Eu dou o exemplo, cada vez mais eu escuto esse discurso que me assusta: que os idosos são o problema, os idosos serão um problema lá em 2020. Aí no congresso da UNIDAS do ano passado eu perguntei, o que deu um rebu, eu perguntei o seguinte: então para que existe o plano de saúde? Para que existe sistema de saúde? Para você morrer jovem, você morrer com saúde, morri aos 43 anos de idade, mas morri bem, morri bem, estava saudável, ótimo. É isso?

Então eu acho que a gente tem que parar de fazer o discurso do fator cronológico. O fator cronológico pesa no sistema de saúde, é óbvio, é óbvio. Se você tem mais de 70 anos você tem uma probabilidade cavalariça de ter câncer, mas isso pelo desgaste natural da máquina, isso não tem nada a ver com cuidado de prevenção e promoção. Agora, eu vejo colegas que entram hoje no

banco com idade diferente, a gente entrava com idade de 20, 21, entrava praticando exercícios essa coisa toda, depois ficava sem vergonha lá dentro, fumava, bebia, essa coisa toda, mas o colega entra hoje com 28 anos obeso, sedentário, fumar nem tanto, mas bebendo. O problema hoje não é mais tabagismo, é alcoolismo.

Então, você pega esse cara com 25 anos de idade e estragando todo a sua saúde e você pega o idoso com 60 anos que se cuida, que faz atividades regularmente, que é acompanhado, que se submete à orientação da gente, que está presente nas atividades de educação e você diz que essa cara aqui é que é o problema porque é velho. Então essa discussão de risco em saúde a gente faz também de uma forma muito superficial. E eu poderia usar esse fator de risco para criar formas de incentivar ou de fazer o cara se interessar em cuidar da saúde. Então mais do que essa questão do plano de saúde ser uma dedução fiscal, acho que a gente poderia aproveitar essa discussão para fazer outra mais ampla: como é que eu envolvo a pessoa na gestão de cuidado dele? Isso vale para o SUS e vale para a saúde suplementar.

(Entrevistador) E sobre os subsídios e isenções para empresas?

Olha, para falar a verdade eu, como autogestão, gostaria que tivesse mais, porque não conheço nenhum. Hoje nós temos uma penca de provisões legais que nós temos que fazer que imobilizam recursos expressivos de autogestão. Quando eu falo de recursos expressivos eu estou falando de milhões de reais, centenas de milhões de reais. E isso não faz sentido. Cada vez que eu estou montando essas provisões eu estou reduzindo a minha margem. Quando eu reduzo a minha margem no meu caso de autogestão eu estou deixando de criar benefícios de saúde. Quando eu deixo de criar benefícios de saúde o cara vai adoecer mais, o sistema vai ficar mais exposto. Então, para mim está faltando alguma forma mais inteligente da gente incentivar não provisões contábeis, mas incentivar ações na área de prevenção e promoção para os planos de saúde, que fazem o que a lei obriga, mas não assumem a necessidade de gerir cuidado. Uma coisa é a lei me obriga a ter planos, programas de saúde registrados na agência, isso é uma coisa. Todas têm. Tem seguradora aí que é campeã com programas de saúde, mas não faz gestão de cuidados. Isso é um contrassenso. Eu tenho um programa, sou premiado, sou o primeiro pela ANS e não faço gestão de cuidado. Eu não consigo entender isso. Então acho que a gente poderia fazer discussões mais inteligentes sobre esses incentivos fiscais.

(Entrevistador) E com relação ao BNDES? O financiamento das empresas com recursos do BNDES?

O estatuto não me permite buscar capital. Tem que ser autorizado pelo Banco do Brasil. Só se o banco autorizar.

BLOCO 5: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

(Entrevistador) Como é que o senhor avalia atualmente o mercado com relação ao que se chama nicho de expansão e às estratégias de expansão no setor privado em geral e no setor público?

Eu vejo o seguinte. No setor de operadora, eu já falei bastante, eu vejo uma grande oportunidade que era as unidades de atenção primária serem compartilhadas. Então ao invés de diversas operadoras terem as suas redes, em locais melhores, mais amplos, mais cuidados, que fossem compartilhados. O problema não é conversa. O problema não é investimento. O problema é você perceber que a discussão é de modelo de saúde, e não de modelo de sinistro. Essa compreensão, essa, que eu falei lá atrás que disse que a ANS podia ajudar não tem ainda. Mas isso para mim é uma oportunidade que se pode ter. No setor de hospitais eu sinto muita falta de duas coisas. Uma estrutura intermediária entre o ambulatório e o hospital de alta complexidade, uma estrutura que pudesse cuidar melhor dos pacientes de baixa complexidade e clínicos que não exigiriam, aí claro, tem que ter ajuda do Ministério da Saúde se for adotar o mesmo padrão de exigência, não dá. Mas estruturas, que por exemplo, eu vi uma experiência muito boa no Japão, então o Japão, eu vi não porque fui lá, mas estudei e pelo que entendi outros países da Europa, se não me engano Inglaterra e a França estão começando a desenvolver esses centros intermediários. O que eles querem com isso? Duas coisas, uma, a resolutividade, eu vou tratar o paciente clínico com aquilo que ele necessita e não vou expô-lo ao risco de entrar em um centro de alta complexidade. Ruim para ele, ruim para o sistema. Outra coisa é uma gestão melhor do custo, porque o centro de alta complexidade é uma coisa absurda, se vocês virem.

Está perversa essa estrutura do jeito que está. É ruim para os empresários, mas é péssimo para a gente e para o paciente, coitado. Então, esse centro intermediário eu sinto muita falta. Outra coisa também na área de hospitais são os hospitais de retaguarda, nossa senhora, nós não temos. Então aquele paciente que não precisa de uma estrutura tão complexa, mas não tem condições de ir para casa, esse paciente não tem hoje onde ficar. Ou ele fica em um ambiente de altíssimo risco para ele ou é forçado a uma desinternação para um ambiente que não tem estrutura para recebe-lo, que é o domicílio, porque ele é um paciente que não está nem em um nem em outro. Então esses hospitais de retaguarda é uma carência terrível. Você, em São Paulo, eu até consegui mais, em número, mais parecem que são muitos, são uns 3 ou 4. Aqui no Rio tem um ou dois.

(Entrevistador) Qual seria aqui no Rio o restaurante, o hospital de retaguarda?

O Laranjeiras e o de Niterói eu nem me lembro mais o nome. Niterói tem um também, mas eu não me lembro mais o nome.

Era um que ele era hospital, quebrou. Eu sei que fica lá em Niterói. E são muito, fica aquém do mínimo que a gente pede. São Paulo, dos 4 que a gente localizou, 2 tem uma estrutura boa, só quem 1 fica no fim do mundo e o outro é depois do fim do mundo. Então não dá para você pedir a uma família, em uma cidade de deslocamento tão difícil como São Paulo que o cara saia da Zona Sul e vá lá para o raio que o parta. Então, essa é uma estrutura que ainda sinto falta. E qual é o problema de novo? Retorno. Dá retorno? Óbvio que dá retorno, mas dá um retorno pequeno, então o investimento vai maturar mais tempo, os caras não querem. Então não faz sentido. E na indústria farmacêutica eu vejo a possibilidade de a gente atuar mais junto para os pacientes de

alta complexidade, principalmente o cara de câncer. Paciente de câncer é um paciente que eu me preocupo muito porque ele é extremamente manipulado, pelo sofrimento dele, sabe? Por aquela, aquela incerteza, aquela... O paciente de câncer se sente muito debilitado, se sente quase que como se fosse a única pessoa a ter câncer no mundo. Ele sofre muito. Esse sofrimento dele é muito manipulado. É manipulado na hora do estadiamento [etapa de avaliação da extensão da doença e do grau de invasividade], e hoje é manipulado na hora dos procedimentos. Então, é uma cosia triste. Nessa área as indústrias farmacêuticas poderiam se aproximar mais, poderiam fazer programas conjuntos, virar os intermediários e diminuir essa manipulação do paciente. Principalmente do com câncer.

(Entrevistador) E em relação a cobertura de medicamentos para os pacientes ambulatoriais, como é que o senhor vê? Existe uma discussão, um debate na CASSI?

Eu vejo isso com muita preocupação. Por quê? Porque do jeito que a lei foi aprovada, ela não estabelece nenhum mecanismo de controle, ela estabelece uma relação de, existe alguém que entende que é para pedir e alguém que tem que pagar. Ora, se você está falando da proteção à saúde do paciente, você não poderia estar falando, estar passando por cima dos protocolos, das evidências, e isso foi para o *beleléu*. Agora é um que pede, e pede do jeito que quer pedir, e o outro que tem que pagar. Então eu achei uma norma muito populista, uma norma que foi apresentada para a população como uma solução e que pode gerar problema. A gente tem insistido com a ANS e a ANS tem aberto canal com a gente para discutir, alguns levantamentos foram pedidos para a gente tentar ver se consegue vir da agência algumas normas de regulação técnica para que a gente não exponha essa população que já está sofrendo ao bel prazer de quem quer pedir por pedir. Então esse é o problema do Brasil, ou somos oito ou oitenta. Eu sei que na saúde a palavra-chave para mim é o equilíbrio.

(Entrevistador) O senhor acredita que vai haver uma intensificação de investimento estrangeiros no setor daqui para a frente?

Eu tenho sérias dúvidas sobre o volume. O que eu escuto, as expectativas, principalmente dos empresários hospitalares, com a quebra da proibição, mudanças do artigo da Constituição, eles estão na expectativa de entrada forte de capital estrangeiro. Eu vejo, de novo, com preocupação.

Qual é o sistema, quais são os empresários que vem investir aqui? Americanos [estadunidenses]? Sistema falido? Um sistema que domina o consumo como ninguém e na saúde tentou fazer a mesma coisa e quebrou a cara. Um sistema que está com um remendo, que é o *Obamacare*, que é um remendo, nós sabemos que é um remendo, que quando terminar de ser implantado em dois mil e não sei quando já vai estar com carências e com furos terríveis. É esse empresário que vem para cá investir para ter rentabilidade? Então eu tenho uma certa preocupação. Sei que o movimento é forte. Sei que o movimento é constante. É perene lá em Brasília. Sei que a discussão está bem avançada para se quebrar...

É, porque na verdade é quebrar, é você mudar o artigo 89 é? 89 da Constituição? Eu não lembro, mas se você mudar a redação, acabou. E a discussão está bem avançada.

Você não tem hoje a possibilidade de você assumir que o capital é de empresa estrangeira, mas você tem banco de investimento. Banco de investimento abre um fundo, a empresa tem uma empresa que a representa aqui. É tudo legal. No Brasil nós somos pelo direito positivista, a gente pergunta se é legal, a gente não pergunta se é ético. Essa foi nossa opção federativa, paga-se o preço.

(Entrevistadora) Então procura-se outros mecanismos, se não tem investimento direto, vai pôr fundo, participação acionária, nas ações. Não tem o crivo do CADE quando entra o capital estrangeiro, pela legislação? Por exemplo, da AMIL não teve o crivo do CADE?

É porque, eu até fiquei surpreso com isso, como é de fora não houve, não houve a concentração de mercado. É por isso que se tem que quebrar a vedação constitucional, porque agora para investir é expansão do mercado, é domínio do mercado, mas como foi de fora.

O que estou falando para vocês, essa é uma discussão bacana e isso dá outra entrevista de três horas, nós optamos, a gente jogou fora o direito natural e optou pelo direito positivo.

É legal? É, então pode. É ético? Não. Essa discussão não cabe aqui. Tem que ter muito cuidado com isso principalmente na área da saúde isso é algo que me preocupa imensamente, a história do “é legal”, é legal, é, mas é ético? E a saúde pode viver sem ética? Essa é uma discussão muito boa para vocês fazerem, porque eu não consigo entender uma intervenção que é voltada para você agregar qualidade de vida, para você dar à pessoa longevidade com qualidade de vida, eu não consigo perceber como eu posso fazer isso dissociado de ética.

(Entrevistador) Como o senhor vê o futuro do sistema de saúde e a inserção da empresa nesse futuro?

É assim, nós temos uma agenda na qual a maioria das operadoras privadas e aí não é o caso da autogestão, a gente tenta trazer essa agenda para a mesa o tempo todo, mas é uma agenda que para mim é prioritária, a discussão do modelo de saúde brasileiro. O modelo de saúde do setor de saúde suplementar, nós vamos ter que fazer isso. A pergunta que eu faço hoje aos empresários quando eu, empresários de plano de saúde, quando eu encontro é assim, exagerando como advogado, a Europa precisou de uma guerra, de ficar arrasada para fazer a discussão desse problema, o que nós vamos precisar aqui no Brasil? Estar todo mundo quebrado? Já que a gente não gosta de fazer guerra. O que nós vamos esperar então? Quebra todo mundo? Tudo mundo falido, aí nós vamos discutir o modelo? Porque é essa a questão que se impõe hoje. Assim, são diversas frentes que você tem que estar participando, mas o eixo, a substância do sistema de saúde é o modelo que ele adota. O resto é acidente, e se não tiver essa discussão aí é só esperar ou uma guerra ou a quebradeira geral, que vai acontecer.

É menos traumática, menos traumáticas, mas vai ser ruim para todo mundo. E é assim, particularmente, eu fui gestor, gerente regional por 15 anos dos 18 que estou na CASSI e há 3 anos eu lido com as pessoas que estão no nível estratégico de outras operadoras. Não sinto, eu sinto que hoje a gente avançou para fazer o mesmo diagnóstico, então todos, se você sentar na mesa, independente do setor, todos fazem o mesmo diagnóstico: nós estamos indo para o buraco. Nós todos estamos indo para o buraco. Pernambucano tem uma coisa de dizer que vamos morrer agarradinhos, todo mundo dá o braço aqui, estamos unidos, mas vai morrer todo mundo. Então esse diagnóstico hoje já tem, a anamnese já está igual, o diagnóstico já está igual. Quando você

chega na proposta terapêutica, aí é um deus nos acuda. Saiu um artigo um dia desses, não me lembro o cara, em que ele falava disso, daqui a 20 anos está quebrando aí um está falando que a culpa é do outro. Acho que foi da folha de são Paulo.

Mas é isso, é isso. Então nós precisamos definir nossa agente, a gente precisa discutir o modelo para a saúde suplementar e a gente precisa, principalmente, começar a mudar esse modelo no que nos une. A gente passa o tempo todo discutindo o que nos separa. Caramba, vamos fazer o contrário, vamos focalizar em identificar o que nos une, o que é convergência entre nós, vamos transformar isso em ações concretas, vamos criar um clima de confiança recíproca e aí a gente tem condições para subir o segundo degrau da discussão do modelo, que é a forma de intervenção. Eu tenho certeza que esse é o modelo que a gente precisa para o setor de saúde suplementar. Ou vamos esperar a quebradeira, que também na hora do caos, todo mundo senta para conversar.

[...]

O que eu digo para vocês é o seguinte. Hoje as autogestões conseguem fazer barulho e infelizmente o barulho que a gente faz é no sentido de discutir a questão da saúde, mas não tem a ressonância de quem poderia nos dar a ressonância, mas é o que a gente consegue fazer hoje. Porque o poder efetivo, a massa, a capacidade de mudar rapidamente, essa está na mão das privadas. Ninguém vai ouvir a CASSI com 800.000 vidas quando pode ouvir uma outra que tem 3.000.000 de vidas, uma outra que tem 6.000.000 de vidas, entendeu?

Você não vai escutar a CASSI que é um sistema de saúde que está em todo o Brasil, quando pode falar com outra que tem 61% da sua carteira em um estado, então é por isso que eu falei lá atrás, não vou repetir porque já falei demais, mas assim, é por isso que lá atrás eu falei que nós precisamos que o gestor público se envolva, o nosso ministro é ministro de todos os brasileiros, goste ou não goste, queira ou não queira, ele não é ministro do SUS, ele é ministro da saúde. Então é preciso, nós precisamos ter essa adesão, essa, eu não vou dizer que não tenha consciência, mas é preciso ter ação. E eu espero que a agência também colabore com isso. Eu acho que isso aqui [essa entrevista] talvez seja um bom exemplo concreto se isso gerar desdobramentos e frutos.

FIM

Transcrição: DB/Revisão e edição:JS

GEAP

Transcrição de entrevista realizada com **LUÍS CARLOS SARAIVA NEVES [LC]** (diretor executivo-GEAP) e **PEDRO TRINDADE [PT]** (assessor de planejamento- GEAP) no dia 18 de outubro de 2014.

[...]

[PT] Desde janeiro que estou na sede em Brasília, na direção, fazendo assessoria de planejamento. Em suma a principal atividade que fazemos é a coordenação do planejamento estratégico da GEAP como um todo, a nível nacional com todas as gerências e a interface, não só entre as gerências da diretoria, como também, com as gerências estaduais que são as representações da GEAP nos estados. E dentro do mercado de saúde, já trabalho, vai fazer três para quatro anos, algum tempo trabalhei em planos de saúde privados antes de vir para a GEAP, então tenho uma certa noção das diferenças de uma autogestão para um plano privado com fins lucrativos e é isso. Estou bastante disponível para contribuir com o trabalho de vocês.

(Entrevistador) *Gostaríamos de ouvir um pouco da história da fundação GEAP e saber como é que o senhor chegou a ser Diretor Executivo?*

[LC] A GEAP vai completar agora dia 29 de setembro, 69 anos. Nós temos um material [impresso] já feito. Vai estar lá um histórico muito mais completo, um documento oficial mesmo da GEAP e eu acho que seria interessante a gente pegar um tempo para falar um pouco a partir dessa minha chegada. Eu na realidade cheguei na GEAP em 1995. Quando eu fui convidado para trabalhar como auditor médico da GEAP. De 1995 a 2002, eu trabalhava como auditor, fazendo auditoria de contas, perícias médicas e em 2002 houve uma intervenção na GEAP e o diretor da GEAP Pernambuco, eu era auditor médico na Gerência do estado de Pernambuco. E houve uma intervenção na Gerência estadual por determinação do Poder Executivo da época e nesse período de intervenção, o interventor, ele me convidou para assumir a Superintendência Estadual de Pernambuco. De 2002 a março de 2013, eu trabalhei como superintendente do estado de Pernambuco. Depois a nomenclatura mudou foi para Gerente Regional, Gerente Estadual, então foi quando eu ascendi a um cargo de gestão, eu saí de auditor para gerente. Quando foi agora em março de 2013, por volta da situação que a GEAP se encontrava. Nós vimos sair muitas notícias nos jornais, televisão, a GEAP estava com o passivo financeiro muito grande no mercado, passando por uma crise de governança, por conta de problemas do nível do conselho deliberativo, estância máxima e também no nível de diretoria e por conta desse desalinhamento de gestão, o Governo Federal através da PREVIC [Órgão da Previdência denominado Superintendência Nacional de Previdência Complementar – PREVIC]. Tem um detalhe [é que] a GEAP até outubro do ano passado, tinha uma natureza no seu estatuto, nos seus documentos, um vínculo com a Previdência e o órgão regulador da Previdência é a PREVIC. Então, através da PREVIC, a GEAP sofreu uma intervenção e a Agência Nacional de Saúde [suplementar] é que a GEAP tem essa dupla face: a face da Previdência e a face da Saúde [suplementar], os dois negócios, vamos dizer assim. E por conta desse negócio da Saúde Suplementar, a ANS também fez uma ação de direção fiscal na Fundação de Seguridade Social - GEAP. Esse era o nome que tinha a instituição. Essa intervenção começou no dia 27 de março de 2013 e eu fui, convidado, convocado, fui chamado pelo Governo para assessorar o interventor, porque o interventor, ele veio do setor bancário. Um profissional técnico do setor bancário, não conhecia o negócio da saúde, conhecia muito bem o negócio da Previdência. E aí o governo precisava de alguém para acompanhar as ações e todo o trabalho na área da saúde. Me chamou, eu fui para Brasília e fiquei assessorando o interventor focado no negócio, nas atividades da Saúde Suplementar. Montei uma equipe e aí a partir desse momento, nós começamos a fazer todas as ações e mudanças na área da Assistência à Saúde. Que a GEAP sempre trabalhou com este conceito de Assistência à Saúde. Nós agora

estamos mudando para o conceito de Atenção Integral à Saúde. Lá na frente a gente vai entender um pouquinho dessa mudança. A intervenção foi até outubro de 2013, do dia 27 de março até 18 de outubro de 2013 e um dos objetivos também da intervenção, além de fazer uma readequação da instituição era também promover a cisão dos negócios, separar a Previdência da Saúde. No *site* da GEAP vocês irão encontrar tanto os documentos referentes à GEAP Previdência que é uma nova empresa, com um novo CNPJ e GEAP Autogestão em Saúde que manteve o CNPJ da origem da GEAP. Então, são duas estruturas, duas empresas separadas. Hoje o que acontece ainda é o compartilhamento de algumas atividades.

(Entrevistadora) *Por que o objetivo era separar os negócios?*

[LC] Porque em separando daria uma formatação, uma “cara”, daria uma estruturação de fato do que é Previdência, Seguro e Pecúlio. Uma das características da GEAP Previdência é ter um grande volume de peculistas e um valor muito grande, beirando uns três bilhões de reais, que eu não tenho valor porque hoje estou focado só na saúde e definir o negócio de saúde suplementar. Porque como havia essa mistura, isso gerava transtornos grandes no sentido de gestão financeira, de gestão dos próprios negócios, a representatividade da empresa, porque misturava a representação Seguridade/ Previdência com saúde, então com essa separação, cisão se deu um formato mais preciso do que é cada coisa, que eu particularmente acho que foi muito importante e decisivo para o momento que o GEAP Saúde vive. Então, no dia 18 de outubro tomou posse o Conselho de Administração novo, provisório, que foi indicado pelo Governo, seus membros, conselhos de seis conselheiros titulares e seis suplentes, que tinha, a missão de continuar organizando a instituição e ao mesmo tempo preparar o momento de uma eleição da representação dos beneficiados, dos servidores. Essa eleição ocorreu em março. Em março [de 2014] nós tivemos a eleição, tudo isso está documentado no *site*. No *site* vocês podem encontrar e se precisar a gente também disponibiliza e foram eleitos três representantes dos servidores com seus três suplentes e o governo indicou os três representantes dos órgãos, um representante da União (eu vou explicar porque isso), do Ministério do Planejamento e o Ministério da Saúde e três suplentes (INSS e Planejamento). Isso tudo está lá no *site* explicadinho e aí abriu esse conselho eleito, legitimado, tomou posse e com mandato de três anos no Conselho de Administração que é a instância máxima da instituição. Em conjunto com a eleição do CONAD (Conselho de Administração), foram eleitos os membros do Conselho Fiscal. Dois membros titulares e dois suplentes e o Governo indicou dois titulares e dois suplentes. A paridade da representação Governo/União, porque a União custeia a GEAP, há um custeio, há um repasse financeiro do Governo para a GEAP e dos beneficiários que pagam mensalmente o valor do seu plano.

(Entrevistadora) *Quer seja a União ou sejam os órgãos, ela está definida dessa maneira?*

[LC] Tem o estatuto que está lá também no *site*. Em dezembro, no início de dezembro em 2013, a Presidenta Dilma assina o Decreto, publica o Decreto, onde ela institui a União como patrocinadora de planos de saúde do convênio com a GEAP. Então o Decreto está lá no *site*.

O Decreto dizia o seguinte: todos os Órgãos da Administração Direta ou Indireta e fundações da União podem fazer convênio com a GEAP, para que a GEAP ofereça seus planos aos servidores e os servidores optem (aí é um detalhe importante), é uma opção que o servidor tem. Isso é muito

importante porque há uma confusão colocada no mercado de que foi uma obrigação dos servidores irem para a GEAP. Esse ruído ele foi do mercado, mas não. Abre-se a possibilidade como convênio único do servidor público ele faça a opção de entrar na GEAP ou ele possa ter a opção de escolher qualquer outro plano.

Até antes do Decreto, não se podia fazer convênios com Órgãos Públicos porque havia um impedimento. Quando houve o Decreto, abre-se a janela para fazer convênios com órgãos, fundações e autarquias no guarda-chuva da União. Nesse período de dezembro a 28 de fevereiro, muitos órgãos procuraram a GEAP. (Universidades, Autarquias) Antes do Decreto, nós tínhamos cerca de 86 órgãos conveniados, depois do Decreto, nós incluímos mais 100. Chegamos há ter quase 190 órgãos conveniados. A maioria sob, embaixo desse guarda-chuva da União, um Convênio Único, Decreto da Presidente. Quando foi em fevereiro a OAB entrou com a ADIN no Supremo Tribunal Federal, questionando o Convênio Único. É uma questão que está sendo debatida, discutida no âmbito jurídico entre o governo, a União e a OAB. A GEAP ficou como “o marisco na rocha”, entre “o mar e a rocha”. A GEAP não tem nenhuma interferência nesse processo, ela está oferecendo um produto. Tem que deixar muito claro que é um conflito entre União e OAB. Evidentemente que a OAB fez isso provocado por algum ator social interessado, algum agente social interessado na questão do mercado, uma disputa de mercado. Por que a OAB não tem plano de saúde. Ela compra, ela paga o plano de saúde de várias UNIMEDs e outras operadoras.

O Ministro [do STF] Lewandowski, ele solta, ele assina, esqueci o termo jurídico, uma liminar, um documento jurídico dizendo o seguinte: quem fez o convênio até o dia 28 permanece conveniado, a partir do dia 28, nenhum órgão, nenhum outro órgão pode fazer convênio com a GEAP e tem que aguardar o julgamento do pleno no STF. Por isso que a Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, não fez o convênio com a GEAP. Deu o dia 28, a partir daí a GEAP estava tendo diálogo, negociação, quando veio a posição do Ministro e impediu a entrada, como a Marinha, Aeronáutica e outros e outros órgãos. A Fluminense entrou, a Universidade Federal Fluminense. Então, é, por isso que vocês não estão vendo essa movimentação da GEAP na UFRJ. Como não houve convênio, nós vamos ter que concentrar todo o trabalho, todo esforço, diálogo com os órgãos que estão conveniados. Mas eu espero que a gente consiga, a União, melhor dizendo, consiga explicar no Supremo que não é aquilo que a OAB propõe, que o Supremo libere que a gente vai claro, evidente buscar um entendimento com a reitoria da UFRJ.

Quando foi dia 18 de outubro, nós fomos indicados para assumir a Diretoria Executiva da GEAP, eu assumi, fui aprovado pelo CONAD, pelo Conselho e montei a minha diretoria. A partir, desde a intervenção quando eu cheguei lá, nós, junto com o interventor começamos a estreitar o diálogo e aproximar as nossas atividades com a ANS. Por quê? Porque infelizmente, anteriormente havia um entendimento ruim e eu mesmo lá em Pernambuco como Gerente Estadual, eu tinha a leitura que não tinha uma, não havia uma sintonia. E quando eu digo a sintonia, é no sentido de a GEAP então cumprir e seguir os normativos da ANS, já falhavam nisso. Então, assim que houve a intervenção, assim que nós assumimos a diretoria, nós abrimos todos os canais de diálogo com a ANS. Primeiro para entender a ANS. Porque a gente tinha uma dificuldade de entender a ANS, por conta de como era trabalhado isso dentro da instituição, e segundo para demonstrar à ANS que a partir daquele momento, e aí a gente também demonstrou à ANS que a nova diretoria da GEAP queria primeiro cumprir os normativos da ANS, segundo dialogar no sentido de contribuir no aperfeiçoamento dos documentos legais, das ferramentas de regulação, porque também nós tínhamos críticas, para algumas críticas propositivas. No sentido de algumas ações da ANS.

Com o decorrer do tempo e das várias mesas de negociações, de diálogos com a ANS, hoje a gente tem um canal muito bom e diálogo transparente, a gente se entende hoje. Amanhã vem uma equipe da GEAP aqui na ANS discutindo as questões das DIOPS [Documento de Informações Periódicas da Operadoras de Planos de Assistência à saúde], das notificações que a ANS faz que a gente tem umas coisas que a gente tem dúvida e que a gente acha também que é um pouquinho injusto, uns fatores de multiplicação e de determinação do peso de avaliação da operadora pela DIOPS são subjetivos e temos que entender melhor. Então, para vocês verem como a gente está em um nível muito elevado de diálogo. Mas, entendendo sempre que a agência é realmente o órgão regulador, é um órgão que nós temos que seguir e acompanhar suas deliberações.

(Entrevistador) *A GEAP tem programas de medicamentos?*

[LC] Tem, nós temos duas ações nessa área.

[PT] Programa de auxílio financeiro para aquisição de remédios de alto custo e quimioterápico.

[LC] Quimioterápico domiciliar que foi implantando agora. Nós estamos ampliando e qualificando. Deixa eu falar do primeiro, da aquisição de medicamentos: Esse aí o beneficiário ele compra o medicamento e apresenta a nota fiscal na GEAP e a GEAP restitui 50% do valor.

Existe uma relação de medicamentos, que são medicamentos caros.

O outro é o quimioterápico domiciliar. A gente já tem, inclusive ontem tivemos a reunião da diretoria, reavaliando todo o processo e nós temos disponibilizado essa medicação quimioterápica, tem um rol de drogas e tem uma empresa que fornece esse quimioterápico para os nossos beneficiários.

(Entrevistadora) *Qual é a empresa fornecedora?*

[LC] É a LIG MED.

(Entrevistadora) *É para todo o Brasil?*

[LC] É, para todo o Brasil. Só que agora nós estamos aperfeiçoando, porque o Brasil é um continente. Então, nós vamos contratar outras empresas para a gente poder dar conta das regiões mais distantes, Nordeste, Amazônia. Porque se eu não me engano essa empresa é do Rio Grande do Sul. A gente quer ter uma oferta maior de serviços.

(Entrevistadora) *Quais eram os principais problemas e/ou desafios da GEAP quando você chegou? E agora?*

[LC] o principal desafio naquele momento em que houve a intervenção e até o momento é a sustentabilidade da empresa. A sustentabilidade financeira. Em dezembro de 2012, a GEAP tinha um passivo muito alto no mercado e isso era publicado aos quatro ventos. E esse foi um dos motivos principais para ter ocorrido a intervenção. Então, esse foi um dos principais desafios nossos, principais dificuldades. E, a outra, foi a questão do modelo de assistência à saúde (falava assim na época) que é um modelo totalmente [...], até a ANS fez uma análise desse modelo e apontou para direção na época que esse modelo fatalmente levaria a GEAP para a falência, era um modelo onde é onde não entrava jovens, se permanência uma população muito grande de idosos e o que era também atraído para entrar na GEAP era uma população idosa. Agora, eu queria abrir um parêntese (a missão da GEAP é universal, ela é igual ao SUS, ela não discrimina idoso, não discrimina portadores de doenças pré-existentes, ou seja, ela absorve, ela acolhe qualquer servidor ou seu familiar que venha fazer parte do mercado chamado carteira. Na população que é atendida pela GEAP. O outro desafio era resgatar a credibilidade da GEAP no mercado, porque o mercado já não estava mais acreditando na viabilidade da GEAP e não acreditava inclusive que a GEAP pudesse cumprir com os seus contratos, com seus acordos. O outro [desafio], a própria governança, governança interna da empresa.

(Entrevistadora) *Você poderia detalhar um pouquinho para a gente?*

[LC] O modelo de governança, era um modelo muito centralizado em Brasília. Muito centralizado, muito concentrado, muito concentrado no nível central. Por exemplo: tinha um procedimento simples que para ser autorizado, tinha que passar por uma regulação no nível central e isso gerava uma espera do beneficiário e o que gera a espera e não atende à expectativa, gera insatisfação e isso gera reclamação, que gera multa. E nós fomos multados muito por causa desse modelo muito centralizado em resolver aquilo que o beneficiário não avistava lá no interior, aqui no Rio, no sertão, no Nordeste, na Amazônia e precisava ter o seu problema resolvido. Então, essas quatro, são as quatro maiores dificuldades que nós encontramos. Para isso a gente fez o quê? Nós assumimos a direção e construímos o nosso planejamento estratégico. Ele tem quatro eixos principais, quatro objetivos principais que justamente vão tentar resolver esses quatro desafios.

(Entrevistadora) *Existe um documento do planejamento estratégico?*

[LC] Existe. Ele foi construído coletivo, houve uma visita aos estados, ele junto com outro assessor. Isso foi construído em 12 estados, até chegar no nível central. Do nível central, depois a gente sistematizou. Fizemos um encontro nacional de gestores. Todos os gestores da instituição. Validamos, aprovamos e aí levamos para o Conselho de Administração, apresentamos e o conselho deliberou e aprovou o planejamento estratégico. Ele é um planejamento validado pelo

CONAD, com todos os gestores da casa e todos os gestores da casa assinaram o termo de responsabilidade e compromisso com o planejamento estratégico. Agora em dezembro nós vamos fazer o encontro para realinhar o planejamento para 2015, porque ele é 2014/2015. Ele é bienal.

(Entrevistador) *Como é que o senhor ver hoje em relação as atividades da GEAP, a regulamentação dos planos de saúde?*

[LC] Primeiro eu entendo que o processo de regulamentação e acompanhamento é fundamental, porque tem que haver uma sistematização dessa área, senão cada um vai fazer o que quer e daqui a pouco está um [...], então não dá para ser na vontade de cada um. Eu penso que o desenho que está colocado hoje, ele não é equânime. Ele precisa ter esse balizador da equidade, porque uma coisa é você regular uma operadora minimamente posicionada no mercado como lucrativa e outra coisa é regular quem não é lucrativa, quem é sem fins lucrativos. Porque quem não é, quem não tem lucro, ou seja, quem não visa o lucro, todo recurso é devolvido para o seu beneficiário na forma de produtos e ações de atenção integral à saúde, é essa a nossa missão hoje. Inclusive, só para complementar de como isso é tão diferente, o governo federal abriu a possibilidade de convênios de empresas para realizarem os exames periódicos de servidores, a GEAP oferece esse produto para os órgãos e uma das nossas diretrizes nesse sentido, é que todo valor arrecado pela GEAP com exame periódico ocupacional, ele tem que ser devolvido para os órgãos sobre as formas de ações de promoção de saúde. Então é o que mostra que é uma operadora sem fins lucrativos. Você arrecada um produto e faz a devolutiva com ações e estratégias de promoção em saúde. A gente instituiu isso agora. Com esse novo momento da GEAP.

[PT] A diferença na verdade que eu acho que talvez seja a mais expressiva dessa relação de regulação de um plano de autogestão, operadora de autogestão e de um plano privado, é que diferentemente de um plano privado a gente não tem como segmentar, escolher aonde a gente vai atuar, pelo custo de mercado, pela dificuldade logística. Se tiver um beneficiário da GEAP, alguém com direito à GEAP no interior do Amazonas, um só, a gente tem responsabilidade pela missão da empresa, pelo perfil dela de atender esse único que estiver lá. Tem que contratar o hospital, tem que fazer uma estrutura de saúde por mais que sequer exista. Então, diferentemente de um plano de saúde privado que faz uma análise de viabilidade financeira, de mercadológica, enfim se o mercado está muito caro, mercado de São Paulo está caro, eu tiro minha ação de lá e foco no Rio. A UNIMED está em queda, então eu vou aproveitar. A GEAP não tem condição e nem interesse de fazer isso. Hoje a ANS está com o perfil de ter, ela ainda está aprimorando uma série de normativas, uma série de questões que vão contemplar este tipo de diferenciação entre as operadoras.

[LC] E tem aquela questão muito clara da seletividade, seleção, como eu já falei anteriormente. A gente não discrimina idoso. Idoso na GEAP, a nossa faixa de cobrança de mensalidades vai até 59 anos, a partir de 59 anos é um valor só. Então nós temos hoje 600 beneficiários com mais de cem anos. Nós temos uma beneficiária no Amapá com 113 anos e aqui no Rio também. A nossa

equipe está aqui também para entrevistar esses centenários e que a gente vai fazer um trabalho com eles.

[PT] Só no Rio tem cento e vinte [centenários].

[LC] Se você for somar os acima de noventa vai para mais de 1.500. A gente já está desenvolvendo algumas atividades junto a essa população. Um zelo maior, um cuidado maior com eles. Isso para nós é uma joia!

(Entrevistadora) *A questão dos 59 anos é após 2004?*

[LC] É, eu preciso checar isso aí. Porque a GEAP anteriormente, ela trabalhava com o desconto do percentual de salário.

(Entrevistadora) *As faixas de vocês eram uma só no contrato?*

[PT] Não! É que cruzavam duas informações. Você tinha a faixa salarial e a faixa etária. Então, cuidar de planos é uma tabela que você vai cruzando tudo isso. Hoje em dia não tem. O valor do plano é de acordo com a faixa etária, inclusive é como a própria ANS define 59 anos é a última faixa. Já são oito faixas.

[LC] E, os outros valores são bem menores.

(Entrevistador) *Em relação à participação no mercado, que tipo de relações você tem com empresas de outro setor? Têm alguma participação representativa? Têm alguma participação em financiamento de pesquisa? Tem alguma participação em outras empresas?*

[LC] A GEAP é uma empresa de autogestão e ela está situada justamente nessa fatia do mercado da saúde suplementar, nas autogestões. Ela faz parte das Unidas. Ela é a segunda maior autogestão. Nós dois temos 605.000 beneficiários e na Unidas, a GEAP ocupa o cargo de Diretoria Técnica, que sou eu o titular entre os executivos. A Diretoria Técnica na Unidas. Esse é o único vínculo que nós temos com alguma outra entidade em termos de cargo. No mercado como um todo, nós somos a 12ª maior, no todo, no bolo total das instituições. E com relação a esse investimento, nós não temos investimento externo. Nós não fazemos este tipo de investimento. Até porque a GEAP tem todo um escopo de estatuto, de composição como empresa que delimita muito esta questão como atuar. Nós podemos fazer parcerias, a gente vai buscar isso. Com esse novo modelo que a gente está implementando de atenção integral à saúde, priorizando a atenção primária. Então a gente, em 2015, vai com certeza buscar parcerias com o SUS, com as prefeituras, até por conta dessa situação que o Pedro [Trindade] coloca que em

algumas regiões do País, como a nossa capilaridade de beneficiários é muito grande, nós vamos ter cidades que tem dois beneficiários da GEAP. Eu andei muito o Sertão do Nordeste, quando eu era gerente de Pernambuco. Eu visitei todas as cidades onde tinha beneficiários da GEAP, então muitas vezes tinha um beneficiário que morava nas cidades do sertão que para ser atendido tinha que se deslocar 300Km, para ter um atendimento odontológico bom, para ter um atendimento de um cardiologista tinha que sair da cidade, até mesmo para outro estado. A gente sabe que nos interiores, nos sertões quem conta muito é a distância. Então ele saia de Pernambuco para ser atendido no Ceará. Tem um caso muito específico lá que é o de Juazeiro e Petrolina, boa parte dos beneficiários da GEAP da Bahia que mora em Juazeiro vão buscar assistência na rede da GEAP em Petrolina, porque o plano é nacional. É só cruzar a ponte e ir para Petrolina. Por quê? Porque a cidade de Petrolina tem ofertas melhores de serviço. Lá nós temos neurocirurgiões, cardiologistas, cirurgia cardíaca. E Juazeiro não tem. Pelo menos até então quando eu estava lá. Então essas parcerias são possíveis, agora o financiamento não. Agora uma característica que a GEAP tem é que muitos dos produtos são elaborados internamente, muitos dos recursos nossos. Por exemplo, nós temos uma Central de Atendimento, com quase 400 funcionários que faz todo o trabalho do *Call Center*.

A nossa T.I é própria, o desenvolvimento dos nossos *softwares* são todos elaborados, desenvolvidos internamente. A comunicação também. Agora em algumas áreas a gente já está buscando algumas consultorias, por conta de que tem algumas áreas que nós entendemos que precisamos ter consultores como é o caso dessa modelagem da atenção integral à saúde.

(Entrevistadora) ***Onde fica a Central de Atendimento?***

[LC] Dentro da estrutura da GEAP, na sede em Brasília.

(Entrevistador) ***Isso significa que a pessoa daqui do Rio telefona e cai lá em Brasília?***

[LC] Cai lá, 0800. Tudo nosso!

(Entrevistador) ***Como é que vocês vêm a perspectiva daqui para frente, no horizonte de quatro, cinco, seis anos?***

[LC] O cenário financeiro está resolvido para nós. O passivo que nós tínhamos nós já resolvemos na rede, nós tínhamos um passivo alto, nós já equilibramos, já conseguimos atender à resolução da ANS referente à reserva técnica. Nós já temos a reserva técnica garantida, nós estamos superavitários. Ainda não é o superávit dos sonhos, mas, falta pouco para que nos dê condições para avançar mais, de implementar mais. Contratar por exemplo serviços mais complexos. Apesar que essa não é a prioridade nossa agora. A prioridade nossa é implantar e implementar a atenção primária na GEAP, que não existe.

(Entrevistadora) *Poderia explicar melhor como seria a estratégia de parcerias, inclusive com o SUS, com vistas à atenção primária?*

[LC] O modelo de assistência da GEAP é um modelo curativo, é um modelo focado na urgência e a nossa porta de entrada hoje ainda é a urgência o que é, ir para a morte! No sentido institucional. Não se sustenta uma operadora de planos de saúde focada na urgência e curativo. Nós estamos elaborando como nossa proposta, nós iniciamos com os nossos profissionais internos, que têm informação na área e experiência. Já elaboramos um modelo piloto e agora que a gente está trazendo, agregando um consultor para aperfeiçoar aquilo que a gente pensou e elaborou. Então a ideia nossa é que em 2015 a gente possa já estar implementando esse modelo. Esse modelo ele pretende ir para dentro dos domicílios e dentro dos ambientes do trabalho, ou seja, levar a atenção para o domicílio e para o ambiente do trabalho. Nós já estamos fazendo isso de uma forma pontual, não sistematizado como um modelo. Mesmo pontual está dando um excelente resultado. Os servidores públicos estão satisfeitos vendo a GEAP no seu órgão lá disponibilizando psicólogo, disponibilizando cardiologista, um eco, um clínico geral. A gente já está fazendo algumas experiências.

Laboratórios pequenos para ver como é a receptividade principalmente e a satisfação que isso dá para o nosso [beneficiário] então, a gente entende que quando o modelo estiver pronto e fizer realmente o seu papel, vai ser um....

(Entrevistadora) *Mas, nesse caso, no domicílio seria essa parceria com o SUS?*

[LC] Não, as equipes serão nossas. As parcerias seriam em termos do diálogo e disponibilidades de informações, não de profissionais. Aliás, os profissionais terão que ser da GEAP.

[PT] É um intercâmbio de informações, da parte técnica.

[LC] Por sinal na elaboração do piloto desse projeto, nós já tivemos a participação do Ministério da Saúde com a equipe profissional especialista do Ministério da Saúde foi lá, fez todo um debate com o nosso grupo técnico, tivemos a participação de outros profissionais, tivemos a participação de uma médica da família com uma experiência de coordenar a equipe, fez uma discussão com o nosso pessoal e a coisa está indo, está andando, saímos da fase embrionária para a fase fetal.

(Entrevistadora) *Com a chegada do capital estrangeiro, compra da Amil pela United Health, vocês estão usando isso como variável para construção do cenário futuro ou não?*

[LC] Sim! Porque o que se coloca hoje para o servidor público é ele fazer opções, ou melhor ele ter opções de escolha de planos de saúde. Então, nós sabemos, por exemplo, que existem corretoras de planos de saúde que estão oferecendo planos para os servidores e eles podem tanto tirar beneficiários da GEAP, desses planos, como podem também chegar primeiro no servidor e

trazê-lo para o plano e a gente só chegar depois e não ter mais [...] ou ter que fazer um esforço muito grande para trazê-lo, para tirá-lo [...] aí é o mercado. Sensibiliza-lo do que a GEAP é mais barata, a GEAP está oferecendo outros produtos e ele sair do plano privado e vir para o plano da GEAP. Assim, a gente avalia isso. E sabemos que tem corretoras fortíssimas fazendo este trabalho.

(Entrevistadora) *Vocês tem alguma estratégia para atuar, para se proteger? Ou essa é apenas uma variável?*

[LC] Temos! O fortalecimento da rede. A qualificação da nossa rede. Temos absoluta certeza de que com a implementação da atenção primária, isso vai dar um salto muito grande de qualidade em termos, não só de qualidade, mas estar muito mais perto do servidor.

(Entrevistadora) *Vocês passariam a ter rede própria?*

[LC] Não, ainda não. A GEAP ainda não está vislumbrando, pelo menos nesse momento a rede própria. O que a gente vislumbra em médio prazo, não de imediato, porque nós estamos no ano zero. Saindo de um momento muito turbulento, muito ruim. O que a gente vislumbra no segundo momento é a possibilidade de nós abrirmos as nossas policlínicas. Depois que a gente estruturar a atenção primária a gente vai partir para a média complexidade.

(Entrevistadora) *Estruturar a atenção primária, como assim? Contratando pessoal?*

[LC] Contratando pessoal.

(Entrevistadora) *Assalariado?*

[LC] Estamos avaliando como vai ser. Se vai ser serviços ou pessoas próprias ou profissionais próprios. É que está em uma fase muito inicial.

Estamos descobrindo essas coisas e avaliando no mercado. Porque vai ser uma tomada de decisão muito importante, ou seja, a gente vai mudar totalmente o conteúdo.

(Entrevistador) *Esta questão de se ver esse movimento, conjunto na área de saúde de aquisições, de investimentos em setores diferentes da área de saúde. Isso afeta as atividades de vocês a longo prazo? Pode fazer com que vocês sejam obrigados a reverem o planejamento?*

[LC] O problema para nós desse tipo de movimento é que muitas vezes gera possibilidades de os concorrentes oferecerem melhores serviços porque infelizmente a nossa população olha a complexidade. Você vê uma cidade como Recife, ali na região da [Avenida] Agamenon Magalhães, só ali tem dez ressonâncias magnéticas e agora dois *Pet Scans*. Quando esses grupos chegam [...] o Grupo D'Or comprou três hospitais de uma vez só em Recife. Comprou o Prontolinda, o São Marcos e o Hospital Esperança. Três hospitais grandes. Nós temos uma relação boa com eles lá. Temos essa relação bem tranquila com eles lá. Mas, nesse ponto é que eles dão um grande salto, com este tipo de serviço. Agora por outro lado, nós tínhamos o nosso lado forte, o nosso preço, aí eu estou falando em termo de mercado mesmo. Nossos preços são bem competitivos e a GEAP oferece alguns produtos, algumas vantagens que eles não oferecem. O nosso GEAP Saúde amplia o rol da ANS, ele vai além do rol que a ANS preconiza. Com um preço competitivo de plano. E [tem] a nossa capilaridade. Que nós somos um plano nacional. Recentemente nós temos o AFD e o TFD, que é o atendimento fora do domicílio. Por exemplo, estou hoje aqui no Rio, posso sair daqui meio doente e ir para um hospital, ser atendido fora do meu domicílio, mas pode ter a necessidade de alguém ir para outro estado e ter que internar com urgência, fazer uma cirurgia cardíaca e mora lá no interior da Paraíba, de Pernambuco e precisa ser transferido para Recife ou para São Paulo, para o Rio e a GEAP disponibiliza a transferência e o acompanhamento. É o programa que nós temos chamado TFD. O familiar acompanha, fica em hotel, tudo custeado pela GEAP. Então, esses *plus* que a GEAP é que nos dá um pouco de força para fazer o embate no mercado com esse tipo de empresa mais rica, mais forte. E os que estão chegando de fora. Porque realmente eles têm um olhar muito forte no servidor público. Agora, o servidor público com menos de cinquenta anos. Saudável! Sem doenças pré-existentes!

(Entrevistadora) *E o tamanho do mercado? Vocês acham que está bom? Está grande? Qual a sua opinião sobre o ressarcimento ao SUS?*

[LC] Nós fazemos o ressarcimento ao SUS por posicionamento em direção da empresa, nós entendemos que devemos fazer o ressarcimento porque se ele não foi atendido na rede, foi atendido no SUS e usou os recursos, os insumos, por que não fazer o ressarcimento? A gente só precisa discutir um pouquinho o valor da tabela, ela é pesada. Mas, quanto a isso a gente já pratica. E é uma posição de diretoria, do conselho de fazer esse ressarcimento.

(Entrevistadora) *Vocês acham que o mercado de planos de saúde é grande, ele é pequeno, deveria ter este tamanho, deveria ser menor, deveria ser maior?*

[LC] Aí, aí é muito complexo. Eu sou defensor do SUS, eu participei da construção do SUS e eu acho que o tamanho do mercado e como o mercado flui depende muito como o SUS se apresenta, se comporta. Então, penso que o SUS tem avançado, mas se nós tivéssemos avançado mais, com certeza este mercado não estaria desse tamanho que ele está. Então para nós, quanto mais o SUS melhorar e atingir as suas metas e seus objetivos, para nós é um sucesso. Acho que tem muita operadora no mercado, demais! De todo tamanho, para todo gosto, para todos os interesses. Eu acho que ele vai além do que deveria.

[PT] É interessante resgatar o histórico da própria ANS. Até então, até a ANS ser criada, até na verdade ela evoluir para os mecanismos de controle, regulação. A redução que se teve com o período histórico dessa criação, a quantidade de planos de saúde que se tinha e o que ficou, chegou a reduzir a quase a um quinto, a um décimo, um número bastante expressivo. Isso até como sugestão resgatar a história da própria ANS, nesse comparativo. Acho que qualifica o mercado de certa forma, como o Luís Carlos estava falando, de a gente ter muitas operadoras até certo ponto oportunistas ou enfim não tão estruturadas, mas que vai de encontro à característica do setor. Fazendo um comparativo por exemplo com a ANAC [Agência Nacional de Aviação Civil] por exemplo, tinha uma segmentação no mercado de companhias aéreas VARIG, VASP, a Transbrasil quebrou, agora entrou a GOL a Azul, ter uma quantidade X de empresas é importante, porque você consegue ter um nível de competitividade, o preço vai ficar estabilizado, mas em contrapartida também pode ter esta outra situação que é o que acontecia no cenário dos planos de saúde até 1998, 1999, enfim antes dos anos 2000 que foi quando a ANS foi criada. O tamanho do mercado é muito complexo, além dessa situação de ser dever do Estado, na Constituição oferecer acesso à saúde ao cidadão brasileiro, é uma responsabilidade, mas que também a mesma Constituição permite que o cidadão tenha a escolha de quem vai tratar dele. O Estado oferece, mas se eu quiser uma terceira opção eu também tenho. É muito complexo!

(Entrevistadora) *Como vocês avaliam a política fiscal de dedução de gastos com plano de saúde para pessoa física? E o subsídio para empresas de planos de saúde, benefício fiscal? E as linhas de créditos do BNDES para empresa do setor?*

[LC] É uma questão que precisa ser aprimorada, mas o que nós entendemos e pensamos é que nessa questão que entra a questão fiscal, benefícios, isso tem que ser uma ação que, em se aprimorando também leve no sentido de se aprimorar a atenção primária. Porque o que a gente vê é uma atenção que se dá para se construir mais a alta complexidade. Então, o foco tem que ser invertido, nós temos muitos tomógrafos e equipamentos centralizados em áreas [...]

FIM

Transcrição CLC/Revisão e edição JAFS

HAPVIDA

Transcrição da entrevista com os representantes da HAPVIDA, **Jorge Pinheiro** [JP] e **Simone Varella** [SV] realizada no dia 06 de setembro de 2014.

[...]

[JP] A penetração de planos de saúde na capital do estado de São Paulo é de 75%, aqui é 25%. Às vezes a mãe faz o plano para o menino mais doente e os outros dois ficam na aba ou utilizam a carteirinha dele. Então a gente tinha essa necessidade, porque esse custo era absurdo para a gente e vamos procurar maneiras de [controlar o uso do plano por pessoas não cadastradas] e estudando biometria facial, a mais barata que existia na época era um leitor que um cara tinha desenvolvido lá na Lituânia. Nós fomos lá e pegamos a tecnologia dele, tinha um sistema de reconhecimento nos EUA e juntamos essa coisa toda, integramos e colocamos aqui no sistema. Eu vou te dar um número que você vai ficar abismado. Lá no Rio Grande do Norte, que a gente estava perdendo muito dinheiro em 1997 mais ou menos. Nós tínhamos lá uma quantidade de consultas por usuário de 7,5 consultas usuário/ano. A OMS preconiza que sejam feitas quatro. E de uma só vez, de uma só tacada, a gente implantou a biometria em todos os consultórios, todos. O que foi uma luta que você imagina a resistência que foi: guerra, luta, não quero, não faço, e se você não fizer você não vai ser mais meu parceiro...você imagina a dimensão disso. No mês seguinte da implantação, me diga para quanto reduziu? 4,5 consultas usuário/ano. Você imagina o custo disso? Se a cada R\$1,00 que eu gasto de consulta, eu gasto mais quase R\$2,00 de exame, você imagina o tanto que a gente estava gastando de fraude. Você me diz “ah, mas é uma medida dura, ah, acabou com a fraude”. E aí eu digo, “mas será que os outros usuários, que estavam sendo honestos estavam satisfeitos com a fraude”? Porque quem paga é o outro usuário.

O que acontecia então na época? A gente descobriu que existiam dois tipos de fraude. Tinha a fraude do médico, que ele aumentava a planilha e tinha a fraude também do usuário, que chegava lá e se passava por outro. Essas três consultas por usuário/ano que a gente viu lá em Natal que estavam inviabilizando a operação e o produto tinha que ser tão caro que o usuário não tinha condições de pagar era fruto de fraude. Três consultas usuário/ano fruto de fraude. Então a gente implantou isso, essa tecnologia e lá resolveu essa questão da fraude e também foi uma coisa importante para a operadora como um todo.

(Entrevistador) *Foi a partir daí que vocês começaram a centralizar essa tecnologia?*

[JP] Não. Na época a gente ainda tinha dois sistemas. Os hospitais tinham uma gestão, que no caso eu fazia essa função na época, lá em 1995, cuidava da rede própria dos hospitais. Os hospitais tinham uma gestão, com administrativo e financeiro em unidades de negócio independentes e a operadora tinha outra, tinha tudo diferente. E aí em 1997 mais ou menos, 1998, é que a gente juntou tudo e com isso a gente conseguiu reduzir despesa e começamos a montar uma coisa única. Quando eu cheguei disse “não, vamos acabar com isso, não precisa disso tudo, é tudo uma coisa só”. E juntamos e começamos a ter uma só unidade, um sistema integrado, [onde] antes era um sistema segmentado. E começamos a ter um sistema integrado de gestão.

(Entrevistador) *E como você chegou a isso que está aqui?*

[JP] Isso aqui é fruto de pesquisa, de perguntar ao usuário. Perguntar para ele “o que é que você quer?” E ele [o usuário] respondeu essas duas coisas: eu quero que você me atenda em 15 minutos na emergência, que antigamente a gente trabalhava com 30 minutos. Não estou falando dos casos de risco de vida não. Estou falando dos casos de dor, de febre e tal, que não envolve risco de vida. Nesse caso de patologia, o usuário disse que queria ser atendido em 15 minutos. E no caso das consultas também a mesma coisa. Perguntamos para ele e ele respondeu. A gente pensava “será que o usuário quer uma rede credenciada muito grande”? Isso para o meu usuário, para o meu perfil de usuário B e C. Será que você quer uma rede de médicos enorme, será que você quer ter 10 hospitais na sua região? O usuário [respondeu] “não quero nada disso”. Foi uma revolução isso [essa resposta]. Poxa vida, está tão fácil, vamos investir nisso. E aí a gente parou de fazer tudo o que estávamos fazendo, não investimos mais em rede credenciada. Passamos a juntar tudo o que a gente tinha, todos os recursos em rede própria de atendimento, construindo clínicas, comprando equipamentos, novas unidades, essas coisas todas, investindo em rede própria.

Temos a medicina preventiva. A medicina preventiva tem uma série de ações e de programas. Então, tem um programa de gravidez de alto risco. A gente identifica grávidas de alto risco e leva para lá para que a gente acompanhe todo mês como está a glicemia dela, como está a pressão, mantendo-a dentro de uma célula para prevenir que o parto se complique ou se antecipe. Tem uma célula de obesidade, tem uma célula de hipertensão e de dislipidemia. Nós desenvolvemos agora, esse mês, que já está começando a funcionar, que é o autogerenciamento da saúde. O que é isso? Como nós temos um só sistema rodando em toda a rede, todo resultado de exames e procedimentos fica cadastrado em nosso banco de dados, inclusive as imagens e filmes. O usuário, quando vai na consulta não precisa levar, teoricamente não precisa levar nada. Ele chega lá, senta lá, o colega abre o computador e a vida dele todinha está ali. É o famoso cartão da saúde que muito se fala e que ninguém no Brasil conseguiu fazer e que inclusive vocês podem ver aqui funcionando. Se vocês forem em uma unidade nossa e entrarem lá no computador vocês vão ver a vida do paciente todinha: o que ele fez, o resultado de exame, quando fez, que consultas ele fez, está tudo lá. Se um paciente que mora em Fortaleza for em Manaus, [a informação] vai aparecer em Manaus.

Não só isso. A diferença é que no hospital, o paciente tem os dados do atendimento daquele hospital. Aqui eu pego todos os atendimentos, consultas, clínicas, hospitais e mais [os dados] de terceiros. Nós desenvolvemos uma plataforma que capta informações de terceiros credenciados, os laboratórios. Se você vai fazer um exame num laboratório credenciado, na hora que acaba o exame lá eu puxo e coloco no prontuário eletrônico do paciente. Esse é um sistema verdadeiramente integrado e que disponibiliza o prontuário eletrônico pessoal. E esse é um ativo muito grande. Isso é uma coisa que ninguém tem no Brasil, um ativo formidável. Nós nem sabemos o que vamos fazer com ele depois.

Sabe qual é a importância disso? Sabe quantos exames um laudo normal sai, por exemplo, de raio X? 75%. O que é isso? Por que tem muita gente que só precisa de um e se submete à superexposição. Com isso a gente mata a repetição, porque quando ele vai no médico, o médico como não tem o resultado do exame, ele pede um novo. Aí é mais custo, mais exposição do paciente à radioatividade. É o negócio do ganha, ganha, ganha. Todo mundo ganha. Ganha o paciente que se expõe menos ao exame. Ganha o médico porque tem mais informação para dar o diagnóstico. E ganha a operadora que gasta menos. Esse é um tipo de coisa que está 100% casado com nossa filosofia que é bom serviço e custo baixo. O usuário quer essas duas coisas. Ele

precisa dessas duas coisas. Se eu abrir mão de uma ou de outra, ele não me quer mais. É o divórcio. Se eu não entregar essas duas coisas estou fora. Não sou mais interessante para ele.

E a gente tem o autogerenciamento da saúde, como eu estava falando que como a gente tem essas informações todas, a gente disponibiliza numa conta pessoal do usuário, o usuário interage colocando novas informações como: peso, medições de pressão alta que ele fez, e o *site* [o programa de autogerenciamento] já te devolve com sugestões de tratamento. Então se você está com sobrepeso e está com pressão boa, o *site* te dar orientação nutricional. Então se já está com sobrepeso e hipertensão arterial, ele vai te dar orientação nutricional e exercício físico dependendo da sua idade. No caso de gestação de alto risco, [o programa dá] informações. É uma interação personalizada.

A gente tem sete ou oito programas além de formulações para a melhor idade.

Isso é outra tecnologia novinha em folha que a gente está disponibilizando que a gente acha que tem muito futuro, por que o usuário consegue o autogerenciamento da saúde. A operadora entrega para ele tudo o que ela tem de informação e o usuário vai se auto gerenciando.

Nós vendemos tecnologia de biometria digital para colégios. Não é foco nosso, é muito mais [o caso de] parceiros, clientes que chegaram e disseram: me dá essa tecnologia, vende essa tecnologia? Aí a gente foi começando a vender, mas não e uma atividade específica.

(Entrevistadora) *Essa empresa de biometria faz parte do grupo HAPVIDA? É uma empresa do sistema HAPVIDA?*

[JP] É. O número de empresas (do grupo HAPVIDA) é muito grande por que tem os hospitais, clínicas. Os hospitais são vinte. Tem o outro ramo que é o de comunicação, que é a televisão, mas que não tem nada a ver com [o negócio principal] e as principais são a operadora de medicina de grupo e os hospitais. Depois vem clínicas e diagnósticos por imagens e laboratórios.

(Entrevistador) *Cada uma dessas empresas tem CNPJ?*

[JP] Algumas tem CNPJ com filiais, por exemplo, um grupo de vinte clínicas com CNPJ com filiais. Todas as clínicas têm.

(Entrevistadora) *Qual é o ramo de atuação do grupo fora do setor saúde?*

[JP] São comunicação e tecnologia, muito pouco. A HAPTEC, que é a empresa que desenvolveu a tecnologia, ela presta serviço para outras autogestões. Agora por exemplo a gente começou a atender o grupo [...] A gente entra com o *BackOffice* [retaguarda de apoio na gestão da assistência] todo de gestão, dessa autogestão. Então isso não é um produto da HAPVIDA, é um produto de tecnologia, de software de gerenciamentos.

Nós desenvolvemos *softwares* para as nossas necessidades e aí houve interesse do mercado e por conta disso e a gente desenvolveu uma área comercial para isso e essa área comercial é bem atuante, tem fechado negócios, sempre no foco de gestão de sinistro, gestão de operadoras e autogestões. Mas não é uma função da operadora.

(Entrevistador) *Você tem alguma relação com a área de ensino, escolas?*

[JP] No passado não tinha radiologista no estado. Então a gente montou a primeira residência privada em radiologia. A maioria dos radiologistas aqui da cidade e da região são formados por nós.

É uma residência médica. Nós temos parceria com curso técnico de radiologia, que treina com a gente. tem parceria com fisioterapia, que os fisioterapeutas vão treinar com a gente, com enfermagem. Então tem uma série de parcerias, que se utilizam da nossa estrutura e tem entidades formadoras que, em conjunto com a gente vamos formando. Esse no caso de residência médica é exclusivamente nosso. As outras todas são em parceria.

(Entrevistador) *Como você vê essa interação da área de formação com a atividade principal?*

[JP] Fundamental. Porque é verdade que nós sofremos, um problema que não é só da saúde, sofremos por falta de mão de obra. Estamos falando de médicos, engenheiros, porque uma das características nossa é que somos muito verticalizados. No *Call Center* tudo é nosso. Como também a área de arquitetura, engenharia e construção é toda própria. Nós temos departamento que desenvolve todos os projetos, com os engenheiros que acompanham as obras. Então falta mão de obra de qualidade. Falta mão de obra e quando falta, diminui a qualidade dos que sobram. Não tem e quando tem não está no perfil que a gente quer. Eu trago médico do Brasil todo para trabalhar na região nordeste. E foi aí que a gente desenvolveu, dessa necessidade [...] nós estamos numa região que só somos melhores que o norte pela quantidade de médicos por vida. A gente viu a necessidade, que foi outro projeto bacana, que a tecnologia nos ajudou a reduzir custos e melhorar o atendimento, que foi a consulta a distância. Esse projeto foi o seguinte: a gente não tinha reumato-pediatra para atender em cinco cidades. Não existia. Tinha um cara que cobrava particular R\$400,00 a consulta e a fila para daqui a quatro meses. Em São Paulo tem muito reumato-pediatra. Só que alguns deles não querem vir morar no Nordeste. Montamos consultórios virtuais em São Paulo, na Alameda Santos, uma série de consultórios virtuais, fomos ao Conselho Federal de Medicina e pegamos as resoluções que tinha à época sobre atendimento à distância, que o Brasil ainda é muito fechado, nesse sentido, mas existia uma resolução que depois a gente ajustou com os conselhos regionais de medicina, no sentido de que é permitido fazer atendimento a distância no Brasil desde que tenha médicos nas duas pontas. Então o que nós fizemos? Contratamos generalistas pediátricos, em tratamento pediátrico, entramos no consultório virtual aqui, por exemplo, em cidades menores como Teresina, São Luís, que não tem um especialista, a gente montou um consultório virtual lá em que um pediatra está atendendo pessoalmente o paciente e no sistema de prontuário eletrônico, no outro lado está o reumato-

pediatra e ele com um telão de vídeo-conferência e o sistema também de precisão eletrônica em tempo real, que vê todos os resultados de exames, a vida toda. Então o pediatra que se aconselha a distância com o reumato-pediatra lá da ponta e assim a gente consegue fazer a marcação de consulta que era para ser feita e eu pagaria R\$400,00 e aconteceria em quatro meses, eu faço ela em cinco dias, com dois médicos. Nos EUA, e em outros países, já é permitido o atendimento à distância só com um médico, sem a presença dos dois, que é uma coisa que a gente tem que avaliar se vale a pena. Enquanto o Brasil tiver poucos, [médicos] que de fato nós precisamos avançar na quantidade de médicos por vida, isso é uma realidade em todas as regiões, enquanto a gente tiver escassez em algumas regiões, eu acho que a gente tinha que criar alternativas de um outro modelo, não só para rede privada mas principalmente para rede pública.

Mas a gente precisa entender, agora já não estou falando da área privada, mas da área pública, que tem muita gente que não tem atendimento. Estou falando em saúde pública. Eu não tenho dúvida que um terminal de atendimento a distância poderia fazer muita orientação, principalmente do ponto de vista preventivo, poderia fazer muita orientação e seria muito barato. Porque imagina quanto custa se levar um médico para o interior. É altíssimo. O médico é o profissional melhor remunerado nesse país, disparado. Não há nenhuma categoria no país tão bem remunerada como o médico.

Vou te dar um exemplo: qualquer médico, no interior do Ceará, com um dia de formado tem proposta de receber, pelo menos, R\$30.000,00 para trabalhar. E às vezes na capital. O que é um salário muito bom.

Algumas especialidades têm proposta de ganhar muito mais do que isso aí. Então, um garoto que saiu da faculdade, é ótimo, estudou muito. Mas o problema não é ele ganhar muito, o problema não é esse, o médico tem que ganhar bem. O médico tem que ser bem remunerado porque a responsabilidade dele é muito grande. O problema é que não tem, muitas vezes. Mesmo pagando você não tem. E aí acho que tem um desafio para saúde privada sim, em algumas regiões, que não é o caso de São Paulo, não é o caso do Rio de Janeiro. Nas capitais não vai ter problemas. Mas nós estamos falando de ter plano de saúde lá em Castanhal, lá em Paraopebas, no interior do Pará. A gente tem que pensar no Brasil com as características toda dele. Então são alternativas que a gente tinha que começar a flexibilizar e pensar em cidades inóspitas, que o sujeito para chegar lá tem que pegar um barco, tem que pegar não sei quantas horas de estrada carroçal com perigo de assalto, isso tudo. Então tem que pensar nessas alternativas. Tem que abrir nossa cabeça para atender melhor as pessoas, tanto na área privada quanto na pública.

É um problema do médico, do engenheiro, das funções técnicas e precisa investir melhor no Brasil. Precisamos formar mais gente. Acho que é um processo.

(Entrevistador) *Como você vê essa relação da área privada com a pública na saúde?*

[JP] Eu tenho uma opinião muito clara sobre isso. Qualquer país que se aventure a custear 100% da saúde pública, na saúde com investimento público vai quebrar! Ponto. Eu tenho isso de muito claro na minha cabeça. E os exemplos são claros nos países que ousaram fazer isso aí. O custo da máquina pública ficou tão pesado que o país não conseguiu mais custear. Eu não acredito num sistema puramente público. Por outro lado, por se tratar de um sistema, um serviço na interação

do público e do privado é fundamental. Eu vou lhe dar outra dificuldade da gestão pública. É humanamente impossível, pode contratar o *Porter* [refere-se a *Michael Porter* considerado um dos mais famosos *gurus* da administração, sendo conhecido por diversas teorias e ensinamentos, destacando-se como um dos maiores especialistas do mundo em estratégias], para ser ministro da saúde, ele não vai conseguir gerenciar milhares de hospitais. Isso é uma coisa louca. Do ponto de vista gerencial, isso é uma coisa absurda. A complexidade disso, do Brasil todo, pulverizado, com milhares de milhares de pessoas. É uma coisa de uma complexidade sobre-humana. Então, do ponto de vista de custo e gestão, eu entendo que seja uma tarefa impossível. Na minha cabeça. Nós temos uma rede de vinte hospitais, 3 mil funcionários, a gente com toda a liberdade de gestão que nós temos, somos empresa com capital fechado, não precisamos prestar conta com acionistas, ou seja, nós temos uma liberdade total de gestão e é um desafio enorme. Você imagina gerenciar uma rede pública todinha no Brasil. Então eu acho que é uma tarefa impossível, na minha opinião. Então a interação entre público e privado é fundamental. Agora, nós temos um sistema maduro, em que o privado atua num segmento, o público atua no outro segmento, agora não se complementam. Isso é um desafio que a gente tem que fazer. Eu acho que a gente tem que atuar na complementação de fato dos sistemas: onde é que a saúde pública entra, que eu entendo que a saúde pública tem que caminhar na mais na prevenção, vacina, essa coisa toda. A saúde pública tem que investir mais nisso, que dá resultado e a saúde privada tem que avançar um pouco mais. Por que quando a saúde privada avança, diminui o custo do SUS, porque sobra mais recursos para menos pessoas e o SUS consegue atender melhor. E do lado privado gera mais emprego, mais renda e mais tributo. Então, na minha opinião a gente precisa trabalhar na *complementarização* dos sistemas e incentivar mais as operadas e as empresas a contratar planos de saúde. Porque em toda vida que isso acontece se ganha mais, todo mundo ganha mais. O SUS fica com mais recursos, sobra mais e o país ganha porque gera mais emprego e tributo. Então por exemplo, como eu já propus para o ministro da previdência na época, já falei isso para o ministro da saúde “vamos incentivar as empresas a dar plano de saúde”. A empresa tem que ter lá um desconto no INSS. A empresa tem que ter um benefício nesse sentido, porque ela vai custear e vai desonerar o SUS. Então o governo vai ter que ajudar, até porque ele vai gastar menos. Então a gente tem que encontrar maneiras de incentivar a entrada de mais pessoas no setor privado. E encontrar maneiras de complementar. Eu acho isso uma grande deficiência que a gente podia fazer. Porque aí sim o sistema público ia ser melhor avaliado pelo usuário, ia dar mais resultado e o sistema de saúde privado ia ajudar com mais geração de emprego, mais tributos para o Estado, ia ser um ganha e ganha: o usuário ia ficar mais satisfeito, com menos absenteísmo na empresa.

Eu acho que o SUS tinha que abdicar um pouco mais de algumas coisas, deixar isso mais com a saúde privada e atuar na prevenção.

(Entrevistador) *Qual a sua opinião sobre o programa governamental de expansão da assistência médica para vazios sanitários, o “Mais Médicos”?*

[JP] Eu tenho uma opinião muito bem formada sobre isso. Falta médicos. Eu não sei se o “Mais Médicos” é a melhor solução, porque aí nós estamos politizando o assunto. Porque é do governo A, a oposição não aceita, é contrária à classe médica. Nós estamos politizando o assunto. Talvez a gente podia fazer outras medidas para aumentar maciçamente o número de vagas nas faculdades médicas, para ter médico brasileiro. Se nós não vamos fazer o “Mais Médicos”, nós

vamos permitir que os bons médicos venham para o Brasil, por que não? Através de convênios. Isso eu sugeri para o ministro: “Padilha, vamos ver quais são as universidades de bom nível de língua portuguesa e espanhola”. Coimbra, no Chile, Argentina forma médicos muito bons e vamos fazer convênio com esse pessoal. Porque o cara que está formando lá, ele pode vir para o Brasil sem fazer prova. Então isso poderia atrair, de curto prazo, uma quantidade de médicos. Eu não sei se o “Mais Médicos” é a melhor solução ou não. O fato é que nós precisamos de mais médicos.

(Entrevistador) *Você falou de parcerias, com cursos técnicos. Algumas dessas parcerias são com o setor público? Algum convênio com o setor público? A rede própria atende pacientes do SUS?*

[JP] Em dois hospitais. Em um deles a gente atende cirurgia cardíaca e hemodinâmica. E no outro hospital a gente atende obstetrícia. Isso é em torno de zero vírgula alguma coisa por cento. Infimo.

(Entrevistadora) *Como você vê a chegada do capital estrangeiro no setor de assistência à saúde?*

[JP] Inevitável. É inevitável, o capital estrangeiro tem que vir, a gente não pode se fechar a isso. Porque a saúde, a tecnologia na área da saúde é uma das que mais avança, mais rapidamente. E os investimentos na área da saúde são intensivos. Todo ano você tem que repensar a tecnologia que você faz. Um tomógrafo que comprei a cinco anos não é mais um tomógrafo para atuar hoje. O setor precisa de fonte de financiamento e parcerias com o capital estrangeiro são fundamentais. A gente não pode, na área da saúde, se fechar a isso não.

(Entrevistadora) *A HAPVIDA estaria aberta a propostas do capital estrangeiro?*

[JP] A gente hoje tem uma possibilidade de abertura de capital. Tem uma assessoria que é a *Goldman Sachs*, está mostrando para a gente a diferença de como é que seria o ambiente de uma empresa de capital aberto. Então isso é um estudo e eu te respondo que nós estamos avaliando possibilidades, não há decisão nenhuma.

(Entrevistadora) *Há perspectivas de compras, vendas, fusões e aquisições no grupo HAPVIDA?*

[JP] Já fizemos muitas. Já fizemos muitas aquisições de operadoras, aquisições de hospitais, aquisições de empresas de odontologia. Então a gente fez e tem feito. Esse ano mesmo a gente fez aquisição de hospital no Amazonas. Isso é uma coisa contínua. Agora, entendo que, isso é uma coisa também que a gente já levou nossa posição para a Agência Nacional de Saúde [suplementar], que nós temos que desenvolver políticas de estimular soluções de mercado. Porque não há hoje uma política, e eu acho fundamental, de que o mercado se resolva no sentido de que quando há uma operadora em dificuldade, o mercado mesmo encontrar soluções: seja adquirida ou fazer uma sociedade com outra empresa. E pelo fato de não ter uma política muito bem definida, a agência teve que fazer nome de um instituto que chama *portabilidade especial* que eu acho ruim isso. É uma necessidade, entendo que seja uma necessidade para não deixar o usuário na mão, vamos dizer assim. Mas entendo que a agência deva criar uma política para que haja incentivo das operadoras a elas se resolverem no mercado. E hoje não há. Como é por exemplo, nos bancos. Porque quando se quebra um banco, é uma tragédia para todo o sistema. Quando se quebra uma operadora, é uma tragédia para o usuário. Então se as empresas não forem incentivadas a isso, uma empresa que quer adquirir a outra, se incentivar, ou uma empresa que queira se fundir com outra, troca de participação etc., não há essa política bem definida e acho que a gente precisa amadurecer mais nisso aí.

Já levei propostas objetivas para a agência, já levei para o presidente da agência, já levei para o Leandro [refere-se a Leandro Tavares, membro da diretoria colegiada da ANS] no sentido de ter estímulos tanto do ponto de vista assistencial quanto do ponto de vista econômico-financeiro, para que se resolva. Que o mercado se resolva, que não precise haver intervenção do Estado, que é traumática. Mesmo que o Estado resolva através da agência, resolva através da *portabilidade especial*, é traumático. Então, “a partir de agora você é obrigado, aí a operadora A, B e C e a operadora não está aparelhada para poder receber esses usuários”. E quando o usuário entra é uma escolha difícil porque ele já estava habituado a um sistema de atendimento e vai para outro, isso é um trauma. Essa solução que nós estamos vivendo agora nos últimos meses, é porque no passado, vocês lembram, teve muita aquisição na saúde. E parou isso. Se a gente for ver teve uma ou duas aquisições em um ano ou dois. E o problema é esse. Hoje está desestimulador. A regulação que hoje é feita desestimula a solução de mercado. Então esse é um desafio que a gente precisa fazer porque o mercado vai consolidar mais ainda. Nós somos um mercado ainda muito pulverizado. E essa pulverização em excesso não oferece garantia para o usuário. A gente precisa concentrar mais, um pouco mais. Não estou dizendo que nós temos que caminhar para um oligopólio. Não é isso. Mas também uma pulverização em excesso como a gente tem hoje, isso é perigoso.

De um lado nós temos que cuidar de um oligopólio, para que isso não exista, que está muito longe disso. A principal empresa do Brasil deve ter 8% do mercado. Então, entendendo que, com margem de segurança, caminhar mais na concentração porque é preciso. Porque muitas empresas não têm condições de sobreviver. E o mercado não está mais se resolvendo porque não há política que incentive. Muito pelo contrário: quando você faz uma aquisição hoje, é muito penoso. É muito penoso para o adquirente ou para a empresa fundida. É muito difícil. Eu acho que isso é uma coisa que a gente tem que caminhar.

(Entrevistador) *Os novos usuários da HAPVIDA eram de outros planos?*

[JP] Nós temos usuários que vem de outras operadoras, mas nós somos essencialmente o primeiro plano dos usuários. Em toda a região nós somos a principal operadora de primeiro plano. Como a gente privilegia qualidade de serviço e preço, a gente está sempre focado nessas duas diretrizes, então a gente preocupado com o preço, nós somos acessíveis tanto para o plano de saúde individual quanto para o coletivo, das grandes empregadoras. Nós temos clientes aqui por exemplo, a *Contex*, que é do grupo *Telemar* que tem umas 40 mil vidas, temos a *Vicunha* que são quase 30 mil vidas, são empresas de mão de obra intensiva que as negociações são com pouca margem [de lucro]. Por exemplo *Call Centers*, pólo têxtil, setor varejista, são negociações em que a gente tem que fazer muito esforço para que a gente entregue um melhor produto dentro de padrões que a gente entende como mínimos.

(Entrevistador) *Como vocês fazem a auditoria interna?*

Nós temos a auditoria interna e externa. Temos um setor interno, com um grupo de auditores que verificam procedimentos de área médica e outras. E temos auditoria externa, todo o grupo é auditado pela Deloitte [refere-se a *Deloitte Touche Tohmatsu Limited*, uma sociedade privada, de responsabilidade limitada, estabelecida no Reino Unido que congrega empresas independentes de auditoria em escala global].

(Entrevistadora) *Quais as perspectivas de crescimento do grupo HAPVIDA?*

[JP] A gente tem investido em áreas que a gente não fazia anteriormente, por exemplo, hemodiálise da empresa, fisioterapia, uma coisa que é mais ou menos nova que a gente decidiu investir em todas as unidades que a gente atende. Oncologia também. Hemodinâmica, a gente vai fazer investimento agora comprando cinco máquinas e vamos ter serviço de hemodinâmica em toda a região. Então a gente tem investido em laboratórios, tem mais dois novos laboratórios em dois estados. Investido em alguns segmentos da área da saúde.

(Entrevistador) *Fora da área da saúde, tem interesse de diversificar?*

[JP] A gente tem um outro braço de comunicação. A gente atua nessas duas áreas. Comunicação e planos de saúde, são estas duas áreas. Nós temos uma TV que transmite SBT no Rio Grande do Norte.

A Simone [Varella] é responsável pelo *marketing* do braço saúde todo, ela não vai lá no braço de mídia. Lá é outra coisa, são outros propósitos. Foi uma oportunidade de diversificação que a gente já tinha pensado e a gente resolveu encaminhar. Ou seja, não tem nada. A relação que tem é que ela compra mídia da TV. É mais um anunciante lá.

(Entrevistador) *Expansão para o setor público, é uma perspectiva da HAPVIDA?*

[JP] No setor público a gente trabalha sim, a gente tem algumas instituições públicas que a gente administra, tem a Prefeitura de Salvador, tem o DNOCS, são várias empresas públicas que a gente atende. A gente atua sim no segmento público com 10 a 14% da carteira de clientes [informação pendente de confirmação].

(Entrevistador) *Você vê relação entre o crescimento da HAPVIDA e a limitação na expansão das Unimed's?*

[JP] A gente nunca trabalhou para tirar ninguém do mercado. A gente está trabalhando no nosso modelo de negócio que talvez seja o que mais atraiu na região. Eu acho que é isso.

[SV] Nos anos de muito crescimento do Brasil, a gente foi uma operadora includente. A gente nunca buscou roubar paciente de ninguém não. A gente sempre quis criar uma fonte de acesso a mais, democratizar o acesso a saúde na nossa região.

[JP] É exatamente isso. Eu tenho a impressão que nós aumentamos o mercado.

[SV] Foi criado um mercado novo. Agora, o que aconteceu talvez é que a qualidade do nosso serviço fez com que o usuário de uma classe melhor pensasse “pô, isso aí é bacana. Por que eu vou pagar mais caro”? Uma coisa que a gente sempre fala: “a gente pode ter preço acessível, mas a gente é um plano classe A”. A gente tem condições de atender um usuário de classe C e D do mesmo jeito.

[JP] A gente tem usuários classe A. Vários donos de empresa. A gente tem um parcela de usuários classe A, pequena. Aí temos o grosso na B, C e um pouquinho da D. O que é interessante. Esse nosso produto que é o mesmo, atende tanto usuários da classe A quanto da D.

[SV] Vou falar uma coisa que aprendi trabalhando em saúde: saúde é igual praia. Na hora que você está doente, não interessa se é classe A, classe B, classe C, estar doente é igual e para o médico o paciente é o mesmo. Então, a qualidade do serviço tem que ser a mesma. Então você não vai minimizar a qualidade do serviço porque o cara é da classe C.

[JP] Nós temos que ter a ressonância mais nova, nós temos que ter melhor endereço, o médico tem que atender melhor, mas por estratégia de mercado a gente foca nas classes B e C. E o usuário da classe A, o que é interessante, não é uma estratégia nossa comercial de vender para a classe A. Mas os usuários da classe A entendem que como eles confiam naquele hospital, ou naquela clínica ou naquele médico, acho que aí o custo benefício dele está perfeito, porque ele vai gastar muito menos e vai ter acesso ao que ele precisa. Eu acho que nós criamos um mercado. Nós abrimos novas oportunidades de adesão ao mercado privado. Se você for olhar, todas as operadoras cresceram. Algumas Unimed's deixaram de existir, é verdade, mas a maioria delas cresceu. O mercado cresceu. Então, é verdade que nós crescemos mais do que os outros, mas o mercado cresceu.

Esse nosso usuário, às vezes as pessoas não entendem, mas é aquilo que eu falei para você: endereço, instalação, equipamento, médico, tem que ter isso aí tudo, é uma estratégia, como eu

disse no começo da conversa, somos uma empresa classe A, com foco na classe B e C. Essa é a nossa estratégia

(Entrevistadora) *Os seus clientes classe A também estão submetidos à estratégia de verticalização da assistência?*

[JP] Nós temos basicamente três produtos. Em um produto, as consultas e internações têm de ser feitas dentro de hospitais próprios. Ou seja, o mais simples. Depois, nós temos um produto que as consultas podem ser feitas não necessariamente dentro das clínicas próprias. Ou mesmo exames de rede própria e hospitais de rede própria. E depois nós temos outro produto que dá direito a consultas e exames numa rede credenciada e uma rede de hospital um pouquinho maior. Porque mesmo esse usuário que utiliza consultas e exames fora, ele utiliza o nosso hospital próprio e não é por direcionamento não, é porque nossos hospitais todos são referência. Esse hospital aqui, por exemplo, fez o primeiro transplante cardíaco de toda a região, teve a primeira ressonância magnética, primeira tomografia, foi o hospital que fez a primeira cirurgia de vide laparoscopia. Então a gente sempre investe em tecnologia, em pioneirismo.

(Entrevistadora) *Ele não é um hospital que só atende classe A?*

[JP] Não, ele é para qualquer usuário. Usuário HAPVIDA.

[SV] A revista *Pais & Filhos*, de maio [2014], rodou o país inteiro para falar quais eram os hospitais referência em pediatria no país. A nossa rede foi apontada como referência. Como sendo a melhor referência em pediatria no norte do país. E a gente estava concorrendo com hospitais que você olha lá no Brasil todo e fala “poxa, bacana, né! ”. Então assim, como a gente internaliza tudo, o serviço tem que ser de qualidade.

[JP] Inclusive é da onde vem o nome da HAPVIDA. Então a estratégia de colocar o nome da operadora, como esse é o principal hospital privado da cidade, a estratégia é quando você ver o nome da operadora, ligar o nome da operadora ao hospital. Ele é conhecido até hoje, como o HAP [Hospital Antônio Prudente]. E aí HAPVIDA.

(Entrevistador) *O Antônio Prudente era um médico?*

[JP] Meu pai acho que nem chegou a conhecê-lo, mas ele é fundador do A. C. Camargo, que hoje tem um hospital do câncer, lá em São Paulo e foi onde papai fez residência médica em cirurgia oncológica. Antônio Prudente era um médico que trouxe técnicas inovadoras para o Brasil,

cirurgia reparadora em caso de câncer. Papai então, quando foi fazer residência médica em São Paulo, quando ele voltou resolveu homenagear, pela especialidade do papai ser a mesma que a do Dr. Antônio Prudente e por ele ter sido o ícone da época, então quando ele chegou, montou uma pequena clínica, que chamava clínica Antônio Prudente, que era uma clínica de três consultórios e oito leitos. E aí começou a história desse hospital, que era uma clínica que ficava nesse endereço.

FIM

Transcrição EFFL/Revisão e edição JAFS.

INTERMÉDICA

Transcrição da entrevista com o representante da INTERMÉDICA, **LUIZ CELSO DIAS LOPES** realizada no dia 09 de outubro de 2014.

(Entrevistador) O que motivou a sua participação na INTERMÉDICA? Antes da atual função você já havia trabalhado em outro ramo do setor privado? Em outra empresa de planos de saúde? Em outra empresa do setor saúde?

Comecei minha carreira profissional no setor público, na Fundação PROCON de São Paulo, na defesa do consumidor, depois fui, justamente, para Agência Nacional de Saúde Suplementar, num processo seletivo simplificado, quando iniciou a agência em 2000 ficando até 2005 na agência quando eu, terminando o contrato, fui convidado para ser superintendente de relações com órgãos reguladores no grupo Sulamérica Saúde, onde fiquei por mais sete anos, até abril de 2013. Justamente fui convidado pelo antigo controlador e proprietário da Intermédica, Dr. Paulo Barbante, para integrar o grupo Notredame Intermédica. Portanto, estou lá no grupo desde abril de 2013, há um ano e meio, como diretor técnico executivo. Na diretoria técnica eu tenho uma função de relacionamento na parte regulatória, mas também todas as questões técnicas, atuariais, produtos, precificação, aceitação, contratos e uma atuação de... bom, enfim, o que é um diretor técnico mesmo, não modifica, então a minha motivação de ir para o grupo Intermédica foi justamente uma oportunidade profissional de atuar num grupo conhecido e qualificado como uma medicina de grupo verticalizada, um sistema integrado de saúde e de conhecer esse setor e uma oportunidade também de crescimento profissional.

Comecei a minha carreira profissional como professor público na Prefeitura da cidade de Osasco, uma cidade da grande São Paulo, depois fiz concurso público para a Fundação PROCON de São Paulo onde eu, comecei na verdade no setor público. Minha primeira experiência no setor privado foi no final de 2005, na Sulamérica.

(Entrevistador) Quais foram os problemas principais que você encontrou na Intermédica quando chegou?

A Intermédica é uma empresa pioneira nesse modelo de atenção à saúde, mais integral, mais integralizado e verticalizado, coisa que à frente eu vou explicar um pouco melhor como é que está organizada aí a sua atuação. Porque desse sistema integrado que a gente diz, mas assim, é uma empresa que com processos muito “manualizados”, pouca tecnologia; é uma empresa que parou um pouco no tempo, um modelo que deu certo, tem dado certo, mas que é muito dependente ou ausente de processos de mapeamento e processos de tecnologia, esses foram os principais desafios. Como conviver inclusive com esse mundo em que a tecnologia dá mais agilidade, dá maior facilitação de processos para consecução dos objetivos do grupo e como conviver então com um processo muito dependente de pessoas, não é que elas não sejam, as pessoas são fundamentais nas organizações, mas você depender “daquela” pessoa e não de pessoas, a pessoa sai do grupo e o processo pode parar, então, essas foram as dificuldades, necessidades de investimentos tecnológicos e justamente um desafio grande aí. A Intermédica quando eu cheguei estava no meio de um processo, da conclusão de um processo de reorganização estratégica no sentido de... ela vinha de mais ou menos uma perda de cerca de quase um milhão de beneficiários, em parte foi por vontade dela mesmo, dentro de uma reorganização em busca de maior rentabilidade. Eram contratos deficitários, onde não houve uma composição, um acordo para equilíbrio desses contratos, parte pelo próprio cliente mesmo que saiu, então ela perdeu nessa... então a gente chama no setor empresarial de reorganização mesmo, tem um termo técnico que até me fugiu agora, mas era o desafio, eu tenho uma estrutura montada para atender três milhões de pessoas. Então foi necessário fechar alguns centros clínicos, foi necessário também desligar algumas pessoas, eu cheguei justamente nesse momento de conclusão desse processo que é um desafio, mais ou menos era assim que se encontrava. E além disso a Intermédica havia passado por sucessivos períodos de processos de possíveis vendas, para um novo controlador que não davam certo, então o pessoal dizia assim, Dr. Paulo Barbante que era antigo controlador e proprietário, nunca vai vender a Intermédica, então era uma empresa familiar com um único dono, que passou por um processo de várias tentativas de outros grupos nacionais ou internacionais de compra e nunca deu certo, então, mas sempre permanentemente, ela estava ali à disposição de venda, de preparação de documentos para expor e mostrar para pretendentes à compra da empresa, então esse foi o momento que eu encontrei na empresa em abril de 2013.

(Entrevistador) E agora quais são os principais desafios?

Eu não sei se o senhor sabe, mas no início deste ano a empresa de fato concretizou uma venda, houve a mudança no controle, inclusive para um fundo *Private Equity*, um fundo privado americano, de administração de fundos que é a *Bain Capital* [com três décadas de operação, o *Bain Capital* soma cerca de 70 bilhões de dólares em ativos sob sua gestão e tem investimentos em pelo menos 300 companhias dos mais variados setores. Entre elas, a rede *Burger King*, a *Domino's Pizza*, a *Dunkin' Donuts* e a *Warner Music*], então isso por si só já gera uma expectativa de mudanças e crescimento, uma mudança é, a empresa hoje não tem uma pessoa, um dono, ali presente que está ali cuidando dos negócios, uma figura que criou. Como é que a empresa vai girar sem a presença do Dr. Paulo Barbante. Tem caso em que o dono ele é fundamental para o negócio, Dr. Paulo estruturou esse negócio.

Então havia essa preocupação inclusive de quem comprou e de quem ficou também. Por outro lado, havia aí a expectativa justamente de suprir essas deficiências e agora vamos modernizar a

empresa. A Intermédica parou um pouco no tempo, vamos modernizar a empresa, vamos investir em tecnologia e partir para uma estratégia que é: toda vez que há uma aquisição como essa, é normal de se esperar um crescimento, seja ele vegetativo, seja ele por aquisições, é exatamente isso que a empresa vive agora esse momento de expectativa de estar reorganizando e preparando um planejamento estratégico que mira, obviamente, um crescimento, um crescimento muito arrojado, seja ele orgânico, seja ele por aquisições e também de um planejamento de investimentos em tecnologia, em processos, em pessoas. Então a empresa está num processo de reorganização para justamente suprir esses desafios que é um desafio de crescimento. O que é interessante aí mais ou menos eu posso dar uma reprise entre umas questões que estão à frente que é capital estrangeiro e tal, mas assim o que é interessante apesar do novo controlador ser um *Private [equity]* a gente sempre espera “*Private* vem para uma realização muito rápida” que é realizar um investimento que foi feito muito rapidamente. Esse *Private* que adquiriu tem uma característica um pouco diferente dos demais que atuaram. Esse é o primeiro investimento dele numa empresa de saúde no Brasil, mas já tinha experiências em empresas de saúde no mundo, especialmente nos Estados Unidos, em hospitais e eles têm uma política de investimentos de médio a longo prazo. Pelo menos cinco anos é o que se espera aqui. O que dá mais tranquilidade, não é aquela coisa de chegou aqui rapidamente, abriu capital e tudo mais que na verdade também não é nenhum absurdo, mas é importante dar tranquilidade aos colaboradores. Até acho que para todo mundo, os beneficiários, os prestadores, órgão regulador e a sociedade como um todo, não é investimento de curto prazo, pois investimento de curto prazo gera uma desconfiança no ar para todos os que se relacionam com o grupo adquirido, então...

Normalmente, o que que é o retorno do investimento? Eu comprei, eu vou vender essa empresa, vou abrir o capital dessa empresa na bolsa de valores ou no Brasil, ou em Nova Iorque normalmente ou em outras partes, mas como é um fundo americano, então, há essa expectativa, mas tudo isso é um futuro, pode ser que aconteça em menos tempo ou em mais tempo, não se chega já pensando na saída. Pelo contrário, se quer organizar a empresa, é uma empresa que tem um potencial enorme e único em termos do modelo de negócio, embora digam ah, mas é um modelo idêntico ao de outros de medicina de grupos verticalizados, a Intermédica tem umas características diferentes, pode falar ao longo da nossa conversa.

(Entrevistador) A Intermédica possui programa de medicamentos?

A Intermédica tem uma organização de *case*, que é um centro de tratamento de alta complexidade, então ela trata a baixa complexidade nos seus hospitais próprios, nos seus centros clínicos, mas toda a alta complexidade e pacientes crônicos são captados desde o início, desde a primeira seleção de cotação para uma empresa, ao primeiro contato dele com as nossas estruturas assistenciais, esse paciente ele é captado para programas de promoção de saúde. Aliás, a Intermédica é pioneira em programas de promoção de saúde. Programas cujos resultados são fantásticos, em programas, inclusive, todos eles, a maioria deles, aprovados aqui pela Agência Nacional de Saúde, os programas de promoção. E tem um programa de tratamento de alta complexidade, de doentes complexos que aí passam nesses crônicos e complexos pela dispensação de medicamentos, então ela tem toda uma estrutura anterior inclusive, além da obrigação legal que se passa hoje especialmente para os [anti] neoplásicos e adjuvantes, ela já tinha um programa de dispensação de medicamentos justamente de pessoas que estavam nesses programas. São medicamentos que vão de antibióticos a anticoagulantes, medicamentos para tratamentos paliativos de pacientes crônicos, então são programas que já existem, e que na verdade foram agora ampliados com a obrigação legal dos [anti] neoplásicos e adjuvantes, ela

compra medicamentos, tem toda uma organização de fornecimento e a dispensação direta de medicamento.

(Entrevistador) como você definiria a missão da empresa?

A missão da Intermédica ou do grupo Notre Dame/Intermédica, é justamente oferecer e garantir uma prestação de serviço de saúde de qualidade a baixo custo, essa é a característica. A Intermédica prima muito pela qualidade na prestação do serviço, e garantir a entrega. Sem nenhuma pompa, sem nenhuma muita... os hospitais não são de uma hotelaria fantástica, mas eles cumprem. A Intermédica prima muito por cumprir o contratado. Isso é muito mostrado pelos índices de reclamações de consumidores na ANS que podem ser atestados, avalia a Intermédica, com o tamanho dela com outras empresas, do tamanho da Intermédica e suas organizações e vejam a diferença que há, gritante, na percepção, na satisfação dos seus consumidores. A gente se especializou em atender geralmente no setor de varejo, o setor de supermercados, grandes cadeias de departamentos, *call centers*, é um nicho especializado, empresas de segurança, empresas que trabalham que realmente querem um plano mais barato, mas ao mesmo tempo também não querem deixar os seus funcionários [sem assistência] a gente se especializou nisso. Entrego de uma maneira mais simples sem pompas, mas com preocupação de qualidade, então tem o *case* [para tratamento de alta complexidade] os programas de promoção de saúde e consegue, justamente por ter essa estrutura, oferecer um baixo custo, por mais que a gente tenha uma pressão grande, inflação, os custos, essa conjuntura hoje da saúde pressiona muito os custos e a gente tem o desafio grande de manter isso, oferecer qualidade, saúde de qualidade e baixo custo.

(Entrevistador) Vocês pensam em expandir para o nordeste e outras regiões do País?

Não, esse processo de reorganização da empresa passou pela saída do Nordeste. A Intermédica tinha toda uma atuação no Nordeste, mas foi uma atuação... e justamente porque, só para explicar qual era a lógica da empresa. É meio que um pouco em dois times não é, e aí você fica com essa dúvida: vou vender no Nordeste, mesmo não tendo centro clínico, mesmo não tendo hospitais e aí, porque se eu me especializei em oferecer um modelo verticalizado, é fundamental eu ter centros clínicos e hospitais próprios. Ah, mas no Rio de Janeiro não tem hospitais próprios, mas o Rio de Janeiro tem uma característica de ofertas de serviços básicos diferentemente do nordeste, você tem menos oferta, você tem mais dificuldade de em não tendo uma escala, então o problema de escala pesou muito no nordeste, então os custos subiram e aí você não consegue oferecer o nicho que você está acostumado a oferecer, se você oferece a baixo custo e não consegue negociações que te dê esses baixos custos você tem prejuízo, então, a Intermédica teve uma experiência ruim no nordeste justamente por essa característica do nordeste, a dispersão maior. O Rio de Janeiro é uma coisa menor, então facilita essa dispersão geográfica, a oferta maior de serviços frente ao nordeste, o que dificultou justamente você ter o modelo, e como a gente não chegou a uma escala necessária, bom, eu também não posso montar um setor que significa custo fixo sem antes ter as vidas, eu digo assim, eu vou ter lá vou ganhar cem mil vidas no nordeste, está assinado o contrato, vou montar um centro clínico, vou até pensar em ter um hospital próprio, mas se eu não tenho isso, se eu monto isso primeiro, sem saber se vou ou não vender, é a certeza de ter o custo fixo, porque ele vai estar lá, o hospital está lá, a enfermeira está lá, o médico vai estar lá à disposição, essas contas vão chegar, mas se não chegarem os pacientes que pagam essa conta [...] então foi exatamente isso, hoje a estratégia de crescimento da empresa passa por um crescimento em espiral, o que eu quis dizer com espiral? Eu vou crescendo, mas

desde que eu tenha essas características de poder oferecer justamente o baixo custo, então eu tenho que ter escala, eu tenho que ter condição de ter uma negociação de rede suficiente, então quando eu penso em crescer, eu penso em expandir, São Paulo, expandir mais no Rio e expandir mais em Minas, mas ir para o nordeste, pode até ser, não está nos planos da empresa nesse momento.

(Entrevistador) Os dois centros no Rio se localizam na área periférica, isso é estratégico para a empresa?

Sim, porque na verdade você trabalha com, por exemplo, se você trabalha com um nicho de supermercado, as pessoas moram nestes locais, então é preciso oferecer até pela proximidade, obviamente que nós estamos mapeando a necessidade de ampliação dos centros clínicos. Esses centros clínicos precisam também estar próximos de determinados hospitais que dê um grande volume, é estratégico, se você põe um centro clínico muito distante também você..., porque um centro clínico funciona também como um controle de acesso ao sistema, passa inicialmente pelo centro clínico, se ele vai direto ao Pronto Socorro do hospital, que é mais caro e que pode ser que leve à internação desnecessária, o centro clínico faz esse controle melhor e a um custo controlável, então, foi desenhado estrategicamente sim, não é à toa onde você escolhe ter o centro clínico, claro que leva em consideração também a melhor oferta em termos de locação, mas necessariamente também é, onde é melhor ter um centro clínico que vai atender a população e onde está a minha população efetiva e potencial, então nós preferimos e a gente tem plano de ampliação de centro clínico e rede, pensar até no futuro mais distante de ter uma rede própria no Rio de Janeiro, no momento não é necessário, a oferta de serviços no Rio de Janeiro é suficiente para garantir a estratégia da empresa.

(Entrevistador) Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor? Participa de alguma entidade representativa do setor saúde? E setor empresarial/industrial em geral?

O grupo hoje Notredame/Intermédica é formada por três empresas: Intermédica Sistema de Saúde; Interodonto Sistema de Saúde Odontológico e Notredame Seguradora. Temos uma seguradora que trabalha num *ticket* médio, ou seja, geralmente a estratégia é: quando eu vendo para uma empresa, normalmente os funcionários optam, a empresa compra a Intermédica a um preço menor para oferecer aos funcionários, mas muitas vezes eles têm um nível hierárquico, diretoria, gerência ou mesmo os proprietários, um plano com uma característica de acesso diferenciado como, por exemplo, a livre escolha, então tem uma seguradora que tenha necessariamente a livre escolha como opção e planos que oferecem desde planos um pouco mais estruturados, na capacidade de escolha, mas ainda tem um baixo *ticket*, então você tem produtos na Notredame Seguradora, como tem também nas demais seguradoras Bradesco, Sulamérica como a própria Amil, que vão desde planos básicos, intermediários a planos *top*, que cobrem aqui no caso do Rio de Janeiro: [hospital] São Vicente, Samaritano, toda a rede D'or e em São Paulo, por exemplo, o Sírio e Einstein, tem planos sim, só que são planos caros. Basicamente a Intermédica trabalha para o baixo *ticket*, embora também tenha planos que vão de inicial onde tem só a rede própria mesmo, em um modelo de *gatekeeper*, como planos que têm a rede própria, mas também uma rede credenciada maior, você tem do básico a um *top*, mas é um *top* da Intermédica que equivale a um básico talvez de uma seguradora e o preço também é mais em conta. A Intermédica hoje ela tem, o grupo hoje tem dois milhões, dois milhões e meio de vidas.

Já teve quatro [milhões], vai voltar a ter quatro ou mais, numa esfera de cinco anos é esse o objetivo nosso. Vamos chegar aí a mais ou menos mais um milhão, um milhão e meio de vidas ao longo de cinco anos. Com muito cuidado também mirando sempre em rentabilidade acima de tudo, a gente não quer ser a maior empresa, quer ser uma das mais rentáveis para que possa continuar oferecendo serviços de qualidade.

A Intermédica já fez parte da ABRAMGE, hoje não faz mais, já há algum tempo, mais de dois anos. Hoje ela só faz parte da FENASAÚDE (Federação Nacional das Empresas de Saúde Suplementar), acho que vocês conhecem a FENASAÚDE, as principais seguradoras, medicinas de grupo fazem parte da FENASAÚDE. Então o relacionamento delas se dá exclusivamente na FENASAÚDE. Ela também faz parte da ASAP (Associação para a Saúde Populacional) uma entidade sem fins lucrativos [baseada em uma experiência dos EUA, que é a *Population Health Alliance - PHA*, ex- *Care Continuum Alliance - CCA*], onde tem empresas empregadoras, empresas de tecnologia e operadoras de saúde para discutir justamente alternativas e soluções para saúde para a população público/privada, há interface grande, inclusive dos contratantes, grandes financiadores do Sistema de Saúde Suplementar das empresas, como também de empresas *stakeholders* [pessoa ou grupo que fez um investimento ou tem ações ou interesse em uma empresa, negócio ou indústria] da saúde suplementar. A Intermédica faz parte da ASAP, já fez parte do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – IESS, que é um Instituto em São Paulo, formado por Sulamérica, Bradesco, Amil, Golden e Intermédica, mas a Intermédica hoje também já não faz mais parte, hoje ela só faz parte da federação nacional. Então ela se relaciona com as demais operadoras da FENASAÚDE.

O grupo da Intermédica só atua no setor de saúde, saúde suplementar e saúde de medicina ocupacional, tem uma divisão da Intermédica que é o Rhvida, então quando eu falei dois milhões e meio eu não incluí aí, então a gente tem aí mais ou menos seiscentas mil vidas, quinhentas mil vidas a confirmar esse dado de empresas de medicina e segurança do trabalho de saúde ocupacional que chama Rhvida. Uma empresa que foi comprada e é especializada. Então a Intermédica tem um braço, a única atividade dela diferenciada de saúde suplementar médica/odontológica é essa atuação na saúde ocupacional, mas ela não faz parte de nenhuma entidade, que eu saiba não existe nenhuma entidade organizativa empresas de saúde ocupacional.

(Entrevistadora) Qual o motivo pelo qual a Intermédica deixou de fazer parte da ABRAMGE?

A ABRAMGE e a FENASAÚDE tinham objetivos semelhantes então não havia porque [participar de ambas], como o grupo tinha uma atuação maior do que a medicina de grupo, e haviam medicinas de grupo também na FENASAÚDE eu diria que era desnecessário e participar dessas associações denota um acompanhamento, reuniões, tira um tempo duplicado dos executivos, desnecessário. Então nós entendemos que havia uma superposição da ABRAMGE. Ah, mas ABRAMGE defende o interesse só da medicina de grupo, mas a FENASAÚDE também tem medicina de grupo e também defende o interesse da medicina do grupo. Por isso.

(Entrevistador) Como você analisa a atuação da ANS?

Para o setor de saúde, a gente vê claramente que houve um ganho exponencial em termos de organização, em termos de profissionalização do setor com a regulação e obviamente aí tem o mérito também da atuação do órgão regulador nesse sentido. Órgão regulador que também que vem aperfeiçoando a regulação, no sentido de maior participação no setor, maior discussão seja, na Câmara de Saúde Suplementar, seja nas câmaras técnicas, então há uma preocupação da ANS

com a higidez, com a sustentabilidade do setor de forma que, obviamente que a ANS também atua por estar ainda preenchendo algumas falhas. Que são a razão até da regulação na melhor informação, na redução da assimetria de informação entre operadoras e consumidores especialmente e entre operadoras e prestadores, um desafio grande da ANS ainda é justamente regular essa relação operadoras e prestadores provedores de serviços justamente porque há uma ausência normativa de competência nesse sentido para a agência, inclusive, que traz uma preocupação para as operadoras que é: muitas vezes a agência tenta regular os prestadores obrigando as operadoras, só que isso muitas vezes não dá certo, quando ela passa a exigir algumas coisas ela falta combinar com o SUS, como os prestadores não tem nenhum tipo de sanção e a ANS não tem poder de polícia sobre eles, a gente acha que há uma ausência nesse sentido. Não estou aqui defendendo mais regulação, seria até um contrassenso. Vou dizer agora o seguinte: acho que a agência precisa caminhar nesse processo de maturidade do sistema, o setor está mais maduro, o setor evoluiu e essa é a tendência da regulação, buscar, fazer com que o setor sempre evolua a um nível de maturidade para a necessidade de menos regulação. A regulação é um processo, ela não é um “*status quo*”, ou seja, sempre vai ter que ter aquele nível e aquele estágio da regulação. É óbvio que quando você vem de uma ausência de regulação, como no setor de saúde especialmente, não nos seguros, como na medicina de grupo você precisa ser forte, você precisa criar protótipos, precisa criar, ser um pouco mais rígido, mas aí você vai caminhando para uma flexibilização importante no dinamismo do setor para gerar maior concorrência e maior concorrência gera, inclusive, benefícios para o consumidor. A gente entende que há alguns entraves regulatórios como, por exemplo, a política ou ausência de políticas de reajustes individuais. O setor, e a Intermédica é uma delas, deixou de oferecer planos individuais, dada a ausência de uma política, de um programa mais justo e mais equitativo na aferição desses reajustes, então, ou seja, as operadoras dependem do lucro, elas existem em razão do lucro, são empresas que, embora tenham uma responsabilidade social maior pelo objeto sendo a saúde, mas obviamente que elas não vão entrar no negócio para perder e a gente entende que, como há uma inflação médica nesse setor muito forte, mais forte do que a inflação oficial, a agência não consegue captar na sua política de reajuste individual justamente essa individualização ou essa setorização desse custo. Ao dar um reajuste único ela acaba premiando alguns e punindo outros, porque o setor ele é heterogêneo, as empresas têm diferentes *mix* de produtos, de expectativas, então é preciso criar um modelo pode ser que a agência tenha buscado nisso, está na sua agenda regulatória ainda, um modelo de chegar a um equilíbrio, então como que as operadoras possam se sentir a vontade de oferecer planos individuais, porque eu vou dizer para vocês: eu adoraria, como executivo, voltar a vender plano individual. Tem demanda, é um plano que estrategicamente se comparado com outros planos que eu sou obrigado a oferecer são até mais rentáveis, mas, eles podem ser rentáveis no primeiro momento, mas eles levam um prejuízo significativo das empresas com essa política. Então, o que a gente faz? Eu dei o exemplo do reajuste, mas a agência evoluiu, tem uma postura profissional, adequada, preocupada com a higidez, com o equilíbrio, com a solvência do sistema, mas que precisa evoluir um pouco mais de forma a não, como é que eu vou dizer o termo, não engessar demais, acho que é o termo correto desse setor. Cada vez mais se ela vem com uma política regulatória muito dura, o setor reage com insegurança e dá um ponto-morto, ou uma marcha à ré em alguns setores que poderiam expandir, o setor de saúde poderia ser bem maior do que ele é hoje, não pularia esse tema, tem uma série de fatores, mas ter uma postura mais flexível em alguns pontos, dado o nível de maturidade, com todo o respeito ao consumidor que precisa ter e a preservação das garantias mínimas aos consumidores direito à informação e a própria saúde, mas a gente acha que há um espaço [...] eu

vejo como positiva, a Intermédica vê como positiva a atuação da agência, mas com oportunidades de melhoria.

(Entrevistador) A empresa tem relação comercial com outros ramos empresariais da saúde, por exemplo, hospitais, empresas farmacêuticas, de equipamentos, insumos?

As empresas do grupo elas têm, além da Saúde Suplementar têm uma empresa de medicina ocupacional, eu já falei, ela tem clientes, inclusive uma gama significativa de clientes e empresas que compram os produtos de medicina ocupacional, de segurança do trabalho do Rhvida, que é uma divisão do grupo, além disso, ela tem até pela sua estruturação de hospitais próprios, ela adquire diretamente insumos, materiais, OPMEs [órteses, próteses e materiais especiais] que a gente acaba falando que é hoje um grande vilão da inflação médica, da pressão por custos, que é justamente é a ausência inclusive de um pouco de regulação estatal, não da Agência Nacional de Saúde [suplementar], mas da própria Anvisa [Agência nacional de Vigilância Sanitária] do Ministério da Saúde sobre este setor, que é setor de OPME. A gente compra medicamentos, compra medicamentos, compra materiais, justamente para oferecer. E os hospitais da Intermédica também atendem outros convênios. Tem relação com as operadoras do setor. É importante dizer, os hospitais da Intermédica atendem, preponderantemente, eu diria que 70% de todo atendimento em média, em alguns podem ser mais, em outros um pouquinho menos, mas até a condição foi condição “*sine qua non*” para que a ANS permitisse a entrada do capital estrangeiro na Intermédica, foi justamente em hospitais que a gente sabe que há uma vedação constitucional porque são hospitais próprios onde há justamente a produção preponderante em planos de saúde, se não também a ANS não teria autorizado seu parecer da ANS e da Advocacia Geral da União sobre a interpretação do capital estrangeiro no setor de saúde suplementar e em hospitais especificamente, então a gente tem hospitais, a Intermédica hoje tem oito hospitais basicamente em São Paulo, todos em São Paulo, quando falo em São Paulo é interior e capital, que atendem preponderantemente os pacientes da própria Intermédica, da Notredame, mas a Notredame ela não tem hospitais próprios, os hospitais são da Intermédica e das demais empresas semi-regionais, sejam hospitais para internações da Sulamérica, Bradesco, Amil entre outros. E vice-versa também, porque os hospitais da Amil também atendem, alguns deles, a Intermédica, dependendo da situação. Então basicamente é essa relação comercial que a gente tem e a gente não atua em nenhum outro ramo. Tem lá uma empresinha dentro do grupo que é uma empresa de benefícios, de descontos, mas que nem está operante, então, eu nem considero aqui, é irrelevante, imaterial. Basicamente é, tem hospitais que atendem a particulares e operadoras que atendem os clientes da própria Intermédica. Com empresas farmacêuticas o nosso relacionamento é de compra de medicamentos.

A gente faz toda uma seleção para compra de materiais e medicamentos com toda a preocupação técnica, tem grupos e metas, você tem lá um comitê ético, que avalia a procedência, que avalia a eficácia técnica do produto, do material ou do medicamento, todos eles precisam, obviamente, estar com o OK da Anvisa, dos órgãos governamentais, mas há toda a preocupação. Claramente, nós buscamos até uma vantagem em relação à seguradora ou até mesmo em relação a outras medicinas de grupos a gente compra diretamente do fabricante e a compra, claro, se baseia em qualidade e custo, sem dúvida nenhuma, mas qualidade está presente. É pela responsabilidade que você tem, se você colocar um produto, um medicamento fora de qualidade, primeiro vai gerar mais custo e primeiramente, primeiramente vai causar um prejuízo na saúde do paciente.

(Entrevistador) Como você avalia a diversificação de atividades por parte das empresas de planos de saúde, não necessariamente só a Intermédica?

Estrategicamente, no mundo empresarial, a gente vê a diversificação de atividades como uma forma de, em alguns casos de sobrevivência, como se fosse uma forma de justamente de estar menos exposto às características de um determinado setor, ou à sazonalidade, ou a questões que podem afetar, se você tem uma atuação em uma única atividade, você está mais suscetível e mais exposto a riscos porque uma medida governamental, uma alteração na política econômica, na conjuntura nacional e internacional que afete aquela atividade te leva à quebra muito rapidamente. Então, estrategicamente, tem-se buscado a diversificação de atividade. No nosso caso de saúde, nós sempre atuamos com saúde, nós sabemos fazer saúde, se a gente começa a querer diversificar a atividade, primeiro no grupo econômico até pode, sim, diversificar até pela legislação você tem um objeto único de atuação, mas um grupo econômico pode também querer, eu agora vou ter laboratórios, eu agora vou ter... se for relacionado à saúde de forma a ganhar em termos de escala, custos e obter melhores resultados. Sim, tudo bem, desde que tenha a ver com a atividade fim e principal do grupo, que é a saúde suplementar. Como por exemplo, o Rhvida que a gente tem na Intermédica. Porque é importante o Rhvida? Porque ele é um produto que inclusive ele soma àquela visão de saúde integral, a gente pensa na saúde primária, secundária, alta complexidade e na saúde do próprio trabalhador, segurança do trabalho. Então, eu já ofereço uma solução, um pacote de soluções para o empregador, para o empresário, único, ele não precisa se preocupar, ele contrata comigo, ele contrata o plano odontológico, um plano médico, o seguro saúde, se ele quiser, para seus executivos, num padrão diferenciado e a medicina do trabalho, toda a medicina do trabalho. Então quando a gente fala de solução integral de saúde, a gente olha dessa forma e vendo todo o encadeamento em organização de atenção à saúde, primária, secundária e complexa. Enfim, a gente, em saúde, eu confesso a você que não sei se é bom, porque você pode... a saúde é tão complexa, os apelos são tão grandes, se você ficar diversificando atividades em ramos que não têm nada a ver com saúde, você pode perder o foco e foco é fundamental no mundo empresarial. Então eu vejo sim, como importante desde que tenha um relacionamento, se vai alavancar do ponto de vista comercial ou do ponto de vista logístico, do ponto de vista de redução de custos, de utilização de sinergias ao ramo principal que é saúde, aí eu vejo como positivo. Ah, eu comprei uma empresa em que essa empresa também, a gente tem visto muito isso na tecnologia, tem visto as seguradoras comprando ou fazendo parte de empresas que oferecem a ferramenta de transferência de informação ou de relacionamento entre operadoras e hospitais e prestadores como um todo, na troca eletrônica de informações, e dados e tudo o mais, então você compra essa empresa e em vez de estar contratando, já tem a própria empresa dentro de casa com informações. Então isso faz sentido, tem a ver com a nossa sinergia e na otimização. Agora, eu tenho uma operadora e vou comprar também uma empresa de publicidade, por exemplo. Não tem nada a ver. Ah! Mas a publicidade não é o caso porque vou ter que fazer publicidade para diversos ramos. Então não vejo. Acho que é pouco comum na saúde, eu vejo mais a diversificação de atividades nas empresas, nos grupos econômicos que oferecem saúde, mais em empresas voltadas à saúde, de alguma forma.

Eu não sou profissional de *marketing* mas dizem que *marketing* é tudo. Então é importante. Inclusive há uma deficiência do grupo NotreDame/Intermédica. Havia uma concepção do antigo controlador de que era muito avesso a *marketing*, a divulgar o produto em meios televisivos. Você nunca viu, raramente viu, nos últimos cinco anos eu não vejo uma publicidade na televisão da Intermédica, do grupo NotreDame/Intermédica mesmo em outras mídias, em rádio, por exemplo. Se vê em jornais tem um anúncio ou outro também a gente trabalha muito com uma

divulgação ainda tradicional, de boca a boca, na empresa, de cartazes, folders e *banners* que na realidade também inclusive precisa ser revisto. A gente está buscando todo um investimento numa mídia digital, seja a *internet*, que é uma mídia mais eficiente e mais barata e também em uma divulgação mais ampla, não necessariamente televisiva. Em plano de saúde, o grande comprador são as empresas. Ainda mais se o foco maior do grupo são planos corporativos. Não é televisão, não é fazendo propaganda de televisão e tudo. Se você quer fixar a marca e os planos de saúde como um todo e não a Intermédica, tem um resgate muito importante de imagem. Recentemente até a Folha de São Paulo divulgou uma pesquisa em que os planos de saúde são os últimos em termos de setor, em termos de percepção de imagem, de boa imagem. A percepção de vilão, a percepção da sociedade como um todo, em relação à indústria do setor de saúde dos planos de saúde, das operadoras é muito ruim. Isto também é um pouco injusto porque as pesquisas qualitativas que se tem. O próprio IESS já publicou algumas pesquisas que são diferentes, dão um resultado diferente. Quando você entrevista quem tem um plano de saúde com um pouco mais de organização e metodologia a pesquisa é um pouco diferente. Obviamente que o setor é heterogêneo. Se uma operadora apronta alguma coisa e aquilo ali dá mídia e realmente a mídia adora a tragédia e é a tragédia que dá IBOPE, que dá audiência, infelizmente. Aquilo não é da operadora “X”. É o plano de saúde que é o vilão, a imagem arranhada não é daquela operadora, é de todo o setor, então tem uma preocupação grande da própria FENASAÚDE de resgate dessa imagem e mostrar o outro lado, uma preocupação de todo um lado social. Nós estamos contribuindo para a saúde, para o sistema de saúde nacional com a saúde suplementar na forma que se faz, toda a produção assistencial que existe dentro da saúde e a gente quer mostrar, toda a produção assistencial, os índices, os indicadores da saúde comparada ao Sistema Único da Saúde. Há um desafio grande porque a mídia não interessa em mostrar isso, interessa mostrar o que dá errado e não o que dá certo. O grande desafio é como mostrar isso, como qualificar para mostrar isso de alguma forma para a sociedade como um todo. Então eu vejo que é importante como uma fixação de imagem, não necessariamente de venda de produtos. A gente tem uma empresa, a maior medicina de grupo [AMIL]. Ela é muito especializada nisso. Tem um *marketing* muito forte, vende muito forte essa imagem, muitas vezes não tem mesmo a obrigação de entregar tudo aquilo que ela mostrou pela televisão e quando não entrega gera uma insatisfação. E basta ver um pouco, dar uma olhada no índice de reclamação da ANS, vocês vão verificar, que há uma dicotomia, um certo antagonismo entre o que se vende e o que se está oferecendo.

(Entrevistador) A Notredame e a Intermédica apresentam IDSS e o índice de reclamação diferentes na ANS. Vocês têm alguma preocupação em relação a isso? Vocês estão comercializando produtos que possuem diferentes resultados?

Estamos. Tanto que a gente está trabalhando para uma unificação de processos e até, se for o caso, de futuramente, tenho uma preocupação de que algumas coisas são ainda de alguma forma são ideias e que não estão nem foram levadas externamente. Então só peço que tratem com um pouco mais de cuidado essa informação, mas a gente está estudando inclusive uma incorporação, uma transformação da Notre Dame numa linha de produtos da Intermédica. Porque muitas vezes os indicadores da Notre Dame são prejudicados, especialmente os indicadores de satisfação, pelo tamanho do grupo. Ela é uma seguradora pequena, 160. Então, três ou quatro reclamações na ANS geram um impacto maior, dentro do tamanho. Então há essa preocupação. E obviamente o modelo. A Notredame tem um modelo de seguradora mesmo, rede referenciada, tem menos controle especialmente nessa produção assistencial, na atenção à saúde, toda essa produção inclusive é feita por um terceiro que você tem pouca ingerência no sentido de estar preocupado

melhor com esses indicadores de atenção à saúde. Então, há sim essa preocupação de unificar e ter o mesmo nível de qualidade de indicadores na ANS tanto na Notredame como para Intermédica, mas mesmo a Notredame comparada com outras empresas do tamanho dela, ela tem indicadores melhores. O IDSS da Notredame, por exemplo, foi o segundo melhor no ramo de seguradoras. Só perdeu para a Porto Seguro mas é melhor inclusive que a Bradesco melhor que a Sulamérica; Por outro lado a Intermédica é pior. Tem um pouco a ver com, especialmente o IDSS da Intermédica, ele é muito prejudicado por uma característica que ela tem lá alguns produtos odontológicos na própria Intermédica e não na Interodonto. Como eles são poucos, e têm pouca produção, eles acabam jogando a nota da “atenção à saúde” que é o principal indicador do IDSS um pouco para baixo. A gente já fez algumas simulações. Então, estamos providenciando a transferência desses produtos odontológicos para a própria Interodonto que é a operadora odontológica o que vai melhorar inclusive a nota dela que vai ter uma nota maior. Mas por exemplo no indicador de satisfação do beneficiário ela ganha de todos os demais. Como o indicador de satisfação do beneficiário é só 20% na dimensão da “atenção à saúde”, pesa mais o IDSS, o IDSS da Intermédica acaba caindo mais. De qualquer forma a gente está cuidando para que isso seja revertido rapidamente.

(Entrevistador) Como você avalia a chegada do capital estrangeiro no setor de um modo geral?

Não sendo capital especulativo, eu acho muito bem-vindo. E acho que dificilmente, no setor de saúde. Capital especulativo você vai para a Bolsa de Valores você não vai para um investimento em saúde. Eu acho que ver assim: primeiramente ver o potencial de saúde do nosso Brasil. Ver, claro, uma expectativa inclusive de abertura maior desse setor, inclusive do setor hospitalar. Tem uma expectativa de abertura dos hospitais como um todo ao investimento estrangeiro que ainda há uma vedação constitucional, há um projeto de Lei em tramitação para alteração, não sei se é emenda constitucional ou alteração da Lei 8.080 [Lei Orgânica da Saúde], agora não lembro, permitindo o capital estrangeiro em hospitais, não necessariamente em operadoras, onde já é permitido. Eu vejo com bem-vindo, vejo como uma maneira de estar profissionalizando e estar gerando melhor estrutura e, obviamente como a melhor forma de oferecer uma saúde de melhor nível, de mais qualidade para o setor. Então eu vejo como, desde que tenha assim o cuidado, de não ser um capital especulativo acho que a agência toma esse cuidado, quando ela aprova ou não aprova a entrada.

Mas eu queria falar é o seguinte: o setor ainda é muito grande. A gente tem um *trade off* [conflito de escolha, contradição] que é, empresa de menos é problema para o consumidor, empresa de mais também é problema, você tem ainda a necessidade de uma depuração e a própria regulação naturalmente traz isso. Todo o setor de pós-regulação passa por um processo de fusão, aquisição e diminuição dada às exigências regulatórias e as exigências do próprio setor concorrenciais, então eu ainda vejo muitas empresas que não têm a menor condição de oferecer o nível que se exige hoje de saúde e dada ao cenário que você tem de envelhecimento, pressão de demanda, pressão de oferta, transição epidemiológica, as empresas não se prepararam, não estão preparadas, não têm estrutura sozinhas para..., então o que está acontecendo é: essas empresas são compradas, estão sendo compradas, uma coisa que poderia estar acontecendo, mas não aconteceu, a gente até tentou, mas eu ainda acho que ainda é tímido nesse sentido, a agência tem pouco incentivo à formação de consórcio regionais, por exemplo, você vê as Unimed são todas elas quebrando, as Santas Casas estão todas elas quebrando, elas não conseguem dar conta também por uma falha de gestão, muitas delas por má gestão, muitas delas por uma necessidade

de capital, de investimento, de estrutura necessária para atender. Então, se elas pudessem se organizar em vez de uma, numa região “X”, sim, porque tem determinadas regiões do Brasil que a Intermédica não tem interesse, até falei do Nordeste, que a Sulamérica, que a Amil, que a Bradesco, todas não têm interesse. Se lá quebrarem como estão quebrando, a população fica desassistida de plano de saúde, normalmente elas têm direito como usuárias e contribuintes com direito de usar o SUS, mas aí você tem também uma estrutura precária de saúde pública. Então você tem alguns locais no Nordeste, por exemplo, Recife, todo ano, todo mês, busca as estatísticas que tem uma empresa quebrando nessas Unimed. Peguem quantas Unimed quebraram e entraram em intervenção fiscal, intervenção da agência nos últimos seis meses. Com um risco de uma grande que é de São Paulo, que é a Paulistana, entrar no mesmo caminho, então é preocupante. Então eu vejo a fusão/aquisição como uma maneira natural de sobrevivência e de melhor oferta desses serviços, frente às exigências regulatórias e frente também à conjuntura do setor, ao ambiente regulatório, que pressiona a demanda, que pressiona a oferta.

(Entrevistador) Qual a sua avaliação sobre a questão do movimento de verticalização do setor.

Eu sou suspeito de falar porque eu venho, trabalho numa empresa verticalizada, mas isso pode, se não bem feito, pode ser uma grande ilusão. A verticalização não é uma receita pronta e acabada. Verticaliza, todos os seus problemas são resolvidos, isto do ponto de vista empresarial e do ponto de vista do consumidor também há uma certa preocupação em termos de qualidade, porque assim, bom, estou verticalizando para balizar a minha oferta só no custo, no baixo custo? Como fica a qualidade? Como fica a ética? Então, essa preocupação precisa ter. Então, primeiro, do ponto de vista empresarial, preciso ver onde é importante verticalizar e porque verticalizar. Verticalização traz um componente que não existe na nova administração que é o custo fixo. Então a decisão de verticalizar precisa ser muito bem tomada, onde e quando tomar. Por exemplo, no Rio de Janeiro. Eu tenho aqui cento e sessenta mil vidas no Rio de Janeiro, na Intermédica e não verticalizei. E não vou verticalizar e não está nos meus planos verticalizar, porque? Eu tenho oferta suficiente em negociação suficiente para não precisar verticalizar e o modelo tem funcionado dessa forma. Ah, mas eu verticalizo porque eu tenho centro clínico, mas eu não verticalizei hospitais e laboratórios, eu não tenho, a Intermédica não tem laboratórios, não tem essa tendência de ter, os serviços ambulatoriais, diagnóstico, dos hospitais eles são todos de terceiros. De alguma forma os que são feitos nos hospitais próprios, são verticalizados, porque é uma relação minha com terceiros que eu coloquei lá dentro, são, mas eu não tenho grandes laboratórios, não faço parte do capital social de laboratórios que vendem para terceiros esses serviços. O serviço laboratorial meu, todo ele é feito para atender o meu beneficiário. Então eu vejo a verticalização como um movimento importante para você conseguir ter um menor custo, porque na verdade, no fundo é um desafio e tanto. As próprias seguradoras estão se aproximando de um modelo mais de medicina de grupo para sobrevivência. A inflação médica, a pressão por aumento de custo é tão grande que, ou elas se aproximam disso, ou o modelo não funciona. As seguradoras, elas tinham uma concepção como nos demais anos de meras pagadoras de serviços. Quebraram a cara, porque este modelo estava fadado a quebrar, a não funcionar, porque em saúde você precisa ter políticas de gerenciamento de saúde, políticas de acesso, políticas de otimização de custos, sem, claro, perder o componente de qualidade, mas se eu não quiser, olha, eu tenho uma rede amplamente aberta. O usuário pode ir onde ele quiser, quando ele quiser, não funciona, nem na saúde pública, nem na saúde privada. Ou os gestores públicos e privados se preocupam em organizar políticas e programas e organizar melhor essa oferta de serviços e o acesso

hierarquizado a esses serviços, ou elas estão fadadas ao fracasso. Então, a experiência que a gente tem de acesso a exames no serviço público também é cada vez mais necessário para o serviço privado. Então a Intermédica tem essa experiência muito fortemente no Brasil. Tem modelos, tem produtos meus em que o associado não vai ao hospital, não vai ao médico especialista se não passa pelo centro clínico da operadora nem no médico generalista que retém boa parte desses pacientes. Boa parte desses pacientes não vai para o especialista, não interna, agora, se eu deixo ir ao pronto socorro, aí a lógica também da remuneração vira um círculo vicioso também. Eu tenho um problema sério a ser resolvido que é a remuneração do prestador. Como o prestador, ele quer mais, bom, chegou lá. Caiu na rede é peixe. Entrou no pronto socorro dele, ele interna. Para ele ganhar um dia de internação, é um paciente que não precisa internar. Olha como a gente que vive...

Se eu deixo simplesmente o paciente ir na minha rede terceira, então a lógica é, que garantia eu vou ter que o prestador não está gerando mais, não está havendo uma indução de oferta, ou seja, eu não preciso fazer cinco exames, mas eu vou passar a fazer com que esse paciente faça mais exames. Esse paciente não precisa nem fazer exames, uma mera consulta é suficiente para o meu prognóstico e tratamento. Esse paciente não precisa ficar internado, ele pode ficar em casa ou em observação e ali por algumas horas, mas o hospital ganha muito mais na internação dele ou na indução de alguns procedimentos. Então, se eu não tenho essa porta de entrada própria, minha, eu tenho uma lógica assim, eu não ganho pela internação, pelo contrário, eu tenho uma lógica de produção assistencial, se ele precisa ser internado, ele vai ser internado, se ele não precisa ele não vai ser, porque eu mesmo vou gerar um custo desnecessário? O controle é meu. Óbvio que quando a gente trabalha em verticalização, toda uma preocupação dos opositores da verticalização é: mas isso também leva à inversão da lógica, em primeiro lugar a minha redução de custos e não uma preocupação. Economia da saúde. Tanto para o sistema público, quanto para o sistema privado. Se não tiver ali os componentes da preocupação com o custo, vai faltar dinheiro, simplesmente porque eu tenho cada vez mais menos pagadores e dentro do pacto intergereacional esses pagadores cada vez vão pagar menos comparado ao seu custo, porque o Sistema de Saúde Suplementar ele funciona de maneira muito simples, é o mutualismo. Eu tenho, fazendo uma conta, muitos beneficiários com pouca utilização, ou seja, com baixa despesa *per capita* e poucos beneficiários com alta despesa *per capita*. Funciona porque como eu tenho muitos beneficiários com baixa, eles estão financiando. O sistema vai se financiado assim e vai funcionando. Os que migram para cá, um que migra para cá eu tenho dois chegando aqui. Qual o desafio que a gente tem? Justamente o envelhecimento populacional, justamente assim, os planos estão ficando cada vez mais restritos e mais caros dentro desse círculo vicioso, vai cada vez mais afastando os jovens que têm importância para o setor como também na previdência. Então o problema que a previdência vive para o futuro, o setor de saúde também vive em termos de sustentabilidade. Ou eu crio outras formas de financiamento, seja por recursos privados ou estou fadado ao fracasso a longo prazo, e não funciona porque se eu tiver poucos beneficiários com baixa utilização e muitos beneficiários com mais utilização não vai ter dinheiro para pagar essa despesa toda. Então, criar formas como coparticipação, como franquia, como, por exemplo, uma forma em que combine plano de saúde mais poupança individualizada em que eu tenho uma parte, quem vai pagar, é o mútuo, a minha despesa, outra parte eu vou pagar com o dinheiro que eu guardei aqui no regime de capitalização. Está inclusive se estudando para divulgar aqui, para incentivar justamente essa prática no Brasil, que é poupança. As pessoas precisam se preocupar e aí denotam várias nuances que é as pessoas começam a ter que se preocupar muito mais com a sua saúde, aí vem a questão de prevenção, a questão de adesão ao programa de promoção e estilos de vida, porque senão não vai ter dinheiro, se todo mundo continuar com os mesmos

estilos de vida, se não houver preocupação com a sua própria saúde, se cada vez mais os jovens retardam a entrada no sistema de saúde, e eu ter essa limitação do idoso porque ele pode ter uma limitação de redução de renda, o idoso vai ter menos renda para pagar, então, a ideia é quando se pensa mais a longo prazo e que cria um programa onde as pessoas pagam uma parte para o plano de saúde e uma parte para uma poupança, é justamente para que ela possa ter no futuro renda suficiente para contribuir, coparticipar, como faz com o sistema Complementar de Saúde, não Suplementar, em que eu tenho parte pago pelo plano de saúde, parte pago por mim mesmo através de uma poupança que eu fiz de longo prazo. Enfim, eu só falei para dizer assim, a verticalização é uma medida muito importante, mas ela tem que ser sabida quando pode ser feita para redução de custo. Se eu não tenho hoje programas que possam mitigar o impacto que tem hoje no aumento do custo, eu estou fadado ao fracasso, se eu tiver política, aí passam por tudo, programas de promoção, de verticalização, por compra de medicamentos direto da fonte porque a gente tem um problema sério do intermediário hoje que faz com que um material custe cem e na hora de ir para a ponta ele custe seiscentos, então se eu puder mitigar esse intermediário em que esse cem talvez não vai ser cem, mas ao invés de ser seiscentos ele vai ser trezentos porque esses seiscentos vai para o sistema. Quem está pagando a conta são os beneficiários, pressionando os custos, pressionando e aí, quando eu pressiono os custos não tenho outra alternativa, eu vou ter que voltar isso para o preço. Ao voltar isso para preço, a capacidade da população em termos de renda e das empresas em termos de orçamento fica limitado. A gente está vivendo uma recessão quase, o ano que vem vai ser um ano muito difícil, todas as empresas vão querer reduzir custos porque vão ter uma retração econômica importante. Então, onde é que nós vamos ter que reduzir? Planos de saúde já representam 8% da folha de pagamento das empresas e cada vez mais, na hora de cortar, elas vão cortar em várias coisas. Vão demitir, ao demitir inclusive isso afeta o plano de saúde, infelizmente, vou demitir, o plano de saúde que era o plano *top*, agora é um plano básico, não tem dúvida nenhuma, é o caminho natural.

(Entrevistador) com respeito à inserção da empresa no setor de planos de saúde e no sistema de saúde brasileiro em geral, como você vê isso? A Intermédica tem alguma atuação no setor público?

Nosso sistema de saúde suplementar ele ainda é visto como um sistema isolado e ele tem toda uma interação, por exemplo, precisa ter com o sistema público. A gente tem uma superposição de ofertas e uma ausência, uma carência de serviços, então, pela falta de planejamento você tem, é um pouco da lógica viciosa do setor e dos diversos setores. Você tem a indústria de materiais e medicamentos, pouco regulada, tanto para o público, quanto para o privado, o próprio Ministério da Saúde tem feito um trabalho de auditoria sobre órteses e próteses, grande no sistema público, tem aí um espaço grande para ser melhorado, existe uma verdadeira... de certa forma não precisa usar essa palavra não, então assim, há uma suspeita de uma verdadeira máfia, mas uma máfia, eu digo assim, e eu ouvi isso da própria indústria, produto que de fato ele custa 100, na cadeia de distribuição dele, até ele chegar na ponta final, para ele chegar, como existe uma concorrência predatória nesse setor, ele passa a custar 600, dada ao grau de pagamento de pedágios que você precisa fazer, segundo a indústria precisa recorrer.

Hoje a gente vê, o que pesa mais nos custos das operadoras no setor, quem paga essa conta é o usuário final, são as internações. E, no item internações, o que mais pesa são as OPMEs [Órteses, próteses e materiais especiais]. Uma cirurgia de coluna, custa de trinta mil a duzentos mil reais. O problema é o mesmo, a intervenção cirúrgica foi a mesma, como é que ela custou de cinquenta a duzentos e cinquenta? [isso] Por si só precisa de uma regulação. Por que quem está pagando essa

conta é o usuário final, óbvio por que está voltando para ele em termos de custos e termos de preço. A lógica está subvertida. A lógica da preocupação do melhor tratamento ela começa desse ponto. Não é mais, você tem situações em que os médicos estão abrindo mão de receber honorários! Tem médico aqui batendo na porta da Intermédica que diz assim: bom, eu quero fazer a cirurgia do seu paciente, no seu hospital. Mas como assim? Você não é meu referenciado, não é meu cadastrado! Mas ele me procurou por que ele quer fazer. Ele quer fazer? Então eu digo assim: por que ele não vai cobrar honorários, está fazendo de graça. Porque ele está fazendo de graça? Porque ele está dizendo assim: o material é o que eu escolher. Quanto custa seu material? Cento e cinquenta mil. Esse mesmo material eu compro por trinta mil Reais. Você percebe que ele está ganhando, ele ganha 30% desse material, ele médico. Óbvio, ainda bem que não são todos, é exceção, mas é uma exceção que é significativa. Todas as operadoras, se eu perguntar aqui vai dar esse problema sério de OPMEs. Os hospitais como um todo vivem de OPMEs, mais de 50% do faturamento dos hospitais dependem de materiais e medicamentos. Porque os hospitais não investem em pronto socorro? Porque os hospitais não investem em maternidade? Porque a maior parte das maternidades está fechando? Eu não sei aqui no Rio, mas em São Paulo todo dia fecha maternidade. Porque não dá dinheiro para eles, dá só custo fixo, mas eles não usam a OPMEs. Onde é que está a grande margem de lucro dos hospitais? Está em OPMEs. Então, ou a gente regula isso ou o setor sofre. E como isso é o item que mais pesa na cesta final do plano, então há uma necessidade de se reverter.

Entre o sistema público e o privado isto é um problema dos dois. A judicialização, a mesma coisa, hoje eu tenho a incorporação tecnológica feita pelo judiciário. Eu tenho um órgão de incorporação no Brasil [o Poder judiciário] de medicamentos, tratamentos, acabam de ser lançados que nem sequer são reconhecidos, ainda são experimentais, perante os órgãos públicos que não foram incorporados ao Sistema Único de Saúde ou ao sistema privado pela ANS ou até mesmo o ministério, pelo governo que tem uma comissão interministerial, o juiz já manda autorizar. Então isso pressiona o custo, isso é um problema para o SUS e para o sistema privado. Soluções para esse conjunto é fundamental. Por que não há uma parceria maior em termos de aproveitamento? Eu tenho um hospital da operadora, eu posso tentar ter algum tipo de programa. Eu tenho bons programas em algumas áreas, por que eu não posso fazer parcerias com o Sistema Único de Saúde? Acho que o planejamento de saúde precisa ser feito em conjunto com o SUS e Saúde Suplementar. Acho a Saúde Suplementar fundamental, ela só representa, só atinge 25%, aproximadamente da população brasileira, mas ela é fundamental para você minimamente atingir o objetivo da universalidade de acesso. Essas pessoas não têm, não compram plano de saúde muitas vezes porque querem, mas porque uns dizem não vou, não estou disposto a esperar seis meses para fazer uma cirurgia ou mais de um ano para uma cirurgia eletiva no Hospital das Clínicas em São Paulo. Eu entendo os subsídios e a política como um incentivo dado mesmo ao retorno social dos planos de saúde. Os planos de saúde têm uma contribuição social importante. Eles atingem e geram milhões em internações, milhões em consultas médicas, então, nada mais justo. Por que todos os setores da economia tenham os seus incentivos fiscais. Então é importante que as operadoras de saúde que têm uma função social, tenham subsídios. Sei que alguns são contra porque acham que isso está sendo tirado do comando direto, mas a gente pode dizer o seguinte: as pessoas que usam plano de saúde hoje, elas estão deixando de usar [o SUS] uma boa parte delas, mas tem o ressarcimento ao SUS, a gente já chega lá. As pessoas que usam as operadoras, boa parte delas deixa de usar, há uma renúncia, essas pessoas deixam de usar o Sistema Único de Saúde, mas, continuam contributórias do sistema. A gente não tem um sistema substitutivo como no Chile, como na Alemanha. É óbvio que no seguro social alemão, no sistema

público desses países, há um maior financiamento público e são melhores, portanto, em termos de oferta.

Vamos pegar o sistema da Alemanha, que é um sistema substitutivo. O Chile tem um sistema substitutivo, você pode deixar de, ao contribuir para o seguro privado você pode deixar de ser contribuinte e usuário. É público ou privado. É dual.

Aqui nós temos um sistema duplicado, você contribui você pode ser usuário, você pode ser os dois e aí isso já dificulta um pouco a minha ideia de ressarcimento ao SUS. Eu acho que o sistema público é fundamental como política, para obtenção de política de Estado de universalidade de acesso, mas ele precisa ser melhor organizado e melhor planejado em parceria, eu preciso ter melhores parcerias e sei que a agência tem um desafio grande nesse sentido, mas não tem, me parece, conseguido fazer isso. Por exemplo, a promoção de saúde. Porque não ter um maior planejamento, uma maior interseção entre público e privado?

Ressarcimento ao SUS: eu entendo e até por uma questão de princípios, que o ressarcimento ao SUS, da forma como ele está desenhado, ele é inconstitucional e está buscando por isso, é essa a questão. Porque eu entendo que ele tem uma premissa equivocada, ele acha que todo atendimento de alguém que tem plano de saúde, ao Sistema Único de Saúde parte de um ato ilícito da operadora, de negar acesso a ele. Toda vez que ele parte de um ilícito da operadora de ela negar acesso e isso ficar comprovado, nada mais justo do que a operadora pagar por isso. Indenizar o Sistema Único de Saúde e até indenizar, se for o caso, o próprio paciente por isso, porque ela se obrigou a atender, recebeu para atender, e na hora que o usuário procurou, ela negou e essa pessoa foi para o SUS. Então isso é uma questão de ilícito e todo ilícito merece uma reparação, mas a premissa do SUS é de que todo atendimento no SUS decorre do um não atendimento por uma operadora, por isso tem o caráter indenizatório. Mas quem disse? Uma parte significativa dos atendimentos no SUS, são voluntários. As pessoas têm o direito de utilizar o SUS, a própria tabela de remuneração também é um pouco equivocada, por que o SUS remunera o “X”, mas aquele atendimento no SUS que deixou, que foi feito por um paciente do plano de saúde acaba gerando um problema de, até mesmo que fraude. Em determinados conveniados eu digo não nos próprios, mas nos conveniados ao SUS que preferem atender usuários dos planos de saúde porque eles sabem que eles vão ter lá um... porque antes era assim: eles recebiam diretamente, a agência corrigiu isso, agora vai tudo para o Fundo Nacional [de saúde], mas antes quem recebia a conta daquele atendimento era a própria unidade que tinha atendido, a agência fazia a cobrança e mandava para o município, então havia uma cobrança, o que é ruim para o próprio usuário, porque o usuário que não tem plano de saúde ele acaba sendo um pouco, ficando em segundo plano para quem tem plano de saúde, porque quem tem plano de saúde depois vai gerar uma cobrança de ressarcimento por que em vez daquele parto receber trezentos reais ele vai receber dois mil reais por aquele parto porque a tabela do SUS o que o SUS cobra das operadoras é por dois mil e não por trezentos. Tem que existir um espaço para melhorar um pouco isso, a gente sabe que a agência tem buscado alguma forma mais inteligente dessa cobrança. Ah, eu tenho a premissa que um percentual “X” seu vai ao SUS. Por que não faz um cálculo automático, já paga uma taxa automática, é mais inteligente. De forma também a dizer o seguinte: bom, quanto é que o meu, de fato vai? Bom, eu tive cem atendimentos no SUS, dos cem atendimentos, digamos que trinta deles tiveram dificuldades de atendimento na operadora. Esses trinta vão ser cobrados por um Real, por exemplo, ou outros eu tenho a premissa que eles podem ser, mas, pelo histórico meu, não vão. Mas mesmo assim eu vou cobrar, existe um percentual de margem de erro, eu vou cobrar cinquenta centavos por eles. Hoje, a maneira como a agência cobra o ressarcimento ao SUS é insustentável. Porque a agência tem um andar inteiro aqui mas daqui a pouco vai precisar de dois andares, vai precisar de duzentos, quinhentos servidores, está ficando cara essa conta para

o retorno que se tem. É assim que eu vejo o ressarcimento. Acho que ele é justo pela premissa de que há um ato ilícito, mas ele é injusto quando ele acha que todo atendimento é decorrente de um ato injusto. Por exemplo, a Intermédica tem um monte de ressarcimento ao SUS, inclusive de pessoas que têm parto. Sabe porquê? Porque os meus associados são de classe “C”, boa parte deles são empregados de supermercados, empregados em empresa de segurança, empregados em *call centers*, pessoas de classe “C” e “D” com baixo *ticket* e baixa renda. Muitas dessas pessoas, elas têm as suas esposas que são pessoas oriundas do Nordeste, onde as suas famílias ficaram lá. O que acontece muitas vezes, é que essas pessoas ficam grávidas e preferem ter o parto próximo da família, a mãe para ajudar, então voltam à sua cidade de origem. O que vai acontecer? Essas pessoas compraram um plano dessa região só. Esse plano da Intermédica não cobre o Nordeste. O que acontece é que essas pessoas vão usar o plano, vão ter o parto lá e isso vai gerar uma cobrança de ressarcimento ao SUS. Dei um exemplo para mostrar que em muitas situações, que é o caso da urgência e emergência, a pessoa sofre um acidente pessoal, o corpo de bombeiros, o resgate, o SAMU, vai levar essas pessoas para um hospital público. Ali não foi por vontade, não houve uma negativa, o SAMU levou essa pessoa que tem plano de saúde. Nem tem condição de averiguar isso. Ah, vou levar para o hospital, o hospital negou. Eu sei também, por outro lado que, o que levou o legislador a estipular o ressarcimento ao SUS foi uma prática comum, é verdade, de operadoras que, de fato, também faziam isso. Então não é à toa que tem o ressarcimento. Existia a prática de vender e não entregar, eu entrego a baixa complexidade, mas a alta complexidade eu mando para o SUS. Tem operadoras que ainda fazem isso? Tem. É residual, mas ainda tem. Então, por ela ter e a ANS não ter como saber se é ou não é, eu parto da premissa de que todo atendimento decorrente de usuários de planos de saúde no SUS vem de uma negativa da operadora.

(Entrevistador) A Intermédica tem como objetivo um programa de promoção e prevenção mais ativo?

Sim, o desafio nosso inclusive é ampliar mais e da maneira mais inteligente a gente está vendo algumas operadoras pegando o conceito de saúde da família e trazendo, incorporando no setor privado é fundamental. De alguma forma os programas de promoção de saúde que a Intermédica tem, o melhor programa que a gente tem, se você perguntar para a ANS, qual é o melhor programa de promoção de saúde para gestantes, é o da Intermédica. A gente tem um programa de PGS, programa de gestação segura, em que a gente capta a gestante no primeiro atendimento dela e manda ela de forma a garantir que ela vai fazer todo o procedimento necessário a evitar também que uma gestação de alto risco ... eu estou pensando no alto risco que pode gerar um custo muito maior para Intermédica, mas uma preocupação com a gestante mesmo. A gente traz essa gestante, orienta traz para um programa específico. Obviamente que eu consigo captar todas as minhas gestantes? Não, o desafio maior é esse, tentar ampliar essa captação para dizer assim: todo o modelo nosso de promoção de saúde, o próprio “*case*”, eu captei, eu trabalho nos centros clínicos, nos programas de promoção à atenção primária, inclusive no caso de gestação, mas é óbvio que a gente tem aí uma própria dificuldade pela característica das pessoas. A gente ainda tem um número grande de partos, que a gente está querendo estudar um pouco. Acho também que isso é um pouco interessante, as operadoras comecem a ver o ressarcimento ao SUS como também uma retroalimentação de informação para planejamento estratégico. Não simplesmente uma lógica de pagar, recorrer, não concordar. Eu acho que as operadoras pouco se aproveitam da informação que vem do ressarcimento. Assim, poxa, espera aí, por que está havendo com tanto atendimento no SUS com meu usuário aqui? Por outro lado, eu vou dizer para você também: não

é o nosso caso, mas talvez por parte das grandes seguradoras, [...] será que o ressarcimento ao SUS, ele funciona também como uma rede credenciada de algumas operadoras que não têm capacidade de atendimento mesmo em algum lugar, e acaba sendo um bom negócio? Elas vão pagar, essas operadoras pagam o ressarcimento ao SUS, só que para elas, como elas não têm condição de credenciar um hospital, e por ser um único hospital, o credenciamento, muitas vezes teria que ser [caro]? Por exemplo, o parto que seria quatro mil em qualquer outro hospital, como ela usa uma média, acaba sendo dois mil. Pagar dois mil para o ressarcimento ao SUS é mais em conta do que pagar quatro mil para aquele único prestador que tem naquela região. Eu tenho ele que atende o setor privado e tenho outros dois que só atendem ao SUS. O SUS funciona como uma rede credenciada para a operadora. Ela vai pagar, ela vai ressarcir, estou pagando nesse sentido, mas vai ser uma situação até um pouco cômoda. Para uma operadora que trabalha com baixo custo, não. Tem que manter rede própria, trabalha dentro de casa, eu acho mais interessante eu trazer para dentro de casa, é mais interessante para mim. Agora, usá-lo como informação estratégica é um desafio. Como organizar melhor isso inclusive com informação qual que é? O atendimento é mais na atenção básica? Vou investir em atenção básica, investir em promoção de saúde, em médico da família, nós estamos estudando, a própria Intermédica ter alguma coisa nesse sentido. Nosso programa já tem esse conceito, mas não tem aquele médico que vai, que acompanha.

A gente tem o Qualividas, que é uma unidade destacada em todos os programas de promoção de saúde que nós temos, fomos convidados até pela ANS para explicar como é que funciona, por que os nossos programas não são programas de *marketing*, são programas que funcionam, a gente mostra resultados, de menor internação, ou seja, são resultados que levam não só à redução de custo, mas que levam a mais saúde, a produção assistencial, a mais satisfação dentro da lógica de que, ao fazer isso, claro que eu gasto menos, então é inteligente, porque dou maior satisfação, melhor qualidade para o paciente. Ninguém quer se internar. Ah, adoro ficar internado! Pelo contrário, então se eu puder trabalhar na prevenção, melhor. No fundo, o que se busca fortemente é isso. [...] ele [o programa] precisa ser maior, precisa ser ampliado, mas ele já tem uma dimensão, é um programa dos mais antigos, desde 1982, a Intermédica atua, é pioneira com programa de promoção de saúde.

(Entrevistador) Como você vê a atuação do BNDES no fomento às atividades das empresas de planos e seguros de saúde?

Eu acho importante que o BNDES, de alguma uma forma, atue até de uma forma de juros mais subsidiados desde que haja uma contrapartida, ou seja, é um investimento, é uma ampliação de hospitais, é uma ampliação de leitos. De alguma forma esses leitos... aí vem uma questão que talvez possa ser mais inteligente. Porque não exigir alguma contrapartida de parceria com o Sistema Único de Saúde? Você vai construir um hospital onde? Vai construir um hospital na [avenida] paulista? Não precisa ser na paulista, não interessa ser na paulista, tem muita oferta ali na paulista. Você vai comprar um tomógrafo para colocar onde esse tomógrafo? Então esse cuidado de planejamento, de casar políticas públicas e privadas e a organização de oferta com o subsídio do BNDES é mais inteligente, na minha opinião, ou seja, eu estou querendo buscar o dinheiro para comprar uma operadora e para construir um hospital que vai atender os hospitais e vai desonerar um pouco o Sistema Único de Saúde, então tem só um hospital público aqui, esse hospital, a Santa Casa em determinada região, ela atende o SUS, mas também atende as operadoras. Se eu estou dizendo que vou, pegar um dinheiro aqui com juros subsidiados, para abrir outro hospital aqui, isso é positivo. Vou ampliar leitos no setor privado e vou desonerar o

Sistema Único de Saúde. Então, eu não sei se isso é olhado, me parece que não. Eu vejo como positivo, como uma forma de dizer assim: bom esse setor precisa de investimento precisa de uma ampliação, há uma carência de leitos, de ofertas de serviços no Brasil. A grande questão é, onde e em quê. Porque se você me falar que há uma carência de leitos em São Paulo capital, na região, por exemplo, da [avenida] Paulista, eu diria que, pelo contrário, há uma super oferta de leitos. Há uma carência de maternidades, por exemplo. Desde que você abra e mantenha “X” leitos de maternidade... e a agência precisa fazer isso! Que a própria agência foi obrigada recentemente a chamar aqui uma reunião com as operadoras da baixada santista, em Santos, porque havia um risco de se ficar sem leitos obstétricos, olha que perigo! Como as operadoras compram leitos de terceiros, os hospitais dizem assim: não vai ter mais leitos, não está compensando. Pela questão dos materiais, do custo fixo, não está compensando. E aí? O que eu faço com as pessoas que compraram um plano de saúde com boa fé? Vocês precisam dar um jeito, se virem! Aí a gente falou assim: chamem os hospitais também agência! A gente precisa que vocês regulem os hospitais, como vocês não regulam os hospitais, os hospitais dizem que não querem mais, e aí? Eu fico com um pepino na mão. A agência precisa vir para essa discussão, chamar o gestor público, chamar o gestor privado, pensar em um planejamento comum e jogar o BNDES também nesse sentido. BNDES, apoie essa iniciativa! Esse trabalho em conjunto.

(Entrevistador) Por favor, faça uma síntese da estratégia de investimento e crescimento da empresa e um comentário sobre a questão das novas patentes de medicamentos em relação aos custos assistenciais.

Perfeito, eu vou já começar do final. Surgiu um novo medicamento quase para cura da hepatite C. Só que esse medicamento, o tratamento com ele custa mais ou menos um milhão e setecentos mil reais. Nós já estamos começando a ser obrigados por liminares judiciais a dar cobertura a esse tipo de tratamento. Esse medicamento não tem registro na ANVISA. As operadoras são obrigadas a importar esse medicamento, ele é caro. O ministro Arthur Chioro, me parece, já disse que vai incorporar esse medicamento no ano que vem ao Sistema Único de Saúde. E a grande preocupação nossa é: esse não é um caso de trabalhar o sistema público e o sistema privado, na quebra de patente? Por que certamente é um medicamento importante mas aí traz um custo absurdo e aí o ministro falou isso, mas não sei se a comissão de tecnologia por uma análise de custo, que tem que ser feita mesmo, de custo/efetividade vai aprovar. Por que o impacto que ele vai trazer em termos de custo para dentro... o problema é que me parece que ele é eficaz. Não é problema, perdão. O problema é dizer assim: eu não vou aprovar porque ele não tem efetividade. Ele tem efetividade. A grande questão é: é uma efetividade que compensa o custo que ele vai trazer para o Sistema Público e para o sistema privado? Para os subsistemas suplementar e público? Essa é a questão, ou não. Vai fazer mas para fazer nós vamos quebrar a patente. O problema é quebrar a patente ou de alguma forma se pensar em genérico e tudo o mais. Isso é onde eu acho que falta interseção público e privado. Porque é um problema do gestor público e é um problema do gestor privado. Eu, em um só mês, tive que pagar, liberar duas liminares desse medicamento, você imagina como ficou o meu resultado daquele mês! Dois pacientes, dois tratamentos, quase dois milhões de reais.

Acho que, por exemplo, uma outra coisa que não tem: pera aí, a mesma prótese que o Sistema Único muitas vezes usa, o sistema privado também pode usar. Porque não criar uma grande central de regulação de compras de forma a baratear essa utilização? São políticas comuns. É meu, vamos lá, compra, compra mais. Ao invés de comprar só cem, compra duzentos por que eu

também vou usar no meu usuário. Talvez seja mais inteligente nessa questão, de forma a reduzir custo, porque custo é o mais preocupante em termos de futuro.

Aí vamos para a questão da expansão. Acho que o setor vai crescer. Mas ele tem alguns entraves para o crescimento que a gente diz assim: será que vai crescer na velocidade que precisa? A gente viu a classe C, pessoas emergindo na classe média e chegando da classe E, para classe D, para a classe C, aos milhões. Essas pessoas não foram necessariamente para a aquisição de planos de saúde, elas continuam como usuários exclusivos do Sistema Único de Saúde. Elas esperaram pelo aumento da renda para comprar o plano de saúde. As pesquisas mostram, é o segundo maior desejo da população, é ter um plano de saúde. O primeiro é a casa própria, segundo, plano de saúde. Eu acho que agora caiu para terceiro, tem a educação, agora é o terceiro, mas já foi o segundo, agora é o terceiro. Não deixa de ser significativo. Pois bem, a renda da população ainda não é suficiente para comprar um plano de saúde no preço que ele é vendido. Porque ele é vendido nesse preço mais alto? Porque ele é obrigado a dar uma oferta de cobertura e conta com uma pressão de oferta que é a incorporação tecnológica vertiginosa, que é a questão dos modelos de remuneração ainda poucos inteligentes, e aí também há um desafio nesse sentido. Tem que conviver com uma pressão de demanda em outro sentido. Aumento de custo por aumento do rol de procedimentos a cada dois anos, incorporação tecnológica via judicial que essa é mais perniciosa, comportamento do consumidor ainda muito propenso a uma utilização desnecessária ou pouco consciente do plano, há um risco moral muito forte, atuante no seguro saúde, que é: já que eu tenho plano de saúde eu vou usar, mas eu preciso usar? Então é um comportamento que se tem que é assim: já que eu tenho plano de saúde eu não preciso mais me preocupar com o meu colesterol, com eventualmente ter um desvio que vai me levar a uma obesidade ou a ter problemas cardiovasculares lá na frente. Eu tenho plano de saúde, se eu passar mal o plano de saúde vai dar cobertura em uma UTI. Esse comportamento ainda é um desafio cultural que a agência [ANS], a sociedade, as operadoras, que as empresas como um todo precisam fazer com que as pessoas mudem. A gente convive ainda com essa cultura e passar por uma mudança de cultura é fundamental, mudança de comportamento. E o desafio de cada vez mais ter programas que procurem reduzir os custos e procurem incentivar a promoção de saúde. Prevenção é fundamental. Se eu trabalhar só com o tratamento, não vai... esse sistema ele é a médio e longo prazo, ele é insustentável e não vai crescer, por outro lado.

A gente vê, e eu aposto nisso: o setor que mais cresce hoje é o odontológico em cima de pequenas e médias empresas. Esse crescimento da economia que aconteceu, com essa mudança de comportamento da economia, não levou as pessoas a comprarem planos individuais por que não há oferta de planos individuais, como eu já falei. Mas levou as pessoas a comprarem planos de pequenas e médias empresas. Muitas pessoas começaram a criar os seus próprios negócios a formalizar esse próprio negócio, a criar empresas com o supersimples, a criar o CNPJ, ser um micro e pequeno empreendedor individual e o micro e pequeno empreendedor individual pode comprar plano de saúde. As operadoras têm planos de saúde para microempreendedores individuais, para PMEs que são pequenas e médias empresas. Se eu perguntar para Amil, para Sulamérica, para Bradesco, para Golden Cross, para Intermédica qual foi o plano que elas mais venderam em 2013 ou em 2014, elas vão dizer, todas: pequenas e médias empresas. Então, de alguma forma, essa expansão está indo por aí. Nessa formalização do emprego e tudo o mais. Grandes empresas não estão chegando, não estão chegando grandes empresas que abriram novos negócios. Então, no setor de grandes contratos o que há são migrações, estou saindo da Amil para Intermédica, saio da Intermédica e vou para a Amil, Bradesco, Sulamérica. E algum individual ele acaba entrando um pouco mais na adesão [contrato coletivo por adesão], que também cresce muito pouco, onde mais cresce? Pequena e média empresa, mas cresce a uma velocidade

pequena. Eu diria que o tamanho ideal para o setor, pensando em termos de Brasil ele tem condição de atender de maneira tranquila 30, 35% da população brasileira. Então ainda tem que atender aí mais 10% da população é o que eu imagino nos próximos trinta a quarenta anos. Se não houver algumas mudanças significativas em termos de comportamento, em termos de regulação, em termos de modelos de negócio, não vai se chegar a sequer 30% da população. E aí o desafio é: o SUS, com esse pouco recurso que ele tem vai ter que atender a uma população cada vez mais envelhecida e o envelhecimento traz doenças, é um processo natural, inclusive doenças crônicas, doenças cujos tratamentos são mais demorados e mais caros e por isso mesmo tem que trabalhar um pouco de prevenção. São doenças que mais afetam, mas por outro lado são doenças em que mais há oportunidade de se trabalhar nelas com o preventivo. As pessoas não precisam morrer de diabetes, hipertensão, essas pessoas podem viver e morrer naturalmente com hipertensão e com diabetes, mas aí o trabalho é de verificar e captar muito rapidamente e precocemente essas pessoas e fazer o acompanhamento. Melhor ainda se puder prevenir o diabetes e outras doenças como a obesidade. Hoje é uma tendência, as pessoas muitas vezes acabam engordando para fazer cirurgia [bariátrica], é uma coisa absurda, cresceu absurdamente. Qual é o nível da cirurgia bariátrica? Essa cirurgia custa em média vinte, vinte e cinco, trinta. Na rede D'or, uma cirurgia dessa sai por quatrocentos mil Reais. Em hospitais menores ela sai por vinte, quinze mil Reais. Mas como está cada vez mais crescendo é algo desnecessário, e prevenível. Então esse é o desafio do gestor público e privado, que também tem bariátrica, pelo SUS. A fila é maior, demora alguns anos para fazer a cirurgia bariátrica, mas faz.

A Intermédica tem um projeto claro de crescimento, de expansão, especialmente no seguimento C que é o principal segmento dela, especialmente no segmento de pequenas e médias empresas e também de odontologia onde há um potencial maior de crescimento já que a odontologia atinge um percentual pequeno da população brasileira, inclusive em quem tem plano de saúde, ela tem um potencial maior ainda. Mas a conjuntura, o ambiente em que a gente vive e o que se espera em termos de envelhecimento e desse *mix*, eu diria que o setor convive com três transições: a primeira transição é a transição epidemiológica, esse *mix* epidemiológico, ou seja, as pessoas hoje adoecem mais de doenças e problemas não infectocontagiosas, mas sim de doenças causadas por estilo de vida e doenças crônicas ou doenças que levam a intervenções mais caras, que levam a órteses, próteses e tudo o mais. Essa é a primeira questão. Até a questão hoje do estresse, tem levado a um aumento de internações por problemas mentais. O estilo de vida tem levado a um aumento de problemas ortopédicos que levam a cirurgias caríssimas, cirurgia ortopédica de coluna... fora a uma parte que não precisa fazer cirurgia, mas há aquela subversão, ou seja, é preferível fazer a cirurgia e ganhar dinheiro do que fazer uma prevenção. É crime, é crime fazer uma cirurgia ortopédica, de coluna em alguém que não precisa só para ganhar dinheiro.

A transição demográfica, as pessoas estão vivendo mais, o que é bom, mas isso traz todo um impacto, faz com que o sistema de saúde no mundo [tenha algo] em comum. No Brasil a velocidade desse envelhecimento é o que mais preocupa, não só o envelhecimento, mas a velocidade com que ele está acontecendo, por quê? Nós vivemos agora o bônus demográfico, nós estamos no meio do bônus demográfico. O problema é que o cavalo está passando, se a gente não pular, a gente perde. É a janela de oportunidade. A poupança, todas as mudanças no modelo assistencial, que ainda é o modelo assistencial pensado no passado e não pensando já para esse mundo, esse novo *mix* epidemiológico. Então, o nosso modelo de atenção à saúde, seja ele público ou privado, ainda é muito voltado para a atenção de alta complexidade e não para a atenção primária que é tão importante, aquele em que você pode focar na prevenção.

E por último, a transição tecnológica. Se você pegar os protocolos clínicos de uma determinada enfermidade há dez anos, o tratamento levava a um custo de cinco mil, era feito o medicamento

“X” mais a intervenção “Y” e levava a um custo de cinco mil. Cinco anos depois para esse mesmo problema você tem um protocolo que leva a um custo de quinze mil e hoje o que a gente vê são as drogas que eu acabei de dizer e outras intervenções que levam, para o mesmo problema, com um custo de cinquenta mil. Essa transição que você vê rápida e muito rápida incorporação tecnológica e que na verdade, na saúde você tem uma característica que torna ainda mais crítico o problema da incorporação tecnológica, que ela não é substitutiva. Ela é aditiva. Então não tem uma tecnologia que substitua a anterior. Esse medicamento que está chegando ele não está substituindo o anterior, eu vou conviver com o anterior, eu convivo hoje tal qual nosso famoso raio X, há o tomógrafo, a ressonância, há o PET *scan*, o PET *ct*. Todos eles estão ali pressionando os custos em uma cadeia aditiva tanto no setor público quanto no setor privado. Essa característica torna ainda mais cuidadosa a incorporação tecnológica. Precisa tomar muito cuidado com o custo/efetividade para a economia da saúde que é importante, tanto para o setor público quanto para o setor privado. Como a gente vai crescer, acho que vai crescer, mas não vai crescer na velocidade e no tamanho que eu acho que precisaria crescer, para inclusive você tirar um pouco do sufoco o Sistema Único de Saúde, aliviar o Sistema Único de Saúde. Mas é preciso um pouco mais de inteligência, um pouco mais de planejamento, um pouco mais de políticas comuns, inclusive no financiamento, na ampliação dos subsídios com inteligência. Eu não sou contra os subsídios, eu não sou contra juros subsidiados, mas ele precisa ser feito de forma mais inteligente. Assim que a gente vê e é nesse cenário, que parece um cenário tenebroso, mas que a gente mesmo assim espera crescer. Espera ter em cinco anos chegar aí a mais um milhão de vidas.

FIM

Transcrição GN/ Revisão e edição: JS

QUALICORP

Transcrição da entrevista com **Alessandro Piccolo Acayaba de Toledo** realizada no dia 25 de setembro de 2014.

BLOCO 1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.

1. O que motivou sua participação na QUALICORP?

Eu ingressei na QUALICORP em 2005, a minha formação é em direito, eu sou advogado minha família toda é do ramo do direito eu tenho pai desembargador, avô desembargador, tios promotores, toda a minha família de casa também são todos formados em direito. Quando meu pai se aposentou, ele montou escritório de advocacia e eu fui como sócio do escritório e prestava serviços a uma série de entidades de classe, especialmente entidades médicas como a Associação Médica Brasileira, Associação Paulista de Medicina e outras sociedades de especialidades e foi quando, em alguma das ocasiões nós cruzamos com a QUALICORP e naquela oportunidade o seu sócio fundador, o Júnior [José Seripieri Júnior] me convidou para trabalhar no corpo jurídico da QUALICORP. Eu fui para a QUALICORP como gerente jurídico, fiz carreira lá

passando para superintendente, diretor, tivemos uma situação há um ano como Vice-presidente onde eu assumi uma série de áreas e agora na chegada, em agosto, do Maurício Ceschin [ex-diretor da ANS], novamente como presidente da companhia, houve uma nova reestruturação e eu acabei focando mais nessa área institucional. [...]

[...] eu tinha então uma carreira traçada no âmbito jurídico mas eu tive sempre o desejo de participar de uma empresa em uma situação mais corporativa e quando apareceu uma oportunidade eu identifiquei que a QUALICORP era, na época, uma empresa buscando uma profissionalização, buscando seu crescimento, estava ali não mais engatinhando, mas buscando seu espaço no mercado que veio a ser regulado depois, agora em 2009, mas que eu vislumbrei ali uma oportunidade grande de algo diferente para eu fazer e de lá eu fiquei e estou até hoje, já vai agora em outubro [de 2014] para 9 anos.

(Entrevistador) Você se refere em 2009 à regulação, a que regulação você fala?

Eu falo a regulamentação das Administradoras de Benefícios

(Entrevistador) As RN 195 e 196.

É.

2. Antes da atual função você já havia trabalhado em outro ramo do setor privado? Em outra empresa de planos de saúde? Em outra empresa do setor saúde?

Eu trabalhei uma época no Tribunal de Justiça de São Paulo também e logo depois saí, quando meu pai se aposentou, montou escritório, eu fui trabalhar com ele. Não trabalhei em nenhuma outra empresa diretamente ligada ao setor de operadoras de planos de saúde nem hospitais ou laboratórios. Eu tinha uma relação com a área médica por conta dos serviços prestados a entidades médicas.

3. Quais eram os problemas/desafios principais da QUALICORP quando você chegou?

[...] quando eu advogava, eu não tinha nenhum contato com assuntos relacionados a Planos de Saúde. Eu tinha sim uma participação que sempre foi da parte dos médicos com a reivindicação das suas tabelas de honorários que por vezes, o pagamento feito pelas operadoras não estava de acordo com a ideia o pensamento dos médicos. Em relação a isso eu lembro que à época houve a edição da tabela da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), teve até uma discussão junto ao Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) da qual eu participei ativamente é curioso que de lá para cá tivemos algumas demandas com o CADE e recentemente teve uma decisão do Tribunal Regional Federal da 1ª Região dando ganho de causa à APM [Associação Paulista de Medicina] dizendo que não é cartel a utilização de tabelas médicas. Há uma discussão muito grande em torno desse tema.

Curiosamente eu cheguei a ser cliente da QUALICORP através da Caixa dos Advogados do Estado de São Paulo, na época não era QUALICORP era **Access Clube de Benefícios**, tinha outro nome. A partir de outubro de 2005 quando eu ingressei na QUALICORP eu passei obviamente a ter todo contato, todo conhecimento, e entrei de corpo e alma para o conhecimento dessa esfera [das empresas de planos de saúde].

Com relação aos principais desafios existem duas situações: uma são os desafios da própria companhia como um todo naquela época que estava sim, buscando uma profissionalização pelo seu sócio fundador sempre muito preocupado em trazer executivos, em trazer pessoas com

conhecimento na área para que ele pudesse montar uma estrutura adequada para prestar um serviço à população. Naquela época, não havia ainda a figura da Administradora de Benefícios, o que tinha era a figura da Administradora de Planos que não tinha nada a ver com essa atividade que nós exercíamos então havia uma dificuldade, na ocasião, para traduzir os serviços que eram prestados pela QUALICORP para as entidades de classe e para os consumidores. De lá para cá os desafios encontrados foram primeiro com relação a toda a estruturação da Companhia, passamos por todas essas fases e também relacionados à própria afirmação da Administradora de Benefícios e também à situação dos planos coletivos por adesão por que, na época, havia a CONSU nº 14 [resolução nº 14 do Conselho de Saúde Suplementar- CONSU, publicada no DOU nº 211 em 04/11/1998. Esta resolução foi revogada pela RN 195 em 14/07/2009] que traduzia em dois ou três dispositivos uma noção mais geral do que era plano coletivo por adesão. O advento da RN 195 trouxe regras muito mais rígidas, muito mais detalhadas e também trouxe para a regulação a atividade que nós exercíamos que era a da Administradora de benefícios. À época, embora não fosse ilegal, era uma atividade natural, legal, prevista até na CONSU nº 14, uma empresa podia ter um plano coletivo junto a uma operadora e foi dada a ideia de a gente criar o *pool* de entidades de classe. A gente entendia que quanto mais pessoas dentro de um plano a gente consegue ter o equilíbrio e a oxigenação dessa carteira e tentar buscar o equilíbrio da sinistralidade da apólice. Isso veio à tona com a RN 196, trouxe uma série de obrigações, de responsabilidades, de exigências de regras muito mais acentuadas do que anteriormente por que não existia essa figura, mas, mesmo assim, a QUALICORP passou a se adequar e passou a crescer e progredir com todo esse aparato regulatório.

(Entrevistador) e de onde partiu essa ideia [dos planos coletivos por adesão] você falou que “foi dada a ideia” como se constituiu isso? A concepção da ideia?

A concepção da ideia de fazer o *pool* com as entidades de classe, nos primórdios quando o fundador tinha uma corretora e começava a prestar serviços como corretor propriamente dito às entidades de classe num dado cliente ele se deparou com uma situação que por uma questão de mudança política da entidade ele teve dificuldades de gerir essa conta por que embora se fosse corretora alguns serviços administrativos que hoje eram prestados pela administradora poderiam ser prestados também por uma corretora em uma espécie de consultoria, essa questão do controle das faturas, emissão, discussão de reajustes e tudo o mais, e no momento em que ele sentiu que não houve uma *expertise*, por que é natural que entidades de classe que não estão focadas nesse ramo de atividade de planos de saúde tenham uma série de outras tantas atividades, você pega Juízes, engenheiros, arquitetos, até mesmo advogados não tem talvez tanta *expertise* em relação a lidar com essa situação de plano [de saúde]. Ele prestava essa *expertise* que tinha, mas que em um determinado momento com relação à situação política ele [Júnior] perdeu essa situação e a entidade se viu em uma situação muito ruim com relação a essa questão de reajuste e todo o mais. Foi aí que ele pensou então por que não ter uma empresa que pudesse figurar como *estipulante* de um contrato coletivo perante a operadora juntamente com o apoio, agregando com relação às entidades de classe, então você forma um *pool* de entidades de classe onde você tem uma discussão, no que é preciso ter, absolutamente técnica com pessoas capacitadas para discutir em defesa dos direitos e interesses dos consumidores, por que é assim que a gente entende se posicionar no mercado e eu entendo que a própria legislação que veio a partir da agência [ANS] veio para justamente colocar a figura da Administradora ao lado do consumidor e não ao lado das operadoras, haja visto que as administradoras não podem prestar serviços, não podem ser representantes, nem ser mandatárias das operadoras, não podem ter rede médica

credenciada/referenciada. Então a legislação veio colocar as administradoras ao lado do consumidor. A partir daí então com a formação do *pool*, além de todas as questões mais técnicas havia a condição de formar um grupo maior de pessoas por que se você pega determinadas associações de classe elas podem ter eventualmente, no máximo nacionalmente 1.000 associados por exemplo. Digamos que todos eles tivessem um plano de saúde. Você negociar com uma operadora com 1.000 pessoas de um lado é diferente de você negociar com um número muito maior de milhares de outros associados. Isso cria condições muito maiores de discussão com as operadoras como vem se demonstrando cada dia mais com relação à questão dos reajustes embora esteja em um patamar que não é desejável pela QUALICORP e entendo que não é desejável pelo consumidor e até que talvez nem seja desejável para a própria operadora mas a sinalização dos reajustes inicialmente propostos pelas operadoras nos nossos contratos são muito superiores a esses que estão sendo aplicados e essa negociação que vem sendo feita é justamente devido à condição da companhia de ter um público muito maior e de dispor de condições de ter ao longo do ano subsequente a oxigenação dessa carteira com a busca de mais clientes para assim diluir esse risco. Foi aí que surgiu essa ideia para se buscar a participação das administradoras ao lado das entidades de classes e dos consumidores com a situação dos planos de saúde.

(Entrevistadora) qual é a diferença entre administradora de planos e administradora de benefícios?

Inicialmente havia dois tipos de administradoras: de planos e de serviços. A de serviços deixou de ser explorada já há bastante tempo. A figura da administradora de planos funcionava como se fosse uma autogestão, como se fosse algo para gerenciar alguma coisa em contratação de uma operadora. Já a administradora de benefícios era completamente distinta em relação a isso. Ela veio substituindo as administradoras de planos, até por que você não tinha mais no mercado, com relação a isso a agência pode fornecer dados mais oficiais, não tinha quase nenhuma administradora de planos no mercado [de serviços], basicamente deixou de existir essa atividade. A administradora de benefícios tem uma atividade voltada para emprestar sua *expertise* para os consumidores, para o grupo de entidades de classe, aquelas que desejarem, não há nenhuma obrigatoriedade, é facultativo a cada entidade querer ou não contratar uma administradora, no caso a QUALICORP, e pode contratá-la como uma ESTIPULANTE do contrato, como uma prestadora de serviço, temos dentro de casa os dois exemplos, tem entidades que são ESTIPULANTES há muito tempo, permanecem como ESTIPULANTE e nos contratam como prestadora de serviço. Nessa prestação de serviço você tem uma gama de atividades que vai desde a negociação de reajustes, conferência de faturas, emissão de cobrança dos beneficiários. Isso por que a agência, em um dado momento, quando foram editadas as RNs 196/195, identificou que havia associações de classe que na verdade não tinham nenhum tipo de representatividade perante os seus associados, não lembro se isso era verdade ou não mas parece que em algum momento apareceu uma ‘Associação dos Admiradores do Pão de Açúcar’ por exemplo. Que na verdade foi criada apenas para ter um plano de saúde, ao passo que o natural seria ter uma associação de classe com um presidente que defende de fato e de direito uma categoria profissional e aí sim, você querendo, oferecer um plano coletivo para esse público. Hoje a QUALICORP conta com mais de 500 entidades de classe, todas absolutamente reconhecidas do ponto de vista profissional, temos a maioria das Caixas de Advogados do Brasil, Associações Nacionais de Magistrados, estaduais de magistrados, Procuradores da República, Procuradores estaduais, no âmbito da medicina temos a Associação Paulista de Medicina, Associação Médica Brasileira, temos nutrição, na área de engenharia, todas entidades que de fato existem e tem uma

representatividade e tem condições de exigir uma contratação de serviços à altura daquilo que lhes interessa. A QUALICORP tem essa preocupação no dia a dia para que a legislação possa ser cumprida, mas também por que a gente entende que as outras entidades anteriores à legislação de 2009 não contribuíam em hipótese alguma para a construção de um sistema privado de saúde suplementar criativo, buscando cada vez mais uma segurança jurídica. Acho que a ANS foi feliz no sentido de também colocar na nova regulamentação uma restrição em relação a quem pode contratar um plano coletivo seja empresarial definido através do empregado, através do sócio da empresa, através dos órgãos públicos ou seja no âmbito dos coletivos por adesão que são as atividades com categorias profissionais e classistas setoriais incluindo também aí a questão dos estudantes.

4. O que mudou ao longo do tempo e quais os principais desafios e pontos de pauta atuais?

A nossa agenda, o nosso grande desafio é identificar dentro da área em que nós podemos atuar, por que existe uma definição sobre aquilo que nós podemos fazer, a gente não pode, por exemplo, realizar atividades típicas de operadoras de saúde, não pode ter rede credenciada, pagar o reembolso, custear despesas médicas. A nossa área de atuação tem sua definição instituída pela RN 196. O que nós temos de fazer, cada vez mais, é uma prestação de serviços de qualidade e com excelência e trazer serviços inovadores. O nosso grande desafio é algo que a gente está cada vez mais buscando e trazendo aqui para a própria agência [ANS] no intuito do aprimoramento da regulamentação aproveitando todos os avanços na área da tecnologia da informação. Por exemplo, foi uma coisa que eu fiz na minha gestão quando estive à frente da área operacional, o envio de carteirinha, envio de rede médica, envio do boleto. Trouxemos o aplicativo da QUALICORP onde se pode ter disponível a sua carteirinha do plano através do meio virtual, pode fazer seu pagamento, buscar acesso à rede médica da operadora e começar a desenvolver em cima desses aplicativos, novas formas de acesso melhor para a população, para que ela tenha mais prontamente o acesso à saúde, o que eu tenho que viabilizar é o acesso à saúde de qualidade e com excelência. A gente tem de buscar dentre as operadoras do nosso país aquelas que têm uma saúde financeira que vai poder sustentar a contratação que foi feita pelo consumidor, as coberturas médicas e assistenciais. É claro que o mundo não é perfeito, existem discussões de todos os lados, uns querem de um jeito e na verdade o contrato diz de outro, a interpretação regulatória ou legislativa quer de outro jeito. A gente enfrenta essa dificuldade sempre ao lado do consumidor. Então o nosso desafio é trazer cada vez mais esse tipo de inovação tentar buscar e desenhar junto com a operadora talvez produtos mais adequados para aquele consumidor para que caiba também no bolso dele. Isso é uma constante preocupação nossa. Um desafio que eu acho que não é só da QUALICORP, mas de todos os pilares de quem participa do mercado da Saúde Suplementar é a questão da sinistralidade. É discutível é ruim, é muito desagradável quando se sinaliza para um reajuste alto. A sucessão desses reajustes altos vai acabar gerando ausência de pessoas interessadas em adquirir planos de saúde privados e isso acaba não sendo interessante para ninguém, então a grande briga da QUALICORP é tentar, dentro das suas possibilidades dos seus limites, colaborar no intuito de verificar o seguinte: do lado do consumidor muitas vezes também há um abuso. Nós temos um estudo onde aproximadamente 30% dos exames que são feitos nem sequer são retirados das clínicas e dos laboratórios então há um abuso, não digo genericamente, acho que a grande maioria dos médicos são bons só que existe uma parcela que descarrega uma série de exames desnecessários. Eu mesmo recentemente passei por uma situação onde peguei uma gripe muito forte com tosse por um mês sucessivamente e eu tinha feito um *Check up* no *Einstein* [Hospital Israelita *Albert Einstein*] e tinha detectado uma pedra no rim e

começou a doer próximo do rim e eu fui a dois hospitais e nos dois eu expliquei que estava com muita dor e fiz uma bateria de exames. Eu, contribuindo para o aumento da sinistralidade do plano que a QUALICORP paga para mim. Quando eu saí de um hospital encontrei um colega meu médico e falei que estava doendo e ele falou, ‘*claro que está doendo, você tossiu durante um mês...*’ você se sente iludido com tudo que está acontecendo... para onde que vai isso? Esse custo, alguém paga essa conta! Devemos também primar para quem não utiliza passar a utilizar por que se não utilizar quando realmente precisa também não está contribuindo com a redução da sinistralidade e com o equilíbrio dela. Você pode não utilizar e deixar de detectar algum problema que leve, lá na frente, a ter que ficar internado em uma UTI. A QUALICORP hoje está buscando se preocupar não com a doença, mas com a saúde da população, é isso que precisa imperar na cabeça das pessoas que militam nessa área: cuidar da saúde das pessoas por que cuidando da saúde se equilibra essa conta.

(Entrevistadora) qual a trajetória da ACCESS? Ela passou a ser QUALICORP e depois foi vendida? É isso?

Tinha a **ACCESS clube de benefícios** que era uma ESTIPULANTE, tinha a **ACCESS administração e serviços** que fazia o papel de administradora e tinha a **QUALICORP corretora** quando veio a regulamentação a gente quis uniformizar por que se entendia que comercialmente o nome QUALICORP era muito mais forte então passou a ser QUALICORP. O que era administração e estipulação nós juntamos por que virou uma coisa só: **QUALICORP administradora de benefícios**. A trajetória da QUALICORP teve, antes mesmo da regulamentação primeiro uma venda da participação acionária do Júnior, venda minoritária para um grupo chamado *General Atlantic* [fundo de investimentos estadunidense fundado em 1980 para gerenciar recursos do filantropo *Charles Feeney*] que são investidores estrangeiros. Depois disso, mais adiante, chegou uma outra empresa com o nome CARLYLE [fundo de investimentos criado em 1987 por *William E. Conway, Daniel A. D’Aniello e David M. Rubenstein* em *Washington D.C.* com U\$5 milhões de capital] que é um fundo de investimentos americano que comprou não só a participação da *General Atlantic* como outra participação do próprio Júnior passando a ser majoritária na companhia e depois veio o advento em 2011 com a abertura de capital com ações na bolsa de valores, então hoje os donos da QUALICORP são mais de 2.000 investidores.

5. O grupo possui programa de medicamentos? Quais?

Não.

(Entrevistadora) mas vocês têm algum tipo de discussão com as empresas, com as operadoras nesse sentido?

Não. Na verdade, até existe uma situação onde se verifica que muitas operadoras têm carteirinha de desconto em farmácias. Chegamos a cogitar na companhia uma parceria para nossos clientes uma parceria com farmácias para que eles possam ter uma vantagem com descontos na compra de medicamentos mas chegamos à conclusão de que isso ia criar uma concorrência desnecessária [com as operadoras] nós visamos a satisfação do cliente mas entendemos que isso já estava sendo feito por várias operadoras.

6. Como definiria a missão da empresa?

A gente acabou de fazer nosso planejamento estratégico e eu tenho aqui a missão: ‘liderar um sistema de saúde inovador eficiente centrado nas pessoas garantindo acesso, acolhimento e

acompanhamento e assim impactar positivamente no Brasil'. O grande guia que o Maurício [Ceschin] está trazendo e está permeando por toda a companhia é que nós temos que nos preocupar com o consumidor, com o cliente, temos que dar atenção ao cliente. Recentemente nós, executivos da companhia tivemos a experiência de passar uma manhã no *call center* terceirizado da companhia para ver o que o cliente sofre, ver o que está acontecendo com o cliente. De fato, é muito interessante por que a gente acaba não tendo, por vezes, uma percepção daquilo que a gente está acostumado no dia a dia a fazer e quais são as reclamações dos clientes. A companhia já tinha este escopo, mas está virando o seu leme para um viés absolutamente centrado nas pessoas. A gente não quer só atender e prestar um serviço que está ao nosso alcance mas entender qual é o problema dela [da pessoa] e não dizer para ela simplesmente que ela foi negada a cobertura de uma assistência médica e eu sou administradora e eu não trato de cobertura, temos que escutar essa demanda, ir até a operadora e discutir se está previsto no contrato ela tem que dar essa cobertura mas também se não está previsto é nosso papel orientar o cliente, assim como faz a própria agência dizer: 'o seu limite contratual não prevê esta cobertura'. A empresa está se direcionando cada vez mais ao fortalecimento do atendimento com foco no cliente.

BLOCO 2: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, USUÁRIOS PRESTADORES E ÓRGÃO REGULADOR

7. Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor? Participa de alguma entidade representativa do setor saúde? E setor empresarial/industrial em geral? (Entrevistadora) vocês administram os benefícios de quantas pessoas?

A QUALICORP é um grupo econômico, mas eu guiei as respostas que aqui estavam tomando a QUALICORP como Operadora de saúde classificada como Administradora de Benefícios. Como Administradora de Benefícios eu tenho mais de 1.800.000 clientes em planos coletivos sejam coletivos empresariais ou coletivos por adesão. Nos coletivos empresariais nós temos um cenário muito forte, especialmente com uma empresa que nós adquirimos chamada ALIANÇA [Aliança Administradora de benefícios de saúde] que tem o foco no atendimento a órgãos públicos, concorrência de órgãos públicos onde a gente participa através da ALIANÇA e oferece algo que acaba sendo facultativo, não é uma empresa, é um órgão onde as pessoas têm um plano e podem aderir a este plano e contratar. Temos as principais operadoras como parceiras no país e mais de 500 entidades de classe como clientes pessoas jurídicas.

(Entrevistador) mas como grupo econômico...

Como grupo econômico eu tenho outras pernas que são, por exemplo, a tradicional corretora [QUALICORP corretora]. Eu interajo como corretora quando uma empresa contrata diretamente com uma operadora e oferece para os seus funcionários. Ela [a empresa] precisa de uma corretora, de uma consultoria. A QUALICORP fez recentemente a aquisição de duas empresas da TEMPO SAÚDE. CRC/ *connectmed* têm um foco na gestão da saúde dos beneficiários nas empresas que têm os seus contratos. A autogestão da WOLKSVAGEM nos contrata para fazer essa gestão temos contrato com a BR [distribuidora], com a PETROBRÁS e outras empresas. A QUALICORP sinaliza, com essa aquisição sua preocupação com relação ao bem-estar das pessoas e à gestão da saúde. Nós não compramos a TEMPO, só duas empresas do grupo TEMPO.

Com relação à participação em entidades representativas, nesse momento temos uma participação como Administradora de benefícios na Associação Nacional das Administradoras de Benefícios que tem assento na Câmara de Saúde Suplementar e, agora, através dessas empresas da GAMA [TEMPO] uma delas participava da FENASAÚDE e nós passamos a participar quando adquirimos a empresa.

(Entrevistadora) Qual a outra Administradora de Benefícios que pode ser uma concorrente da QUALICORP?

A agência [ANS] divulga os números do faturamento das empresas. Você define uma concorrência diante de uma ameaça de um terceiro ao seu negócio, e através dos números oficiais da agência a gente não consegue ter uma definição clara sobre isso por que pode ser que através do faturamento de uma concorrente como IBBCA Unifocus [Administradoras de benefícios] e outras não seja relevante mas, a quantidade de clientes que eles têm, e que não aparece nessas informações, pode ser que seja relevante e ele passe a ser um concorrente meu, é claro que a gente está no mercado e está olhando tudo isso. Para a QUALICORP é muito salutar ter pessoas, no seu [ramo de] negócio fazendo coisas por que a gente não tem nenhum receio de copiar coisas boas que estão sendo feitas e também de aprimorar aquilo que já está em curso. A concorrência obriga a melhorar, a gente já passou a ter essa obrigação desde a época de investidores estrangeiros e agora como uma empresa de capital aberto, é muito diferente de ser uma empresa de um dono só, ser uma empresa que tem de prestar contas a muita gente, desde o órgão regulador aqui [ANS] a uma CVM [Comissão de Valores Mobiliários] a 2.000 investidores e assim por diante. Nós temos uma área toda de FCBA [*Fair Credit Billing Act*- Lei Federal de 1974 para proteção do consumidor estadunidense contra práticas injustas relacionadas com transferências entre contas bancárias ou cobranças indevidas] com relação ligadas a questões éticas ligadas às regras norte americanas, *compliance* [conformidade, concordância com parâmetros prévios estabelecidos], área de auditoria interna e externa.

(Entrevistadora) as operadoras podem ter várias Administradoras, não é?

Sim, não só as operadoras podem ter como as entidades também. É claro que você não tem uma entidade com o mesmo produto e duas administradoras. Mas, por exemplo, a Caixa do Advogados do Estado de São Paulo onde eu [QUALICORP] tenho a AMIL, a SULAMÉRICA e a UNIMED paulistana e tem o IBBCA que tem [outras] então você tem essa concorrência também dentro do âmbito de uma mesma categoria profissional.

8. Como analisa a atuação da ANS? Qual a relação da empresa com a ANS?

9. Qual sua opinião sobre a atual regulamentação dos planos de saúde?

A agência é um órgão que está aí para regular o mercado com normas de controle e fiscalização da saúde privada. Entendo que vem sim, cumprindo seu papel em relação a isso e, na verdade, penso que existem outros pilares importantes nessa relação que a ANS não traz para a sua regulação por força de lei. Não está previsto, por exemplo, que a ANS tenha uma interação diretamente com os hospitais, com os médicos, com os laboratórios. Como é que você busca a regulação do mercado e depende exclusivamente de uma operadora, de uma administradora de um produto? Tudo isso é dependente, obviamente de todos os serviços que estão atrelados a esse mercado. Faltaria uma contribuição do legislador em passar a autorizar a agência, se quer que ela passe a regular o mercado, então que ela regule o mercado como um todo. Para que ela tenha condições de deliberar algumas coisas com maior facilidade, tranquilidade e maior segurança jurídica.

BLOCO 3: CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

10. A empresa tem relação comercial/de sociedade com outros ramos da saúde, a exemplo de hospitais, empresas farmacêuticas e de equipamentos/insumos?

Nós estamos de um lado e não vamos passar desse lado e desse limite. Nós somos Administradora de Benefícios, interagimos com os interesses dos consumidores e permanecemos, na empresa, nesse formato. Não há qualquer tipo de intenção, deliberação ou até estudo para que a gente passe a ser uma operadora de saúde propriamente dita. Isso sequer passa pela cabeça do conselho de administração da companhia, dos seus principais executivos. Nós estamos consolidados no papel que a gente tem a fazer. Precisamos é aprimorar o nosso papel e saber o que a gente pode contribuir em inovação, qualidade e eficiência em relação àquilo que a gente tem que temos que operar.

11. Como avalia a diversificação de atividades por parte de empresas de planos de saúde? A sua empresa diversifica ou pretende diversificar atividades?

É uma diversificação sempre voltada para o mesmo propósito, ou seja, o nosso foco é sempre o cliente sempre a gestão da saúde do cliente, sempre poder oferecer para ele um serviço, seja administrativo como administradora em uma situação como o caso da WOLKSVAGEM da BR [distribuidora da PETROBRAS], um serviço focado no cliente. O centro é o consumidor, a gente está sempre voltado e antenado no que de melhor fazer para o cliente. Qualquer tipo de eventual diversificação que a companhia venha a fazer sempre será com esse viés.

12. Como avalia a chegada do capital estrangeiro no setor? Sua empresa pretende abrir-se para o capital estrangeiro?

A gente precisa avaliar a chegada do capital estrangeiro considerando a situação atual do país. Eu vou aqui deixar de falar da administradora, até por que nós já temos a situação de capital estrangeiro e não podemos dizer que isso não é bom. Olhando para a situação como um todo, parece que o governo está avaliando o investimento em hospitais. A situação do país não é boa [em relação a investimento em hospitais], é uma situação de deficiência de leitos, inclusive na própria QUALICORP quando a gente vende planos de valores vultosos, da OMINT, BRADESCO ou SULAMÉRICA, existe uma dificuldade, por incrível que pareça, até de encontrar um leito no *Einstein* [Hospital Israelita *Albert Einstein*, em São Paulo], Sírio-Libanês e assim por diante. O que dirá de hospitais de porte médio, de porte baixo que atende à população em geral... eu acho que faltam leitos no país e, além disso, a maioria dos leitos existentes não estão em condições normais ou razoáveis de receber e tratar um paciente. A questão da vinda de capital estrangeiro passa a ser positiva desde que se tenha uma estruturação importante na regulamentação ou legislação que vier a autorizar esse investimento de capital estrangeiro. Não se pode permitir que alguém de fora venha até aqui, apenas ganhe dinheiro da população e vá embora. Ganhar dinheiro faz parte do mundo capitalista, mas você tem que exigir, na contrapartida que você tenha um atendimento de qualidade, uma infraestrutura de qualidade, preço razoável. Então eu vejo de uma maneira muito positiva a vinda de investimento estrangeiro para poder incrementar o serviço, melhorar sua qualidade, e ter, obviamente, um controle muito grande em relação a como isso vai acontecer.

(Entrevistadora) mas na QUALICORP especificamente você não vê mais, nesse momento um grande investimento...

Nós já temos, já passamos duas vezes por investimento estrangeiro. Eu diria, pela experiência que eu tive na QUALICORP que foi muito bom. Por que nós aprimoramos nossos controles internos

e externos, criamos uma série de ferramentas relacionadas à questão de auditorias de *compliance* de código de ética, que são obrigações toda vez que tem investidores estrangeiros por que, dependendo do que acontece aqui eles são processados nos Estados Unidos ou no país de onde veio o capital

(Entrevistador) você se refere à Governança Corporativa?

É a Governança Corporativa. A partir daí você consegue otimizar todo o seu recurso para dentro do investimento do negócio, para que você possa investir no negócio e proporcionar, com esse investimento, um atendimento de qualidade ao cliente. É através daí que se consegue equacionar essa conta e, no fim da linha, atender dignamente o seu cliente, ou seja, direcionar os seus recursos, os seus investimentos para esse propósito por que quanto mais a companhia tem um comportamento de qualidade e excelência no mercado, isso valoriza, em uma companhia de capital aberto, as suas ações. É o interesse do investidor. Vai muito de encontro, quando você tem esse investimento, que ele tem de traduzir, não só em uma questão financeira, por que a questão financeira só se reverte se você tiver uma grande quantidade de clientes. O cliente só vem se ele for bem atendido ou se ele tem uma condição boa de negociação, então a situação acaba convergindo em relação a isso [resultado financeiro]. Eu vi muito positivamente e acompanhei desde 2005 até hoje essa trajetória da QUALICORP passando por todas essas fases. Eu percebo que hoje existe uma QUALICORP que não existia lá atrás, naturalmente por conta de todos os desafios que foram enfrentados.

(Entrevistador) esse investimento estrangeiro, no caso da QUALICORP, como ela não se dedica diretamente ao aspecto assistencial, como você mesmo disse, esse capital não se reverte para o aspecto infra estrutural propriamente dito. Pensando em termos gerais, das demais empresas que efetivamente lidam com a assistência talvez aí dá para entender o que você falou, esse capital vem e contribui para gerar um acúmulo de infraestrutura, aumento do número de leitos talvez, mas no caso da QUALICORP não, não é?

Hoje, quando você tem uma empresa de capital aberto não quer dizer que todo dia chega dinheiro de fora, o dinheiro que chegou já chegou, a empresa sobrevive com aquilo que ela tem. O que eu acho que se ganha com o investimento estrangeiro em empresa de capital aberto são todas as normativas e regras que permeiam esse negócio que os seus executivos e a companhia precisam observar. Isso agrega, isso traz para a companhia uma elevação de patamar de onde ela estava até onde ela chegou. Não quer dizer que uma empresa de capital privado, uma empresa fechada não consiga chegar até isso, não é isso, mas na situação atual da QUALICORP não há escolha, ela é obrigada a estar nesse patamar, se ela não estiver nesse patamar ela é muito penalizada em relação a isso e aí começa a ter interferências externas.

13. Qual a origem/composição do capital da empresa? A empresa prevê mudanças na composição do capital?

É uma empresa de capital aberto pulverizada na bolsa de valores com mais de 2.000 investidores na sua grande maioria pessoas físicas espalhadas por todo o mundo, e também pelo Brasil.

(Entrevistador) e o controle efetivo?

Não tem ninguém com 50% mais 1. Tem a figura do Júnior [José Seripieri Júnior] que é o sócio individual com maior número de ações naturalmente por que ele sempre esteve à frente da companhia, foi vendendo a sua participação e tanto é assim que ele não se desfaz do capital que ele tem, ele aposta, gosta e quer vivenciar esse momento. Há algum tempo atrás ele comprou

ações da companhia, isso está no DNA dele. Ele não tem o controle acionário majoritário, mas é o presidente do conselho é ele quem administra, agora juntamente com o Maurício Ceschin que é o presidente, o principal executivo da companhia.

(Entrevistadora) vocês [diretores] são acionistas?

Nós podemos ser acionistas. Em uma empresa de capital aberto, todo e qualquer funcionário pode comprar ações. Apenas tem uma restrição, por que eu, e todo o corpo diretivo, por termos conhecimento de alguns assuntos que podem influenciar a valorização das ações, em determinados períodos, conforme regras da CVM eu não posso nem comprar nem negociar ações, então a cada período, inclusive no anúncio de resultados da companhia, a gente fica “locado” [?], ou seja, não posso fazer isso, mas em princípio todas as pessoas podem ser acionistas da companhia.

BLOCO 4: LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE/RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO

14. Qual é a inserção da empresa no setor de assistência suplementar?

A atuação que ela possui no setor público é através de contratos com órgãos públicos como, por exemplo, através da ALIANÇA, que é uma administradora que nós adquirimos em Brasília ela tem diversos contratos com ministérios e órgãos públicos para comercialização, oferta e administração de planos coletivos empresariais. Fora isso a gente não tem nenhuma atuação direta no setor público.

(Entrevistador) Nem, por exemplo, contratos para gerenciamento de unidades assistenciais públicas?

Não, mas essa empresa que nós adquirimos através da TEMPO SAÚDE tem contratos com a BR distribuidora e com a PETROBRÁS que não são puramente públicos, são autarquias e assim por diante. Fora isso não tem nada direcionado a órgão público diretamente, o que a gente tem, de fato, são relações da esfera comercial por natureza do negócio.

15. O mercado de planos tem um tamanho ideal, deveria ser reduzido ou deve crescer? Por quê?

Esse debate é muito interessante e importante e permeia o nosso dia a dia [na QUALICORP]. O tamanho do mercado de planos privados de assistência à saúde alcança, hoje, 25% da população brasileira. Hoje o mercado está dividido em três modalidades de planos: individual ou familiar, o plano coletivo por adesão e o plano coletivo empresarial. A abrangência deles nesse mercado, na verdade ele é 100% por que a pessoa pode ter um plano individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, claro que o coletivo por adesão e o empresarial têm uma limitação restrita à elegibilidade do beneficiário, ou seja, ele precisa estar vinculado a uma pessoa jurídica ou empresa, órgão público ou entidade de classe caso contrário ele não pode se vincular a um plano coletivo empresarial ou por adesão. A gente tem a expectativa de que esse mercado tenha um crescimento cada vez maior. Não podemos esquecer de que é obrigação do Estado e dever da União oferecer saúde de qualidade a toda a população, é uma previsão constitucional, a gente sabe que no dia a dia não é assim que funciona. Aquelas pessoas, obviamente, que tem condições, capacidade financeira para ter um plano privado ela optam por sua contratação por que obviamente acabam tendo [acesso a] uma rede médica credenciada, hospitais, clínicas, laboratórios e médicos, talvez, mais qualificados. A gente entende que esse é um mercado em crescimento e de certa forma também, esse mercado acaba colaborando para o desafogamento do

SUS por que na medida em que você tem uma migração de pessoas que deixam de utilizar o setor público...

(Entrevistador) Os investidores estrangeiros que são, como você disse, numerosos, certamente eles têm uma expectativa com relação a esse mercado. Você saberia traduzir isso em termos de expectativas?

Na verdade, é curioso por que, qual é o nosso desafio? Eu não posso comercializar nem administrar plano individual, estou proibido. Nos planos coletivos, justamente por causa dessa questão da elegibilidade você não só tem uma restrição propriamente dita como tem um potencial de pessoas que podem ou não contratar esse plano. A pessoa precisa preencher aquele perfil ou algum requisito para que ela tenha um plano coletivo por adesão ou empresarial. Atualmente a gente vê uma possibilidade, um potencial público existente bastante interessante para que ainda possa migrar para esses planos e que a gente possa, enquanto companhia, nós temos 1.800.000 pessoas quando você tem aí mais de 10.000.000 de pessoas têm esse plano, então além de mim existem já outros contratos coletivos por aí em que eu não participo então por si só isso já é uma possibilidade de crescimento fora isso existem outras possibilidades também em que as pessoas sequer participam de qualquer contrato coletivo, então eu tenho essas duas vertentes.

16. Qual a sua opinião sobre o ressarcimento ao SUS?

O ressarcimento ao SUS é uma realidade. Entendo que cada evento devido por sua utilização deva ser ressarcido aos cofres públicos ainda que seja importante ressaltar que essa utilização é absolutamente pontual, em torno de 2% dos procedimentos do SUS e muito relacionados aos atendimentos de emergência como partos, SAMU *etc.* A saúde privada tem estrutura para atender com qualidade procedimentos relacionados com o rol de cobertura, ou seja, a gente entende que a questão do [ressarcimento ao] SUS já é uma coisa consolidada, a questão é você saber como colocar na prática e fazer a situação ser executada.

(Entrevistadora) você afirmou anteriormente que existem problemas de estrutura na saúde privada e agora você está dizendo que a saúde privada não tem problema, poderia esclarecer melhor?

É diferente, são duas situações distintas. Quando você perguntou para mim com relação a investimento estrangeiro, eu acho que ele é bem-vindo por que, por vezes, falta uma quantidade suficiente de leitos, e quando eu falo em uma estrutura de investimento eu não estou falando só no setor privado, estou falando no setor público, especialmente no setor público. Eu entendo que o investimento estrangeiro, para ser coerente com aquilo que nós estamos dizendo tem que ser focado no setor público, especialmente. Acho que tem que haver um investimento pesado no setor público justamente onde está essa deficiência. Se você deixar a estrutura do setor privado caminhar com as suas próprias pernas como eu estou dizendo aqui com a questão do SUS [ressarcimento] ele caminha. Mas é preciso que o outro lado tenha também um equilíbrio em relação a isso, então essa é a situação que foi colocada.

17. Como avalia a política fiscal de dedução de gastos com planos de saúde para pessoa física?

Esse é um tema que, a princípio, a gente pensa ser justo. Nós nunca nos aprofundamos nessa discussão. Quando você tem uma dedução em relação aos impostos relacionados à utilização de planos de saúde, você tem uma gama de pessoas que são de diversas categorias, tem o assalariado, o profissional liberal, o autônomo, o servidor público, o desempregado, tem uma

série de circunstâncias, e aí é necessário um grupo técnico de trabalho da própria Receita Federal para que se possa avaliar essa situação e saber de que forma poderia encontrar uma melhor solução para que as pessoas possam de alguma forma se socorrer ou não serem penalizadas em relação a impostos pesados sobre essa situação, que possam ter com isso um “apoio do governo” em relação a esse tema.

18. Como avalia subsídios e isenções às empresas de planos de saúde?

A carga tributária dos planos de saúde é uma das mais elevadas entre todos os setores econômicos de nosso país. Recentemente o Instituto Brasileiro de Planejamento Tributário divulgou na imprensa, um estudo que aponta uma carga de 28% para as Medicinas de Grupo, por exemplo. Veria como positivo que possui importância assistencial e possui também importância econômica/social que o setor de saúde suplementar contasse com uma política de Estado que incentivasse o seu crescimento, o que não ocorre. E digo isso sem prejuízo da necessidade de ampliar a destinação de verbas para a saúde pública, o que também é fundamental nesse momento já que 150 milhões de brasileiros dependem do sistema de saúde público. O que a gente observa é o que ocorreu no passado e cogita-se agora nas campanhas a questão da CPMF, era para repassar para a saúde e acabou não sendo repassada. Foi uma ideia do Adib Jatene [ex-ministro da saúde], ele aplaudiu a ideia implementada só que se desvirtuou no momento seguinte, a ideia inicialmente, por ele, projetada. Quando você pega a cadeia de indústrias do país, a área de saúde é uma das mais sacrificadas em termos de recolhimento de impostos, como o caso das Medicinas de Grupo que nós citamos anteriormente. Então temos que verificar e avaliar na balança o que se espera em relação a isso, ou seja, você tem uma flexibilidade de um lado [carga tributária] e por outro lado [empresas] também tem maior investimento em relação à área pública.

19. Como avalia a atuação do BNDES junto às empresas de planos de saúde?

Como foi colocado na resposta anterior, eu acho positivo qualquer política de Estado que incentive o crescimento da Saúde Suplementar por sua importância assistencial e também por seu peso econômico/social. O setor privado de assistência à saúde, o setor de saúde como um todo movimentam quase 10% do PIB e geram 3 milhões de empregos, em sua grande maioria extremamente qualificados. Eu não vejo pessoas muito preocupadas com a questão da saúde. A situação do sistema de saúde é alarmante, então, retomando essa questão dos sucessivos reajustes altos [nas contraprestações dos planos], eu entendo que isso não interessa a ninguém. Por que, por vezes, se acha e acredita, e eu não estou aqui advogando em defesa dos planos de saúde, nós somos sempre muito relutantes em relação à proposta. Eles vêm com reajustes mais altos, nós negociamos, abaixamos, mas também quando mostra-se a conta, vai chegar uma hora em que vai haver uma quebra na operadora de planos de saúde, não vai mais existir produto privado, não vai ter mais opção, vai ter que se socorrer ao SUS, todas as pessoas, e que também está sucateado. É preciso ter uma atenção especial na área da saúde por parte dos governantes, em especial da União por que se nada for feito a curto espaço de tempo, as perspectivas não são nada boas. Eu acho que essa eventual guerra que existe aí em relação a essa questão pública X privada também não interessa, eu acho que tem que convergir, assim como a QUALICORP está preocupada em discutir a saúde da população, tem que haver uma discussão mais inteligente em relação a isso, eu acho que tem que discutir realmente o consumidor, a população, a saúde o acesso de qualidade que tenha um custo/benefício que fique de bom tamanho para todo mundo.

BLOCO 5: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

20. Como você avalia o mercado atual e quais serão os nichos de expansão?

Tem o exemplo da FORD [fábrica de automóveis] nos Estados Unidos que quebrou a companhia por causa de problema de saúde [dos trabalhadores]. A depender de como as coisas caminham isso é muito preocupante. A gente faz gestão da WOLKSVAGEM, chega uma época em que começa a vir uns alemães para cá, a conta [saúde] começa a ser uma das principais contas de uma empresa, a questão do plano de saúde, onde isso vai parar? Daqui a pouco a gente começa a dizer que nós não vamos mais dar assistência à saúde e aí começa a discussão com os sindicatos, por que é obrigado a ter, a aí se eu dou [assistência à saúde] como é que eu faço? Começa a encurralar a situação de tal forma, insisto, a gente tem que se preocupar na equação dessa conta da sinistralidade da conta da saúde da pessoa para que isso tenha um equilíbrio. A gente assiste aí algumas atrocidades em relação a questões médicas relacionadas a [sobre utilização de] órteses, próteses, até no setor público, você tem faturas duplicadas, procedimentos em pessoas que já morreram, quer dizer, as pessoas se utilizam da área da saúde para ... e a gente se depara com situações realmente catastróficas, é muito preocupante.

(Entrevistadora) sobre nichos de expansão, você começou a falar um pouco que talvez um nicho de expansão é transformar plano individual em plano coletivo? Como é que vocês pensam em ampliar o número de clientes de maneira mais imediata e no médio prazo?

A QUALICORP, dentro da sua área de atuação e da sua possibilidade de atuar no mercado ela não registra produto. Então essa é uma deliberação exclusiva das operadoras, se vai ter ou não plano individual ou coletivo. Na questão do plano individual é notório, se sabe, que a questão do engessamento do reajuste por parte da agência inevitavelmente acaba provocando um desestímulo por parte de algumas operadoras em permanecer com a venda desse tipo de plano por que é uma conta matemática tem receita e despesa, se a conta não fecha... se você está atrelado a um reajuste engessado por um índice um patamar... tem que ter uma fotografia do que, de fato está acontecendo em relação a isso [...] acaba havendo um desincentivo por parte das operadoras de comercializar os planos individuais, acaba tendo um maior número de planos coletivos e nos planos coletivos também, muito embora não exista essa determinação da agência em relação ao índice, existe, nos contratos bem feitos e elaborados que é o que a gente persegue, você tem que ter um patamar e um cálculo aritmético em relação a como você vai calcular esse reajuste. Não basta ter o cálculo. O que as pessoas fazem hoje em, um mês antes do reajuste é sentar para negociar e olhar o retrovisor. Já foi a conta! Então a gente entende que a conta tem que ser vista diariamente, ela tem que identificar o que está acontecendo diariamente. É claro que você tem e deve respeitar todos os direitos dos consumidores, os procedimentos, mas você tem que coibir os abusos indevidos, os exames, eu citei o meu caso, eu vou para o hospital e, em uma semana eu gasto R\$50.000 em exames e está tudo certo? Para descobrir que eu estou com uma dor no peito por que eu tossi! Não está certo isso. Então, na esfera do plano coletivo você tem todos os limites estabelecidos por contrato, não são todos [onde os limites estão bem estabelecidos] é aí tem essa situação em que a QUALICORP entra com a sua *expertise* sua defesa do conhecimento que tem do negócio em relação às operadoras e busca justamente esse equilíbrio muito embora, os resultados que se tem dos reajustes ainda não estejam nos patamares que a gente gostaria que estivessem.

(Entrevistador) A posição da QUALICORP, como você disse, com foco no cliente, significa, entre outras coisas, poder oferecer a esse cliente produtos a um preço razoável, mas, por outro lado, também não convém, no que se refere às operadoras, que elas atinjam uma situação de beira de precipício, de estar imprensada contra a parede, com uma sinistralidade alta. Como é que a QUALICORP se equilibra nessa equação?

A QUALICORP está buscando encontrar um caminho para ajudar em relação a essa gestão de saúde. O caminho tem que ser esse, não pode ser outro, por que, se ao final de 12 meses a operadora me apresenta uma conta com reajuste pretérito o que é que eu vou discutir? Você tem um contrato, um balizador de 70 a 75% da sinistralidade, ela demonstra por A + B que superou esse patamar e por conta do contrato você tem que aplicar o reajuste. Nós tivemos situação envolvendo um processo judicial onde o Ministério Público, em nome de algumas entidades de classe entrou com processo para discutir isso, e na verdade o reajuste foi de 17%, sinalizado por 25% (houve uma negociação para 17%) e entraram dizendo que era muito alto, que teria que prevalecer o índice aplicado pela ANS, que acho que era 9%. Ao final do processo, se descobre que, na verdade era 25%. Como é que fica? Vamos aplicar qual índice? 25% ou 17%? O que eu quero dizer é que se você enfrenta a discussão do ponto de vista absolutamente técnico, contratual, não tem escapatória. Você pode conseguir um ano, dois, mas chega no terceiro e no quarto, além do preço já estar alto é provável que a operadora diga que não quer mais brincar, não quero nem [plano] coletivo nem individual não quero brincar de nada por que a conta não fecha.

(Entrevistador) você diria que no momento, olhando em perspectiva, está caminhando para o pessoal dizer que não quer mais brincar ou como é que está?

Acho que tem que buscar atacar onde está o problema. E o problema está no dia a dia, está nessa negociação que é feita pelas operadoras em relação às redes médicas, hospitais, laboratórios, clínicas. Há um acompanhamento mais próximo do paciente, do cliente, do consumidor, a gente tem que se aproximar mais desse consumidor, saber o que ele está precisando, ele tem que ser encaminhado para um serviço médico de qualidade que seja objetivo, inteligente, por que se você conseguir retirar os excessos, os abusos e eventuais fraudes, você consegue voltar a um patamar de equilíbrio em relação a isso, só que você tem que focar no problema principal.

(Entrevistador) a QUALICORP investe em propaganda?

Tudo é uma evolução. A QUALICORP, em um dado momento não era conhecida no mercado, então houve uma estratégia da companhia para que o mercado tivesse esse conhecimento. A maioria das campanhas da QUALICORP tem um viés mais institucional do que de venda de planos de saúde. Nós vamos recomeçar agora uma nova campanha justamente com este foco para o cliente. Uma das grandes funções que a gente vem a ter em relação a esse tema seja com a ANS, PROCOM etc., é o desconhecimento do consumidor [sobre as condições contratuais] na hora em que contrata um plano, então a QUALICORP está iniciando uma campanha com base nisso, por que a nossa forma de contratação, a nossa proposta de contrato por adesão ele já tem todas as condições e características, além disso temos o manual do beneficiário, que é uma iniciativa da QUALICORP de encaminhar para o cliente em um caderno em uma ilustração de uma maneira um pouco mais didática e consumerista, explicar para ele como é que ele utiliza, os direitos e obrigações dele. Estamos a postos para começar uma campanha de conscientização das diferenças entre um plano individual, um plano coletivo por adesão, um plano empresarial por adesão para que as pessoas tenham um conhecimento cada vez melhor sobre aquilo que estão contratando, aquilo que elas têm direito de utilizar e quais são os limites disso.

(Entrevistador) A QUALICORP poderia eventualmente investir em pesquisa?

Pode. Não tenha dúvida, tudo aquilo que for ter uma consequência onde a gente recaia na questão de uma equação dessa sinistralidade sem perder de vista o direito do consumidor, não é cortar

procedimento, não é isso, é uma utilização com inteligência daquilo que precisa, por que às vezes você [o cliente] perde o seu tempo ao sair de casa e ir para o hospital e não encontrar aquilo que queria quando não tem um diagnóstico correto, então incentivar a pesquisa que esteja voltada a esta finalidade é interessante e a QUALICORP, com certeza apoiaria uma iniciativa dessas.

(Entrevistador) Esse bloco 5 tem um sentido mais voltado para uma visão de futuro, uma visão prospectiva sobre vários aspectos, mas realmente nos interessa saber como a QUALICORP olha para o futuro, não só da empresa mas do próprio sistema de saúde brasileiro no qual ela está inserida, como é que é que vocês pensam essa questão?

Se depender de nossa boa vontade e iniciativa pensamos positivamente, mas a gente infelizmente esbarra em questões como o que foi dito aqui sobre investimento estrangeiro, você tem uma vedação legal em relação a essa situação. Temos que ultrapassar algumas barreiras em relação a este tema. A gente acredita que cada vez mais a gente tem que carregar uma corrente na conscientização voltada ao atendimento do consumidor, a gestão da saúde dele, a promoção da saúde dele. A gente tem um otimismo em relação a que as coisas vão melhorar, mas é claro que a gente enxerga também uma série de obstáculos para que isto aconteça, existem *n* interesses por trás de cada situação e a QUALICORP vai ter que cada vez mais apostar naquilo que ela acredita, espera, visualiza para o futuro.

(Entrevistadora) Vamos voltar a falar sobre o futuro. Qual é a inserção da empresa nesse futuro que você está delineando?

A QUALICORP entende que deverá ter uma grande contribuição. Se a gente partir da premissa de que aquilo que a gente acredita a gente consegue concretizar no curto ou até no longo prazo, a gente pensa estar participando. Quando eu trouxe aqui a visão e a missão da companhia eu coloco “liderar um sistema de saúde inovador e eficiente centrado nas pessoas e garantindo acesso, acolhimento e acompanhamento”, então uma empresa que traz estampado como missão isto aqui, ela se vê como protagonista juntamente com uma série de pessoas inteligentes e capacidades nesse país para que possa mudar esse rumo. A QUALICORP não está satisfeita com a situação atual ela está descontente com a forma como as coisas vêm acontecendo então ela imagina que tem que haver mudanças e você tem, de alguma forma, de querer participar dessas mudanças, reunir esforços das pessoas imbuídas nesse propósito para que se possa avançar nesse tema.

(Entrevistador) Que tipo de mudanças especificamente Alessandro?

Todas essas que eu comentei aqui na entrevista, mudanças relacionadas com o foco no cliente, avançar na gestão de saúde, por que veja só: o que é um plano de saúde? É um valor que o consumidor paga a uma operadora, que na verdade tem uma capacidade financeira com contratos com redes médicas referenciadas, credenciadas, onde caso ele tenha algum problema médico, ele pode utilizar através daquela carteirinha dele, só que isso é uma conta financeira. Se você fosse analisar nos primórdios quando não havia sequer a 9.656 [Lei Federal 9.656/98] em vigor e, antes disso você tinha uma inflação galopante, as operadoras de saúde viviam como instituições financeiras propriamente ditas. Elas pegavam seu dinheiro, aplicavam [no mercado financeiro] muitas vezes, em algumas situações, esse dinheiro demorava para retornar para a rede de prestadores médicos, então tinha uma operação meramente financeira, mas as coisas mudaram. Acabou a inflação, veio a lei, você tem obrigações, antigamente você não tinha limite para você dar uma carência, hoje em dia você tem, quer dizer, a conta ela chega, ela vem, então você não tem mais que olhar para esse mundo como uma operação financeira, tem que olhar como uma

operação de saúde. E como é que você intervém nisso? Por que o resultado financeiro advém da gestão em saúde que você faz disso. Então eu entendo que este é o futuro, o foco tem que ser este. E para isso você tem que ter informações tem que saber. Recentemente para quem tem *i-phone* [da *Apple*] eles lançaram, de uma maneira muito inteligente, um aplicativo de saúde para você preencher com as informações sobre a sua condição de saúde. O que eles querem com isso? Daqui a pouco eles vão ter, no mundo inteiro, informações [sobre saúde] de todos os consumidores. Que dia você nasceu, qual o seu tipo sanguíneo, quais as cirurgias que você fez... hoje em dia existem estudos muito avançados onde, dependendo do que você informa, da qualidade da informação disponível, você já sabe que tipo de doença a pessoa pode desenvolver, e quando você tem a identificação do que você pode ter como doença você tem que prevenir e tratar. Então é aí que está a intervenção é aí que você tem um sucesso nessa operação toda. É uma operação de saúde, não é uma operação financeira.

(Entrevistadora) Então vocês não têm ingerência no mecanismo de regulação [da saúde]...

Exatamente. Eu não posso credenciar um hospital, contratar a rede médica, atender, dar cobertura, então é difícil, mas a gente tem que olhar para a saúde da população.

(Entrevistadora) Alessandro, daqui a 20 anos, você imagina que os setores público e privado no Brasil vão ser como?

O ideal seria que você tivesse uma forma de atuação igualitária em relação ao público e ao privado, no que diz respeito à acomodação ao atendimento, e aí o setor privado tem que se mexer para dizer por que é que pagando é melhor do que não pagando. É a mesma coisa quando eu tenho um investimento estrangeiro em uma empresa de capital aberto, eu passo a ser obrigado a me mexer, obrigado a ter rigor na forma como eu atuo, com código de ética de *compliance*, *FCBA* etc. No momento em que você tem um setor público funcionando, com bons leitos, bons médicos e um bom atendimento, o privado só se sobressai e sobrevive se ele tiver isso e algo mais, então é uma provocação construtiva que acaba acontecendo nessa esfera. E no setor público, o foco também tem que ser saúde. Existem algumas iniciativas como a carteirinha única do SUS que na verdade é isso aqui que a *Apple* fez, é você ter toda a informação, mas não adianta você ter a informação, precisa saber o que você faz com a informação, como é que você direciona a sua informação. O fato de você ter um banco de dados monstruoso sabendo da sua vida e de todos nós aqui desde quando nós nascemos até hoje não adiante de nada se você não pega esse banco de informações e traduz ele em uma inteligência em seu benefício, como é que isso resolve o seu problema, a sua vida. Diferente, por exemplo, do que eu imagino, no futuro, na verdade, você não utilizou o plano de saúde da QUALICORP, mas, eu ligo para você e falo o seguinte: Olha estamos identificando aqui, o senhor não utilizou, mas a gente pede que o senhor vá ao médico tal para verificar por que o senhor pode ter um problema e o senhor vai lá e descobre o problema.

(Entrevistadora) Vocês podem fazer isso? Pela legislação? Você pode telefonar para o cliente?

Como Administradora de benefícios, depende de como é que se interpreta isso. Respondendo curto e grosso: eu não posso. Agora é aí que também tem algumas perguntas que foram feitas aqui em relação à questão da agência [ANS], que a agência precisa olhar um pouco para esse lado e saber o seguinte: é só isso que eu quero como administradora? Eu posso exigir mais dela? Posso permitir que ela desenvolva outras ações em prol dos clientes, dos consumidores? Não só isso como também o acompanhamento de situações tecnológicas, ou seja, tem que acompanhar a

evolução das coisas para que elas aconteçam em *real time* por que hoje em dia todo mundo é muito imediatista, então tem uma série de coisas que eu imagino em relação ao futuro que as pessoas através do próprio aparelho delas, do relógio que a *Apple* lançou também, ela possa saber o que está acontecendo, que horas ela tem que tomar o remédio, quais são os procedimentos, no que é que eu posso ajudar em relação à saúde dela e assim por diante. A gente imagina que tem de investir nessa parte, nessa área. A QUALICORP vai investir pesado na questão da inovação tecnológica.

(Entrevistadora) Então, com relação à regulação você acha que tem que haver alguma mudança?

O setor como um todo tem que propor e essa mudança tem que ocorrer em uma maior velocidade, a gente tem que correr por que a saúde *não está prá peixe né!*

FIM

Transcrição e edição J.A.F.S.

SULAMERICA

Transcrição da entrevista com *Mônica Nigri* – Superintendente de relações com órgãos reguladores da SULAMERICA SAÚDE realizada no dia 02 de outubro de 2014.

BLOCO 1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.

O que motivou sua participação na SULAMERICA SAÚDE?

Eu sempre trabalhei com saúde suplementar, exceto numa consultoria em que eu trabalhei assim que me formei em atuária. Primeiro fui para o Bradesco, depois *Golden Cross*, fui para agência [ANS – Agência Nacional de saúde Suplementar] fiquei sete anos e meio, voltei para o mercado e recentemente, a um ano e três meses, fui convidada para trabalhar na SULAMERICA que é uma empresa extremamente tradicional, ela já está a 118 anos no mercado [desde 1895], atua em diversos ramos: em auto, em previdência, em vida e isso é bastante interessante, apesar de saúde [do segmento saúde] responder por cerca 70% da operação como um todo, da receita, ela é uma empresa com muitos ramos. Como eu já tinha trabalhado também em outras operadoras do mercado eu aceitei o desafio de ir para SULAMERICA, que tem um papel de destaque também no setor. No mercado tem mil e tantas operadoras, tem muitos *players* mas, [a SULAMERICA] é uma operadora que se destaca bastante, pela tradição, pela seriedade...me senti desafiada.

(Entrevistador) No setor da saúde você tinha trabalhado na Golden Cross...

Na Bradesco Também...

(Entrevistador) Veio para a ANS voltou para o mercado, para a SULAMERICA.

Voltei para a *Golden*, fiz um *revival* lá depois fui para a SULAMERICA.

Pode descrever o que se configurou como problemas principais da SULAMERICA tendo em vista ser uma empresa tradicional de 118 anos, uma empresa que originariamente era uma empresa familiar que foi evoluindo, abriu capital em 1969, como é que você viu os problemas que você iria enfrentar na SULAMERICA quando você chegou há um ano e meio atrás?

É uma empresa de dimensões muito grandes. A SULAMERICA tem dois milhões e muitos beneficiários. É tudo em outros patamares. Acho que o desafio é maior, independente de qual operadora nós estejamos são os diversos normativos. Por ser saúde é um setor muito sensível então é o judiciário intervindo... nós temos *inputs* de todos os lugares. Os maiores desafios, com relação à ANS, são os diversos normativos e a [necessidade de a] operadora estar pontual e, especificamente, como a SULAMERICA tem capital aberto, tem uma preocupação muito grande de estar aderente a todas as normas. Isso tem que ser acompanhado *pari passu*. O judiciário [vem] intervindo pesadamente desconsiderando os contratos, para nós atendermos, não estarmos nem desprestigiando nem desconsiderando as determinações do judiciário nem mesmo da ANS, é uma equação de muitas variáveis.

(Entrevistador) Quer dizer que você considera que o grande desafio é o relacionamento da SULAMERICA com a regulação?

Com os diversos normativos, porque o que eu percebo é que são muitos normativos. Eles carecem de um estudo prévio de impacto. Nos diversos ramos muito regulados, fortemente regulados, há normativos que pegam e outros que não, então as operadoras se mobilizam e pedem para mudar, distanciar um pouquinho, seja carteirinha, seja boleto, seja qualquer coisa parece que a gente está pedindo uma entrevista com o Papa. Uma operadora de grande porte é um navio, para você mudar a rota é muito difícil, o que nós percebemos é que não [se] estudou cuidadoso [de forma cuidadosa], possivelmente há um estudo mais “*en passant*” do impacto da norma, da motivação, da necessidade dela ser publicada, mas não tem um real conhecimento do impacto que isso trás no setor, porque o impacto, acredito que seja o mesmo, porque nós somos estruturados, é uma operadora muito grande e por isso o impacto é grande, mas nas operadoras de menor porte tem administração mais enxuta, tem também diversos outros compromissos e também tem um impacto muito grande. Não é porque ela é menor que vai ser mais fácil atender todos os normativos, o que eu percebo, e falo por mim mesma, é que há um descasamento da

intenção do legislador e a realidade da operação. Eu acho que a academia poderia ajudar muito nisso. Verificar onde há falhas de mercado, onde a agência deve atuar de forma mais cuidadosa, mais ativa, verificar onde há real necessidade, e também apontar para a agência onde há falhas, há necessidade de fazer correções. O mercado precisa desse tempo, porque a gente vê normativas saindo, dando prazo exíguo para as operadoras, que é impossível. Quando faz o prazo, prorroga. Se houvesse um entendimento melhor com o setor antes teria menos desgaste.

O que mudou ao longo do tempo, na SULAMERICA em relação ao setor saúde? Como você vê a evolução da SULAMERICA, da época que você entrou até hoje?

Eu acho que a SULAMERICA é uma seguradora. Foi regulada pela SUSEP que tinha um viés muito mais econômico. A agência, [ANS] quando entrou também tinha um viés um pouco mais econômico, depois mudou muito rapidamente para um viés, eu acho que talvez para corrigir foi para o extremo oposto. Ficou basicamente assistencial. Eu acho que essa adequação, o mercado teve que acompanhar também. Por mais que as operadoras recebam contraprestações e sejam intermediárias entre os beneficiários e os prestadores, passaram, já há bastante tempo, a se envolver mais na operação mesmo. É como você estava falando a NIP [Notificação de Investigação Preliminar da ANS] trouxe as operadoras para mais próximo dos beneficiários. Ela agora já está sendo quase um *concierge* [galicismo para porteiro]. Eu acho foi para o extremo oposto, o beneficiário não está conseguindo agendar um determinado procedimento. A resolução prevê na região de saúde, mas às vezes ela quer uma proximidade maior com as operadoras, elas estão virando um *concierge* até mesmo marcando os procedimentos muito por conta da NIP, por medo da suspensão, mas o meio do caminho, o mercado ainda vai encontrar...

(Entrevistador) O que você chama de meio do caminho nesta história?

É conferindo a cada ator do setor a sua responsabilidade. Acho que a responsabilidade do beneficiário, além de contratar o plano de saúde, é zelar pelo seu equilíbrio também. Hoje eu vejo que até parentes próximos, quando nós mesmos vamos fazer consulta... uma vez me foi perguntado, você não quer dividir o recibo? Em um médico que não era referenciado. Eu falei que eu poderia até ser demitida por cometer esse tipo de fraude. O segurado muitas vezes desconhece, às vezes não é por má fé, é por falta de entendimento que isso vai acabar mais tarde impactando no seu bolso mesmo, as pessoas emprestam até hoje a carteirinha. Há não muito tempo atrás, uma beneficiária emprestou, não foi nem na SULAMERICA, emprestou a carteirinha para uma amiga, coitada, que estava precisando fazer uma intervenção, que a princípio era simples, teve um choque anafilático e faleceu. O atestado saiu no nome da que emprestou. As pessoas acham que estão ajudando, e, de fato estão ajudando, mas tem um impacto muito grande. Então se o mercado conseguir trazer mais consciência da utilização, às vezes o médico pede para assinar aquela quantidade toda [de solicitação de exames e procedimentos] e não fez nada, não fez parte daquilo, e nem o beneficiário sabe. Então, se cada um fizer sua parte de forma mais responsável eu acho que [vai melhorar]. Os planos de coparticipação, acho que eles são extremamente interessantes, e não têm tanta aderência no Brasil, acho que traz essa

responsabilidade para os beneficiários também, que aí sim ele vai dizer, olha tem só uma consulta e esse outro procedimento que eu fiz, se o prestador cobrar a mais, ele vai questionar porque vai doer no bolso dele, acho que essa maturidade, o mercado ainda carece.

A SULAMERICA possui programa de medicamentos?

Possui. A SULAMERICA possui desde [...], outro dia eu fui comprar um remédio na farmácia e descobri que tinha desconto para a SULAMERICA. Tanto esses remédios que são usuais, quanto os que [...], tem uma resolução recente que determina o fornecimento dos quimioterápicos de uso domiciliar e também dos medicamentos que tratam os efeitos colaterais. A SULAMERICA contratou uma empresa terceirizada a *e-Pharma* [fundada em 1999 por profissionais e empresas da área de saúde, a *e-Pharma* é uma empresa concebida a partir do conceito *PBM (Pharmacy Benefit Management)* e focada na gestão da assistência farmacêutica, integrando benefícios e ações ligadas à saúde] que tem capilaridade no Brasil inteiro, e que faz essa entrega [dos quimioterápicos] diretamente ao beneficiário, até porque são medicamentos mais caros. [isso] Poderia ser feito por reembolso, mas são de uso continuado e são um pouco mais caros. [para] Esses especificamente nós contratamos a *e-Pharma*, pelo *known how*, pela agilidade, eles entregam o medicamento e tem dado bastante certo.

Como é que você define a missão do grupo SULAMERICA?

É deixar o segurado assistido em todas as suas necessidades. Por atuar em vários ramos e, sendo saúde o mais sensível, trazer o conforto que o segurado espera, e oferecer [simultaneamente] os outros serviços que a SULAMERICA dispõe.

BLOCO 2: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, USUÁRIOS PRESTADORES E ÓRGÃOS REGULADORES

Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde? Qual a relação da SULAMERICA com outras empresas do setor saúde? A SULAMERICA participa de alguma entidade representativa do setor saúde ou de algum órgão de representação empresarial em geral?

A SULAMERICA, em saúde suplementar, possui quatro operadoras. Uma que atua exclusivamente no ramo odontológico, outra que oferece planos de pós-pagamento, aqueles planos administrados, geralmente para grandes empresas em que ela procura assumir o risco. Nesse caso a SULAMERICA paga os sinistros e cobra da empresa, com uma taxa de administração, por usar sua rede, por regular também os sinistros. Essa é uma operadora. Tem outra operadora que era a antiga *Brasil Saúde*, que comercializava produtos da SULAMERICA. A SULAMERICA adquiriu esta operadora. E [tem] a companhia de seguros que é a maior operadora do grupo, que comercializa produtos, e conta com quase 2 milhões de beneficiários.

Nós participamos da FenaSaúde [constituída em fevereiro de 2007, a Federação Nacional de Saúde Suplementar – FenaSaúde, representa 16 grupos de operadoras de planos privados de assistência à saúde, totalizando 26 empresas dentre 1.240 operadoras em atividade com beneficiários], que na saúde representa algumas operadoras, as maiores operadoras do mercado e é bastante ativa. A gente tem tido, até por conta da agenda muito intensa da agência [ANS], praticamente uma reunião por semana. Hoje de tarde tem uma Câmara Técnica de Qualificação [refere-se à Câmara Técnica sobre a Qualificação da Entrada de Beneficiários em Planos de Saúde: Doenças ou Lesões Preexistentes que tem como escopo a troca de informações com os principais representantes do mercado de saúde suplementar a fim de discutir os critérios de qualificação da entrada do consumidor no plano de saúde, bem como identificar e debater questões que necessitam de análise e definição sobre o tema a fim de subsidiar a elaboração do normativo e que irá revisar a normatização em vigor – Resolução Normativa nº 162, de 2007]. Participamos também de estudos do IESS [Instituto de Estudos em Saúde Suplementar - entidade sem fins lucrativos que tem por objetivo promover e realizar estudos de aspectos conceituais e técnicos que sirvam de embasamento para implementação de políticas e introdução de melhores práticas voltadas para a saúde suplementar], que é um instituto de pesquisa. A gente tem desenvolvido várias pesquisas com universidades também, [e] tem trazido muitos dados interessantes para o setor.

Como você vê a relação do grupo, da SULAMERICA com a ANS?

A agência tem estado bastante próxima do setor, não só da SULAMERICA, e da FenaSaúde mas tem discutido bastante o setor. Tem ouvido. Nessa mudança de diretoria, eles expuseram na Câmara de Saúde Suplementar quando da posse dos novos diretores, [que] pretendem uma maior aproximação com o setor. [considero] importantíssimo essa troca. Tem agora duas servidoras de carreira [na diretoria] o que também confere uma continuidade. Os diretores têm três anos de gestão podendo ser reconduzidos por mais três anos. Tem sido bastante rica essa relação, mas é importante que haja ainda mais aproximação, que se conheça a operação [das empresas] em si. A SULAMERICA tem convidado os diretores e servidores também para virem na empresa, para conhecerem, a operação. A gente sente que a percepção do regulador é muito diferente da realidade.

Mudar a nau para outra direção é muito complicado. Recentemente, acredito que há uns dois anos nós tivemos que adaptar os contratos. A 195 [Resolução Normativa 195] que reconfigurou a forma de contratação principalmente dos coletivos, nós tivemos que mandar os aditivos para todos os contratos, para as empresas contratantes da SULAMERICA. Toda hora tem uma alteração e nós vamos abordando o cliente, nem eles, estão tão interessados em algumas alterações e nós temos que deixar isto registrado e consignado no contrato. São tantas abordagens que se isso estivesse estruturado, fosse feito de uma única vez, porque às vezes a gente vai fazendo aos poucos para ter menos impacto, mas não, fica abordando tantas vezes o cliente. A SULAMERICA tem vários contratos com multinacionais. Mudar uma vírgula de contrato, tem que ir para a matriz na Alemanha, nos Estados Unidos. Teve um contrato que nós tivemos que traduzir várias vezes e é aquela tradução juramentada. É muito complicado.

Qual é sua opinião sobre a atual regulação dos planos de saúde?

O que eu percebo, é que a lei até conferiu para a agência o poder de regular os prestadores, então a agência tem que regular um setor e só alcança as operadoras. As recentes normas da agência tanto do prazo de atendimento quanto da contratualização que são normas assim importantíssimas que vieram trazer, vários lados positivos, só que [pelo fato de a] agência não regular os prestadores ela tem dado cada vez mais, tem conferido um desequilíbrio muito grande. Quando nós hoje vamos negociar com o prestador, o prestador sabe que se ele sair, para nós solicitarmos a saída deste prestador, nós temos que dar entrada aqui na ANS, e em média dependendo do número de vidas e contratos que a operadora tem para nós tirarmos um hospital, nós pagamos R\$300.000,00 de taxa, para que daqui a quinze dias, ele [o prestador] fala assim: pensei direito..., vou voltar. E nós precisamos muito deles, porque tem uma carência muito grande de leitos hospitalares, de serviços em saúde e nós acabamos tendo que ceder, aqueles R\$300.000,00 que nós já pagamos e ele já percebeu que isso é um poder muito grande de negociação que o normativo conferiu aos prestadores que tem sido usado como poder na negociação, é quando a lei também determina prazos para o atendimento que nós não vemos em nenhum país do mundo, quando a gente faz uma pesquisa de prazos de atendimento. Nos Estados Unidos ou em qualquer outro país, na Alemanha se não é urgente você vai aguardar o prazo disponível e a sua prioridade, porque às vezes a sua prioridade é inferior a minha, então você tem que aguardar a minha, o meu atendimento, a conclusão do meu atendimento, e aqui, se nivelou por baixo. Foi feita até uma pesquisa de prazos médios junto às operadoras, que as operadoras responderam, e foi estabelecido como prazo máximo [...]. Nós estamos falando de prazos médios, era de se esperar que fosse aceita uma margem, mas esta recente Lei também a 13.003 [refere-se à Lei Federal 13.003 de 24 de junho de 2014 que *altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, com a redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24 de agosto de 2001, para tornar obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e seus prestadores de serviços.*], que normatiza a saída de qualquer prestador e não mais só a saída dos prestadores hospitalares, a gente está em curso de um grupo técnico conduzido pela Marta [...]

O normativo prevê a cobrança de taxas para prestadores hospitalares [quando do descredenciamento, mas não dos médicos pessoas físicas. Nesses casos a ANS deve ser apenas informada], o problema é que hoje os médicos nunca pedem descredenciamento porque por mais que ele queira parar, ele não sabe se daqui a um ano vão precisar voltar, então eles param de atender, ou então eles atendem os pacientes antigos, mas você fulano que não era paciente dele, vai ligar para o consultório dele [e perguntar:], você atende a SULAMERICA?, Não, não atendo mais SULAMERICA, não atende mais novos segurados da SULAMERICA... então: tem médicos que emprestam para os seus colegas o convênio e os colegas atendem, usam o CRM deles cada um, sem [nenhuma] irregularidade mas cobram mesmo pelo contrato dele, então tem uma diversidade tão grande nesse setor! O médico que vai fazer um doutorado fora, fica dois anos fora, ele não vai atender, vai cair na secretária eletrônica dele, a percepção do mercado vai ser que não atende mais SULAMERICA, e a SULAMERICA sequer soube [desse fato].

(Entrevistadora) Tem alguma disposição no contrato sobre uma suspensão de serviço, enquanto tiver ausente?

Há contratos de toda sorte. A agência também normatizou o contrato, e são cerca de 25.000 contratos com os prestadores, você manda o contrato para os prestadores, só que eles não

retornam assinados. Perguntei numa câmara técnica: tudo bem não volta o contrato assinado, mas ele [o prestador] continua atendendo. Isso não configura uma aceitação tácita? Se ele não retornar com o contrato assinado, eu posso descredenciar ele?

Por falta de conhecimento estão [a regulação] conduzindo para uma situação tão extrema, e tão surreal, que ninguém sabe o que faz porque grande parte não retorna com ele [o contrato] assinado, porque não concorda com o IPCA, que foi eleito em caso de haver dissenso. E aí, simplesmente, ou a secretária recebeu e colocou na gaveta, e nem mesmo o dono da clínica ou responsável sabe. São tantos prestadores que esse rigor [da Lei] que se espera vai ser impossível. Nós tivemos esse grupo técnico [da ANS] semana passada e nós tínhamos um assunto para fechar, que era o comunicado aos beneficiários da alteração de rede. O que se propôs, o que o mercado entende ser razoável, a gente disponibiliza no site que a Dra Fulana não atende mais a SULAMERCA, e para quem não tiver acesso ao site a gente disponibiliza na nossa central também que é 24 horas por dia, sete dias por semana, que o segurado pode ligar para lá, [e perguntar] olha, a Dra. Fulana atende? Atende, [ou] não atende mais, tem esses outros prestadores aqui que fazem o mesmo serviço porque imagina a quantidade de médicos que há no Brasil inteiro. Se nós tivermos que comunicar a cada beneficiário a alteração de rede, é um custo absurdo, nem mesmo por [correio eletrônico], como a alternativa que a agência sugeriu: SMS ou *e-mail*. Muita gente não tem essa informação, a gente não sabe quando eles nos passam nós guardamos, mas não é uma informação que o modelo de contrato tem. É uma informação que quando ele precisar, no dia que ele quiser fazer uma consulta com um cardiologista, ele pode entrar no site, olhar se aquele médico é um dos médicos que há na região onde ele foi atendido, ou então ligar para a SULAMERICA, [e perguntar] quais os médicos que são oferecidos, a informação tem que estar disponível. O que eu sempre bato nas reuniões aqui na agência, é que não é importante a informação. É importante que o beneficiário saiba que ele tem direito a informação. Se tiver que mandar por carta [*e-mail* ou SMS] cada alteração... eu não quero saber, se saiu um neuropediatra de São Gonçalo. Sim, se precisar, eu vou ligar, vou entrar no site, vou no meu livrinho, vou ligar para aquele neopediatra vejo se ele está atendendo, ou peço um livro novo ou ligo, tem tantas outras informações e como a gente vê que há uma rotatividade muito grande, o que acontece [é que o] médico, quando ele começa a ter a agenda muito cheia, ele já começa a restringir o plano de saúde e a aumentar a agenda dele no particular, e até mesmo aqueles pacientes que eram do plano de saúde, ele já começa a [dizer]: “eu cobro de você a tabela” [do plano], começa a diminuir o atendimento dele pelo plano de saúde, até que um dia ele passa a não ter mais plano de saúde, ou restringir a menos planos. Por que tem isso também: a percepção completamente equivocada da baixa remuneração dos prestadores. Hoje uma consulta em torno de R\$70,00. As consultas, vamos supor até que serão feitas em até vinte minutos, outras são até mais rápidas, a segundas são mais rápidas, a primeira é mais demorada, mas, em uma hora ele faz três consultas, aí já são 210 reais, se trabalhar 5 horas, a gente começa a perceber que não é uma remuneração tão baixa assim não é? É o meu sonho de consumo, trabalhar 5 horas por dia.

E ganhando ainda mais de mil reais por dia e ainda tendo outra [fonte de renda] pode atender num hospital, ou então trabalhar como os outros mortais oito horas por dia, mas assim não é uma remuneração tão baixa. Existem planos de todas as [categorias] com remunerações...

Em média o que o mercado hoje tem pago é entre 50 e sessenta e cinco. Tudo bem tem operadora de menor porte, mas essas acabam privilegiando um atendimento próprio que é outro tipo de remuneração. Os laboratórios também [reclamam]. É correto. Eles falam de uma baixa remuneração, só que eles mudaram completamente a forma da análise, hoje está tudo

automatizado, ele pega uma gotinha do nosso sangue, coloca no computador, e o diagnóstico já sai pronto. Então o mercado vem se acomodando e ninguém perde dinheiro.

(Entrevistador) os prestadores reclamam que essa remuneração deles é muito baixa relativamente, porque se considera que os executivos dos planos de saúde são altamente remunerados.

Então vamos comparar os executivos com os diretores de hospitais, que eu também adoraria ter o salário deles.

(Entrevistador) A pergunta é se os médicos, em geral, fazem esse comentário para justificar a baixa remuneração?

Sim. Eu sou atuária de formação, eu fiz ciências atuariais. Quando a gente começa a traduzir em números... até o meu médico também, ele estava falando quando, ele sabe, trabalha onde? [Mônica responde:] SULAMERICA, aí começa. Ele começa a falar da baixa remuneração. Eu tive que renovar um atestado para levar para a academia. Eu disse: vou ter que ir ao cardiologista, para ele me dar o atestado, aí ele [o médico disse:] Mônica, os planos de saúde pagam mal. No final eu falei: a nossa consulta durou 12 minutos, você fez um eletro que também está sendo cobrado, me plugou toda, que também durou, muito rápido, é muito rápido.

Olha só, então vamos fazer conta. Em doze minutos você ganhou, eu não sei, eu chutei, vamos chutar 80 Reais, acredito que você faça o eletro, vamos pensar só nuns 70 Reais de consulta. Minha consulta durou 12 minutos, e olha que tinha mais de um ano que eu não ia lá. Sua sala de espera, quando eu entrei, já tinha dois [pacientes] esperando. Então vamos supor que até 15 minutos você gaste em um paciente. Vamos supor três. Eu fiz exatamente esta conta. Ele, por acaso, ganhava 2 mil por dia.

Não é tão pouco assim. Ganha salário de executivo sim.

(Entrevistador) Dos planos de saúde?

Certamente, ele chega a uma remuneração mensal de 40 e tantos mil.

Toda administração tem [custo], como todo autônomo tem. Ele optou por ser autônomo. Tem custo com a secretária, com o estabelecimento. E isso trabalhando as 5 horas que eu cheguei a conta com ele. Também trabalha num hospital público. Eu gostaria de voltar no tempo fazendo medicina, e não ciências atuariais, mas essa maquininha ainda não foi inventada...

(Entrevistadora) sobre a substituição dos prestadores: então vocês colocam para o envio das cartas e comunicados, prestadores hospitalares?

É que a lei trazia esta obrigação, [a Lei Federal] 9.656/98, na sua redação original, só determinava o comunicado para os prestadores hospitalares. Isso é feito, e é mais razoável, porque um prestador hospitalar, você pode estar numa situação de urgência.

As pessoas contratam [pensando] eu moro em tal lugar, tem hospital aqui perto, quero saber se ele vai me atender. Médico pessoa física, geralmente [o cliente] vai para o seu médico de confiança, [e pergunta para ele:] me indica um médico da SULAMERICA que faça isso? É assim que acontece. Você não tem essa emergência, senão você vai para uma emergência e, é difícil você querer um médico particular até porque a agenda dele é bem comprometida, a não ser que seja o seu médico mesmo, aí você pede encaixe, mas essa necessidade da comunicação prévia, a lei tinha trazido isso exatamente como bom senso, e porque há menos hospitais, a rotatividade é menor do que médico de consultório.

BLOCO 3: CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

A empresa tem relação comercial/de sociedade com outros ramos da saúde, a exemplo de hospitais, empresas farmacêuticas e de equipamentos/insumos?

Contratação, a SULAMERICA não tem participação.

(Entrevistador) a SULAMERICA se propõe a verticalizar, comprando hospitais?

Não, não. A SULAMERICA não tem hospitais.

(Entrevistador) É só contratação e credenciamento?

É intermediação mesmo. Tem operadoras que optaram pela verticalização exatamente por conta da escalada de custos. A UNIMED construiu hospital, a AMIL vai construir hospitais também. São estratégias distintas. A estratégia da SULAMERICA, até hoje, é trabalhar em múltiplos ramos, o que também confere um ganho de escala.

(Entrevistador) quais ramos?

Automóvel, residência...

Ela [a SULAMERICA] continua nessa linha [de múltiplos ramos de atuação e], outros tipos de ganho.

(Entrevistador) ela não tem uma verticalização na área específica de saúde?

Estou dizendo como é hoje, não estou nem falando da estratégia futura, mas diferente de outras operadoras que optaram pela verticalização até então...

(Entrevistador) em relação ao capital estrangeiro?

Capital aberto...

(Entrevistador) Capital aberto desde 1969, mas como é que você vê a chegada deste capital estrangeiro no setor? Na SULAMERICA ela já chega praticamente a mais de 50 anos.

O capital estrangeiro acaba chegando de várias formas, a gente teve a recente aquisição da AMIL pela UNITED [United Health Group]. A aquisição de operadoras mesmo pelo capital externo é muito tímida. Houve até a AETNA [que] já entrou [e] já saiu principalmente em saúde. Acredito que muito em função da instabilidade regulatória, dessa intervenção extremamente pesada do regulador, diferente do que acontece lá fora. Na compra de operadoras eu vejo esta participação muito tímida [do capital estrangeiro], acho até que há um espaço muito grande, mas as experiências observadas anteriormente [são de] entrada e saída. Não ficam. Há sim [entrada de capital estrangeiro] mas na forma como é na SULAMERICA hoje, [com] abertura de capital, eles têm participação, e com isso a operadora fica cada vez mais transparente, tem compromisso muito grande, tanto no resultado quanto na operação, por que a repercussão é muito grande, o mercado é muito sensível, então traz um compromisso muito grande para a operadora, e aí eu acho extremamente saudável para o mercado.

(Entrevistador) Esse processo de compra, aquisições e fusões no setor, como é que você vê isso no longo prazo?

As fusões, você diz de operadoras dentro do mercado?

(Entrevistador) Se a SULAMERICA está aberta a este tipo de transação?

A SULAMERICA comprou uma operadora odontológica, comprou a *Brasil Saúde* também. Eu acho que esse é um processo natural, é uma regulação. Somente parte, só as seguradoras eram reguladas até 98. Depois as outras operadoras passaram a ser reguladas. É um processo extremamente natural essas aquisições, a redução do número de operadoras porque o normativo, a regulamentação tem um custo muito pesado. A [...] contratou a Deloitte [Deloitte Touche Tohmatsu, auditoria, consultoria, assessoria financeira, gestão de riscos, consultoria tributária - sociedade privada, de responsabilidade limitada, estabelecida no Reino Unido (“DTTL”)] para tentar mensurar o custo regulatório. A lei determina que sejam dados transplantados. Eu não imagino uma operadora de 10.000 vidas conseguindo suportar. Existem operadoras de 200 vidas

[que] não tem como suportar o risco. A lei também prevê subsegmentação que nunca foi normatizada. É razoável uma operadora de menos de 1.000 vidas ter de suportar um transplante? Ou seria interessante que ela atuasse lá naquele interiorzinho e esclarecesse: “olha transplante eu não dou”, e assistisse aquela população onde nem as outras operadoras tem capilaridade para entrar. Às vezes o mercado é concentrado em determinadas regiões que as outras operadoras não conseguem entrar. Há um tempo atrás, tem uma história que uma operadora queria entrar em uma localidade que era concentradíssima, e contratou médicos para morarem lá , para irem para lá, então foi um ônibus mesmo de vários médicos ,porque não conseguia credenciar os médicos da localidade tamanha a concentração do mercado, então há localidades em que as operadoras não conseguem chegar, seja por causa da concentração, seja pela baixa oferta, pela baixa demanda, o custo de entrar nesta localidade não compensa. Então eu acho que há operadoras para todos os mercados mas como não é possível, não foi normatizada a subsegmentação, essas operadoras pequenas ou elas descumprem a lei, porque elas não vão conseguir suportar um transplante, ela quebra, ela não tem capacidade financeira para isto. As aquisições se deram muito pesadamente há alguns anos atrás foi uma acomodação de mercado mesmo, e acho que daqui para frente ela acaba se dando de forma mais tímida, mas acho que acaba acontecendo.

Qual a origem/composição do capital da empresa? A empresa prevê mudanças na composição do capital?

Eu não tenho como falar nisso.

BLOCO 4: LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE/RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO

Qual é a inserção da empresa no setor de assistência suplementar?

A SULAMERICA atua no setor odontológico, no pré e pós pagamento e em saúde suplementar, a SULAMERICA atua em todos os segmentos, especificamente no setor odontológico e no setor médico-hospitalar de pequenas empresas tem uma possibilidade de crescimento muito grande e a origem dela é no setor, numa segmentação médico hospitalar, ela é bastante calcada, mas também, como falei, comprou uma operadora odontológica, mas por conta de sistema quando começou a trabalhar de forma mais pesada a SULAMERICA verificou essa possibilidade do crescimento da parte odontológica, ela comprou uma operadora. Isso tem uns 5,6 anos. É mais pelo sistema, pelo *know how*. Era uma operadora pequena, mas bastante estruturada. Então a SULAMERICA especificamente atua em todos os seguimentos da saúde suplementar.

(Entrevistador) com respeito à inserção da empresa no setor de planos de saúde e no sistema de saúde brasileiro em geral, qual importância, como você vê isso, e se a SULAMERICA tem alguma atuação no setor público.

Desconheço alguma atuação no setor público. O plano de saúde é o terceiro maior desejo da população brasileira, perdendo se não me engano para a casa própria e educação. E é uma necessidade muito grande da população brasileira, seja pela carência do SUS que é sobrecarregado, até porque a parte eletiva do SUS acaba não priorizando tanto, priorizando mais as emergências e os eventos de complexidade, então é um segmento, saúde comunitária, é um segmento que cresceu. A gente verifica no Caderno de Saúde Suplementar disponibilizado pela ANS. Ele [o setor] cresce até mesmo em taxas superiores a população brasileira, então é um setor que não vai deixar de crescer, não vai reduzir, ele está aí, e é uma aspiração da população brasileira.

O mercado de planos tem um tamanho ideal, deveria ser reduzido ou deve crescer? Por quê?

Isso depende da região, porque tem regiões que o SUS atende de forma mais pronta. Eu não saberia dizer qual seria o [tamanho ideal] ...

(Entrevistador) percentual ideal...

O percentual acho que [é diferente] em cada região. No Sudeste é a maior participação, seja em função da renda, seja em função da sobrecarga do SUS. Com a melhora na situação financeira da população brasileira, eles [as pessoas] vão adquirindo mais planos de saúde. Existem diversas formatações de planos de saúde. Hoje as operadoras também já diversificaram o seu produto, antigamente ofereciam menos produtos, produtos mais semelhantes, hoje com essa expansão com a oferta, com a aquisição de mais pessoas o [leque] de produtos aumentou. Existem produtos com preços mais acessíveis. Com a desmistificação dos produtos com coparticipação ainda vai atingir um maior número de pessoas. Eu compraria um plano com coparticipação, até porque o risco é baixo. Então a pessoa mede, se eu usasse muito possivelmente não compraria um plano com coparticipação, mas é um nicho que eu acho que ainda cresce muito, para atingir outras faixas, outras camadas também. Antigamente as pessoas compravam o plano de saúde pelo tamanho do livro. Eu acho que isso está mudando um pouquinho, as pessoas estão verificando mais a qualidade, não o tamanho. Não quero saber se tem 50 hospitais numa área em que eu não vou, eu quero saber na área que eu vou. Se tem os que eu quero, o plano já me é suficiente. Então eu acho que quanto mais o produto for próximo da expectativa, menos outros serviços você tem que oferecer para atender e acaba barateando o produto. Você acaba atendendo melhor, alcançando mais pessoas.

Qual a sua opinião sobre o ressarcimento ao SUS?

A SULAMERICA ressarce integralmente. É um serviço que foi prestado pelo SUS, é um direito do segurado poder optar, mas a SULAMERICA ressarce integralmente. O que eu acho é que a cobrança tem que ser feita de forma mais inteligente, a gente vê beneficiários que já cancelaram o produto, beneficiários que tem 2, 3 planos de saúde sendo uso comum, porque sua empresa dá um produto, seu marido na empresa dele recebe outro produto, e o que a agência diz é que quando há mais de uma operadora, se o beneficiário tem mais de uma operadora, isso é rateado. Eu, sinceramente, nunca vi isto. Por que quando é cobrado o ressarcimento da SULAMERICA é

sempre pelo valor integral, dificilmente há algum segurado da SULAMERICA que tenha outro produto. Se um transplante cardíaco não está no rol, às vezes, há cobrança de procedimentos que não são cobertos, é uma operação que nós temos que fazer individualizada para cada uma das cobranças que tem um custo absurdo. Se conferisse mais inteligência a essa cobrança [seria melhor]. Por que os produtos estão registrados aqui. Se você comprou o produto a, b, c, a agência sabe que os produtos a, b, c tem essas coberturas. Pode haver coberturas adicionais, mas se não for uma cobertura adicional a agência sabe, e a agência sabe também quando você entrou. Sabe que você tem carência de até tanto tempo, que se nós trouxéssemos mais inteligência para o ressarcimento [seria melhor] até porque gasta-se um “caminhão” de dinheiro pra fazer impugnações, para cada operadora fazer impugnação. Eu acho que tem um grande caminho a percorrer pra que sejam cobrados os eventos cobertos.

Como avalia a política fiscal de dedução de gastos com planos de saúde para pessoa física?

Ontem eu tive no IESS falando exatamente das deduções. Eu acho que, quanto mais pessoas nós inserirmos no sistema por incentivos fiscais, porque se há incentivo fiscal mais pessoas entram no sistema, mais o sistema é alimentado também, mais consultas são geradas. Tem um estudo, que acho que não está concluído, que mensura exatamente isso. Se há contrapartida a esse incentivo, ela, pelo que foi constatado, esse incentivo acaba sendo inferior ao crescimento que a inserção desse segurado traz no setor porque também vai gerar serviços que são mais do que compensados por isso. A gente vê incentivos em tantos outros [setores da economia]. Automóvel mesmo, há de fato necessidade disso? Só dei um exemplo, mas no setor de saúde eu acho que quanto mais pessoas estiverem assistidos, quanto maior for o incentivo, é claro, incentivo responsável acho interessante, até para que o SUS consiga prestar o papel que, de fato, lhe cabe.

O que eu percebo é que o setor, as operadoras de saúde, se vocês observarem as informações disponibilizadas pela agência, o setor veio de um índice de sinistralidade de em torno de 70%, que tecnicamente é o preconizado. A gente já está [atualmente] em 83, 85%.

A sinistralidade é quanto da mensalidade é consumida somente com a assistência, diretamente com a assistência, é o quanto as operadoras pagam para o atendimento ao serviço, nada da parte administrativa está envolvida, nada de imposto, de corretagem, nada disso. É quanto eu pago para os médicos, para os hospitais com a assistência à saúde. Com a atividade, não com a administração. O que é gasto para a prestação da saúde direta. Quanto eu pago para o médico, diagnóstico, clínicas, hospitais, somente com esses serviços. Tecnicamente, mundialmente se preconiza que de cada 100 reais, 70 reais sejam gastos com o custo direto da saúde. A gente já está em quase 85.

(Entrevistador) Na SULAMERICA?

Não, no mercado é uma média de 85%.

É uma média. Os números não têm muito *outlier* não, quando tem, é para a direita, quando tem é para mais. A dispersão é muito baixa, está realmente em torno de 81, 87.

É muito baixa. Como eu já estou a bastante tempo no setor, o que eu percebo é [que] já foram feitas diversas ações. A gente saiu lá de quase 20 anos atrás, de uma despesa administrativa em torno de 16%, hoje ela já tá em 12. Já houve esse enxugamento. Os impostos têm sua carga bastante expressiva. Tem a parte da comercialização, que são as corretagens. O que a gente percebe hoje é que há determinados nichos. Há uma rotatividade, até mesmo em contratos menores, porque há compra de carência. Há uma rotatividade muito grande, então a comercialização tem uma taxa significativa, então o que eu percebo é que as operadoras também vêm negociando de forma mais pesada porque a escalada dos custos é muito alta, muito superior à inflação oficial. Hoje tem incorporação de [novas] tecnologias, as pessoas vivem mais, tem menos pessoas entrando na base da pirâmide, porque há menos nascimento, as pessoas estão tendo menos filhos, antigamente tinha-se 4,5, hoje a média é um ponto... não chega a dois. São as pessoas de menor idade que custeiam também as outras idades. O que a gente vê é que isso encarece muito o plano de saúde. As novas tecnologias não entram em substituição às anteriores, elas são complementares. Eu tenho um caso na família, que um tio meu, ele tinha 87 anos, entrou no hospital e estava realmente ótimo até então, só que começou a complicar, complicar e... não deixavam morrer. Porque ele tinha uma parada cardíaca, entubaram ele, os rins pararam e fizeram diálise nele, eu conversei com as minhas primas falei: “gente! a gente precisa deixar!” Porque os médicos também iam segurando o fio. É justo isso? A gente sentou com os médicos e perguntou: qual é a possibilidade de ele ficar minimamente bem? Ele retornar? Porque ele já estava em coma, ele sai do coma? É muito difícil, e aí se tentava aquelas medidas absurdas. Quando eu entrei lá uma vez ele estava fazendo diálise, uma pessoa que não ia sair do coma. Tudo bem, a mãozinha dele estava... o que mais me impressionou foi a mão, mas, acho que tem tanto desrespeito ao ser humano para que a máquina funcione. Por que uma diálise, eu não sei quanto é, mas não deve ser barata. Eu dei essa volta toda para dizer que o setor está estrangulado. A sinistralidade, que é o compromisso das contas somente com o pagamento da assistência à saúde está em patamares absurdos. Absurdos mesmo e não estou falando só da SULAMERICA não, eu estou falando de tudo.

Quando a gente você abre por setor, não tem nenhum deles que esteja ainda em 75%. Está todo mundo lá bem em volta..., a dispersão é mínima, então eu acho que o setor já vem se acomodando, tanto nós operadoras quanto os prestadores que eles também, salvo um ou outro segmento, que agora tem hospitais que estão sendo administrados por banco, então vários falam: “olha, obstetrícia, vamos acabar, porque é muito barato, a mulher vai ocupar o leito 2 dias e a conta hospitalar é muito barata”, muito barato então eles acabaram. Eles estão fazendo seu dever de casa. Vamos fazer procedimentos em que sejam necessários materiais e medicamentos, que os hospitais recebem um percentual elevado, então eles se profissionalizaram, do outro lado também. Agora bancos administram hospitais, e a negociação, está cada vez mais pesada. Nós estamos chegando num limite. Se vocês entrarem no site da agência e virem quantas operadoras estão em direção, quantas tiveram a portabilidade especial decretada porque a operadora está quebrando, isso vem sendo conduzido exatamente por essa situação então, tem que ter um novo olhar sobre o setor, porque a gente vê tanto operadoras de grande porte que estão nessa situação de sinistralidade elevada quanto de pequeno porte, então não é [que] o pessoal não sabe mais trabalhar, não, não é bem assim. O setor requer atenção. Atenção máxima porque o que era possível de ser enxugado já foi. É como orçamento domiciliar. Quando a renda começa a ficar mais apertada, você corta aquele restaurante 5 estrelas, vai menos vezes, você acaba administrando, acho que isso todo mundo já fez seu dever de casa os prestadores já fizeram, nós já fizemos e os compradores que são as pessoas físicas e as pessoas jurídicas, eles também já

estão no seu limite. Eu converso com empresas que a gente chega lá para negociar com 20%, e comprovadamente são empresas grandes, que a gente pode olhar a conta dela. A sinistralidade está em tanto, está tendo aumento, porque o setor é impactado pelo aumento de frequência, e aumento no custo do serviço. São dois fatores que vão elevando o preço final. Hoje as pessoas estão muito mais conscientes da sua saúde, elas vão mais aos médicos. Dependendo de onde você for tem aquela ciranda.

A frequência de serviço prestado aumenta quantitativamente e o custo aumentando também, então estes dois fatores multiplicados agravam mais ainda. A inflação médica está em torno de 18 %, enquanto a inflação oficial está nos 6%. Isto já vem sendo absorvido pelos compradores. Até quando eles vão conseguir? Recentemente teve uma empresa que falou: “olha então vou fazer um *down grade*, vou baixar o nível de cobertura”. Tudo bem é uma opção que se tem. A qualidade da assistência vai ser prestada da mesma forma, só que a gente já percebe o que não se via há alguns anos atrás, esse olhar de “*olha, não consigo mais pagar*”. Teve uma empresa de médio porte, não de tão grande porte que resolveu parar. É um benefício [a assistência] que as empresas dão que é muito valorizado. A gente ainda perguntou: você está indo para outra operadora? Não eles descontinuaram a assistência. Então, a gente está num cenário bastante preocupante.

Como avalia a atuação do BNDES junto às empresas de planos de saúde?

Acho que todo incentivo dado de forma consciente é interessante. Tem a contrapartida. Está tramitando no Congresso um novo modelo de produto que é o PGBL-saúde, que é como se fosse uma previdência atrelada à saúde que eu acho que pode ser uma alternativa muito interessante. Ele seria destinado basicamente aos planos coletivos, em que a empresa faria uma reserva para o beneficiário [para] quando ele se aposentasse ou se ele perdesse o emprego, que ele pudesse [recorrer] que aí sim existiria a isenção. [fiscal]

É, se usasse com a saúde para o pagamento da mensalidade, existiria isenção. Eu acho bastante interessante. Acho que se aprovado, se vier realmente a ser concretizado, a longo prazo [pode beneficiar o setor], mas a gente tem que ter medidas a curto prazo para resolver o problema do setor, porque até mesmo o modelo de pagamento [do prestador], ele fomenta a utilização, porque chega um beneficiário de qualquer operadora num pronto socorro, é um cheque branco que se dá! E às vezes a pessoa acha que está sendo... “olha estou com uma pontada aqui”, aí faz uma tomografia, faz um sei lá o que, faz aquela ciranda toda que na verdade é desnecessária. Se fizesse um bate papo, se olhasse para o paciente e entendesse exatamente o que é, talvez não fosse necessária esta enxurrada de procedimentos, aí manda para um neuro [neurologista], daqui a pouco..., ah, não, não é neuro manda para um sei lá o que...

Esse modelo de pagamento, que é por serviço, que você dá um cheque em branco para o pronto socorro, será que ele é o mais adequado?

Teria que ser remunerada de forma diferenciada. É R\$200,00 que tem que custar essa consulta [bem-feita] então vai ser R\$200,00. O sistema foi construído de ponta a cabeça. Os Estados Unidos já abandonaram essa forma de remuneração há mais de 15 anos, e a gente continua lá e não é jabuticaba, não é uma coisa que só temos aqui. Nenhum país do mundo, todos já mudaram e nós continuamos com essa forma de remuneração, que já se mostrou equivocada em todos os lugares do mundo, mas mudar essa forma de pagamento é difícil. É um confiando no outro

porque não se espera que os hospitais venham a ter a remuneração reduzida, não é isso que se pretende. Na verdade, é alocada de forma mais correta. É a anamnese sendo remunerada de forma correta então, é o exame que é necessário, que realmente seja realizado e não os outros. Esse cara que fez tantas tomografias, na verdade, ele estava com problema gástrico. Ele passou por uma ciranda absurda e...

Com uma boa anamnese, teria sido detectado.

O beneficiário [quando ocorre sobre utilização de serviços] se sente assistido, e o cara [fala] assim: “caramba o médico viu tudo!”

E o médico [se sente] mais seguro também.

O beneficiário sai feliz da vida, e às vezes faz o exame e não leva ao médico...

BLOCO 5: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

Como você avalia o mercado atual e quais serão os nichos de expansão?

Eu acho que é basicamente a parte odontológica. A parte de pequenos grupos. Essas empresas que, houve um crescimento econômico, muitas empresas foram legalizadas e essa parcela virou compradora de saúde, então é um segmento que está com uma participação cada vez maior na carteira de planos de saúde, o odontológico ainda está engatinhando, mas a gente acredita também que é um nicho.

O médico hospitalar de pequenos grupos e o odontológico.

(Entrevistador) Então isso aí são estratégias de expansão para o setor privado, no setor público, como é que você vê essa expansão?

Eu acho que o setor privado está caminhando nessa linha, a gente verifica, a gente faz estudos de mercado, onde [se verifica que] a população está aumentando a sua renda...

A gente tem programas de atenção à saúde, de doentes crônicos, a gente tem vários tipos programa um de incentivo à qualidade de vida, aquele cara que está bem, mas que não malha, mas que está bem. A gente tem um programa de incentivo à qualidade de vida e tem os programas que são mais voltados para os doentes crônicos. É uma parceria muito interessante que dá um cuidado, porque assim, talvez você não precise disto, mas uma outra pessoa que tenha algum histórico precise, e aí o que nós estamos mapeando, e já tem umas 5.000 empresas que contratam a SULAMERICA, que já têm esses programas que é dado um cuidado muito próximo para o paciente que já tem alguma doença, ou que já está iniciando alguma doença. Chega a extremos de uma enfermeira ligar, se ele tem que tomar 3 vezes por dia, porque já se detectou que, principalmente idosos...ah, não, não vou tomar hoje não sei que...

Então esse cuidado com o paciente crônico, e o incentivo à qualidade de vida, a SULAMERICA tem investido bastante e tem trazido um retorno bastante significativo.

(Entrevistador) E a questão da cobertura de medicamentos para pacientes ambulatoriais, como você vê?

Isso é bastante delicado. Porque a lei não previa isso, os planos não foram tarifados, nós calculamos o plano, eles não previam isso, então eu entendo que qualquer incorporação seja de medicamentos, seja de novas tecnologias tem que ser precedido de um estudo bastante detalhado, porque acredito que parte desta escalada da sinistralidade seja por conta das incorporações em que não houve a contrapartida financeira, seja pela intervenção pesada em determinados planos que o reajuste necessário não é aplicado, então isso tem que ser feito com bastante parcimônia.

(Entrevistador) você acredita que vai haver uma intensificação de investimentos estrangeiros no setor, que a participação estrangeira no mercado vai aumentar, investimentos nacionais também, como é que você vê essa configuração...

Eu acho que sim. Deve aumentar. Há investimentos principalmente na SULAMERICA, por mais que o Brasil esteja passando por uma turbulência não houve fuga de capital. Eu acho que eles estão atentos ao Brasil, e eu acho muito importante que, quanto mais estável e oxigenado estiver o setor é melhor para todo mundo. É muito ruim quando operadoras quebram. Traz uma falta de credibilidade, traz uma desconfiança para o setor muito grande. Quanto mais sólido estiver o mercado, menos rigorosos terão que ser os normativos, menos intervencionista. Quanto mais sóbrio estiver voando de forma mais calma, melhor é. Se for capital estrangeiro não importa, importa que o setor esteja saudável, que esteja maduro, e que o órgão regulador passe a intervir onde de fato é necessário.

Como é que você vê a evolução do sistema de saúde brasileiro e a inserção da empresa SULAMERICA no futuro?

O futuro, acho que está sempre atrelado aquilo que eu falei. É quão pesada vai ser a mão do regulador. Se for mais pesada as operadoras acabam se protegendo mais e fica um cenário mascarado. O importante é que ele seja real. Quando a agência traz tantas normas, intervém tanto, é natural que o empresário fique mais reticente, ou então deixe de ofertar. Vou recolher o meu trem de pouso vou ver como vai ficar, depois eu entro. A insegurança, a desconfiança é muito ruim. A agência tem se mostrado mais aberta, mais consciente e, se ela vier a conhecer de fato o mercado, entrar mesmo na operação, verificar como ela é feita... ninguém está aí para destratar seu comprador, e isso as operadoras são maduras o suficiente para terem esse tipo de prática, então eu acho que a gente já está em um momento mais maduro e só com intervenções ainda muito pesadas. Eu acho que o investidor, o empresário mede esses riscos... então acho que quanto mais transparente estiver o setor mais confortáveis e seguros [todos estarão], até mesmo o capital estrangeiro [...] é importante que eles venham, seja para começar a atuar, seja para comprar

operadora que não esteja bem, ou fazer fusões, quanto melhor estiver o mercado, melhor para todo mundo, para os beneficiários, para as operadoras pela sua credibilidade, para os prestadores.

(Entrevistador) Encerra-se aqui. Vinte cinco para o meio dia. obrigado.

Muito obrigada.

FIM

Edição – JAFS

UNIMED BH

Transcrição da entrevista com o representante da UNIMED BH *Helton Freitas* realizada no dia 23 de setembro de 2014.

BLOCO 1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE.

(Entrevistador) O que motivou a sua participação na empresa?

Eu me formei em medicina há 25 anos e a minha residência foi em saúde pública, fui formado para ser gestor no sistema público. Atuei depois da formatura no Hospital das Clínicas da UFMG e posteriormente fui para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, mas nesse tempo todo da minha trajetória eu trabalhei com cooperativismo. Cooperativas de consumo, cooperativa de crédito, cooperativa de trabalho médico, a Unimed também é uma cooperativa de trabalho médico, e, em determinado momento essa coisa da gestão em saúde mais o cooperativismo, isso resultou na Unimed BH, eu entrei em 1998 como executivo em um cargo ligado à administração e em 2006 eu me tornei presidente e encerrei o meu mandato agora em abril de 2014. A partir de primeiro de maio não sou mais o Presidente.

Então essa minha formação, essa minha qualificação, atuação junto ao segmento de cooperativas, a Unimed sendo cooperativa, em um momento de reestruturação, foi basicamente o que motivou a minha presença e a minha participação na empresa.

(Entrevistador) No momento em que você concluiu a sua formação médica, quase que imediatamente você ingressou no universo do cooperativismo?

Imediatamente. Para ser presidente da Unimed eu tenho que ser cooperado. Antes de ser cooperado Unimed eu havia feito um curso de medicina do trabalho durante a minha residência, na própria universidade. Então eu sou, de fato, não só cooperado como médico do trabalho, mas medicina do trabalho é o que eu menos fiz na vida. Todo o meu curso profissional foi com gestão.

(Entrevistador) Você não atuou, por exemplo, em outras empresas de planos e seguros de saúde?

Outras empresas de planos e seguros de saúde não. Eu atuei em outras estruturas do próprio sistema Unimed. Na Federação Unimed de Minas Gerais, eu, de alguma forma, nesse período dei consultoria pela federação para outras singulares do sistema Unimed e agora mais recentemente, nos últimos três anos, como diretor de operações da seguradora do sistema Unimed, a Seguros Unimed.

(Entrevistador) Quais seriam os desafios colocados para a empresa quando da sua chegada à Unimed BH?

A Unimed não estava bem, existem os processos político/eleitorais, eu participei então de um grupo de oposição à antiga diretoria da Unimed BH, em 1998. Em primeiro de abril de 1998 muda essa gestão, entra uma nova gestão e o fio [condutor] era a estruturação. Naquele momento a Unimed era grande, uma carteira de 320.000 usuários ou clientes da cooperativa e as estruturas organizacionais da gestão eram muito frágeis, muito precárias. Passou-se um tempo as pessoas entendendo aquele processo, aqueles procedimentos, eu inclusive comecei a tocar a minha medicina do trabalho, achei até que ia ficar por lá [atuando como médico do trabalho] até que um dia eu fui chamado a opinar sobre umas questões que estavam acontecendo e as pessoas entenderam que eu deveria participar mais diretamente do processo [de gestão]. Eu já estava na Unimed mas não trabalhando diretamente na gestão. A partir daí a gente começou todo um processo de reestruturação organizacional, de procedimentos, de pessoas, do mercado, avaliação de processos, revisão de processos, [...] planejamento estratégico que hoje é muito comum, mas que, naquela época, especialmente nas Unimeds, isso não era uma prática comum, [a Unimed] Belo Horizonte começou isso muito antes. Isso, claro, trouxe algumas consequências naturalmente que fizeram dela uma referência. Eu estou chegando aqui hoje de Cuiabá, a gente estava falando para a Unimed Cuiabá como é que foi o processo de capitalização [da Unimed BH]. O que eu basicamente falo é: Olha, o que a gente tem hoje é fruto de pelo menos 15 anos de acúmulo, não é por que a gente fez uma mágica e as coisas aconteceram de repente, mas a gente

trabalha há pelo menos 15 anos nesse processo de capitalização da cooperativa de forma que hoje a gente tem uma estrutura completamente diferente.

(Entrevistador) Você se referiu a um processo de caráter administrativo, que envolve a capitalização e também modelos de gestão dentro da visão empresarial moderna, seria isso?

Não sei se vocês já falaram com as pessoas da UNIMED, mas a UNIMED é um sistema de cooperativas, com particularidades na forma de ser e de atuar e as UNIMEDs tinham uma prática, que chamamos de CH variável. Originalmente era quase que uma ação entre amigos. Arrecada dos clientes, traz esse recurso, paga os hospitais, os prestadores e o que sobrou é dividido entre os cooperados, proporcionalmente à produção que cada um realiza em CHs. Então quanto é que eu vou receber no final do mês? Depende de outros custos, outras despesas.

Isso faz com que essa organização mantenha um certo equilíbrio econômico-financeiro, mas também tira toda pressão por resultado. O que der deu, o que sobrar sobrou. O que agente dividiu é o que tinha. Isso gera duas consequências, na minha avaliação. Uma positiva por que, de fato, se você fizer isso com responsabilidade não vai pagar nunca mais do que você pode.

Uma negativa, porque se tira a pressão por resultado.

Consequentemente uma terceira que você não faz reservas patrimoniais. Pega o dinheiro todo, o que entra sai e eu não tenho um acúmulo de reservas patrimoniais no longo prazo. Hoje estamos vivendo um momento diferente disso. A UNIMED BH muda quando ela fala “tenho um orçamento agora para cumprir”. Eu tenho que arrecadar “tanto”, meu custo assistencial não pode passar de “tanto” e eu quero ter um resultado, eu quero ter um EBITDA [*earnings before interest, taxes, depreciation and amortization* ou lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização] de X%. Isso é absolutamente recente no sistema UNIMED, mas a gente começou em 1999. Neste ano definimos a primeira meta do que queríamos como resultado.

(Entrevistador) Esse desafio colocado em 1998 e que foi elaborado e desenvolvido segundo os parâmetros que você colocou, no momento atual, qual seria o desafio? Seria diferente de 1998?

Uma coisa que acho que é importante no processo da Unimed BH é que em 1 de abril [de 1998], uma nova gestão, é muito coincidente com a edição da Lei 9.656/98 que é de junho, para vigência em 1999. Eu considero isso uma feliz coincidência, uma gestão nova, reestruturando, querendo encontrar um caminho e uma legislação nova para o setor.

Eu acho que o desafio atual, não só da Unimed Belo Horizonte, mas de todo setor é o desafio da sustentabilidade. Acho que a saúde suplementar está sob risco. Se for olhar as margens, os resultados, o nível de interferência judicial, é um setor que tem que achar um caminho a seguir nos próximos 10, 15, 20 anos pelo menos por que nesse momento a gente não consegue

vislumbrar um futuro com essas curvas de aumento de custo assistencial e outras coisas que vão aparecendo por aí como regulamentos, regras, normas. O desafio é o desafio da sustentabilidade. A história lá do *Obamacare*, do *affordable care* [refere-se ao *affordable care act* de março de 2010, que denomina a versão final da lei de reforma do sistema de saúde dos Estados Unidos] do que é possível dar de assistência, que as pessoas possam pagar e o que eu possa fazer. Essas coisas têm que se casar com um melhor nível de assistência. Essa equação não está clara na minha cabeça nesse momento. A sensação que eu tenho lá na seguradora, ano passado nós trabalhamos com reajustes médios [de contratos], na faixa de 13,5 a 14% e esse ano estamos em 19, 20% e isso é insustentável.

A novidade é que os resultados pioraram, mesmo com esse nível de reajuste e uma carteira que cresceu, os resultados pioraram. Estamos, de fato, em um momento de parar e pensar.

(Entrevistador) A UNIMED BH tem algum programa de assistência farmacêutica para os clientes?

Hoje temos, apenas, os imunobiológicos, dentro do estabelecido pela ANS. Mas essa é uma discussão antiga no sistema UNIMED e muitas cooperativas criaram as USIMEDs, cooperativas de usuários, que trabalhavam com farmácias, algumas mantêm isso como diferencial.

Nós na UNIMED BH não criamos farmácias pois entendemos que existem redes suficientes de farmácia para trabalhar nesse modelo e, no PBM [*Pharmacy Benefits Management*] nós não tivemos coragem de entrar por uma análise de risco judiciário. Podemos sofrer condenações para darmos coberturas a determinados medicamentos que não estavam previstos [nos contratos] e o custo disso hoje é alto, fora de qualquer parâmetro/referência.

Eu entendo que vamos ter que fazer um acordo melhor, especialmente com o judiciário, sobre essas questões. Seria uma forma de baratear a assistência à saúde e organizar o poder de compra. A UNIMED BH hoje se aproxima de 1.300.000 vidas. Se você comprar medicamentos para 1.300.000 pessoas, seguramente consiga comprar a preços mais adequados do que cada um individualmente. Porém, acredito que, grande parte das operadoras não entraram nisso por temer os riscos que podem ser gerados, principalmente o judicial e o da ANS. A ANS não tem ficado muito atrás nessas coisas de surpreender o mercado com regras sem o devido estudo atuarial.

(Entrevistador) O que você entende por “organizar o poder de compra”?

Vamos imaginar que você tenha um rol de coberturas previstos pela Agência. Se eu tivesse um rol de medicamentos a ser suprido pelas operadoras eu faria com que essas operadoras tivessem que comprar esses medicamentos no atacado, de maneira mais favorável do que o beneficiário individualmente se servindo em cada farmácia. Voltando a questão da sustentabilidade eu acho que isso, de fato, contribuiria com a sustentabilidade do sistema.

(Entrevistador) E nessa organização seria incluída a aquisição de fármacos no exterior?

Eu acho que aí começa... eu acredito em mercado. O mercado funciona se deixar ele funcionar isso acaba acontecendo as pessoas vão naturalmente buscar mecanismos de fazer isso com o menor custo possível.

(Entrevistador) Gostaria de encerrar esse primeiro bloco com uma pergunta que tem caráter mais ideológico no que se refere à missão da empresa. Qual seria a missão da UNIMED BH?

A gente discute isso há muito tempo. Hoje nossa missão é, por ser uma empresa de médicos, a valorização do trabalho médico, a qualidade da assistência aos clientes e a sustentabilidade. São, basicamente, três pilares que entendemos como fundamentais: “o médico, o cliente e a sustentabilidade”. Nossa missão é ser referência num sistema cooperativista sustentável, valorizar o trabalho médico assegurando aos clientes um sistema de saúde qualificado e eficiente, contribuir para o desenvolvimento social por meio do cooperativismo. A UNIMED BH tem uma linha muito firme nessa missão.

As UNIMEDs em geral têm essa questão da proteção do trabalho médico, mas essa discussão de sistemas mais sustentáveis de modelos assistenciais é muito recente, diferentemente de BH onde a gente começou isso, talvez devido à minha formação, e pelas pessoas que eu consegui levar para dentro da cooperativa, que trouxeram essa visão mais ampla de sistema de saúde. Essa visão do plano de saúde no Brasil é muito securitária, em que se fala de prêmio e sinistro. Se o custo está ficando alto, então eu aumento o prêmio, vou cobrar mais. Em momento nenhum essa questão de regular o trabalho médico de maneira mais densa ver a questão do ordenamento de custo dentro do sistema, isso é muito recente. Quando eu cheguei eu falava: no SUS isso está muito mais evoluído. Mas, de fato, essa discussão sobre regulação médica feita na UNIMED BH foi toda trazida do sistema público. As pessoas que já tinham conhecimento, *know how*, experiência vinculada ao sistema público vieram à UNIMED e desenvolveram isso. Isso de alguma forma também se disseminou para as outras UNIMEDs a partir dessa referência em que a UNIMED BH se tornou.

Nós, no início, fomos vistos com muita desconfiança, mas na medida em que os resultados foram aparecendo, as pessoas foram se interessando em saber o que estava sendo feito e muitas de nossas práticas foram generalizadas pelo sistema [UNIMED]. A prática da regulação era fraca, a auditoria era quase que você auditar o absurdo do absurdo, não havia essa coisa de você regular, estabelecer um protocolo, questionar um procedimento que foi adotado, isso tudo era inexistente, essa é que foi a mudança nesse momento, quando a gente passa a desenvolver um processo de gestão.

SEGUNDO BLOCO: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM AS OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, COM OS USUÁRIOS, PRESTADORES E COM A ANS.

(Entrevistador) Qual a participação da UNIMED BH no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor e se participa de alguma entidade representativa do setor de saúde, empresarial e industrial em geral?

A UNIMED é um sistema de cooperativas com uma série de regras e normas, áreas de atuação, cada UNIMED tem uma área em que atua. Isso é um conceito do cooperativismo, definir as áreas de atuação, não vamos competir, vamos cooperar entre nós.

As cooperativas singulares se agrupam regionalmente, estadualmente, em federações estaduais. Então a UNIMED BH tem um vínculo com a federação do Estado de Minas Gerais. Essas federações se agrupam em torno de uma confederação que é a UNIMED do Brasil, que fica em São Paulo. Ela é a mãe das regras, do uso da marca e das normas gerais do sistema. Portanto, estamos vinculados a esse sistema de cooperativas operadoras de planos de saúde chamado UNIMED que hoje tem em torno de 19.000.000 de clientes vinculados a esta modalidade.

Adicionalmente existe uma empresa de participações, no sistema UNIMED, e essa empresa é a controladora da seguradora, da SEGUROS UNIMED. A UNIMED BH tem uma participação relevante de 11%, na UNIMED PARTICIPAÇÕES que é uma *holding*. A UNIMED do Brasil tem 15% e nós temos 11%. A UNIMED BH tem uma participação muito forte nessa outra instituição/entidade.

No âmbito na UNIMED BH nós temos sistemas cooperativos locais, cooperativas inclusive de trabalho médico, que atua junto aos hospitais, cooperativa de anestesiastas dentre outras. Nós temos um instituto que é o IBEDESS – Instituto Brasileiro para o Estudo e o Desenvolvimento do Setor Saúde, que neste momento estou presidindo, mas ele existe há 8/9 anos. A UNIMED BH participa, tem interação com o sindicato, com a associação médica [de médicos], mas basicamente não atua em outras estruturas apenas nessas estruturas vinculadas ao próprio sistema UNIMED. Não participamos da ABRAMGE por que o nosso vínculo é com o sistema UNIMED. A SEGURADORA UNIMED, por ser seguradora, tem vínculo com a FENASAÚDE.

(Entrevistador) E fora do setor saúde, com entidades empresariais?

Não. Vínculo, não. Tem o Instituto UNIMED de responsabilidade social, a UNIMED está desenvolvendo agora um centro de inovação, faz parte do que a UNIMED desenvolve em Belo Horizonte, região que ela atua.

(Entrevistador) E com relação à atuação da ANS? Como está a relação da UNIMED BH com a ANS?

Sempre foi muito boa. Nunca tivemos grandes problemas com a ANS. Como mencionei anteriormente, nós chegamos a um processo de mudança de gestão junto com uma nova legislação. Então, de certa forma, nós antes de qualquer outra UNIMED, nunca questionamos se a ANS podia regular o setor se era legal, então tem toda uma trajetória até que as outras UNIMEDs se convencessem que sim, que tem um órgão regulador, tem uma agência, que tem uma lei, que a gente tem que cumprir. Isso é muito recente. Nós começamos em 1998 desde que a lei foi promulgada a gente segue, então isso fez com que eventuais conflitos que fizeram parte da história, da trajetória de uma boa parte das operadoras com a agência a gente não tivesse. Na medida em que eu comecei antes então me adequiei mais rapidamente às questões da legislação, então esse pedaço aí a gente foi muito bem.

(Entrevistador) Qual sua opinião sobre o atual modelo de regulação praticado pela ANS?

Extremamente importante e necessário, mas existem altos e baixos. Existem questões que, na nossa avaliação, a própria agência, às vezes, não se define muito bem o que ela é. Se ela é um PROCON, se está aí para fomentar o setor, ou para não fomentar o setor, para desidratar o setor. Não fica claro o rumo que a agência está levando o setor, em que direção e de que forma ela o coloca. Ao lado de regular, de sanear, de melhorar a questão competitiva, no sentido de colocar os competidores mais equilibrados dentro do mercado eu vejo uns “pontos negros” da agência como as Resoluções 195 e 196 dos contratos coletivos por adesão. Essa questão sobre os planos individuais, a Agência vai ter que se debruçar sobre isso, achar uma forma de se equacionar essa problemática dos planos individuais, acho que as pessoas têm que ter o direito de comprar planos individuais nas condições necessárias e as operadoras tem que ter segurança para vender esses produtos. É um grande absurdo, a operadora que vive para vender plano, hoje não vende plano, isso é um paradoxo, tem alguma coisa aí que não está sendo considerada. O paradoxo é a imprevisibilidade. Eu te vendo um produto hoje precificado a um determinado valor, e esse contrato pode durar mais 100 anos, o titular do plano pode viver mais de 100 anos. Essa questão precisa ficar equilibrada.

A forma de regulação das questões relativa aos usuários (migração de beneficiários entre operadoras) também é um ponto em que a agência pesa [...] somos um país capitalista, que insiste em não acreditar em mercado. O mercado funciona. É preciso que se incentive os mecanismos de mercado. Se você não está satisfeito com seu plano temos que dar condições para você migrar em determinada data, determinado dia do ano, mês, período em que você migre e as operadoras possam competir entre si. Mas querer obrigar a operadora a criar uma condição que, muitas vezes, ela não tem para te atender, isso é muito complicado.

(Entrevistador) Qual o “ponto negro” das Resoluções 195/196?

Nós já temos uma questão de custo na saúde suplementar que é extremamente complicado e reflete no preço, naturalmente, inexoravelmente. A 195/196 impõe um intermediário, que põe

mais 20 a 25% no custo, sem agregar nenhum valor. Então eu acho que para um setor que já está como está, não foi uma boa medida. As questões que se tentou regular com as resoluções 195/196 poderiam ser reguladas de formas mais inteligentes e isso é algo que precisava ser revisto. Quem tem competência para intermediar plano de saúde no mercado que se estabeleça, agora o órgão regulador impor da forma como impôs eu acho isso muito complicado.

As Resoluções 195/196 se somam a esta questão do plano individual. Então se você chegar no balcão hoje, hoje a maioria já nem vende mais [plano individual]. Se você chegar no balcão vai achar um plano por R\$ 1.500,00 para comprar individualmente se você tiver mais de 60 anos. Se você vai a uma administradora, pega um sindicato “fajuto” criado aí, por exemplo, “Sindicato Nacional dos Servidores Públicos” o que é isso? Isso não é nada. O plano sai por R\$600. Aí no mês seguinte ou daí a três, seis meses, aquele contrato desequilibrou e você põe lá 40% de reajuste. Você quer 40% em cima de R\$600,00 ou você quer 10% em cima de R\$1.500,00? Essa é a discussão que ninguém fala. É 40? É, mas é R\$600,00. O problema é a seleção adversa. Na maioria das vezes a administradora é quem faz a aceitação, e você começa a aceitar pessoas doentes nos contratos e os preços acompanham esses custos assistenciais naturalmente. Eu tinha uma regulação muito melhor do custo assistencial nos contratos coletivos por adesão quando eu fazia isso diretamente do que quando a agência entrou com a intermediação [via administradora de benefícios]. Hoje eu pago 20% para ter uma aceitação pior do que quando eu fazia diretamente. Isso é uma questão central nesse processo nosso.

Fica todo esse debate com a sociedade, discutido de maneira fragmentada, mas tem que se discutir o tudo. É para vender planos individuais? Como é que nós vamos fazer então para que esses planos individuais sejam sustentáveis ao longo do tempo? Uma pessoa que comprou o plano em janeiro de 1999 fez 60 anos hoje e está pagando R\$ 550,00 por esse plano individual. Outra pessoa que comprou o mesmo plano em janeiro de 2014 e está pagando, pelo menos, três vezes o valor. Ou seja, um não precisaria pagar tão pouco e outro não precisaria pagar tanto. Provavelmente se você pega essa carteira, ela está endividada. O sistema de planos de saúde é sistema de repartição, ninguém acumula direitos. Todo mês entra uma grana paga-se o sinistro e o dinheiro acaba, no máximo no final do ano. Faz-se provisão para um excesso de risco, não tem um sistema de acumulação, portanto, é um sistema de repartição simples, não há que se falar em direito adquirido. Não deveria ter pessoas pagando pelo mesmo produto, valores tão díspares por que uma entrou antes da outra. [...] É preciso equilibrar isso, deveria estar todo mundo pagando, provavelmente, menos. Quem está no coletivo por adesão deveria estar pagando, pelo menos, 20% menos por conta da intermediação.

Quando eu vendo um contrato empresarial e quando eu vendo um contrato individual eu tenho duas características fatais aí nessa questão. Primeiro: ele não pode ser rescindido pela operadora, só pode ser rescindido pelo cliente. A exceção é a inadimplência, 60 dias de inadimplência. O reajuste é o reajuste da agência, esses são os dois pilares dos chamados contratos individuais familiares.

O contrato coletivo empresarial, baseado no CNPJ, tem outras características: ele pode ser rescindido pela operadora; ele pode ser reajustado no acordo entre as partes. Se as partes não se acertarem no acordo ele será rescindido. Isso faz com que o risco que a operadora assume, seja o risco de um ano. Eu precifico esse contrato que a gente vende e eu sei que eu tenho que segurar esse contrato até o ano que vem. É razoavelmente previsível o que vai acontecer nesses 365 dias.

Por isso ele custa mais barato, por que o risco inerente a essa operação é menor, diferentemente do individual.

O que eu vejo hoje é o pessoal querendo preço de coletivo, com a regra de individual. Uma das regras fundamentais para o coletivo custar menos é a possibilidade de reajustes intermediários, anuais dentro dos contratos. Isso deveria ser discutido com a sociedade. Acabar com essa brincadeira. Acho que a agência fica de inocente, o judiciário então, nem se diga. É um assunto que precisava ser discutido com a necessária seriedade dentro da sociedade brasileira.

(Entrevistador) Qual é a participação da componente comunicacional nessa estrutura de custo de vocês? Quanto custa a divulgação da marca UNIMED?

É um setor concorrencial importante, você tem que, o tempo todo, convencer as pessoas a aderirem à sua marca e ao seu produto. O sistema UNIMED tem muita visibilidade e cada uma individualmente [cada UNIMED singular] faz suas ações. A UNIMED RJ é, de longe, a que mais investe, nessa componente de marketing.

A UNIMED BH gasta hoje 0,3% com divulgação. Dependendo da produção, se gasta R\$400.000,00 dependendo do que está sendo produzido. Aí um Juiz pega um medicamento para Hepatite C, que não está registrado na ANVISA, não existe no Brasil, e manda você cobrir [fornecer o medicamento ao paciente]. Isso custa R\$ 600.000,00. A UNIMED BH ganha a “guerra” no que chamamos de despesas operacionais. Seguramente, em face das grandes operadoras, temos o menor índice de despesas operacionais do mercado. O mercado hoje trabalha com uma média de em torno de 14,5/14,25% e a UNIMED BH trabalha com 8,9%. Você pega esses cinco pontos percentuais em cima de um faturamento de 2,7 bilhões dá uns 150 milhões. Se a gente pegar os outros indicadores como sinistralidade, a gente não está diferente do mercado. O mercado está 84,9% e a gente está em 84,4%. Onde a gente, de fato tem um desempenho melhor é lá [no custo operacional]. No conjunto da obra, não deveria ser tão relevante, mas, as operadoras hoje estão tentando estabilizar a sinistralidade em torno de 82 a 84%. Quando a gente começou a gente trabalhava com 75%, ou seja, a gente tinha 25% para esse outro capítulo aí que é de despesas administrativas/comerciais/tributárias e a questão tributária não é pouco relevante e essa questão de divulgação de *marketing*.

No sistema colombiano, muito operado por operadoras públicas e privadas, eles têm lá um conceito de sinistralidade mínima, que é 90%. Você tem que destinar, pelo menos, 90% do que você arrecada para pagar sinistros, despesas assistenciais. Aqui 10% não cabe nos custos, nas intermediações. A despesa comercial hoje, que ninguém vê e ninguém discute, é infinitamente maior do que a despesa de divulgação. Em que pese algumas pesarem a mão nessa coisa da divulgação, a UNIMED RIO é uma delas.

TERCEIRO BLOCO: COMPOSIÇÃO DO CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

(Entrevistador) A UNIMED BH tem relação comercial ou de sociedade com outros ramos empresariais da saúde, como por exemplo, hospitais, empresas farmacêuticas, empresas de equipamentos e insumos?

Não, ela tem uma rede própria de serviços médico-hospitalares de propriedade da cooperativa. Ela tem, inclusive, o mesmo CNPJ. Não temos outra empresa, ou outro negócio nem outra sociedade. Mas é uma rede importante, própria, assistencial.

(Entrevistador) Como você avalia a diversificação de atividades por parte das empresas de plano de saúde em geral?

A diversificação hoje, no geral, tem mais um processo de verticalização. Não tem uma diversificação. Eu não vejo operadoras investindo em outros ramos, em outros negócios, em outras atividades. Eu vejo grupos empresariais, tipo Bradesco e a própria Sulamérica que operam no ramo dos seguros de uma maneira mais ampla, a própria SEGUROS UNIMED faz isso. Esse ano a gente só não vai ter um resultado pior por que os outros ramos estão segurando a saúde, o seguro-saúde esse ano tem sido trágico. Então quem eu vejo diversificar, alguma coisa são as seguradoras [...]. O que eu vejo é o processo da verticalização. Tem a questão da odonto, que algumas trabalham isso vinculadas ou separadas com cessão de risco ou não e por aí vai. Não vejo outros negócios.

Talvez a UNIMED BH esteja hoje até um pouco mais diversificada. A gente trabalha com odonto, com transporte aero-médico como elemento da cadeia. A gente trabalha com hospitais, com os centros médicos. Estamos trabalhando com centro médico, onde a cooperativa está provendo um consultório para o médico e o instituto de inovação onde a gente quer captar recursos da área de pesquisa, da área acadêmica para levar para lá. Então o leque é um pouco mais amplo, eu não conheço quase ninguém que esteja fora do hospital, do centro de infusão de imunobiológicos, do centro de tratamento oncológico, do ambulatório. Está todo mundo explorando, mais ou menos, dentro da cadeia, ou seja, diversificando dentro da cadeia, verticalizando.

(Entrevistador) E com relação à chegada do capital estrangeiro no país? A gente sabe que tem empresas que foram recentemente compradas. Como a UNIMED BH vê isso? Ela tem algum tipo de relação com esse capital estrangeiro, ou se pretende ter, de que forma?

A UNIMED BH, como disse desde no início, é uma cooperativa, de trabalho médico. A cooperativa tem uma particularidade, tem o lado bom e o lado ruim. A particularidade é que você não tem a figura do sócio (exclusivo), o negócio é do próprio trabalhador. Numa sociedade mercantil, você tem a figura do acionista, do quotista muito bem estabelecida, tem o negócio, tem a empresa, e tem o trabalhador, que trabalha por essa empresa.

Na sociedade cooperativa, estes três entes estão fundidos na pessoa do médico. Inclui a cooperativa, do ponto de vista societário, ela é indissociável (do cooperado) e não sujeita à falência, por exemplo. Tem algumas particularidades societárias que são importantes. Em função disso você não consegue ter alguém aqui que “não esteja aqui”, trabalhando. Tem hoje no Bradesco um cara que está botando dinheiro lá e um cara que está trabalhando, prestando serviço. Na sociedade cooperativa eu não consigo fazer isso de maneira dissociada, necessariamente eu tenho que ter a mesma figura. Isso faz com que eu tenha uma impossibilidade, como cooperativa, a própria lei de cooperativas permite que você abra outra sociedade, para captar recurso, posso, mas na cooperativa efetivamente, eu não posso.

(Entrevistador) E a UNIMED BH faz isso?

Não. A gente tem um processo de auto capitalização, ela tem um processo que a gente chamou de auto capitalização, ela se auto capitalizou através da geração consistente e continuada de resultados operacionais. Usamos alguns mecanismos para essa capitalização, atualizamos as quotas dos cooperados para quotas mais ou menos equivalentes, reajustamos o capital dentro do que a lei permite, que é 12% ao ano, reajustamos o capital para quem entra na cooperativa, hoje se paga R\$40.000,00 para entrar esse ano, que a cada ano é 12% a mais. A gente incorporou resultados também no capital, e aí, a valorização desse ativo. A questão das provisões a gente fez, sem alavancar recursos externos. Então existe, de fato, um processo em que conseguimos gerar R\$855.000.000 de resultado, depois das provisões, depois de tudo e uma parte desse dinheiro ficou internalizado na cooperativa.

(Entrevistador) Olhando para o conjunto das empresas, como você vê esse processo da chegada do capital estrangeiro?

Acho importante. Acho inexorável e não tenho maiores preconceitos com esse processo. As cooperativas têm zero de capital estrangeiro e, como cooperativas, sempre terão zero. Mas o capital estrangeiro, se muito bem integrado, bem estruturado... tenho muita preocupação é com o capital especulativo. Acho que o setor deveria pensar em uma regulação que evitasse o capital especulativo. O cara que vem aqui para comprar algo, vender ali e sair fora. Mas o capital que venha investir no país e, especialmente, trazer *know how*, trazer tecnologia de gestão, de processos, eu acho isso muito positivo. O modelo estrutural da saúde no Brasil é um modelo muito ruim, modelo que passou pelas caridades, pelas Santas Casas e depois veio o modelo do médico, da família do médico, grupo de médicos fazendo investimentos. A gente tem muito pouco o modelo de sociedades mais bem estruturadas, como está começando agora com a rede D'or onde você trata o negócio com o nível de eficiência que precisa ter, pagando acionistas, isso é muito recente. Então o capital estrangeiro vai vir com essa cabeça, com essa tecnologia, com essa metodologia. Essas coisas tendem a acirrar mais a competição, mas, sobretudo, começam a extinguir a história da clinicazinha, do hospitaleco de 20, 30 ou 50 leitos. Acho que precisávamos ter instituições maiores, mais seguras, com processos e procedimentos mais eficientes... então não

consigo ver nem achar ruim a chegada do capital estrangeiro se ele chegar para ficar no setor, não para especular.

(Entrevistador) E com relação às fusões e aquisições do setor em geral, como você vê isso?

Também. O Leandro [refere-se a Leandro Tavares, diretor da ANS] outro dia em uma palestra disse assim “*os Estados Unidos têm 4 vezes mais gente na saúde suplementar e lá tem 300 operadoras e nós temos, somadas as odontológicas... passa de mil*”. Então eu acho que tem um espaço grande para fusões e incorporações, acho que mais incorporações do que fusões, pelo processo mais complexo de operar. Acho que alguns órgãos como o CADE [Conselho Administrativo de Defesa Econômica] não têm ajudado muito. A gente (a Unimed Seguro Saúde) fez a incorporação com a carteira da Tempo saúde, no ano passado e é escandaloso o tempo que se leva... demora muito. E coisas assim: “tem uma concentração no mercado: um contrato vendido em Serra do Navio (Amapá) ...” mas que concentração é essa? “Dos 30 clientes que existem lá, 20 são seus.” Sabe, aquela coisa interminável. Então o CADE tem dessas coisas, analisar com mais critérios, proteger a concorrência, mas devia ter mais conhecimento e capacidade de dar celeridade a este processo.

(Entrevistador) E a ANS?

A ANS sofre mais no processo, que é o processo com operadoras de pequeno porte ou de eventuais operadoras que se inviabilizam no mercado, isso pega mais pesado e eu acho que a ANS tem tido muito mais boa vontade do que o CADE na hora de flexibilizar, facultar isso aí para que os processos ocorram com celeridade e hoje são duas conversas muito diferentes, a da ANS e a do CADE.

Mas falando em tendência, acho que essas operadoras de pequeno porte dificilmente vão conseguir, ao longo do tempo, absorver o risco inerente a uma operação de pequeno porte. Estou falando de um evento em que o Juiz determina que você tem que pagar R\$ 600.000,00, tem operadora que não dá conta. Algum dia esse evento vai acontecer, então acho que naturalmente essas operadoras vão passar por um processo de incorporação com outras maiores, a UNIMED Belo Horizonte fez algumas incorporações. Acho que não tem ninguém insatisfeito entre as que foram incorporadas, a gente meio que saneou a região metropolitana de Belo Horizonte. Em Belo Horizonte hoje só temos uma operadora grande lá, que é a UNIMED BH. Não incorporamos nenhuma outra carteira que não fosse UNIMED. Incorporamos 4 UNIMEDs. Isso foi um processo em que a Agência atuou muito positivamente, teve interesse e boa vontade para que esse processo aconteça. Especialmente quando você está migrando para uma operadora com a situação que a UNIMED BH tem hoje, a agência, de fato, atuou muito positivamente nesses quatro casos que a gente teve.

QUARTO BLOCO: LOCALIZAÇÃO, NO SISTEMA DE SAÚDE E A RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO.

(Entrevistador) Essa é uma pergunta bastante ampla, sobre a inserção da UNIMED BH no setor de assistência suplementar. Como ela se insere nesse conjunto composto por todas as empresas que comercializam planos ou seguros de saúde?

Ela está inserida nesse mercado da região metropolitana de Belo Horizonte e tem poucos clientes fora da nossa área de ação, que tem 34 municípios da região metropolitana, é líder de mercado, tem uma presença muito forte e regula muito aquele mercado, a posição da UNIMED no mercado é muito forte, ela tem, de fato, uma concentração relevante lá e consegue impor um regramento maior àquele mercado do ponto de vista da precificação, de custos assistenciais com a rede prestadora, isso é uma questão local muito forte lá. Isso faz com que aquele mercado tenha uma determinada regulação maior do que a maioria dos mercados brasileiros e metropolitanos especialmente.

Qualquer operadora sabe que Belo Horizonte tem os preços mais razoáveis em termos de operação de plano de saúde e quem, de fato, fez isso foi a UNIMED BH. Na outra ponta, quando o Helvécio Magalhães era o Secretário de Saúde do município a gente chegou a discutir e, segundo ele, Belo Horizonte teria talvez uma das raras possibilidades por ter uma operadora do porte e da influência que a UNIMED BH tem, de fazer um processo de integração público-privada na área da saúde com projetos, contaríamos com um interlocutor muito relevante e com um nível de abertura e de discussão que poderia propiciar isso. Então existem algumas aberturas com relação a isso, mas de concreto, nada. A gente nunca conseguiu... consegue, periferia. Na época do H1N1 conseguimos montar um gabinete de crise nossa e tivemos acesso aos medicamentos para poder repassar... isso a gente já faz. Patrocina, também, algumas campanhas na época de dengue, o pessoal “dá uma divulgada”. Na prevenção do câncer de mama, fizemos uns filmes integrados, mas eu acho isso muito periférico para falar em integração. A gente conhece e respeita os atores do sistema público, frequentamos eventos, fóruns comuns e isso gera uma possibilidade, mas concretamente não posso dizer que exista algo efetivo, real.

(Entrevistador) Algumas empresas do setor saúde estão atuando como gestores de atividades assistenciais públicas. A UNIMED BH atua dessa forma também, ou pretende atuar?

Pois é, no meu programa/projeto, de quando eu estava à frente da UNIMED eu desenvolvi um plano de estruturação de uma rede assistencial de hospitais, centros e clínicas. Em alguma medida, por exemplo, na cidade de Betim fizemos um projeto de um hospital de 480 leitos lá, que é muito acima da capacidade da UNIMED absorver então, de alguma forma, seria um hospital que a gente poderia negociar com o setor público a prestação de serviço. Tem um hospital hoje em Belo Horizonte em que está sendo licitada uma PPP – Parceria Público Privada – é um

hospital municipal, o Célio de Castro (Hospital do Barreiro). Acabaram de mexer na lei lá exatamente para possibilitar isso.

Eu não vi essa discussão ainda no grupo atual da UNIMED. Nesse início não, mas a UNIMED tem todas essas condições, ela tem uma operação hospitalar relevante. Eu acho que se um dia esse sistema de saúde nosso se organizar de um jeito mais razoável e mais racional, talvez a UNIMED seja uma prestadora de serviços e não uma operadora, ou, eventualmente, ambas, operando com o próprio sistema público. Nós temos posicionado a cooperativa de uma forma ou de outra, como uma boa operadora de planos de saúde ou eventualmente como uma prestadora de serviços pois tem 5.500 médicos e uma possibilidade de atuação forte naquele ambiente.

(Entrevistador) O mercado de plano e seguro de saúde tem um tamanho ideal, ou um limite, algo que possa ser estabelecido?

Depende. Se a gente ler o texto constitucional a gente sabe que esse setor que existe hoje, na oitava conferência [nacional de saúde em 1986], na constituição [de 1988] não foi pensado que deveria existir. Quando se fala de iniciativa privada na saúde a gente falava, na época de prestadores, não tinha esse pedaço que hoje representa 25% da população, que já existia e acho que foi desconsiderado do ponto de vista do legislador e que hoje está aí depois da Lei 9.656/98, chegou o momento em que as pessoas se convenceram de que o setor existia.

Então do meu ponto de vista, o sistema de saúde brasileiro tem que ser repensado, pois essa coisa da saúde suplementar fingir que não conhece a saúde pública e *vice-versa*, na minha concepção, até pela minha trajetória, acho que vai chegar uma hora que alguém com grau mais razoável de percepção da realidade vai propor alguma coisa, que integre melhor.

Imaginar que o fato de eu ter dinheiro para pagar um plano de saúde e o outro cidadão não ter dinheiro, a gente vai ter sistemas distintos de saúde com modelos assistenciais distintos? Isso não cabe na minha cabeça. Poderíamos ter modelos mais próximos, entre o sistema público e o sistema suplementar, tinha que haver uma convergência e, a partir daí você gera uma série de outras possibilidades. Se isso crescer, se a gente for em uma estratégia onde a gente vai ter agora um sistema público forte, vou pagar plano de saúde para quem se eu tenho uma saúde pública que me atende? Teríamos um viés de redução [do comércio de planos de saúde].

Por outro lado, eu posso ter um sistema público, por exemplo, a prefeitura de Betim, tem lá as questões legislativas mas acredito que a prefeitura de Betim não teria dificuldade nenhuma em pegar o sistema público [municipal] e entregar para uma operadora privada, tem dinheiro para isso. Então, de repente, você está falando de um outro negócio, outro segmento. Acho que deveríamos fazer experiências e medir resultados, quantificar e avaliar, verificar o quão bom e o quão ruim é um ou outro modelo. Mas, do jeito que está não vai poder continuar. A população não está satisfeita. O sistema público tem suas crises, o sistema suplementar tem as crises próprias do sistema. O médico, que é um operador importante dessa cadeia está insatisfeito e agindo em grande parte de forma muito deletéria a qualquer sistema, seja público ou privado. A posição do médico, na minha avaliação, não tem sido boa.

(Entrevistador) O profissional médico, individualmente?

É. Ele não está refletindo sobre as coisas. Estou falando de modelos de práticas, falando de um viés com uma questão ética que, na minha avaliação, está passando dos limites, nessa questão de órteses, próteses, medicamentos, nessas indicações *border line* que às vezes... essas coisas vão ter que passar por um processo de revisão, de regulação e nesse aspecto, dependendo do caminho que andar essas mudanças, o setor pode até encolher. Acho que a sociedade hoje, com todos os problemas, ainda reconhece mais o valor da saúde suplementar do que do SUS. A gente tem pesquisas. As pessoas não têm plano de saúde porque não tem dinheiro para pagar, mas quem tem recurso, tem plano. A menos que a gente consiga, de fato, investir no modelo de sistema público. Por que eu acho que o modelo do sistema privado não tem muito futuro, no modelo que ele está caminhando.

(Entrevistador) Por quê?

Eu conheço, por causa da minha especialidade, sempre fui muito atento a estas questões, eu conheço muito sistemas de saúde no mundo, de visitar, de ler, mas Chile, Colômbia, Canadá, Estados Unidos, França, Itália, Espanha, Portugal, Holanda, Alemanha, quando você olha esses sistemas todos, e alguns são bastante mais reconhecidos pela população do que o nosso, você tem alguns consensos.

O primeiro consenso é que o modelo de prestação de serviços é baseado em atenção primária. Você não acha nenhum grande sistema mundial, e agora os Estados Unidos parece que está fazendo essa guinada, que não tenha o modelo de prestação de serviços baseado em atenção primária, todos são baseados em atenção primária, então eu chamaria de um primeiro consenso.

Então nesse capítulo eu acho que o SUS está bem. O modelo é baseado em atenção primária, se ele está funcionando ou se não está funcionando nós podemos até discutir, mas tem uma definição conceitual por esse caminho. Acho que a gente tem que discutir como fazer isso funcionar melhor, mas eu acho que não tem uma discussão dentro do SUS de que o modelo não é esse.

Tem um segundo consenso: que você não acha, mesmo em países com sistemas públicos muito robustos, como a Inglaterra, você não acha um prestador de serviço que seja público. Não tem lá funcionário público prestando serviço de saúde. O sistema é público, mas o funcionário é privado. É um modelo de prestação de serviço completamente diferente. Nós temos andado em direção diferente aqui. Essa coisa, especialmente no Brasil, que acho que só tem no Brasil, eu entendo que o funcionalismo público tem direito demais e obrigação de menos. Então eu não vejo isso funcionar no longo prazo. Aí começa a surgir as PPPs [parcerias público/privadas], você pega as OSs [Organizações Sociais] em São Paulo, por exemplo, pega os indicadores das OSs, são maravilhosos se comparados com o setor público.

(Entrevistador) Indicadores sanitários?

De eficiência, resultado. Agora, a pergunta é: aquilo é o mais eficiente? Se comparar a OS com a prestação privada, parar com essa bobagem de inventar um negócio que é meio público, meio privado o cara vendendo, fazendo um discurso politicamente correto sem ter uma ruptura. Estou fazendo um serviço privado para prestar atenção à população dentro do sistema público, uma ruptura de paradigma, um novo paradigma.

Se nós compararmos as OSs hoje com o privado, se elas são melhores, não sei, acredito que não sejam por que elas incorporam um pouco desse modelo público, mas comparado com o público elas são muito eficientes, muito boas.

O Secretário Helvécio Magalhães me disse que a Santa Casa de Belo Horizonte gasta R\$23.000,00 por leito, por ano. Custo. O lugar que tinha o custo mais próximo da Santa Casa era o hospital Odilon Behrens, que é lá de Belo Horizonte também, que era exatamente o dobro, R\$47.000,00 que era o mais eficiente da área pública. É um dado grosseiro, pois se pega o orçamento daquela instituição e divide pelo número de leitos. Hospital não é só leito, tem outras questões. Mas é um dado que remete a reflexões. Ele precisa ser entendido e avaliado.

(Entrevistador) Qual sua opinião no que se refere ao ressarcimento?

Sou radicalmente, veementemente contrário. Acho uma estupidez. Que quem criou o ressarcimento foi até um amigo meu que é o Fausto [refere-se ao ex-presidente da ANS Fausto Pereira dos Santos] mas eu acho uma coisa estúpida de todas as formas.

(Entrevistador) O Fausto criou o ressarcimento, como assim?

Com o projeto no NESCON (núcleo de estudo em saúde coletiva da UFMG), que ele capitaneou. Essa denominação começou com ele. Na verdade, temos que discutir o seguinte: qualquer empresário, qualquer cidadão brasileiro já paga impostos suficientemente altos para ter uma série de serviços que estão incluídos no Sistema Único de Saúde, ponto. Se esse sistema público não está me atendendo, e eu vou para iniciativa privada e compro uma cobertura que deveria ser complementar, uma cobertura adicional, porque tem uma ilusão, quem é que paga tudo? Quem paga tudo é o cliente. Não tem operadora do Estado. Tem cliente do Estado. Então, na medida que minha operadora é cobrada pelo ressarcimento, quem vai pagar por isso? Não é ela não. Sou eu. Se eu sou cidadão, sou contribuinte e beneficiário do sistema público, eu não vejo porque, conceitualmente, o ressarcimento pelo sistema público. Para mim o problema é conceitual.

Bom, agora vamos falar dos aspectos práticos. Ah, mas tem operadora que vende plano de saúde e não dá rede para seus clientes. De fato, ninguém em sã consciência compra um plano de saúde para usar no SUS, porque o plano é muito caro. Se alguém comprou o plano, mas tem que usar a rede do SUS então existe algum problema, pois essa operadora não está provendo rede adequada.

Isso não se resolveria com o ressarcimento, mas com outras medidas regulatórias com relação a essa operadora. Mas tem uma situação que o cara foi resgatado na estrada e foi atendido pelo setor público. OK, podemos discutir? Podemos. Nós vamos pegar um *per capita* para cada cliente da rede pública para esses casos, é muito mais fácil, muito mais barato. Não tenho dúvida nenhuma de que o ressarcimento gastou muito mais dinheiro no que arrecadou. A burocracia administrativa é um custo é absurdo. Porque é um custo que vai retornar para quem paga o plano de saúde que já pagou impostos. Deveria haver um sistema de saúde que lhe atendesse dignamente. Eu fui recentemente na Itália, e o cara fez lá umas “mexidas” no sistema de saúde e agora eles estão fazendo uma modalidade parecida com nossas operadoras aqui, para cobrir apenas, e tão somente, aquilo que o setor público não cobre. É meio que um fura fila, aquele bilhete que você paga para não entrar no fim da fila, e está funcionando. Até agora o governo italiano criou algo factível e tudo o mais. Então você cria uma rota alternativa, mas eu acho que isso tem um problema de definição do que, de fato, é a saúde suplementar. Essa coisa da equiparação da saúde suplementar ao próprio sistema de saúde público é um grave problema. Isso tinha que ser melhor definido juridicamente, conceitualmente, filosoficamente e tudo o mais. Agora, se for para atuar como sistema público eu acho que tinha que definir melhor essas regras, inclusive, do ressarcimento do SUS (para as operadoras) e aí sim, voltaria nessa modalidade, as operadoras. Me dá os clientes, os clientes são todos meus, esses empresários então vão deixar de investir como era no passado na época do INAMPS e a gente contribuía, eu assumo, se eventualmente algum vazou para rede pública, aí tudo bem, eu acho o ressarcimento devido, hoje eu acho ele absolutamente indevido. Nas atuais condições porque quem paga é o cliente, não é a operadora isso é o maior erro das operadoras em termos de comunicação.

(Entrevistador) Porque isso está embutido no custo?

Está embutido no custo. O artigo primeiro da Lei 9.656/98 ele fala, com muita clareza, que a operadora age por conta e risco do beneficiário, não é? Então na verdade o plano de saúde, é o artigo primeiro da Lei 9.656/98, o plano privado de assistência à saúde é a prestação continuada de serviço e cobertura de custos assistenciais... por prazo indeterminado...odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas das operadoras contratadas mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador por conta e ordem do consumidor. Então, quem está pagando?... A operadora está repassando alguma coisa por conta e ordem do seu cliente. Então qualquer imputação de preço e custo à operadora ela necessariamente recai sobre o consumidor. Então nesse pedaço que eu acho que o ressarcimento não tem... pode no final ser julgado constitucional, acho até que vai, mas eu acho que, primeiro: não deveria existir e que, ainda que exista, não acho eficaz, pecuniariamente falando. Acho que se gasta mais dinheiro cobrando do que recebendo aquilo que é cobrado.

(Entrevistador) Não dá para falar do ressarcimento sem falar da política fiscal, de renúncia fiscal, de isenções fiscais com relação às empresas. Como você vê isso?

Nas empresas, então, estamos falando de uma renúncia de 34%. Nas empresas especialmente você paga 25% de Imposto de Renda e 9% de Contribuição Social sobre o Lucro líquido, então você aumenta a despesa daquela empresa, portanto, se aquela empresa tiver lucro, se, e somente se, ela tiver lucro, ela terá uma redução da base tributária por conta do plano de saúde da ordem 34%. Significa que a cada R\$ 100,00 que a empresa gasta com plano de saúde ela vai se ressarcir no máximo em R\$34,00. Então, na minha avaliação, ela não está se ressarcindo, ela está pagando mais R\$ 66,00 de imposto. Tecnicamente o plano de saúde tem que ser classificado como imposto. Eu paguei para ter esse serviço. É simples assim: se eu estou tendo que comprar, eu estou pagando um extra no imposto que eu vou ter que pagar. É coisa de doido, não é? Isso mexe na forma de interpretar por que eu acho que essas coisas tinham que ser melhor combinadas e tem gente que acha que ressarce 100%, não é?

E na pessoa física é 27,5%. Pior ainda. A cada R\$ 100 que você paga ao seu plano de saúde, você recupera no seu imposto de renda 27,5% se estiver fazendo a declaração completa, se você não estiver fazendo [a completa] você não recupera. Então essas são questões em que é preciso a sociedade discutir. Ah, mas você está pagando para ter um negócio (plano) diferenciado! Ok, vamos botar teto, sei lá, mas que de fato a prestação assistencial da saúde suplementar alivia as contas do sistema público, acho que ninguém tem dúvida sobre isso.

(Entrevistador) Há uma controvérsia, não é?

Alivia as contas públicas, não tenho dúvida sobre isso! Poderia não ser tão caro? Poderia se gastar menos? Se todo mundo tivesse sistema público... todas essas discussões, eu topo todas! Agora, vamos discutir com os números na mesa! Não vamos ficar fazendo discurso ideológico, teórico não, vamos botar os números na mesa e discutir! Ah, mas o SUS faz assistência farmacêutica, faz vigilância sanitária... faz, faz muito mais do que a saúde suplementar. Então vamos colocar o custo de cada segmento, vamos comparar as coisas, ver o que é o que... em última análise, essa é a minha visão.

(Entrevistador) O mercado de plano de seguro de saúde subsistiria sem esse tipo de incentivo fiscal, de renúncia fiscal, ele teria condições de subsistir?

Eu acho que sim, acho que eventualmente algumas empresas iriam cancelar, mas acho que o grande mercado iria subsistir. Eu sei que tem movimentos nessa área, mas eu acho isso um absurdo, porque na prática é um aumento de tributação. Hoje nenhuma empresa decente, do ponto de vista de uma relação com os seus [trabalhadores], consegue não ter um benefício chamado de plano de saúde. Inclusive o setor público. Inclusive o Ministério da Saúde que coordena as ações do sistema público. Poderia começar cortando lá do Ministério da Saúde, lá na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte que é cliente da UNIMED BH. Então esse

paradoxo, essa contradição, ou nós enfrentamos ela de frente e vamos falar disso abertamente e sem frescura... Eu fui um dia na reunião do CONASS, estava a Ligia Bahia lá fazendo a preleção básica dela lá e teve uma mesa lá e eu botei uma perguntinha assim: “Tinha alguém lá que estava dependendo só do SUS ou se todo mundo lá tinha plano de saúde?” Todos tinham. [os da mesa]. Os que estavam fazendo uma pregação muito pesada contra a saúde suplementar. Mas como é então que eu vou convencer alguém que o que é bom para mim não é bom para ele? Como é que eu chego nesse cara, que chegou na classe “c” agora, ah, a gente tem, mas é ruim? Então essa é uma discussão que precisa ser feita. E é nessa hora que a Agência tem que ter um posicionamento muito claro, claríssimo.

(Entrevistador) Não está tendo essa discussão, não é, por que será?

Não. E é nessa hora que a Agência tinha, na minha avaliação, que defender o setor e não fazer discurso do Ministério da Saúde. Não botar o Ministro da Saúde para anunciar o aumento do rol, como se aquilo fosse um grande benefício do ministro à população. Quem está pagando, é quem está pagando o plano de saúde, não tem benefício nenhum. Aumentou o rol, aumentou, e foi bom para quem? Para o Ministério da Saúde, porque vai desonerar alguma coisa no SUS. Mas do ponto de vista do interessado, usuário do plano de saúde, ele vai pagar mais. E o Ministro anuncia aquilo como se fosse uma grande benesse, uma grande doação à população. Eu sou contra isso, e acho que a Agência tinha que ser melhor posicionada com relação ao setor, com relação a relação com o SUS, estabelecer canais muito claros de debate, de vinculação, eventualmente ouvir a população. Temos que saber até onde vai cada competência, acho que tinha que discutir modelo de atenção. O nosso modelo não existe em lugar nenhum no mundo. Você pega uma carteirinha, sai passeando, vai no shopping center, tem lá um consultório médico dentro do shopping center e você vai lá. Isso não existe! Isso tem que parar, as coisas têm que ter uma razoabilidade.

(Entrevistador) Só mais uma questão com relação a este ponto da articulação público-privado que é a atuação do BNDES, no sentido de linhas de financiamento a juros subsidiados para empresas.

O único que eu conheço foi o que eu peguei lá no BNDES não conheço nenhum outro (para operadora).

(Entrevistador) Então como foi isso, como foi?

Fui no BNDES ver as linhas que ele tinha, fiz um projeto, gastei 2 anos e meio lutando lá dentro com a burocracia, consegui 175 milhões e mereci uma nota da ABRASCO [criticando o trânsito de recursos públicos para uma empresa privada de plano de saúde]. Gente! É para infraestrutura,

equipamento em uma cidade onde as pessoas não estão conseguindo ser atendidas que é Belo Horizonte. E a coisa mais ridícula que eu vi nos últimos tempos foram essas notas, três colegas nossas, foram lá no Helvécio [refere-se ao então secretário de atenção à saúde do Ministério da saúde, Helvécio Magalhães] em Brasília reclamar, tenho certeza que não foram com o dinheiro delas, colegas médicas, defensoras do sistema público. Quer deixar dinheiro para frigorífico, para o *Eike Batista* [empresário]? A infraestrutura da saúde está ok? O banco é um banco de fomento. Você faz um hospital e qualquer hospital que você faça hoje, você tem uma média de sete a nove funcionários por leito isso é importante ou não é para o país? No sentido do desenvolvimento econômico e da finalidade específica, do atendimento à saúde. Então, a saúde suplementar está um caos porque não tem estrutura. O país não se deu conta dessa questão... não conseguiu acompanhar essa expansão da classe C especialmente, dessa migração. Em Belo Horizonte, nós tivemos uma situação, se você pegar hoje a saúde suplementar em Belo Horizonte, os dados aqui da Agência, 57% da população de Belo Horizonte tem uma carteirinha de plano de saúde no bolso. Sem contar o Instituto de Previdência do Estado (IPSEMG), que não é SUS, mas também não é considerado Saúde Suplementar e sem contar o Instituto de Previdência Militar, as forças armadas e lá tem um instituto da PM. Então se você pegar isso, você passa fácil de 65% da população está na saúde suplementar. Por isso não é importante fazer a infraestrutura para atendimento na saúde suplementar? Ora, a infraestrutura da saúde suplementar não é importante para a sociedade? É só 65%, as pessoas não têm lugar para serem atendidas, não tem leito. Acho que essa é uma reflexão importante, o BNDES pelo que eu saiba praticamente não investe, acho que deveria investir com essa visão muito clara, que é um investimento necessário, tem impacto social nessa organização de um setor que a população está se referindo como um dos piores problemas da nação e é um grande gerador de trabalho de qualidade, mão de obra minimamente qualificada e perene. Então eu faria isso não nessa proporção, mas em proporções muito maiores. Não só defendo como acho que tinha que ampliar. Eu sou de Belo Horizonte, o Hospital *Mater Dei* conseguiu alguma coisa intermediada por banco, pelo BNDES, é que você não pega direto, você pega via intermediário, mas o recurso é do BNDES. Então, que recurso é esse? É um recurso que está lá, você vai no BNDES tem “n” linhas lá, dez, doze linhas e você pode se candidatar. Não fizeram nada para UNIMED Belo Horizonte não. Já estava lá e nos candidatamos, acho que o Sírio Libanês da mesma forma. Não sei se muitos outros grupos pegaram recurso.

(Entrevistador) Então entrando no último bloco, pensando nas estratégias de crescimento, numa visão prospectiva, para o futuro, crescimento, investimento. Como você avalia o mercado atual? O que seria, por exemplo, um nicho de expansão?

A população emergente já é mapeada e tende a expandir. Mais uma vez eu acho que se a gente tivesse uma estabilidade de regras e uma combinação melhor com o setor público... tem um segmento que poderíamos trabalhar., Grosso modo, 10% da população interna, durante um ano, 90%, não interna. Usa serviços ambulatoriais. Para estes 90%, a Lei 9.656/98, desde que ela foi criada, ela estabeleceu o contrato ambulatorial, plano ambulatorial. Eu posso comercializar, posso registrar que o produto é ambulatorial e comercializar esse produto e atender a estas demandas ambulatoriais: consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e urgência e emergência em até 12 horas.

(Entrevistador) Sem internação?

As 12 primeiras horas do atendimento de urgência e emergência. E, paradoxalmente, mais uma vez, nenhuma operadora de grande porte vende este produto, por que? Porque todos nós sabemos que a 13ª hora do atendimento de urgência e emergência e as subsequentes vão ficar por nossa conta. A gente não vai conseguir tirar esse doente da nossa rede e levar para rede pública, que seria a regra do produto. Se chegou um cara lá, quebrou a perna, vai engessar, vai para casa. Mas se chegou um infartado, você não pode dar alta antes de 12h. Então você faz o atendimento emergencial, eventualmente coloca o *stent*.

(Entrevistador) Aí caberia o ressarcimento?

Exatamente (ressarcimento do SUS para as operadoras). Poderia ser um modelo interessante de prestação de serviço. Isso geraria uma série de outras consequências, mas eu acho que é por aí.

Então nesse modelo, se as operadoras hoje, e é dito que o SUS, o grande gargalo que se tem no SUS é na parte ambulatorial. Então se de alguma forma houvesse um grande impacto do público e do privado, por exemplo, a comercialização do produto ambulatorial poderia desafogar bastante.

(Entrevistador) Ambulatório de especialidades?

Inclusive. Daí que eu insisto na questão do modelo, mas colocar isso no modelo atual é inviável[...]. Em um modelo mais racional, botando uma porta de entrada mais adequada, poderíamos estar todos mais felizes, os clientes pagando um produto com preço menor, que eles dariam conta de pagar, sendo atendido no ambulatório e no momento da internação o sistema público teria que assumir de alguma forma, aí as coisas estariam melhores. Eu acredito que esse modelo nosso (do SUS) de prestação de serviço com prestador funcionário público está com os dias contados. É o hospital público, o funcionário público...

(Entrevistador) Por conta da lei de Responsabilidade Fiscal?

Também, mas acho que seja por questão de [falta de] eficiência mesmo. Sobre os hospitais universitários, não precisa nem falar. Então eu acho que tem essa outra possibilidade e isso seria uma diversificação das operadoras.

(Entrevistador) Mas não são os mesmos prestadores que transitam no público e no privado? Os profissionais?

É. Com os profissionais é mais frequente. Os prestadores cada vez menos. Antigamente tinha muitos hospitais público/privados isso também está começando a virar dois mundos. Acho que isso não é bom, as Santas Casas estão fazendo acordos para atender 100% do SUS, para ter algum benefício remuneratório adicional, para resolver uma crise, algum rombo de caixa.

(Entrevistador) Como você vê essa recente regulamentação da ANS que se refere a medicamentos oncológicos ambulatoriais e bolsas para ostomizados?

Mais uma vez eu acho que você vai impondo à estrutura do setor novos custos e isso vai refletir em novos preços. Não dá para chegar lá no final e falar, “ah mas aumentou acima da inflação”, com esse discurso da mídia na época que saiu o reajuste. Então assim, não vejo isso como um problema desde que a gente consiga regular mais. A Agência está colocando agora um regramento mais restrito com relação aos aspectos da prestação de serviços. Quando ela põe alguma coisa no rol, ela está botando com determinados protocolos, e isso é muito bom. Mas eu diria que isso é inexorável. O Maurício Ceschin [Ex-Diretor Presidente da ANS] lá atrás definiu essa questão da cobertura farmacêutica como uma tendência. Agora não tem margem. Isso vai ter que ir direto para o preço. O setor não tem margem hoje para ficar com absolutamente nada em termos de custos novos. O problema é que são medicamentos sempre muito caros. Tem umas questões aí de distribuidores, grupos médicos que também precisavam ser melhor equilibrados. Essa relação não está boa.

(Entrevistador) Como você vê o futuro do sistema de saúde brasileiro? Em que lugar, a UNIMED BH se situa?

Ele vai ter que passar por uma nova reforma, não está bom. A população é que está falando isso. Tem uma pesquisa, não sei se da Organização Panamericana de Saúde ou se da OMS, que está *standartizada* internacionalmente, são feitas várias praças, e você pergunta sobre o sistema de saúde. “Estou satisfeito, não precisa mudar nada. Estou satisfeito, mas precisa mudar alguma coisa e estou insatisfeito, precisa mudar tudo”. A Inglaterra é o lugar que tem o menor índice de “precisa mudar tudo”, o maior índice de “não precisa mudar nada”. O Brasil é onde tem o maior índice de “precisa mudar tudo” e, conseqüentemente o menor índice de “não precisa mudar nada”. E aqui estamos falando do sistema de saúde. Então eu acho que vai ter que passar por uma reestruturação. Temos que superar as questões ideológicas do sistema de saúde.

(Entrevistador) O que você chama de questões ideológicas nesse caso?

O SUS virou uma questão ideológica. Então ser contra o SUS é pecaminoso,... qualquer coisa que você fala assim: como exemplo, botar um prestador privado é privatizar o SUS, então tomou um viés ideológico... A *Olga Pané* [médica, especialista em medicina do trabalho e mestre em gestão de serviços de saúde pela Universidade de Barcelona e diplomada em gestão hospitalar] que é lá da Catalunha, da região de Barcelona, teve um evento em que a convidamos lá na UNIMED, para debater visões e ouvir e ela falou assim: “olha, eu não aguento mais discutir esse negócio de saúde no Brasil porque a gente vai discutir gestão e as pessoas querem discutir ideologia e essas coisas não são assim”. Então tem um viés ideológico forte, esquerdista, estatizante.

(Entrevistador) Ideológico no sentido de isso não pode, e isso pode?

É. Isso não pode e isso pode. E aí tem uma âncora pesada no Ministério Público dos estados que condenam prefeituras. Outro dia eu estava conversando com o Secretário adjunto lá de São Paulo, que tinha um programa do *crack* e ele estava funcionando muito bem mas era com funcionários terceirizados de uma entidade lá. Do Estado de São Paulo. Como é mesmo o nome dele? Reinaldo Mapelli [refere-se a Reinaldo Mapelli Júnior, ex-coordenador da área de saúde pública do MP de São Paulo]. Ele é Promotor que atuava na área de saúde e foi convidado para ser não sei se o secretário adjunto, ou o chefe de gabinete lá do Davi Uip e ele fala com muita clareza: “eu mudei de lado, e agora que eu estou do lado de cá eu vejo o quão irracional, quão inconsequente nós somos na questão da verticalização por parte deste pensamento do Ministério Público.” E tiveram que deixar os doentes lá, sem atendimento porque o Juiz mandou desfazer o contrato com a entidade privada. Contrato, segundo ele, feito regularmente, o problema era ele ser privado, um ente privado prestando atendimento na saúde pública. Então quando eu falo que tem que mudar, eu acho que tem que mudar isso, na minha avaliação tem que haver uma aproximação dos dois sistemas para se buscar... eu não chamaria de uma fusão porque é meio radical, acho que ambas as partes iriam reagir, mas pelo menos uma aproximação.

(Entrevistador) No Chile agora, foi criada uma comissão para justamente pensar as questões relativas ao Sistema de Saúde numa perspectiva nacional. Você acha que aqui no Brasil tem espaço, tem ambiente político para algo semelhante, análogo a isso, no atual momento?

No atual (momento), eu não vejo, mas acho que isso tem que acontecer. Estamos em um momento de mudanças, temos que sentar e discutir. Temos que parar com isso de que tem o bem e o mal, o certo e o errado, o bonito e o feio, porque o Sistema de Saúde é essencial ao funcionamento de uma sociedade democrática. Não estamos falando de um detalhe. Estávamos falando antes do campo de pouso do ET de Varginha, se precisa ou não ser privatizado, não estamos discutindo isso. Estamos falando de um negócio que é o cerne do funcionamento

democrático de uma sociedade. Não vejo como a gente não discutir isso numa perspectiva de ver melhorias. Tem alguns obstáculos. Eu acho que na área pública são os maiores. Vejo, também, na área privada. Vejo nas corporações, especialmente na médica. Corporações que tendem a ter um discurso muito retrógrado em relação a qualquer tipo de evolução de modelo, e tudo o mais. E acho que essa fumaça que foi feita com o “Mais médicos”[refere-se ao programa do governo federal de incentivo ao atendimento na atenção básica em vazios sanitários], se por um lado gerou uma grande polêmica...por outro lado mudou-se algumas estruturas no sistema de formação, do sistema de residência [médica]. Enquanto os médicos ficaram preocupados lá com os cubanos e passou um monte de coisas que eles não viram, mas vão sentir em breve. Mas eu acho que isso, claro, vai depender de uma condução mais harmônica. Essa condução pelo conflito não vai muito longe. A sociedade precisa se harmonizar mais. Mas também não tenho expectativa de que vai ter um grande consenso não, mas também não pode ser uma coisa conflituosa demais. No mundo inteiro onde reformas foram feitas, na própria Inglaterra que hoje é um sistema conhecido, houve momentos críticos que teve que se bancar, e tudo o mais. Mas poder de corporações, a ideologia do setor público, uma certa resistência do setor privado, acho que isso, se puder resumir, esses são os grandes “demônios” que temos que enfrentar.

(Entrevistador) A questão ideológica em seu viés público e privado?

Isso. Tem uma ideologia de mercado. Hoje eu sou um curioso de tudo o que diz respeito a incentivos. Eu acho que nas relações humanas, todas, predominam os incentivos. Eu falo que eu gosto muito de engraxar o sapato no aeroporto de Congonhas, e um dia eu estava sozinho lá com o engraxate e tal, eles capricham muito para engraxar lá, aí eu perguntei: “Mas como é que vocês recebem aqui? ” E ele respondeu: “aqui a gente ganha salário mínimo fixo”. Sabe do que ele vive? Ele vive da gorjeta. Então se ele não caprichar no meu sapato, eu não dou gorjeta. Então ele vive da gorjeta e tem que fazer uma graxa muito bem-feita. Porque a maior parte do ganho dele não é o fixo, é a gorjeta, e eu estou falando de incentivos. A área médica está permeada por esses incentivos. Essa questão do sistema de pagamento [pagamento por procedimento] também é um poderoso incentivo. Toda vez que você vê determinados incentivos operando, não adianta, você vai ter que mudar os incentivos. Tem uma que eu gosto muito, na época da toda poderosa da Inglaterra lá eles começaram a extraditar/deportar os presos para Austrália. Contrataram os navios e pagaram por preso para que fossem deportados para Austrália e os índices de mortalidade no caminho eram horrorosos, do tipo assim, 30% do navio morria entre a Inglaterra e a Austrália. Isso virou uma crise no Reino Unido. No dia em que isso chegou ao parlamento, eles fizeram uma pequena mudança, passaram a pagar por preso desembarcado. A mortalidade caiu para menos de 2%; ou seja, muda o olhar que o transportador tem sobre aquele indivíduo que está sendo transportado e tudo o mais. E na medicina, o que está prevalecendo hoje, em todos os aspectos, é a questão dos incentivos. A indústria farmacêutica trabalha magnificamente isso, a indústria de materiais, de equipamentos. Mudar isso não é fácil, mas existem experiências mundo afora mostrando que tem caminhos.

(Entrevistador) Fim da entrevista, vou desligar o aparelho.

UNIMED RIO

Transcrição de entrevista com **WALTER CESAR – ASSESSOR ESPECIAL DA DIRETORIA DA UNIMED-RIO** realizada no dia 25 de setembro de 2014.

BLOCO 1: TRAJETÓRIA DO EXECUTIVO, DESAFIOS, MISSÃO DA EMPRESA E LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

(Entrevistador) O que motivou sua participação na UNIMED RIO?

Como estava dizendo para vocês, a minha ida, ela foi com o objetivo de desenvolver esse novo, vamos dizer assim, novo modelo dentro da Unimed-Rio, que embora seja uma empresa do sistema cooperativo, com toda a lógica do sistema cooperativo, começou a perceber que a própria estrutura da cooperativa, como é um tipo de pessoa jurídica que tem alguns engessamentos, porque você não pode fazer nenhum tipo de operação de mercado, é uma estrutura muito restrita com a própria estrutura de você só poder ter cooperados pessoas físicas, e você começava a ver que naquele momento, tinha um contrassenso empresarial no modelo cooperativista e no modelo que é o modelo do mercado de risco. Por que digo que é um contrassenso empresarial? Porque você tem duas atividades nesse modelo, uma que é essencialmente focada para a distribuição de renda, que é esse o conceito básico da cooperativa, melhorar a qualidade da remuneração. E na outra ponta, você está inserido também dentro de um mercado de risco, que é demandante de capital para formar garantias financeiras, toda a estrutura financeira que uma atividade de risco demanda. Então você começava a perceber que esse próprio modelo, como a gente possuía, ele, por um lado, ele não te dava muita mobilidade, de você poder acessar o mercado, para determinados tipos de operações. Então, se você quisesse buscar um determinado tipo de financiamento em uma determinada linha de mercado, em um modelo cooperativo, ele é muito mais difícil do que você tiver um modelo de empresa mercantil. Então naquele momento, a empresa decide um conceito de verticalização, ela decide estruturar um modelo empresarial adicional sem perder a essência do cooperativismo, em que ela entendia que ela tinha que começar a criar uma espécie de modelo híbrido, para que ela continuasse mantendo aquele objeto principal que era a remuneração do cooperado, mas, ao mesmo tempo, criando essa melhor remuneração através de um contexto adicional que não era só a remuneração direta pela produção, mas uma remuneração via resultado de dividendos, e de crescimento, de uma estrutura empresarial complementar a esse modelo. E isso também, dentro de uma lógica desse negócio em que, em uma visão, muito lógica desse negócio, talvez, até, de uma forma um pouco pessoal também sobre isso, o mercado de risco do Brasil na área de saúde, ele é hoje o único mercado no mundo onde você não tem limitação financeira do risco que está sendo coberto, isso causa hoje,

uma série de conflitos entre os componentes do setor, porque você hoje pode fazer tanto uma pura cobertura simples de uma consulta médica quanto a cobertura de um paciente em estágio vegetativo, em uma unidade de terapia intensiva, por prazos indeterminados, que dependendo da estrutura dessa empresa, dependendo do volume de usuários que essa empresa tem, isso pode representar a morte da empresa, se ela efetivamente não tiver uma estrutura financeira suficiente, para cobrir isso dentro de uma escala que dilua esses custos, como, ao mesmo tempo, mostra que você precisa buscar alternativas de como mitigar e controlar esses custos para ser mais eficiente. Então quanto menor é a fonte de entrada de recursos, porque você tem um único financiador desse processo, que é o pagamento pelo usuário, e em baixo você tem uma cadeia de custos que passa por toda a prestação de serviços, seja na área de hospitais, SADT, enfim, atendimento primário na parte médica, e você dentro de uma equação com limitação de precificação, porque você, (...), quando digo que não tem limite, é porque o preço em si, aí, isso falando exclusivamente aqui, em um conceito de precificação de um modelo de risco, não quero, não vou entrar aqui no conceito, não vou entrar aqui em uma discussão política, se existe essencialmente se existe o direito à saúde, eu acho que isso é evidente, mas acho que esse negócio, aí, eu acho que o grande problema do setor hoje é de não entender que esse negócio, apesar de ter um viés assistencial importante, apesar de ter um apelo político importante pelo tipo de produto que é, ele é ao mesmo tempo, ele é um produtos que tem um viés financeiro importante porque ele faz cobertura de risco, essa cobertura de risco nesse modelo, ela é ilimitada, então é impossível, muitas vezes, você conseguir em um modelo de cobertura de risco sem limite, você trabalhar com níveis de precificação adequados para esse produto, quando você precifica você sempre tem algumas intercorrências no curso do produto que são: aumento do rol de procedimentos sem a devida precificação, prazos de revisão que para você inserir alguma recuperação desses custos que nunca acompanham sua curva de custos, inflação médica superior aos próprios reajustes do setor. Isso é número, eu não estou aqui falando de conceitos políticos e, eu sempre brinco, que número é feio e mal-educado. E quando você começa a comparar que a tua precificação ela não acompanha a sua estrutura de risco, você tem que buscar alternativas para tentar ser mais eficiente para gerir essa disponibilidade de recursos que você tem. E um dos modelos em que a gente acredita hoje e foi a linha que a empresa optou, foi um modelo de buscar uma verticalização, não necessariamente uma verticalização total, mas uma verticalização que te permitisse, pelo menos um controle mais efetivo da cadeia produtiva, e por que isso? Porque a gente hoje acredita fielmente que o controle dessa parte da cadeia produtiva te permite ser mais eficiente em dar o melhor que o cliente pode dar com otimização de recursos, permite que você crie uma identidade direta no seu atendimento com seu cliente, sem que necessariamente você tenha que fazer economia na oferta do serviço. Então, os serviços da Unimed-Rio, hoje, eles primam, apesar de tudo, por uma qualidade de entrega para o cliente que é superior ao que você encontra hoje na maioria dos serviços que estão disponíveis no mercado. Isso sem fugir de uma relação ética, tanto com o prestador, como com os serviços acoplados. A Unimed-Rio é a única empresa do setor, que não estabelece com o médico, por exemplo, a ausência de pagamento por retorno de consultas, e nem interfere na relação do médico com o paciente, procurando ser ética nas condutas determinadas com o paciente. E a gente vem conseguindo ao longo dos anos, manter níveis de sinistralidade bem controlados em relação à média de mercado. A gente vem operando entre 72% no ano passado, esse ano houve um aumento bastante substancial da sinistralidade, a gente ainda continua com uma sinistralidade boa, mas já está na casa de 76% esse ano, o que mostra um efeito bastante relevante de uma mudança de mercado nesse último ano que elevou muito a sinistralidade do setor.

(Entrevistadora) Você disse que foi uma opção pelo modelo híbrido, mas esse modelo híbrido, ele significou a criação de uma outra empresa, além da Unimed-Rio?

Significou, na verdade o modelo híbrido, quando eu falei de remunerar o cooperado através de duas fontes de recurso, uma através da própria produção, e outra através de uma linha de negócios no modelo mercantil, ele gerou a criação de uma *holding*, que hoje se chama Unimed Participações, e que abaixo dessa *holding*, toda a linha de negócios da empresa, ela está distribuída de prestação de serviço, ela está distribuída abaixo dessa *holding*.

(Entrevistadora) Mas essa Unimed Participações ela foi criada antes.

Não, vamos lá, só para a gente não confundir. Existe uma empresa Unimed Participações, que é uma empresa vinculada diretamente à Confederação Nacional que é a Unimed do Brasil. Essa Unimed Participações é a Unimed-Rio Participações. [...], tem a **Unipar** que é um braço da Confederação, e a gente entendeu em criar uma estrutura no Rio de Janeiro, específica para receber o negócio. Ela [essa estrutura] só existe no Rio de Janeiro, e eu tenho conhecimento de que algumas Unimeds, na carona do que fez a Unimed-Rio, entenderam que esse era um modelo interessante e, algumas Unimeds, eu tenho conhecimento, que replicaram esse tipo de estrutura. Por que, por exemplo, hoje, eu não consigo ir ao mercado, fazer uma emissão de debênture, o modelo cooperativo ele é muito complicado, porque embora o cooperado seja dono, é muito difícil você ter acesso ao capital através da capitalização do cooperado, ele de uma certa forma, não é muito simpático à contabilização do negócio. Então ele de alguma forma, você tem dificuldade de ter acesso ao capital através de chamadas de capital, então, por exemplo, se eu amanhã quiser fazer alguma linha de financiamento através de algum modelo de alavancagem financeira, de financiamento, criar uma alternativa quando você não tem acesso ao capital próprio, e você utiliza capital de terceiros, você precisa ter uma linha que você tenha mobilidade. Cooperativa, por exemplo, ela não pode fazer uma emissão de debêntures, então fica muito mais fácil você fazer uma emissão de debêntures quando você utiliza uma estrutura mercantil.

(Entrevistadora) Essa Unimed Participações, ela tem como acionistas principais quem?

A própria Unimed-Rio.

A Unimed-Rio tem 99,99% de participações e uma ação, porque você sempre tem que ter os dois, é do presidente que está em exercício.

(Entrevistadora) Quem é o presidente?

Hoje é o Celso Barros. Isso aí, no próprio Estatuto da empresa, fica claro que a ação ela fica nominalmente ao presidente em exercício que se obriga a transferir sempre que houver mudança no cargo.

(Entrevistadora) Mas essa estrutura, você vinculou as duas coisas, quer dizer, a criação do modelo híbrido e a verticalização...

Na verdade, as duas coisas são uma só, quero dizer, o que chamo de modelo híbrido, na verdade, é você, porque, o que chamo de modelo híbrido, na verdade, é um modelo de remuneração do cooperado, porque o cooperado, na verdade, o que ele quer? Ele quer, o objetivo da cooperativa é distribuir renda, dar melhor remuneração para o cooperado, só que a produção simplesmente do negócio, ela às vezes fica limitada pela necessidade de você fazer investimentos. Então, como a gente entendeu que era importante que a Unimed-Rio para crescer ela pudesse oferecer outro tipo de produto mais estruturado para seus usuários, ela decidiu ir para a verticalização. No momento que ela decidiu ir para a verticalização, o que ela está fazendo na verdade? Esse cooperado que recebe a produção, também é dono, via cooperativa, de uma linha de negócios novos que estão sendo criados. Então, parte do recurso que a cooperativa arrecada da sua operação, foi investido em uma nova atividade, seja através de um custo financeiro que ela tem que pagar para uma operação de alavancagem, etc., etc., e no final esse cooperado, ele está tendo o que? Ele está tendo um crescimento do volume do seu negócio, porque além da cooperativa, enquanto negócio de saúde suplementar puro que é plano de saúde, ela passa a ter uma linha de negócio que agrega valor ao, sendo redundante, ela agrega um componente a mais ao próprio valor da empresa...

(Entrevistadora) A gente entendeu essa parte, o que fica difícil entender é o seguinte: então, a Unimed-Rio ela é a dona da Unipar, da Unimed Participações Rio, agora, não é qualquer quotista que tem igual quota na Unimed Participações Rio...

Na prática hoje, qualquer quotista não, todo o cooperado, todo o cooperado é dono na mesma proporção.

(Entrevistadora) Já entendemos. Mas e os que não são na mesma proporção?

Não existe hoje. O único caso diferente que tem na Unipar é uma quota do presidente, porque você precisa ter dois acionistas, e é desprezível isso.

(Entrevistadora) Então todos os cooperados são os donos do Hospital?

Todos os cooperados são os donos do hospital.

(Entrevistadora) Mas o Hospital foi vendido agora...

Não, eu não sei, eu desconheço isso...

(Entrevistadora) Ué, mas saiu na imprensa...

A imprensa falou bobagem. O Hospital não foi vendido, não existe venda de Hospital. Então hoje, o que é importante você entender é o seguinte: hoje a Unimed Participações ela é a grande detentora de um conjunto de ativos que estão em mãos. A operação da atividade da Unimed Participações, ela é uma *holding*, e a *holding* realiza uma série de negócios. É possível que em algum momento, eu faça um negócio que eu traga um terceiro para participar desse negócio. Exemplo, no ano passado, a gente montou uma empresa de oncologia, essa empresa de oncologia, na verdade, o que foi isso? Foi uma sacada que nós tivemos. A oncologia para mim é custo puro hoje, só que nós temos uma demanda hoje, de quase, naquela época, de 100 milhões de custo de oncologia ano. Por que eu vou ficar dividindo o bolo e não vou ao mercado? Busco um operador específico que queira comprar *share* de mercado e eu faço um negócio com esse operador. Ele compra uma parte desse *share*, capitaliza a minha empresa, e, ao mesmo tempo, eu passo a participar do EBITDA [sigla em inglês para *earnings before interest, taxes, depreciation and amortization*, que traduzido literalmente para o português significa: "Lucros antes de juros, impostos, depreciação e amortização"] de uma operação, que antes ficava exclusivamente com o meu fornecedor. Na prática, o que eu estou fazendo em síntese? E eu estou reduzindo e estou compartilhando risco, estou reduzindo meu custo médio, porque esse EBITDA que entra sobre esse negócio, no fundo no fundo, em uma aplicação objetiva vai reduzir o valor do meu custo médio pela parcela de dividendo ou de apropriação de resultado que essa empresa tiver. Então, esse é o caso em que tenho a participação de um outro sócio. Nós compramos 30% de participação do Hospital Norte D'or, que é um hospital da Rede D'or, então essa é uma atividade pura e simples da *holding*, então, a *holding* ela é uma sociedade de negócios, que pode ter participação de 100% em um determinado negócio ou ela pode, em algum momento, fazer um tipo de operação. Amanhã, nada impediria, pelo tipo de negócio que é, que, por exemplo, a empresa que é detentora hoje do Hospital, que amanhã, se quisesse capitalizar, que comercialize uma parte desse ativo com um terceiro que queira dividir o risco.

(Entrevistadora) Mas a empresa que é detentora do Hospital, ela é uma outra empresa.

Ela é uma outra empresa.

(Entrevistadora) Essa empresa que é a dona do Hospital e a empresa que é dona da empresa

de oncologia, são outras empresas, assim como, o Hospital.

É, hoje você tem Unimed Participações, tanto que você vai ver no material que te mandei, você tem um organograma das participações societárias que existem hoje no chamado Grupo Unimed-Rio. Então você tem hoje, Unimed-Rio, que é praticamente 100% detentora da Unimed Participações, e abaixo da Unimed Participações, você tem hoje, Unimed Empreendimentos que tem dentro dela o Hospital, os pronto-atendimentos, e uma empresa de promoção e prevenção à saúde chamada *Espaço Para Viver Melhor*. Você tem 30% de participação no Hospital Norte D'or, você tem 50% de participação no negócio de oncologia, e você tem uma empresa que foi criada, que é uma empresa chamada *Centro de Excelência Física*, que é um modelo de promoção e prevenção na área de fisioterapia motora, e que estimula o paciente no final à prática, quer dizer, além da fisioterapia motora, a recuperação cárdio-metabólica, estimula o paciente no final, à prática de atividade física. Então é um projeto focado basicamente não só na recuperação como em qualidade de vida posterior do paciente. Então, e cada unidade dessa aí, você, por exemplo, no caso do CEFI, você tem 51%, você tem o controle, no caso da oncologia você tem 50%, no Hospital Norte D'or você tem 30%, e na Unimed Empreendimentos, que é dona do Hospital, você tem 100%.

(Entrevistador) Você falou em limitação de riscos, de verticalização e limitação de riscos. Esses exemplos que você deu, estão relacionados com essa estratégia de limitação de risco, é nesse sentido?

A limitação do risco para mim, ela é muito objetiva, a limitação do risco seria uma limitação através de um tipo de precificação de produto em que você efetivamente limitasse o risco que você está cobrindo como em qualquer como em qualquer ramo de natureza securitária. Não conheço hoje no mundo, exceto esse nosso caso no Brasil, nenhum tipo de mercado de risco, em que você não tenha limite financeiro de cobertura, você não pode ter uma avenida aberta. Eu entendo assim, isso sendo muito claro, não sou um defensor do estabelecimento de um modelo financeiro puro nesse negócio, mas é importante que a gente entenda que saúde efetivamente não tem preço, mas tem custo. Então eu não consigo hoje dar cobertura infinita em um negócio, o que a gente faz com a verticalização é procurar mitigar os efeitos dessa ausência de uma cobertura de risco.

(Entrevistadora) A Unimed verticalizou, mas na realidade a sinistralidade permaneceu mais ou menos a mesma...

Não, eu acho que não, porque hoje se você consegue... o fator de aumento da sinistralidade ela tem uma outra consequência totalmente diferente.

(Entrevistadora) Que é a mudança de carteira?

Não, não só, mudança de carteira foi um pequeno patamar nesse conceito, mas acho que a gente não pode deixar de considerar que houve uma mudança significativa no mercado de um ano para cá, com a própria, vamos dizer assim, interferência, do órgão regulador na medida em que houve uma aceleração na fila com a introdução do modelo de NIPs [Existe na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) um procedimento chamado Notificação de Investigação Preliminar (NIP), que permite à agência reguladora mediar conflitos entre usuários e operadoras de planos de saúde, sejam eles médicos ou odontológicos, em casos de negativa de cobertura]. Isso aí eu não sou eu especificamente que estou falando isso, pode pegar qualquer empresa do setor, em que você experimenta hoje uma aceleração da curva de sinistralidade decorrente da própria aceleração da fila de atendimento. [não fosse a verticalização] Poderia ter causado um efeito maior. E veja, a própria verticalização, ela, em algumas estruturas, como a nossa, por exemplo, ela ainda não trouxe efetivamente todos os reflexos esperados porque boa parte dos negócios que a gente estruturou eles estão em fase de *run up* [expressão anglofônica para *perspectiva futura positiva ainda não concretizada*]. Então, por exemplo, eu tenho um hospital praticamente com um ano de vida, eu tenho uma empresa de oncologia que ainda não completou um ano, eu tenho um Hospital Norte D'or, que eu entrei, que é um modelo novo, que tem dois anos de vida. Então evidentemente que na projeção de, digamos, projeção de estado *flat* [maduro], vamos dizer assim, de maturidade dessas operações, elas têm que trazer, e devem, e trarão uma redução do custo. Eu tenho várias coisas que você pode dizer que essas operações elas trazem de benefícios. Então vamos lá: Hoje você sabe, por exemplo, um dos grandes problemas do mercado que hoje a gente tem na área de plano de saúde é custo de OPME [órteses, próteses e materiais especiais]. Isso é um buraco negro que existe dentro dessa atividade, me reservo aqui a não fazer determinados comentários sobre isso, mas vocês devem muito bem saber o que estou falando, isso faz com que você tenha um nível de cadeias de intermediação dentro desse negócio que tornam o custo final dessa operação extremamente caro. Em uma atividade em que você controla o alto custo, em um Hospital de alta complexidade que você faz as aquisições diretamente, você elimina determinadas cadeias de intermediação nesse negócio, e isso faz com que você consiga obter ganhos importantes de redução de custo de *mat/med* [material médico] nessa área especificamente. A possibilidade de você estabelecer protocolos médicos específicos de atendimento faz com que você consiga ter uma gestão mais eficiente do paciente. Toda a nossa atividade ela trabalha com prontuário eletrônico integrado, então hoje quando um paciente meu é atendido em um pronto atendimento e ele é deslocado depois para uma unidade hospitalar, quando esse paciente chega, eu já tenho toda informação e todos os exames que esse paciente realizou no atendimento inicial, então isso evita que eu esteja replicando, eu tenho muito mais controle sobre a atividade médica, e muito mais eficiência no tempo médio de internação desse paciente, eu tenho hoje, só para vocês terem uma ideia, exemplo típico aqui, as minhas unidades de pronto atendimento em Copacabana e Barra da Tijuca, eu tenho na Barra da Tijuca um índice médio de internação de 1.9 para cada 100 pacientes que são atendidos e tenho 1.7 em Copacabana, apesar de ser uma área com população de faixa etária alta, e eu trabalhava em médica com minha rede terceirizada com 6. Se você pegar esse nível de custo evitado e multiplicar por um *ticket* médio de internação, você tem valores substanciais de economia de custo nesse negócio, entendeu.

(Entrevistador) Essa empresa, CEON, Centro de Excelência Oncológico, essa associação é só aqui no Rio ou outros Estados também?

Só aqui no Rio porque a gente tem limitação geográfica. A Unimed-Rio ela só pode atuar Rio de Janeiro e Duque de Caxias, que são as nossas áreas de atuação.

Veja, a verdade é o seguinte, sendo muito franco, como o negócio CEON, ele é um negócio fora do negócio “plano de saúde”, nada impediria que eu exportasse serviço para outras unidades, mas por uma questão, até de respeito ético pela localização geográfica você evitaria. Você pode até fazer, vamos imaginar assim, a pedido de uma outra Unimed, vamos dizer que uma Unimed não tenha capacidade de investimento para montar uma operação dessa, e solicita ao CEON que desenvolva uma operação dessa naquela região, é possível que nos façamos, e nesse caso não haveria limitação, mas hoje existe uma limitação dentro.

Aqui no Rio, a nossa estratégia aqui no Rio, ela foi um pouco diferente da estratégia Unimed Campinas. A Unimed Campinas ela montou um modelo que gerou um certo embate nesse nível de negócio, também montaram um centro oncológico próprio. A gente fez a opção de buscar um grande operador de mercado e não captar 100% da atividade. A gente pegou uma fatia do mercado, e trouxe para dentro de casa com um grande operador então eu fiz uma opção, evidentemente, para não ter amanhã, dizer assim, *ah o cara montou uma operação, importou oncolologista, brigou com o mercado*, na verdade a gente queria inclusive uma *expertise* de um grande operador, para que essa operação pudesse ser uma operação de sucesso, investindo em qualidade, qualidade no corpo clínico, essa foi a opção da gente aqui no Rio.

(Entrevistador) vamos retomar, a questão justamente do seu histórico assim, profissional e pessoal antes de você trabalhar na área de saúde, você sempre trabalhou na área de saúde?

Eu sou oriundo de empresa de auditoria, trabalhei na antiga *Roberto Dreyfuss*, que virou KMG depois KPMG, saí dessa empresa, trabalhei alguns anos na área tributária, na *Fiat do Brasil*, que era uma *holding* do Grupo *Fiat*, depois eu voltei para área de consultoria externa, nesse caso em outra empresa de consultoria, que é a *Ernest Young*, onde eu fiquei e permaneci durante determinado tempo, antes disso, depois disso eu fiquei um período na Amil quando, na área de saúde, durante uns treze anos aproximadamente, inclusive, com uma experiência no exterior [Argentina], e depois fiquei um tempo mais em consultoria, mas por conta própria, tive uma experiência aqui na Agência durante um período, na DIOPE [Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras] , e depois saí da ANS, e fui trabalhar na Unimed, então estou na Unimed desde de 2007 aproximadamente.

(Entrevistador) Quanto ao seu histórico, quando você ingressa na área da saúde, desde o início, o que você acha que mudou, como a coisa evoluiu até hoje?

Eu vou te falar uma coisa, eu acho, o que mudou, é que eu vejo hoje, um modelo de saúde suplementar muito mais crível do que era em 96, se eu não me engano, 89, quando ingressei nesse mercado. Por que eu digo que ele é muito mais crível? E, eu posso dizer assim, que me

sinto um pouco responsável por isso também, pelo trabalho que foi desenvolvido aqui na época da gestão do Alfredo [refere-se a Alfredo Cardoso, ex-diretor de Normas e Habilitação das Operadoras da ANS], porque eu acho que o mercado, naquela época, era um mercado de risco, que não oferecia nenhuma garantia para o usuário, talvez que ele tinha o controle claro, da operadora em relação ao usuário. Então eu diria que era uma relação desigual, em que o mercado, de alguma maneira, ele era gerido diretamente pelas operadoras, e os atores desse mercado, eles de alguma forma, fora o usuário, eles acabavam se satisfazendo um pouco porque, era comum, quando a coisa ficava ruim, você aumentava o preço, você não tinha grandes controles sobre esses reajustes, você não tinha nenhum estabelecimento de padrão de cobertura mínima, você não tinha garantia financeira dos níveis de cobertura que se fazia, isso era, que eu chamo assim, de uma grande bicicleta, em que você, até por uma estrutura de reajustes, não era controlada, você acabava de alguma maneira inibindo o controle da ineficiência das empresas, em função de uma estrutura perversa de reajuste desse modelo. A regulação, eu acho que ela veio, de uma forma muito positiva, disciplinar um pouco o papel dos atores nesse setor, então começa a estabelecer desenho de produto, dá um produto pós-lei com maior garantia, principalmente para o usuário pessoa física, ele estabelece a cobertura universal, que é o padrão mínimo que cada operadora tem que prestar para os seus associados, começa a se estabelecer a formação de um padrão garantias financeiras em que foca na necessidade de capitalização dessas empresas, que é perfeitamente saudável, com o qual eu concordo plenamente porque começa a dar mais credibilidade ao mesmo tempo sustentabilidade pelas empresas, mas apesar de tudo isso, o que eu acho [é que] o desenho em si ele ainda carece de alguns ajustes. Por quê? Porque eu acho que, primeiro porque você pegou o mercado, diferentemente do mercado securitário, que é uma sopa de letrinhas, você tem medicina de grupo, odontologia de grupo, cooperativa, filantropia, seguradora especializada em saúde, você pegou esse pessoal e tentou colocar tudo na mesma bolsa. O que acontece? As fontes de capitalização dessas empresas, não são as mesmas, são diferentes, e a capacidade de geração em um negócio de margem muito pequena, ela não possibilita, em determinados níveis de negócio, que você consiga atingir os níveis que se estabeleceram de garantias e de volumes. Não precisa dizer muito, se você pegar hoje as Resoluções da Agência que estabelecem as garantias financeiras, vocês podem fazer o exercício que vocês quiserem fazer, com raríssimas exceções, excluindo algumas seguradoras de saúde, não são todas, excluindo as seguradoras, e talvez uma grande operadora, que é capitalizada por um grande grupo internacional hoje, se você tirar esses extremos, você pode pegar toda a geração de caixa das empresas, e fazer uma curva de geração de caixa dessas empresas, inclusive incluindo a capacidade de reinvestimento que essas empresas têm que ter, e vocês vão se deparar que dificilmente eles vão atingir o prazo que foi estabelecido para você compor essas garantias financeiras. Essa é uma realidade, então, eu acho sim, que deve se manter esse sistema, mas você não pode simplesmente quebrar essas empresas porque os modelos são diferentes, então acho que você tem que mudar a dose, talvez repensar esse modelo para que ele seja contínuo mas que ele possa dar mais oxigenação para as empresas. Hoje você vê, um grande número de empresas hoje, em situação difícil, ou em regimes especiais, porque simplesmente não conseguem gerar caixa suficiente para atingir esses montantes. Isso não significa dizer que essas empresas gerem uma má prestação para os seus usuários, agora, o negócio em si, ele é de margem diminuta, você trabalha com um negócio que vai gerar 2, 3% de margem líquida, e você vê que a velocidade de geração de uma margem de solvência no período estabelecido ela é muito maior e você não gera caixa. E qual é o investidor, seja ele cooperado, seja ele pessoa jurídica, que vai ser estimulado a capitalizar um negócio que dá a ele taxa de retorno de 2% ao ano, quando ele vai conseguir minimamente 6 a 8 e 9% ao ano em qualquer outro tipo de ativo financeiro sem risco. Então,

acho que esse é um modelo que precisa ser revisto, assim como eu acredito também, esse modelo de produto, ele precisa ser repensado, eu acho que a gente tinha que, sem mexer na qualidade de atenção para o usuário, acho que a gente deveria pensar em modelos de produto que previssem modelos de capitalização nos prêmios captados ao longo da vida do usuário.

(Entrevistadora) Isso, por exemplo, a Unimed-Rio ela tem procurado, assim, ela tem hoje uma linha de produtos capitalizáveis?

Hoje não, hoje não, até porque, a Unimed-Rio hoje ela enfrenta nesse momento a própria dificuldade, que muitas empresas encontram hoje, de atingir seus próprios níveis de ativos garantidores. Então se você ainda não consegue gerar hoje um volume de caixa suficiente para pagar seu pedágio, como você pode pensar hoje em modelos novos de capitalização? Então acho que isso hoje tem que ser um avanço, que tem que ser combinado com uma estrutura de montagem dessas garantias de forma diferente. E quando digo modelos de capitalização, é que além de evitar as questões que vocês conhecem bem, que são as variáveis de preço por mudanças de faixa etária, isso daria um pouco mais de tranquilidade para esse usuário, saber que lá na frente ele não vai ter um impacto tão grande. Esse modelo poderia ser usado, esse capital poderia ser utilizado, em situações de desemprego, de qualquer outra coisa para manter (...)

(Entrevistadora) Mas você lembra que esses modelos de capitalização eles foram pensados durante a regulamentação, e eles foram pensados pós regulamentação, então não estamos falando de nada novo.

Não, não.

(Entrevistadora) a pergunta que a gente queria fazer a você era mais específica à Unimed-Rio...

Hoje ela não tem nenhum modelo, nenhum produto com esse tipo...

(Entrevistadora) E nem está no horizonte pensar nesse sentido?

Existem hoje, existem estudos nesse sentido, até sobre a forma de você fazer um desenho de produto com esse tipo, com esse viés, está no radar da empresa hoje.

(Entrevistador) E com relação a programa de medicamentos?

Hoje a gente não tem hoje nenhum programa de medicamentos, o máximo que a gente tem, são convênios com algumas redes de farmácia, que acabam dando concessão de desconto.

(Entrevistadora) Quais são as redes?

Que eu me lembre, no Rio de Janeiro, acho que *Drogaraia*, acho que tem convênio com a gente, acho que só, acho que só praticamente, a grande rede hoje.

(Entrevistadora) Mas está no horizonte pensar sobre isso?

Olha só, vou ser bastante franco com você, esse negócio hoje ele é um negócio que está relacionado a custo sempre, qualquer atividade no modelo de medicamento que implique em custo e que não seja precificado, acho que não está no horizonte de operadora nenhuma no mercado, mas se houver possibilidade de você efetivamente ter um tipo de produto que você possa precificar, evidentemente tudo aquilo que gere benefício para o usuário isso tem tudo a ver com a missão da Unimed.

A missão da Unimed hoje, no conceito da gente é a gente oferecer uma solução ética com alto valor de qualidade assistencial aos usuários, se eu fosse resumir basicamente o que a empresa pretende hoje, é isso, e se vocês, vocês estão convidados, se vocês um dia tiverem possibilidade de visitar uma unidade nossa, vocês vão conseguir tangibilizar o valor que a gente dá no acolhimento do paciente. Agente tem hoje, sem fazer qualquer tipo de economia, o melhor hospital do Rio de Janeiro hoje com um nível de qualidade de atendimento que no primeiro ano de operação foi considerado, talvez, a segunda rede hospitalar no Rio de Janeiro, para a gente com um ano de atendimento.

Eu não estou fazendo *marketing* não, eu acho que se eu efetivamente não acreditar no que eu estou falando, e o que estou dizendo é uma verdade, e você está convidada para tangibilizar na hora que você quiser...sem problema nenhum...

BLOCO 2: RELAÇÃO DO GRUPO ECONÔMICO COM OUTRAS EMPRESAS DO SETOR, USUÁRIOS PRESTADORES E ÓRGÃO REGULADOR

(Entrevistador) Qual a participação da empresa no mercado de planos e seguros de saúde privados? Qual a relação com outras empresas do setor? Participa de alguma entidade representativa do setor saúde? E setor empresarial/industrial em geral?

A gente hoje, no Rio de Janeiro, a gente participa hoje com 26% no mercado hoje no Rio de

Janeiro, a gente hoje é líder no mercado.

A gente tem hoje o Hospital, tem empresa de oncologia, essas são as relações que a gente tem na área de prestação de serviços com empresas de outro ramo...

(Entrevistador) Vocês participam da vida representativa, se vocês têm representantes nos órgãos do setor, no ramo de atividade empresarial?

Hoje na verdade toda a representação do sistema Unimed ela está relacionada com a própria Confederação, toda a representação do setor é feita através da Unimed do Brasil. O que existe, são representações locais, você participar, por exemplo, do IBEF [Instituto Brasileiro de Executivos de Finanças], e coisas desse tipo, mas não existem, representações formais, que fujam da gestão da Unimed do Brasil, que é quem representa o sistema hoje.

Normalmente toda a parte, vamos chamar assim, toda a parte de representação política do setor, junto aos órgãos públicos, Câmara de Saúde Suplementar, participações em Câmaras Técnicas, toda essa representação, ela é direcionada e capitaneada pela Unimed do Brasil.

(Entrevistador) Isso vale também para o setor empresarial de um modo geral?

De um modo geral sim.

(Entrevistadora) Vocês participam do Conselho do Rio de Janeiro?

Não...

(Entrevistadora) Tem certeza?

Tenho certeza.

(Entrevistadora) E nem participa da Câmara do Comércio do Rio de Janeiro, porque eu acho que vocês participam...

Eu confesso que desconheço.

Não sei, eu desconheço, sinceramente, não saberia te responder com precisão, posso até olhar, aí

depois te mandar uma relação das representações locais que existem. Tem coisas, que às vezes, não passam por mim...

(Entrevistador) Como analisa a atuação da ANS? Qual a relação da empresa com a ANS? Qual sua opinião sobre a atual regulamentação dos planos de saúde?

Eu vou ser franco, eu acho até que sou suspeito, eu acho que a Atuação da ANS nos últimos anos, na minha opinião, ela tem sido bastante positiva, a única coisa que acho que precisa evoluir é que a função da ANS, e até talvez pelo cunho dessa regulamentação, que é uma regulamentação com apelo consumerista muito forte, eu acho que você acaba não, em algumas situações, não tendo um perfeito equilíbrio no papel do regulador dentro desse setor, então você acaba muitas vezes tendo um enfoque muito consumerista. Eu acho que a Agência, fora esse aspecto, eu acho que ela tem tido uma evolução muito grande, eu acho que ela cresceu muito nos últimos anos, mas, ao mesmo tempo, acho que ela precisa estabelecer um pouco mais esse equilíbrio entre os *players* do setor, com atuação, que veja, como falei já, desenho de produto, essas situações que acho são importantes também. Agora, de um modo geral, eu acho que o pessoal tem feito um esforço grande aí, não é simples. A Agência, no meu ponto de vista, não vejo a Agência ainda 100% independente, eu a vejo sofrer com influencia muito grande de outras estruturas do governo, que de alguma maneira acabam levando um papel que deveria ser independente na linha de uma busca de atendimento a políticas de governo e isso eu acho que para um conceito de Agência Reguladora isso não é benéfico, acho que a Agência tinha que ter um papel mais isento, no sentido de analisar essa operação de uma forma mais fria, para poder e atuar efetivamente de forma independente. Agora, isso só as chamadas circunstâncias políticas que às vezes também não são muito fáceis de serem controladas. Mas acho que a Agência teve um papel importante, continua tendo, acho que a evolução da Agência nesses últimos anos ela foi importante até para dar mais credibilidade para esse setor. Se a gente hoje consegue ver uma empresa fazer IPO [*Initial Public Offering* ou Oferta Pública Inicial- tipo de oferta pública em que as ações de uma empresa são vendidas ao público em geral numa bolsa de valores pela primeira vez. É o processo pelo qual uma empresa se torna numa empresa de capital aberto], investidores externos olhando o mercado financeiro de uma forma mais atrativa. Isso há alguns anos atrás seria quase que impensável nos modelos que nós tínhamos há 15, 20 anos atrás.

(Entrevistador) E você acha que a ANS tem participação?

Acho que a ANS tem um papel importantíssimo nisso, eu acho que todo esse contexto, toda essa preocupação, na regulação econômica e financeira do setor, regulação de produtos, por mais que os atores do setor tenham seus choros individuais, isso faz parte do negócio, cada um evidentemente está vendo o foco no seu objetivo pessoal, isso aí cria os chamados conflitos, eu acho do papel do regulador nesse sentido, ele foi bastante importante e positivo de uma maneira geral. Agora, lógico, toda a atividade pode sofrer ajustes e melhorias, tem algumas acho que citei para vocês.

Eu confesso a você o seguinte: eu acho que a Regulamentação daqui para frente, eu acho que, não a regulamentação especificamente, mas, eu diria, esse setor, porque eu acho que o contexto é outro, eu acho que ele tem, de alguma maneira, tem até uma pergunta que vocês fazem no questionário, eu acho que tem muito a ver com isso, tem alguns desafios, eu acho que são muito importantes hoje dentro desse setor. Primeiro é, como eu enfrento hoje um modelo que foi estabelecido hoje, como é que eu enfrento hoje a, por exemplo, o envelhecimento da população dentro de uma escala que a gente percebe hoje que é crescente por projeções até de aumento dessa população que seja por aumento de qualidade de vida, seja pelo aumento da tecnologia médica que oferece hoje melhor qualidade, melhores condições de uma vida um pouco mais longa dessas pessoas, mas esse eu acho que é um negócio que o plano de saúde vai ter que enfrentar, é como trabalhar com um produto que, de alguma maneira, ele absorva também essa população. Isso é uma coisa que eu acho que é um desafio importante, outra coisa que eu acho um grande desafio desse negócio, na minha opinião, para o futuro é, quais são as soluções que a gente vai identificar para a falência que existe hoje do modelo do mutualismo. Hoje nós temos esse negócio baseado no modelo de mutualismo, que antes trabalhava dentro de um contexto de pirâmide etária, e hoje eu trabalho em um contexto de barril etário, cada vez mais estreitei essa base da pirâmide, e até pelas próprias estruturas que foram definidas de faixas, entre a menor faixa e a maior faixa, que acaba produzindo um encarecimento maior das faixas mais jovens que acabam entrando mais tarde dentro do produto e isso, de alguma maneira, mexe muito com o modelo de financiamento desse setor, e aí é que eu digo, de repente o desenvolvimento de algumas estruturas com limitação de cobertura de risco permita maior previsibilidade e você consiga ter uma linha de produtos mais acessível. Eu embora, assim, eticamente não seja muito favorável, mas acho que algumas discussões sobre modelos ambulatoriais com cobertura de riscos pré-definidas, eles têm que ser repensados dentro desse contexto. Enfim, uma das coisas que eu vejo assim também preocupantes, é que eu vejo uma sinalização muito negativa para o futuro, em relação às pequenas empresas, pela incapacidade total dessas empresas de alcançarem esse modelo de capitalização e de garantias financeiras que foram estabelecidos, e que no meu ponto de vista ele não foi pensado de uma maneira que previa, que estabelecesse parâmetros diferentes para diversas naturezas de empresa. Hoje, vocês que são pesquisadores, procuram olhar a saúde ao nível nacional, vocês sabem que existem determinadas regiões nesse país que você não tem grandes opções de prestação de saúde que não seja determinada empresa local, e essa empresa, muitas vezes, ela é uma empresa pequena, e sem uma capacidade de esforço de capitalização na linha que se exige hoje. Então, isso é um desafio porque você atualmente você pode simplesmente, por uma questão regulatória, você tirar uma empresa dessa do sistema e você ter uma população que aumenta cada vez mais a fila do SUS, e por sua vez, até porque, os recursos eles não são infinitos, eles acabam comprometendo a própria qualidade da prestação[...]

[no que se refere à relação com outras empresas do setor saúde] na área de prestação de serviços médicos, sim, em outra natureza não. A diversificação de atividades por empresas de planos de saúde, eu já de certa maneira já falei para vocês porque esse é hoje o foco estratégico da empresa de focar em um modelo de verticalização, ainda que não total, mas que você tenha, pelo menos, um controle de algumas etapas dessa cadeia produtiva como uma forma de mitigar risco ou custo.

BLOCO 3: CAPITAL E DIVERSIFICAÇÃO DE ATIVIDADES

(Entrevistador) E a perspectiva da chegada de capital estrangeiro, como você vê isso?

Eu não sou contra não, tá.

(Entrevistadora) Como a Unimed-Rio vê...

Veja, eu acho o seguinte hoje, a Unimed-Rio, ela entende que, quando ela fez a opção de ir para uma linha de diversificação de negócios com a constituição de uma *holding*, ela hoje está aberta para a discussão de qualquer linha de investimento dentro desse negócio, ainda que essa linha de investimento seja oriunda do capital estrangeiro, então a empresa hoje olha isso com muita naturalidade.

(Entrevistador) Você tem alguma, concretamente assim, alguma relação que esteja sendo construída nesse momento?

Essa pergunta eu não poderia te responder na plenitude que você está me perguntando, eu posso te dizer o seguinte, hoje, a gente hoje não veria como inviável a participação de um investidor em uma linha de negócios, ou parcialmente, ou em modelo mais global dentro do negócio da saúde suplementar. Hoje não poderia te afirmar se existe alguma situação dessa, até por que, se ela existisse, de alguma forma, a gente estaria preso sem poder responder.

(Entrevistadora) Os cooperados, que são os donos da Unimed Participações, como eles veem a chegada do capital estrangeiro? Por que, essa pergunta que estamos fazendo é sobre a Unimed-Rio, só para a gente ver se tem matizes. Isso é totalmente tranquilo?

Lógico que não. Por que você nunca tem 100% de concordância em nada, o que a gente sabe é o seguinte: qualquer tipo de mudança em um modelo como esse é extremamente complexo pela natureza do negócio cooperativo e envolveria necessariamente uma aprovação por parte dos cooperados da Unimed-Rio. O que a gente hoje percebe e acredita que se isso em um determinado momento viesse a acontecer é que, ou você em uma necessidade de crescimento, em uma necessidade constante de capitalização, para atender regulação e outras coisas, ou você capta isso do seu sócio ou você divide esse risco com alguém. Então, o que se pensa é, se a empresa chegar a uma possibilidade de entender isso, ou como uma saída estratégica, ou como um modelo a ser perseguido, isso evidentemente será colocado para uma discussão com os cooperados, e eles decidirão o caminho se entendem como positivo ou não, e caberá à administração da empresa mostrar para os cooperados o que está acontecendo e se essa alternativa é positiva ou não. O que a gente tem, assim, de algumas discussões que foram feitas em fóruns específicos e em reuniões específicas é que isso não foi visto como algo, assim, tão absurdo por esses cooperados que participaram dessas discussões, embora você tenha, evidentemente, aquelas correntes mais

conservadoras que são contra ou entendem que o caminho não é esse, enfim, não é um processo fácil considerando o modelo que é, por isso que a gente diversificou, primeiro na área de prestação de serviços na atividade de prestação de serviços médicos para depois, se for o caso, estender isso para um outro modelo desde com a concordância deles.

(Entrevistador) Então está com a discussão em curso...

Mas é algo que está, eu diria que não só em curso na Unimed-Rio, como eu diria que hoje essa é uma discussão na própria Unimed do Brasil hoje, que busca novos modelos de financiamento, não adianta também ficar arraigado no modelo tradicional se você não tem fonte de financiamento, em algum momento, ou você sai do sistema porque não consegue atingir os limites necessários, ou você busca uma alternativa de captar isso, ou você divide o risco com alguém, ou dono tem que colocar recurso.

(Entrevistadora) Mas os próprios investidores estrangeiros, eles teriam, eles se sentiriam atraídos pelo investimento na Unimed-Rio?

Totalmente.

(Entrevistadora) Mas a taxa de retorno não é mínima?

Olha só...

(Entrevistadora) As margens não são ridículas?

Você acha que 2% de retorno nos Estados Unidos, você acha que é uma margem ridícula?

Eu posso dizer o seguinte: é que existe atratividade hoje sim em relação, até porque, é fato também que, toda vez que você traz algum investidor e você aporta junto com esse investidor não somente capital, mas você aporta outro tipo de tecnologia, de controle, de sistemas, você consegue também alguns *upsides* [vantagens colaterais] de custo na operação que acaba, de alguma forma, melhorando a sua capacidade de geração de caixa também. Então, eu acho que o investidor, quando olha hoje o Brasil, ele olha, primeiro, o retorno não é um retorno que ele julgue insuficiente dentro da realidade dele, e, segundo ele, pelo menos, pelo que temos visto hoje, eles apostam inclusive em mudanças futuras de modelo dentro do desenho hoje existente no mercado, então, eu acho que é uma aposta de futuro. E a Unimed hoje, eu acho que ela tem uma atratividade com o investidor, não especificamente falando de Unimed-Rio, mas pensando em termos de modelo, é um modelo que tem uma capilaridade nacional imensa, e hoje, como mais de

100 hospitais a nível Brasil, isso naturalmente atrai o investidor pela própria capacidade de alguma forma de ter acesso a 1/3 desse mercado hoje, isso por si só já é atrativo para qualquer investidor. Quando ele olha uma possibilidade dessa, acho que hoje é a grande, vamos pensar assim, seria a grande noiva do setor com o investidor.

(Entrevistador) Eu entendi, quando você falou o motivo da sua ida, foi especificamente relacionada com essa missão de lidar com fusões e aquisições, então eu acho também que está ligado com essa pergunta, seu papel dentro da empresa precipuamente se refere a esse aspecto?

Um deles, não é! Existem outros, eu tenho a própria gestão desses negócios também que de alguma maneira...

(Entrevistadora) Por exemplo, na compra da carteira da Golden Cross, você teve um papel?

Eu participei muito mais no grupo que avaliou o processo de compra, a decisão, foi uma decisão da Administração porque viu ali uma oportunidade interessante de crescimento dentro de um mercado, que é um mercado de plano pessoa física, que a gente trabalha e que a gente acredita. Hoje, por exemplo, a gente tem taxa de sinistralidade muito positivas no mercado dos planos de pessoa física, ao contrário de que muita gente diz, que é um mercado complicado, a gente historicamente a gente tem taxas positivas. É fato de que o risco individual, ele acaba sendo maior do que o risco diluído em uma grande população, isso é um fato, mas a gente tem que historicamente a gente vem tendo um bom desempenho na carteira de pessoa física. É fato também, aí não vou ser leviano de negar isso, de que o preço unitário da Unimed-Rio comparado com o mercado, ele é um preço um pouco maior do que a média de mercado. Meu *ticket* médio hoje dentro da carteira, ele deve estar em torno de 303, 310 mais ou menos, o que é superior à média das outras empresas. Isso de alguma forma, evidentemente também, ele me ajuda a manter a minha sinistralidade, não tem mágica, dentro de parâmetros mais aceitáveis, embora exista todo um trabalho de controle de custos etc. Agora, não existe mágica nesse negócio.

BLOCO 4: LOCALIZAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE/RELAÇÃO COM O SETOR PÚBLICO

Hoje ela é a maior operadora do sistema Unimed, não em vidas, em vidas ela está pau a pau com a Unimed BH, mas em faturamento é a maior do setor. Hoje a Unimed-Rio está faturando, projeção para esse ano de alguma coisa próxima de 5.2, cinco bilhões aproximadamente para esse ano.

(Entrevistador) Só para aproveitar que você falou dos planos individuais, como sendo algo

característico da Unimed-Rio, com relação aos planos coletivos por adesão e aquelas regulamentações, RN 195 e 196, como a Unimed Rio vê isso?

A Unimed-Rio se adaptou àquilo que foi estabelecido na regulação, agora, é fato que esse modelo de alguma forma, ele trouxe um sócio a mais na sua receita. Eu acho que o modelo talvez poderia ter sido estruturado de uma forma diferente para manter talvez um controle que se queria, ou evitar os abusos que se queria, mas sem necessariamente na maneira como foi estruturada, em uma interferência tão forte no modelo que hoje foi estruturado. Hoje o fato desse processo é que você abriu mão de uma parte de sua receita nesse processo, na entrada de um novo *player* nesse contexto, então, evidentemente que na qualidade como negócio em si, você ter qualquer tipo de extração no seu resultado, não é uma coisa positiva para ninguém, não é uma coisa que você possa entender como algo positivo para o seu negócio. Agora tem algumas outras vantagens, que eu não posso negar, quer dizer, que é você reduzir muito a questão do risco da inadimplência que acaba ficando na responsabilidade da Administradora de Benefícios, embora eu ainda ache que exista uma necessidade de um papel da Agência na maior regulação nessa relação Administradora de Benefícios e Operadora de Plano de Saúde, e como você tem um intermediário, que na verdade é quem faz o contato com o cliente, e que administra, na prática, essa carteira lá na ponta, você tem uma série de problemas que às vezes são gerados por essa relação, que acabam repercutindo na geração de dados indevidos, que acabam muitas vezes comprometendo dados de SIB [Sistema de Informação de Beneficiários - é o sistema que as operadoras de planos privados de saúde utilizam para enviar, mensalmente, os dados de atualização cadastral de seus beneficiários. O envio desses dados é regulamentado pelas Resoluções Normativas RN nº 295, de 9 de maio de 2012 e RN nº 303, de 03 de setembro de 2012, e pela Instrução Normativa IN nº 50/DIDES, de 26 de setembro de 2012] uma série de dados inconsistentes que acabam sendo repassados por esse gestor, e muitas vezes você, muitas vezes não, hoje as operadoras acabam penalizadas pela inconsistência desses dados, e muitas vezes elas não conseguem ter acesso a uma qualidade de informação porque ela não controla a informação. Então acho que tem alguns ajustes aí, e acho também que as garantias financeiras que essas empresas operam ainda são muito pequenas ainda considerando os volumes praticados, então, podia se ter algumas estruturas um pouco mais fortes até como forma de mitigar um pouco mais o risco de crédito e coisas nesse sentido.

(Entrevistador) O mercado hoje tem mais ou menos 25%, 53 milhões. Como você vê o crescimento desse mercado, ou a evolução dele daqui para frente?

Olha eu vou ser franco, eu acho que hoje, no desenho atual que a gente tem, se a gente não melhorar a qualidade de acesso, se você não estabelecer, na minha opinião, se você não estabelecer, porque acho que essa pergunta, ela não pode ser uma resposta específica da Unimed-Rio.

No geral o que vejo hoje é o seguinte: esse desenho de mercado ele torna o produto, o acesso desse produto, ele não é um acesso barato e ao mesmo tempo que ele não é barato, ele não garante, ainda assim, nesse modelo de precificação, a cobertura máxima que ele procura alcançar, eu acho que se não houver um redesenho desse negócio, em que você estabeleça padrões de

coberturas mais bem definidas para possa existir um pouco mais de previsibilidade, eu acho difícil que você comece a fomentar um volume de acesso muito grande a esses produtos, porque hoje, o que a gente percebe, não só hoje, mas se vocês acompanharem a evolução do mercado de saúde suplementar nos últimos anos, as taxas de crescimento desse mercado, elas não são taxas assim, para se dizer: Uau cresceu...20%! São taxas de crescimento, eu diria até, relativamente modestas, tivemos um crescimento um pouquinho mais assanhado no período em que a gente estava no primeiro período do governo Dilma, aquele final do governo Lula, em que existia ali um sopro de crescimento em que o mercado de trabalho estava um pouco mais acelerado você teve melhor acesso, mas com o crescimento econômico baixo, do jeito que a gente tem, e com esse nível de cobertura ilimitada, que torna o acesso caro, eu acho difícil você ter hoje um crescimento de acesso muito grande, um crescimento muito grande do setor. Vejo, assim, esse modelo, vejo cada vez mais a consolidação do setor em um processo quase que natural de concentração em grandes operadoras, e aí, eu acho, que vem um dos grandes desafios de que falei, de como lidar com aquelas estruturas menores em determinados mercados que até não geram interesse do investidor de ir buscar aquele tipo de operação pela natureza do negócio que é, eu acho que isso tem que ser muito repensado, acho que para mim um modelo novo de precificação, de redesenho de produto, ele é essencial para fomentar o modelo desse setor.

(Entrevistador) haveria possibilidade, de, por exemplo, o mercado ser dividido, em áreas determinadas, de regiões diferentes, por exemplo, pegar o filet mignon do Rio de Janeiro e tenha clientes, digamos onde não compense atualmente de ir para lá, juntasse os dois, será que seria conveniente?

Talvez, eu que acho até que talvez o funcionamento desse setor, mais uma vez divagando aqui, talvez fizesse algum sentido você começar a trabalhar nesse setor com operadoras que obedecessem a limites operacionais atrelados a estruturas de resseguro, como existe no mercado securitário. Qual é o grande problema que você vê da maioria das grandes e pequenas operadoras que tiveram algum problema? É justamente você não estabelecer limites operacionais, a cobertura sempre crescente, crescente, crescente, sem lastro de cobertura, em um dado momento você acaba tendo os problemas que nós conhecemos do passado, de Interclínicas, *Ad Med*, em Recife, grandes operadoras, *Rio Med* no Rio de Janeiro, enfim, você tem vários casos históricos aí ao longo da vida dessas empresas. O estabelecimento hoje no mercado securitário isso é mais difícil de acontecer porque você estabelece os limites operacionais, então a seguradora ela somente consegue ir até o limite de capacidade patrimonial que ela tem, se ela chegou no topo se ela quer crescer, ou ela capitaliza mais e aumenta o patrimônio dela ou então ela tem que repassar uma parte daquela cobertura de risco para uma outra seguradora e você acaba fazendo aí a divisão da cobertura na proporção do prêmio distribuído. Talvez esse seja um modelo que você pudesse repensar para você estabelecer limite, mas eu não vejo isso de uma maneira muito simples, que não fosse até, uma gestão mais comandada pelo regulador, porque se você deixar simplesmente na própria decisão da operadora para escolher qual o mercado que ela vai cobrir, daqui a pouco ela vai fazer a chamada seleção de risco no mercado de operadora: *Ah eu não quero cobrir em Crateús porque lá é mais complicada a cobertura, prefiro cobrir só no Sudeste.*

(Entrevistadora) A Unimed Rio tem alguma atuação no setor público?

Não a gente não tem nenhuma atuação no setor público hoje.

(Entrevistadora) Mas nem assim, maratona, evento esportivo etc?

O que a gente tem são os patrocínios que a gente faz, de campanhas de promoção e prevenção, monta uma tenda em determinado lugar da praia, para fazer um dia da saúde, que você colhe pressão, faz orientação cardio-metabólica em fomento cultural. A empresa ela atua muito em promoção de caráter cultural e artístico, promove vários eventos, patrocina até alguns eventos no âmbito da legislação do ISS, no âmbito da legislação Ruanet, tem a chamada Receita do Bem, que é uma atividade feita com os cooperados.

(Entrevistadora) A Receita do Bem como é?

Na verdade os cooperados eles destinam uma parcela do seu imposto de renda, eles canalizam para projetos de caráter cultural que são patrocinados pela Unimed-Rio.

(Entrevistadora) Aí eles têm isenção?

Na verdade, não é uma isenção, ele vai pagar o imposto de renda de qualquer maneira, só que ele, ele direciona que uma parte desse imposto que ele vai pagar seja aplicado em caráter cultural, que é uma forma de fomentar cultura.

(Entrevistador) Qual a sua opinião sobre o ressarcimento ao SUS?

Olha só, essa é uma questão muito polêmica, eu acho que a Constituição, aí nós vamos entrar nessa velha discussão do contexto, ela garante a assistência à saúde para qualquer cidadão. Nesse contexto, eu diria, eu acho que independentemente de eu ter um plano de saúde ou não, eu teria direito ao acesso à qualquer serviço público sem que necessariamente a minha operadora de plano de saúde tivesse que fazer esse ressarcimento, essa é uma questão. Por outro lado, eu acho que existem abusos dentro da área do mercado de operadoras por algumas operadoras que agem de forma inescrupulosa e que canalizam a sua cobertura para o SUS. Eu conheço vários casos, inclusive alguns casos que tive a oportunidade de presenciar até aqui na época como regulador. Então, nesse aspecto, eu acho que teria realmente que haver um ressarcimento. O que eu vejo hoje é que tinha que haver um certo equilíbrio nesse negócio de uma maneira que as empresas

pudessem contribuir de uma certa maneira, mas dentro de tabelas que fossem aceitáveis, acho que alguns padrões que foram aplicados de reembolso desse ressarcimento, eles extrapolaram e muito os próprios valores que são remunerados pelo SUS aos seus prestadores, isso acabava, além de gerar discussão no aspecto constitucional, gerava por parte das operadoras, uma certa sensação de injustiça, uma vez que, os valores que se procurava captar das operadoras nesse ressarcimento, eles extrapolavam em muito o que se pagava para as redes contratadas pelo SUS. Eu acho que hoje, dentro desse contexto, e aí até com uma participação da sociedade, das operadoras nesse contexto social, eu acho razoável até o ressarcimento dentro de padrões aceitáveis de reembolso, que sejam normais que sejam razoáveis, porque não dá para você ter desníveis tão acentuados.

Eu acho que esse é o grande clamor hoje por parte das operadoras, ninguém hoje é tão contrário ao ressarcimento ao SUS, é lógico que todo mundo se baseia na letra da lei, para poder minimizar seu custo da melhor forma possível, então todo mundo não quer pagar porque acha que tem um contexto constitucional que pode te prevenir contra isso, mas, por outro lado, se você for conversar com todos os *players* do setor, não existe assim uma resistência tão grande, existe resistência a valores.

(Entrevistador) E com relação à política fiscal de dedução de gastos com plano de saúde de pessoa física?

Eu acho justo isso. Assim como eu poderia dizer a você que eu acho quanto ao imposto de renda, acho que outras coisas deveriam ser incluídas como dedução, como gastos com educação, com limites diferentes, porque hoje a gente fala muito de saúde mas a gente tem uma educação falida hoje no Brasil também, e hoje, praticamente ninguém, a grande maioria das pessoas, independentemente do nível socioeconômico, na grande maioria das vezes busca uma escola particular para colocar o seu filho, até por dificuldade de acesso à escola pública. Então acho que saúde, educação, acho que tem coisas acho que são bastante razoáveis, e eu sou favorável. Acho que tinha que ter talvez algum controle maior sobre o nível de dedução, tem muita safadeza aí, mas aí é um problema da fiscalização do imposto de renda de verificar se é razoável ou não é razoável.

(Entrevistador) A Unimed-Rio já recorreu ao BNDES para financiamento?

Não, a cooperativa de um modo geral ela tem uma certa dificuldade hoje de acesso ao BNDES por conta de discussões históricas aí no âmbito tributário. Algumas dessas discussões elas não são nenhuma prerrogativa das Unimed, elas são discussões do setor, principalmente no campo do ISS. Acho que por conta dessas discussões históricas houve sempre uma dificuldade de acesso aos financiamentos, porque você acaba precisando ter uma certidão limpa para esse tipo de atividade e você muitas vezes você consegue uma certidão negativa com efeito de positiva, às vezes não consegue, isso é uma dificuldade realmente para você ter acesso. Hoje que existe de novo que a gente vê no âmbito do BNDES é que agora eles soltaram uma linha que tem algumas limitações de acesso de financiamento aos cooperados para efeitos de capitalização nas

cooperativas, mas também são valores muito limitados, se eu não me engano tem limites de até 500 mil, até 5 milhões, perdão!

(Entrevistador) Mas para infraestrutura, investimentos em infraestrutura, por exemplo, ou em equipamento...

Não, veja, hoje, eu te diria hoje, por exemplo, a gente teria mais facilidade de acesso a essas linhas através da Unimed Participações, quando eu digo Unimed Participações são das empresas que estão em baixo, porque elas conseguem sair dessas limitações, mas uma das coisas que às vezes dificulta o acesso no BNDES é que o processo de concessão do financiamento, do acesso, ele é extremamente burocrático e demorado, então você às vezes desiste porque você tem um planejamento para entrar com operação no ar em um determinado tempo, por mais que você queira ter previsibilidade, a própria burocracia na obtenção desse financiamento, ela às vezes é muito demorada, isso desanima e desestimula as empresas a buscar esse tipo de financiamento e você acaba buscando outras formas de financiamento [como] Bancos Privados.

Nosso hospital, por exemplo, ele foi financiado pela Caixa Econômica Federal, mas em uma linha de financiamento comercial, e não em uma linha de financiamento fomentada, de fomento.

(Entrevistador) Em relação à questão do componente de custo com relação à comunicação publicitária, o caso do Fluminense que a Unimed Rio patrocina, por exemplo.

Eu só vou dizer o seguinte, eu não vou entrar, no mérito da discussão, sobre o Fluminense, porque acho que isso é uma opção de mídia da empresa, e aí, evidentemente, qualquer opção de mídia pode ter concordâncias e questionamentos. A única coisa que eu posso te dizer é o seguinte, esse projeto começou há 12 anos atrás. Há 12 anos atrás a Unimed-Rio tinha 200 mil vidas, hoje a Unimed-Rio tem 1 milhão e 200 mil vidas, se esse projeto não fosse um projeto que a exposição não tivesse dado retorno [...], considerado pelos grandes avaliadores de retorno de mídia, esse é considerado o maior *case* de retorno de mídia no *marketing* esportivo existente hoje no Brasil, sob o ponto de vista do retorno com base no resultado.

BLOCO 5: ESTRATÉGIAS DE CRESCIMENTO E INVESTIMENTO

(Entrevistadora) O que estamos querendo, e você é a pessoa certíssima, são cenários futuros, e aí nós temos essas perguntas que você já respondeu sobre os nichos de expansão, você já falou que depende do modelo de negócio, acho que está bem claro, (...) se vocês têm previsão ou se já foi aventado como estratégia de expansão no setor privado para outras atividades na área da saúde até fora da área da saúde, e também no setor público, se há alguma perspectiva...

Confesso a você hoje, não existe nenhum planejamento focado com uma atividade voltada ao setor público especificamente. Agora, qualquer atividade nessa linha ela está diretamente ligada à remuneração, entendo que hoje a gente está aberto para discutir qualquer tipo de atividade em conjunto com o setor público desde que a remuneração por esse serviço ou por esse trabalho, ela seja compatível com o que você está oferecendo enquanto serviço. O que a gente percebe hoje, é que no modo geral, e isso deve ter afastado muito a atividade privada da prestação de serviço público, é que os valores de remuneração hoje, de um modo geral, com exceção de algumas estruturas muito específicas, digamos aí, talvez, transplante, oncologia, eu acho que são atividades que destoam um pouco do contexto, a remuneração é muito baixa, isso não estimula hoje qualquer tipo de prestador a se relacionar com o setor público, por conta disso. E se não bastassem os preços, tem as próprias questões da periodicidade de pagamento que nunca é regulada, ela é sempre muito oscilante, isso às vezes gera algumas outras coisas na relação existente hoje que não são as melhores práticas.

(Entrevistadora) Essa pergunta, que também é outra pergunta nesse sentido de cenário futuro, como que vocês avaliam? Haverá cobertura de medicamentos? Um pouco você respondeu, quer dizer, também depende de uma precificação, mas vai haver pressão?

Eu acho que vai ter. Até porque isso já está na própria agenda regulatória da Agência. O que eu vejo é que, pode ser que eu me engane, mas eu acho que no âmbito da cobertura de medicamentos, não vamos nos surpreender se aparecermos com outra Administradora de Benefícios conduzindo esse processo.

(Entrevistador) Ou seja, mais um nível de intermediação?

Já estão aí... para um modelo como esse, eu digo assim, porque nesse caso aqui, eu acho até um pouco difícil, você não ter alguma coisa no meio do caminho para fazer isso, porque eu tenho uma experiência vivida com isso aqui no mercado argentino. No mercado argentino, há muitos anos, eu vivi na Argentina durante 3 anos basicamente em operação de plano de saúde.

(Entrevistadora) Você foi junto com a Amil?

Isso, eu não fui junto, eu fui depois, eles já estavam, eu fui depois, eu fiquei um período lá, e aí eu tive oportunidade de conhecer o mercado e o mercado argentino já trabalha há muitos anos com concessão de medicamentos, e você trabalha através de uma Administradora de Benefícios, que é na verdade com quem se relaciona com as grandes redes ou com os laboratórios, para fazer as grandes negociações, você tem o preço captado que você paga e o preço do medicamento que você paga com o valor X de desconto nessa grande negociação que é feita entre as redes, isso é um processo que já existe na Argentina, eu já vi esse processo em 1996, 1997, quando fui, em 1997, já era um processo existente no mercado. E acho que vamos caminhar naturalmente para

um modelo parecido aqui no Brasil, acho muito difícil que qualquer operadora hoje, não que seja impossível, mas ela vai ter que construir um modelo específico.

(Entrevistadora) Esses medicamentos oncológicos para câncer, que vocês têm essa empresa oncológica, mas, além dessa empresa oncológica, como os medicamentos ambulatoriais para câncer, medicação oral é distribuída?

Hoje é o seguinte, hoje toda, nesse momento especificamente, a medicação oral dos pacientes ela ainda não está concentrada na Clínica, por quê? Você já vinha com determinada população, que já era atendida por uma unidade nossa, que é o *Espaço Para Viver Melhor*, lá no *Espaço Para Viver Melhor*, além de toda área de promoção e prevenção à saúde, a gente tem uma área de infusão de drogas não oncológicas e tem toda a parte de distribuição de medicação oncológica oral, então aquela população que já vinha sendo atendida pela EPVM [*Espaço Para Viver Melhor*], permaneceu sendo atendida pela EPVM, a partir de agora com a criação do Centro, todo paciente novo que tiver necessidade de acesso à medicação oncológica, ele será atendido pelo Centro Oncológico.

O Centro Oncológico ele traz uma, ou seja, você tendo um controle disso, ele te traz algumas vantagens, por exemplo, você controla melhor o processo, você evita perdas de repartição de medicamentos, você tem a certeza que seu paciente, sob seu controle, você está pagando exatamente o volume que foi aplicado naquele paciente, não mais do que você deveria pagar, acaba criando uma gestão muito melhor desse paciente, a gente fez uma opção de trabalhar nesse processo somente com medicamento de referência, exceto a para uma utilização de medicação similar ou genérica só com evidência científica e depois de aprovado pelo Comitê Técnico. Então a gente procurou não só, no contexto, do controle do custo da operação e do melhor gerenciamento do paciente, ter também uma atuação bem ética nesse aspecto, porque não tem como em um negócio dessa natureza você não atuar de forma ética. Então esse é um cuidado muito grande pelo qual a gente, inclusive, também optou por entrar nesse tipo de negócio.

(Entrevistador) Ainda nessa linha de pensar no futuro, prospectivamente, lançando um olhar para o conjunto do sistema de saúde, o que você diria quanto nos termos perspectivas de futuro, para o sistema como um todo, olhando desse ponto de vista da Unimed-Rio.

Eu acho que a perspectiva de futuro, que eu vejo assim, eu vejo algumas coisas. Eu vejo uma participação do capital cada vez mais forte nesse negócio, por quê? O desenho atual dos *players* que estão no mercado, ele não avança se você não tiver a entrada de um nível de capital mais forte, por que isso? É necessário. Porque esse é um negócio, como eu falei lá atrás, independentemente de ser um negócio de saúde, ele é um negócio de risco que é demandante de capital, e você só conseguirá atingir, esse pedágio, esse nível de capital, com a entrada de investidores capazes de te auxiliar na montagem dessa estrutura de capital. Então eu acho que essa é uma tendência natural desse setor, e acho também, já pensando no futuro, acho que esse setor terá que passar por uma rediscussão desse modelo no que diz respeito à precificação, tipo de

produto, acho que isso, você não tem escapatória, porque esse modelo que a gente tem hoje, ele é um modelo, que no desenho atual, ele não sobrevive por muito tempo porque ninguém resiste. Você vê hoje aí, vocês devem estar acompanhando, esse ano, especificamente, nós talvez tenhamos uma das maiores explosões de taxa de sinistralidade que o setor experimentou nos últimos tempos. E vai se dizer assim: *Ah, por que isso aconteceu?* É natural, porque você vai dizer assim: *Ah porque a Agência acelerou a curva em atendimento*, será que isso foi bom? Não sei, talvez, na visão do consumidor, possa ter sido bom, mas por outro lado, você tira desse negócio um nível de normalidade de gerenciamento de fila que não necessariamente é um descaso no atendimento. Acelerar uma curva de cirurgia eletiva que você poderia fazer dentro de determinado padrão de fila aceitável, eu não estou falando aqui de abuso que existe, como a gente sabe que tem por aí, eu já vi vender assinatura de jornal e dar plano de saúde de brinde da assinatura do jornal. Eu estou falando de abuso, mas eu acho que o gerenciamento adequado de fila, ele é razoável, isso faz parte da administração dos recursos, o que a gente percebe hoje, é que todo mundo hoje se vira, primeiro, quando você acelerou a fila, a gente [Unimed Rio] talvez tenha sido um dos que sofreram menos, porque a gente já tinha uma estrutura de rede bastante potente comparada com os demais *players* do setor no Rio de Janeiro, a gente tem cerca 5.200 cooperados hoje, então você tem uma atenção primária hoje bastante extensa, alguns planos de saúde talvez trabalhassem com a terça parte do que a gente tem. Esse aumento, essa necessidade de aumento de rede, necessidade de credenciamento, então isso, de alguma maneira, isso gerou um aumento da sinistralidade, então esse negócio ele tem uma conta para ser paga, como você paga isso? Ou você vai fazer um aumento estrondoso para recuperar esse custo senão você desequilibra as empresas, ou você tem que começar a repensar esse desenho, porque nesse negócio, estou falando com toda a sinceridade, ninguém vai aguentar esse negócio. Hoje, eu sei que quando você fala assim: *Ah a gente conhece a Unimed-Rio...* vocês devem escutar rumores sobre um monte de coisa, que a Unimed-Rio está quebrando etc, não é verdade, até porque é uma empresa grande hoje que, evidentemente tem os seus problemas, são problemas que serão saneados, mas é uma empresa grande demais para enfrentar quebra como se alardeia, aí tem uma série de outras questões, interesse de outros *players* do setor, o próprio incômodo que a empresa gerou até pelo fato de se estruturar em uma rede própria, porque como é que você monta uma rede e você gera leitos próprios, esses leitos saem de algum lugar, então evidentemente quando você tira esses leitos de algum lugar de em uma estrutura própria, alguém se ressentir porque está perdendo esses leitos, então é impossível não pensar nas próprias reações do mercado com relação à tudo isso. Agora, a gente sempre foi, em que pese todas as considerações que se fazem, a gente sempre foi uma empresa muito ética, na relação com os nossos *players*, então a gente sempre procurou ter uma periodicidade de pagamentos, sempre procurou agir, e não deixa de incomodar a gente esse momento agora, a gente vem trabalhando incessantemente para reverter isso, e acredito que ainda em muito pouco tempo a gente vai conseguir reverter esse processo. Agora, o que eu vejo hoje, é que esse desenho do setor hoje ele mostra que ninguém aguenta mais esse desenho, é uma briga constante entre os diversos *players* do setor. Você vê hoje um hospital que deixou de ter foco na prestação de serviço médico e tem foco na venda de Mat/med, se você pegar uma pesquisa da ANAHP [Associação Nacional de Hospitais privados - Criada em 11 de maio de 2001, a ANAHP surgiu para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar] hoje, 53% da receita de um hospital hoje é oriunda da venda de material e medicamento, quer dizer, você mudou o conceito da própria prestação de serviço ao invés de ser um prestador de serviços médico você passou a ser um vendedor, uma distribuidora de medicamento e material dentro do seu próprio negócio, então tem muita coisa que precisa ser conformada nesse desenho,

e se a gente não olhar isso e começar a entender que para você remunerar melhor, ou você começa a estabelecer previsibilidade de risco, você começa a fazer uma remuneração adequada, eu acho que o regulador tinha que atuar muito mais em cima dos abusos da estrutura adequada de precificação, de eficiência gerencial, de qualidade das empresas, do que atuar de uma forma unilateral de simplesmente estabelecer de cima para baixo determinados limites de cobertura que podem até ser estabelecidos, desde que você consiga ter a adequada precificação do nível de cobertura que você faz. Você não consegue hoje pegar seu carro, ninguém *chia*, ninguém reclama, se o cara vai lá e aumenta o seu seguro porque ele disse que na sua área aumentou o índice de roubo ou se você é mais jovem tem uma probabilidade maior de gerar mais acidentes então o seu risco é maior, e ele precifica isso. E ele não te cobra mais do que o valor do carro. Então, é lógico que estamos falando aqui de vida, e vida é um negócio muito delicado, mas eu não posso também ter uma avenida sem fim, onde você não sabe onde esse troço termina. De alguma maneira, você tem que estabelecer alguns limites.

(Entrevistadora) Você pensa que daqui a 20 anos, por exemplo, o mercado o sistema de saúde brasileiro vai ser mais ou menos assim?

Eu acho que naturalmente ele vai ter que evoluir para alguma coisa nesse sentido, eu digo mais, eu acho que, na minha opinião, ele vai evoluir para que o setor público ele se foque mais em uma camada de maiores necessitados desse negócio e que para um cidadão comum ele pode até ser uma fonte de acesso mas até determinados limites também, até porque o recurso ele é finito, e você vai ter que buscar alternativas de coberturas adicionais, como existem hoje em alguns países, como Estados Unidos, principalmente, que eu acho que é um modelo que acho que naturalmente a gente vai caminhar para alguma coisa nesse sentido, não vejo outra forma de financiamento desse negócio, senão acaba com margem, acaba com tudo e ninguém mais vai querer brincar desse negócio.

Esse é um tema que independentemente das posições, evidentemente cada um tem uma posição diferente dentro do contexto que está inserido, mas eu acho que é um tema apaixonante, e que deveria ter um nível de discussão muito mais ferrenho, eu acho que é legal vocês nesse trabalho divulgar essas visões porque isso fomenta a discussão, aumenta o crescimento.

(Entrevistadora) Estamos te convidando desde já (...), a gente quer compilar essas informações, a gente vai devolver para você, a gente vai devolver a transcrição, a gente vai devolver a análise das informações, para que você possa avaliar se nós estamos sendo precisos.

Eu sou um entusiasta desse negócio, eu fiquei três anos e meio na Agência e confesso que nesse período procurei cumprir com as minhas obrigações aqui enquanto regulador, dentro da área econômico/financeira. Na época que cheguei aqui tinha uma regulação financeira que não se cobrava, então a decisão do diretor na época, que era o Alfredo, era se a gente não cobrar a gente está prevaricando, então vamos começar a cobrar, então a gente começou a criar um modelo de fazer com que as operadoras viessem. Eu pessoalmente me lembro a gente começou ali de fazer

um início de todo esse processo, hoje quando eu vejo a evolução que as empresas tiveram, empresas como Odontoprev, a Amil, e outras que foram ao mercado, e tiveram a credibilidade do investidor, a gente tem um certo sentimento de orgulho de ter participado disso [...]

FIM

Transcrição AH/Revisão e edição JS