



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO

Luana Martins Oliveira

**ESTRATÉGIA DE INFLUÊNCIA: um estudo dos atos de concentração econômica
realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil**

Belo Horizonte

2024

Luana Martins Oliveira

ESTRATÉGIA DE INFLUÊNCIA: um estudo dos atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil

Tese apresentada ao Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves

Coorientador: Prof. Dr. João Paulo Calembó Batista Menezes

Belo Horizonte

2024

Ficha catalográfica

O48e
2024
Oliveira, Luana Martins.
Estratégia de influência [manuscrito] : um estudo dos atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil / Luana Martins Oliveira. – 2024.
1 v.: il.

Orientador: Márcio Augusto Gonçalves.
Coorientador: João Paulo Calemba Batista Menezes.
Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais,
Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração.
Inclui bibliografia e apêndices.

1. Planejamento estratégico – Teses. 2. Hospitais –
Administração – Teses. 3. Concorrência – Teses. I. Gonçalves,
Márcio Augusto. II. Menezes, João Paulo Calemba Batista. III.
Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e
Pesquisa em Administração. IV. Título.

CDD: 658.15

Elaborado por Leonardo Vasconcelos Renault CRB-6/2211
Biblioteca da FACE/UFMG – 103/2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **LUANA MARTINS OLIVEIRA**, REGISTRO Nº 320/2024. No dia 29 de fevereiro de 2024, às 9:00 horas, reuniu-se remotamente, por videoconferência, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 21 de fevereiro de 2024, para julgar o trabalho final intitulado "**ESTRATÉGIA DE INFLUÊNCIA: um estudo dos atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutora em Administração**, linha de pesquisa: **Finanças**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO

REPROVAÇÃO

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de fevereiro de 2024.

Prof. Dr. Márcio Augusto Gonçalves

ORIENTADOR - CEPEAD/UFMG

Prof. Dr. João Paulo Calembro Batista Menezes

Coorientador - UFVJM

Prof. Dr. Marcos Antônio de Camargos

CEPEAD/UFMG

Prof. Dr. Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz

FJP

Prof. Dr. Lucas Maia dos Santos

IFMG - Campus Sabará

Prof. Dr. Cleiton Martins Duarte da Silva

IFMG - Campus Ouro Branco



Documento assinado eletronicamente por **Marcio Augusto Goncalves, Professor do Magistério Superior**, em 29/02/2024, às 11:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cleiton Martins Duarte da Silva, Usuário Externo**, em 29/02/2024, às 11:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Antonio de Camargos, Professor do Magistério Superior**, em 29/02/2024, às 11:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcus Vinicius Gonçalves da Cruz, Usuário Externo**, em 01/03/2024, às 08:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Paulo Calemba Bastos Menezes, Usuário Externo**, em 01/03/2024, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Lucas Maia dos Santos, Usuário Externo**, em 04/03/2024, às 10:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3061242** e o código CRC **AE44A521**.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por minha vida e oportunidades concedidas. Agradeço por cada momento de alegria, por cada desafio que me fez crescer e por cada lição que moldou quem eu sou.

Agradeço a minha mãe, Maria Luiza Alves Martins; ao meu pai, Leodônio Oliveira dos Santos *in memoriam*; aos meus estimados irmãos, Leonardo, Ana Paula, Davi e Tânia; e ao meu querido esposo, Mansly, por todo amor, carinho e incentivo compartilhados ao longo desta jornada e por serem o alicerce seguro em que posso sempre confiar.

Expresso minha profunda gratidão aos meus orientadores Márcio Augusto Gonçalves e João Paulo Calembó Batista Menezes, pelas orientações e apoio ao longo deste percurso de pesquisa. Suas orientações e conhecimentos compartilhados foram fundamentais para o sucesso deste trabalho.

Agradeço a todos os servidores do CEPEAD, professores e secretaria pelo apoio e habilidades compartilhadas ao longo deste processo. Em especial, agradeço ao professor Jonathan Simões Freitas pelas contribuições e apoio para o desenvolvimento da análise de coincidência.

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro é caracterizado pela atuação da iniciativa pública e privada, o que gera uma série de fenômenos provenientes das relações que são estabelecidas entre as empresas e o Estado. De tal modo, tem-se a seguinte tese para esta pesquisa: ações de influência adotadas por hospitais e planos de saúde são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições de atos de concentração econômica submetidos à análise do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE). Para o desenvolvimento do objetivo, foi realizada uma pesquisa documental nos volumes de processos de operações de concentração econômica realizadas por hospitais e planos de saúde disponibilizados no site do CADE e em informações e dados coletados no Portal da Transparência e Tribunal Superior Eleitoral (TSE). A coleta de dados e análise estatística descritiva foram realizadas considerando seis fatores de análise: Ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE; Experiência com atos de concentração econômica; Participação em grupo econômico; Doação eleitoral; Contrato com o serviço público; e Ocupação de cargo público. Após análise de estatística descritiva, foi realizada uma análise de coincidência (CNA) por meio do programa R, pacotes cna, frscore e cnaOpt. Foram examinados 87 atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no período de 2014 a 2019, registrando a média de 14 operações por ano. A maior parte dos atos de concentração econômica foi do tipo sumário, e mais de 95% foram aprovados pelo CADE sem nenhum tipo de restrição. Pode-se verificar uma política institucional de aprovação da maior parte dos atos de concentração econômica sem nenhum tipo de restrição, favorecendo a consolidação de grupos econômicos como a Rede D'Or que participou de mais de 29% das operações, Intermédica (13, 8%), Amil (8,0%) e cooperativas Unimed (6,9%). Ao realizar a análise de coincidência para verificar as ações de influência que são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica, com base em conceitos e teorias propostos neste estudo, verificou-se que a ausência de Grupo Econômico OU a presença de Experiência com Ato de Concentração Econômica OU a presença de Ocupação de Cargo Público são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições em uma operação da amostra. Vê-se que a proposta de um sistema de saúde com os princípios da universalidade, equidade e integralidade pode estar sob a ameaça da mercantilização, em que grupos econômicos vêm se consolidando, e um dos mecanismos utilizados são os atos de concentração econômica, favorecidos por uma política de aprovação de operações sem nenhum tipo de restrição. Desse modo, as empresas que acumulam experiência com essas operações tendem a obter vantagens competitivas no mercado e maior proximidade com os agentes públicos tomadores de decisões, além de possuírem acesso a informações privilegiadas com pessoas próximas que ocupam cargos públicos. É latente a busca pela tomada de poder de mercado no setor de saúde pelos grupos econômicos. A não imposição de limites a esses grupos que se formaram e se organizam cada vez mais rápido afetará as políticas de saúde, visto que a desigualdade de acesso da população aos serviços e aumento da polarização poderão formar carteiras de beneficiários cada vez maiores e mais seletas, desviando para o sistema público de saúde aqueles que não tenham renda para contribuir com a saúde suplementar ou, até mesmo, aqueles beneficiários não saudáveis que impeçam bons resultados financeiros aos acionistas dessas grandes corporações.

Palavras-chave: estratégia, concentração econômica, hospitais, planos de saúde.

ABSTRACT

The Brazilian health system is characterized by the actions of public and private initiatives, which generates a series of phenomena arising from the relationships established between companies and the State. Therefore, we have the following thesis for this research: influence actions adopted by hospitals and health plans are necessary and sufficient for the unrestricted approval of acts of economic concentration submitted for analysis by the Administrative Council for Economic Defense (CADE) . To develop the objective, documentary research was carried out on the volumes of processes of economic concentration operations carried out by hospitals and health plans available on the CADE website and on information and data collected on the Transparency Portal and the Superior Electoral Court (TSE). Data collection and descriptive statistical analysis were carried out considering six analysis factors: Merger approved without restrictions by CADE; Experience with acts of economic concentration; Participation in an economic group; Electoral donation; Contract with the public service; and Occupation of public office. After descriptive statistics analysis, a coincidence analysis (CNA) was performed using the R program, cna, frscore and cnaOpt packages. 87 acts of economic concentration carried out by hospitals and health plans were examined from 2014 to 2019, recording an average of 14 operations per year. Most economic concentration acts were of the summary type, and more than 95% were approved by CADE without any type of restriction. An institutional policy of approval of most acts of economic concentration can be seen without any type of restriction, favoring the consolidation of economic groups such as Rede D'Or, which participated in more than 29% of operations, Intermédica (13, 8 %), Amil (8.0%) and Unimed cooperatives (6.9%). When carrying out the coincidence analysis to verify the influence actions that are necessary and sufficient for the unrestricted approval of acts of economic concentration, based on concepts and theories proposed in this study, it was found that the absence of an Economic Group OR the presence of Experience with an Act of Economic Concentration OR the presence of Occupation of Public Position are necessary and sufficient for approval without restrictions in a sample operation. It can be seen that the proposal for a health system with the principles of universality, equity and integrality may be under the threat of commodification, in which economic groups have been consolidating, and one of the mechanisms used are acts of economic concentration, favored by a policy of approving operations without any type of restriction. In this way, companies that accumulate experience with these operations tend to obtain competitive advantages in the market and greater proximity to decision-making public agents, in addition to having access to privileged information with people close to them who hold public positions. The search for market power in the health sector by economic groups is latent. Failure to impose limits on these groups that have formed and organized themselves increasingly quickly will affect health policies, given that the population's unequal access to services and increased polarization could form increasingly larger and more select portfolios of beneficiaries, diverting to the public health system those who do not have the income to contribute to supplementary health or even those unhealthy beneficiaries who prevent good financial results for the shareholders of these large corporations.

Keywords: strategy, economic concentration, hospitals, health plans.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estabelecimentos da Saúde por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023)	31
Tabela 2 - Leitos de Internação por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023)	32
Tabela 3 - Hospitais por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023).....	40
Tabela 4 - Hospitais por tipo e região (Brasil, setembro 2023)	41
Tabela 5 - Leitos Hospitalares SUS e não SUS (Brasil, setembro 2023).....	42
Tabela 6 - Atos de Concentração Econômica – Classificação da Operação (Brasil 2014 - 2019).....	100
Tabela 7 – Atividades Econômicas das Empresas Envolvidas nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019).....	102
Tabela 8 - Frequência de participação nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019)...	103
Tabela 9 - Grupos Econômicos Envolvidos nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014 - 2019)	104
Tabela 10 -Contribuições Eleitorais por Empresa (Brasil 2014 e 2018).....	105
Tabela 11 - Contribuições Eleitorais por Partido Político (Brasil 2014 e 2018).....	107
Tabela 12 - Valores em Contratos Públicos por Empresa (Brasil 2014–2019).....	108
Tabela 13 - Valores em Contratos Públicos por Órgão Superior (Brasil 2014 a 2019)	110
Tabela 14 - Valores em Contratos Públicos por Órgão (Brasil 2014–2019).....	111
Tabela 15 - Ocupação de Cargo Público por Órgão.....	114
Tabela 16 - Tabela de Configurações.....	117
Tabela 17 - Modelos Causais	118
Tabela 18 - Lista de Coincidência para Análise CNA	140
Tabela 19 - Valores em Contratos Públicos por Empresa e Ano (Brasil 2014–2019).....	146

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação e código das ações.....	93
Quadro 2 - Descrição dos Fatores Utilizados para a Análise Configuracional	116
Quadro 3 - Lista de Atos de concentração econômica notificados ao CADE, realizados por hospitais e planos de saúde no período de 2014 a 2019	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho da Tese	23
Figura 2 - Complexo industrial da saúde - caracterização geral.....	27
Figura 3 - Sistema político e institucional do complexo da saúde	28
Figura 4 - Segmentos da saúde no Brasil	29
Figura 5 - Dimensões da área hospitalar	39
Figura 6 - Organograma do Conselho Administrativo de Defesa Econômica	62
Figura 7 – Trâmite do Procedimento do Ato de Concentração	70

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estabelecimentos da Saúde por Região (Brasil, setembro 2023).....	32
Gráfico 2 - Número de Operadoras (Brasil, 2008–2023)	51
Gráfico 3 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil, 2000–2023).....	52
Gráfico 4 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde (Brasil 2000–2021).....	52
Gráfico 5 - Número de Processos Julgados pelo CADE (Brasil, 2015–2022).....	65
Gráfico 6 - Número de Processos Julgados pelo CADE por Tipo (Brasil, 2015–2022)	65
Gráfico 7 – Arrecadação do CADE (Brasil, 2015–2020 – em milhões).....	66
Gráfico 8 – Número de Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019)	99
Gráfico 9 – Atos de Concentração Econômica – Tipo de Processo (Brasil 2014–2019).....	100
Gráfico 10 – Atos de Concentração Econômica – Aprovação (Brasil 2014–2019).....	101
Gráfico 11 – Atos de Concentração – Tipo de Atividade (Brasil 2014–2019)	101
Gráfico 12 - Valores em Contratos Públicos por Ano (Brasil 2014–2019)	108
Gráfico 13 – Ocupação de Cargo Público por Cargo	113
Gráfico 14 - Ocupação de Cargo Público por Órgão Superior.....	114

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGU – Advocacia Geral da União

AC – Ato de Concentração

ANBIMA – Associação Brasileira das Entidades dos Mercados Financeiro e de Capitais

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CADE – Conselho Administrativo de Defesa Econômica

CASSI – Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil

CCM – *Configurational Comparative Methods*

CGU – Controladoria Geral da União

CNA – *Coincidence Analysis*

CF – Constituição Federal

DOU – Diário Oficial da União

DA – Diretoria Administrativa

HMO – *Health Maintenance Organization*

INTEGRASUS – Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde

INUS – *Insufficient but necessary. Unnecessary, but sufficient*

MP – Medida Provisória

MS – Ministério da Saúde

NSE – Nova Sociologia Econômica

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organizações Sociais

OSC – Organizações da Sociedade Civil

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PGF – Procuradoria Geral Federal

PIB – Produto Interno Bruto

ProCade – Procuradoria Federal Especializada junto ao CADE

SBDC – Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

SEAE – Secretaria de Acompanhamento Econômico

SEI – Serviço Eletrônico de Informação

SG – Superintendência Geral

SM – Segmento Misto

SP – Segmento Próprio

SPP – Segmento Primário Principal

SPS – Segmento Primário Subsidiário

SSP – Segmento Secundário Principal

SSS – Segmento Secundário Subsidiário

ST – Segmento Terciário

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

TCC – Termo de Compromisso de Cessação

TSE – Tribunal Superior Eleitoral

Uniodonto – Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

QSA – *Qualitative Comparative Analysis*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
1.1 Tema de Pesquisa	17
1.2 Objetivos.....	19
1.2.1 Objetivo Geral	19
1.2.2 Objetivos Específicos	19
1.2 Justificativa.....	19
1.3 Desenho da Tese.....	22
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	24
2.1 Economia da Saúde	24
2.1.1 O Setor Hospitalar	33
2.1.2 A Saúde Suplementar	42
2.2 Direito da Concorrência.....	53
2.2.1 O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência	60
2.2.2 Atos de Concentração Econômica	66
2.3 Teoria da Estratégia	72
2.3.1 Estratégia e Economia	75
2.3.2 Estratégia e Nova Sociologia Econômica	81
2.3.3 O Processo de Influência	88
3. METODOLOGIA	92
3.1 Classificação da Pesquisa	92
3.2 Unidades de Observação	92
3.3 Coleta de Dados.....	93
3.4 Análise de Dados	95
3.4.1 Análise das Ações de Estratégia de Influência	95
4. RESULTADOS.....	99
4.1 Análise Descritiva das Ações de Estratégia	99
4.1.1 Atos de Concentração Econômica	99
4.1.2 Doações Eleitorais	105

4.1.3 Contratos Públicos	108
4.1.4 Ocupação de Cargo Público	112
4.2 Análise das Ações de Estratégia de Influência - <i>Coincidence Analysis</i> (CNA).....	115
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
6. REFERÊNCIAS	126

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tema de Pesquisa

O setor da saúde no Brasil é caracterizado pela atuação conjunta do público e do privado, um sistema misto para o provimento e financiamento dos bens e serviços de saúde. Denominado como Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público brasileiro é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e possui três elementos que compõem a sua base cognitiva, ideativa e filosófica: os princípios da universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). De acordo com esses princípios, todos os cidadãos brasileiros têm direito à atenção à saúde, reconhecendo as desigualdades, a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e em suas potencialidades (MATTA; PONTES, 2007). Para a realização de suas atividades, o SUS é financiado por meio dos orçamentos dos entes federativos (União, Estados e Municípios) e se utiliza de prestadores de serviços de saúde de natureza pública e de forma complementar. Também conta com instituições privadas, em especial instituições sem fins lucrativos (ALCÂNTARA, 2017).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Contudo, ao mesmo tempo, foi permitida a prestação de serviços à saúde por terceiros, o que permitiu um espaço favorável para a atuação de empresas privadas na prestação de serviços à saúde (OLIVEIRA, 2018).

No sistema complementar, acontece a associação do SUS às empresas privadas com o objetivo de completar suas necessidades, visto que se verifica falta de hospitais, clínicas e laboratórios; assim, as empresas privadas que formam o complementar atuam fornecendo serviços que o SUS não tem capacidade de oferecer. Ao assinar um contrato com o SUS, a maioria dessas empresas passa a ser dirigidas com base nos princípios básicos do SUS, deixando de exercer o papel de empresa privada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A atuação do setor privado na saúde ocorre por meio de instituições de natureza lucrativa (empresas e/ou pessoas físicas) ou não lucrativa (instituições filantrópicas). O acesso dos usuários acontece através da contratação de planos de saúde ou do desembolso direto, que representa pagamento direto no momento do consumo do bem ou serviço de saúde. Os planos

privados de saúde são compostos, conjuntamente com a sua rede, própria ou credenciada, de prestadores de serviços de saúde, o denominado setor de Saúde Suplementar (ANDRADE *et al.*, 2018).

O setor de Saúde Suplementar é regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 através da Lei n.º 9.961, e exerce a regulação econômica e técnico-assistencial da atuação dos planos privados de saúde no Brasil. Segundo informações da ANS, o setor de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalares possui 48,1 milhões de beneficiários, com uma taxa de cobertura de 24,8% da população brasileira, 737 operadoras em atividade e uma receita de contraprestações de mais de 58,4 bilhões de reais no primeiro trimestre de 2021 (ANS, 2021).

No Brasil, a prestação de serviços à saúde por instituições públicas e privadas gera uma série de fenômenos provenientes das relações que são estabelecidas entre as empresas e o Estado (FERREIRA, 2018). Diante das complexas ações advindas dessa associação esta pesquisa propõem a aplicação do conceito da estratégia de influência com o intuito de permitir uma análise descritiva dos fenômenos estratégicos provenientes dessa relação. Compreende-se a estratégia de influência como uma ação que pode ser praticada através de doações de campanha e *lobby*. Essas ações ocorrem nas diversas relações que são estabelecidas entre empresas e o Estado com o intuito de influenciar o processo decisório, em distintas esferas do Estado, para alcançar ganhos de vantagens competitivas. Nesse contexto, tem-se a seguinte tese para esta pesquisa: ações de influência adotadas por hospitais e planos de saúde são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições de atos de concentração econômica submetidos à análise do CADE.

Para tanto, foi utilizado o método de análise de documentos nos processos de atos de concentração econômica realizados no período de 2014 a 2019 por planos de saúde e hospitais no Brasil. Mundialmente e no Brasil, a realização de operações de atos de concentração econômica constitui uma atividade estratégica. Tais operações despertam forte interesse de estudos acadêmicos, principalmente pelo montante financeiro movimentado e contrapontos presentes na literatura, sobre seus resultados para as empresas envolvidas (COSTA, 2002). Consiste em operações complexas, que causam impactos e mudanças importantes na estrutura das organizações envolvidas, bem como na rotina dos seus colaboradores. Os atos de concentração econômica, em regra, são realizados com o intuito de consolidação de vantagens competitivas, o fortalecimento de liderança e a melhoria no desempenho econômico-financeiro (FASOLIN *et al.*, 2014).

Em 2018, os anúncios de fusões e aquisições, envolvendo aquisições de controle, incorporações e vendas de participações minoritárias, totalizaram R\$ 177,2 bilhões, um aumento de 28% em relação a 2017, que registrou R\$ 138,4 bilhões (ANBIMA, 2019). A utilização de atos de concentração econômica como estratégia de atuação pelas organizações normalmente decorre de potencial criação ou manutenção da riqueza dos acionistas, mediante a valorização das ações no mercado (CAMARGOS; BARBOSA, 2005). No desenvolver desta pesquisa, procurar-se-á responder à seguinte questão: quais ações de estratégia de influência são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica submetidos ao CADE por hospitais e planos de saúde?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Analisar as ações de estratégia de influência que são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica submetidos ao CADE por hospitais e planos de saúde.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar os atos de concentração econômica notificados ao CADE que foram realizados por hospitais e planos de saúde entre 2014 e 2019 no Brasil;
- Identificar as empresas envolvidas nos atos de concentração econômica;
- Identificar as ações de estratégia de influência que foram realizadas por hospitais e planos de saúde;
- Realizar análise de coincidência das ações de estratégia de influência que foram realizadas por hospitais e planos de saúde.

1.2 Justificativa

A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida (BUSS, 2021). A incorporação de mecanismos de mercado no

sistema de saúde no Brasil ocorreu em um contexto de transformações políticas. De forma passiva, os órgãos governamentais permitiram a mercantilização da saúde, abrindo brechas para o crescimento de um mercado privado, totalmente desregulado. No Brasil, a assistência privada à saúde começa nos anos 40, e a sua regulamentação de fato se inicia somente através das Leis n.º 9.656, de 1988 e n.º 9.961, de 2000, quando foi instaurada a ANS.

Com a Lei n.º 9.656 de 1988, foi realizada a regulamentação da atuação dos serviços de saúde suplementar, oferecidos através da oferta de seguros privados e planos de assistência à saúde. Em 1999, com a Medida Provisória n.º 1.908-18/99, concretizada na Medida Provisória n.º 2.177-44/01, foi incluída a possibilidade da participação de capital estrangeiro nas operadoras de saúde suplementar. Com a Lei n.º 13.097 de 2015, foi ampliada a entrada de investidores estrangeiros a todos os serviços de saúde no Brasil. Esse movimento de autorização da entrada do capital estrangeiro no país refletiu na entrada de empresas estrangeiras no sistema de saúde brasileiro e no volume de atos de concentração econômica no setor da saúde, em que se observou uma elevação significativa no número de casos apresentados ao CADE (CADE, 2022a).

No Brasil, de 2009 a 2017, foram registrados 93 atos de concentração econômica, média anual de 11 operações realizadas por operadoras de saúde suplementar e/ou hospitais que foram analisados pelo CADE. Todos foram aprovados, sendo 85% aprovados sem restrições e 15% aprovados com restrições. Em 10 anos (de 2008 a abril de 2018), houve a redução de 32% no número de operadoras atuantes no país (OLIVEIRA *et al.*, 2021), evidências que apontam para a concentração do setor de saúde suplementar.

O movimento de compras, aquisições e mortalidade de operadoras é natural devido ao fato de a relação da sustentabilidade financeira estar diretamente concernente às economias de escala (ANDRADE *et al.*, 2015). A realização de atos de concentração econômica também é motivada pela possibilidade de aumento da lucratividade, aumento de vantagens competitivas no mercado, obtenção de ativos estratégicos e redução de ineficiências gerenciais e estratégicas (FORGIONI, 2013). Do ponto de vista empresarial, a realização de atos de concentração econômica tende a potencializar suas atividades; por outro lado, de acordo com o disposto no art. 170 da CF/88, a livre iniciativa é o alicerce da ordem econômica, e a concorrência é um dos seus princípios informadores, juntamente à soberania nacional, propriedade privada, função social da propriedade, defesa do consumidor e do meio ambiente, redução das desigualdades sociais, ao pleno emprego e favorecimento da pequena empresa (BUCHAIN, 2014).

Uma política de defesa da concorrência procura ser uma forma capaz de buscar uma economia eficiente, à medida que valorize a livre iniciativa e a liberdade nas relações econômicas. Um melhor plano de bem-estar econômico proporciona aos cidadãos mais variedade de produtos e serviços, a menores preços, e isso ocorre apenas em uma economia eficiente. Quando se tem um mercado de livre concorrência, as organizações se veem obrigadas a desenvolver novas tecnologias, melhorar seus serviços, produtos, atendimento, bem como conservar preços compatíveis com as exigências do mercado, pois estão sob constante risco de perder espaço para os concorrentes (ADRI, 2007).

Diante desse cenário, faz-se relevante verificar as ações de estratégia de influência ocorridas entre operadoras de planos de saúde, hospitais e o Estado brasileiro no período de 2014 a 2019. O ano de 2014 foi definido em virtude do início da tramitação eletrônica dos processos de atos de concentração econômica pelo Serviço Eletrônico de Informação (SEI) do CADE (2014), o que dinamizou o processo de coleta de dados. O ano de 2019, em decorrência da pandemia de Covid-19 que se iniciou no ano de 2020 no Brasil, gerou uma série de mudanças no sistema de saúde brasileiro (NORONHA *et al.*, 2020; MARCOLINO *et al.*, 2021; SABBATINI; FONSECA, 2021; SARTI; HIRATUKA; FONSECA, 2021), e os seus efeitos, portanto, não fazem parte do escopo desta pesquisa.

A atuação do público e do privado na prestação de serviços à saúde fortalece a relação entre empresas e o Estado. Em busca de entender e verificar os fenômenos derivados da relação estabelecida entre o público e o privado, este tema já foi o foco de várias pesquisas do campo das ciências sociais (TRUMAN, 1951; STIGLER, 1971; PELTZMAN, 1976; SALISBURY, 1977; BERRY, 1989; OLSON, 1989; PORTER, 1993; BAUMGARTNER, 1994; FLIENGSTEN, 1996; NORBURN, 1997; SKOCPOL, 1999; FLIGSTEIN, 2001; LAZZARINI, 2007; SANTOS, 2011; CERVI, HOROCHOVSKI, JUNCKES, 2015; SANTOS, 2016; BAIRD, 2017; FRASÃO, 2017; VIEIRA, 2017; RESENDE, 2017; GAMA, de-MELLO, SPULDAROC, 2018; FERREIRA, 2018). Um dos atributos destas pesquisas é que elas se prendem à verificação das ações e dos mecanismos atrelados aos interesses defendidos pelas empresas e pelo Estado com base em teorias da estratégia, cujas ações são interpretadas de acordo com duas características: “carregadas de intenção e proposição; e carregadas de total desinteresse e imparcialidade pelos atores envolvidos” (FERREIRA, 2018, p. 23). Contudo, essas características são limitadoras e trazem uma visão superficial ao entendimento dos fenômenos derivados dessa relação.

Outros trabalhos que estudam a estratégia de acumulação em um contexto de financeirização analisaram as dimensões contábil/financeira, patrimonial e posicionamento político de empresas atuantes no setor de saúde (SESTELO; SOUZA; BAHIA, 2013; SESTELO, 2017; SESTELO; BAHIA *et al.*, 2022; BRAGA; OLIVEIRA, 2022; MATTOS *et al.*, 2022; MONTE-CARDOSO; ANDRIETTA, 2022; TAVARES; SILVA, 2022; SILVA, M. S. M. DA; TRAVASSOS, 2022). Outrossim, o estudo de Scheffer e Souza (2022), voltado para a internacionalização da saúde brasileira, traz que os atos de concentração econômica “são um parâmetro de monitoramento de tendências do setor privado de saúde no Brasil” (SCHEFFER; SOUZA, 2022, p. 10) e que ações de *lobbies* empresariais podem ter influenciado em decisões que permitiram uma ampla abertura à entrada do capital estrangeiro no país. Em uma associação de redes assistenciais privadas não universais, o recurso estrangeiro “se torna possível vetor de tendências de regressividade, de aumento dos gastos privados em saúde e das desigualdades de acesso da população aos serviços, provável obstáculo adicional à consolidação do SUS” (SCHEFFER; SOUZA, 2022, p. 11). Esses estudos abordam a estratégia corporativa sob a ótica da financeirização como meio de conformação do padrão de articulação público/privada no sistema de saúde brasileiro. Assim, este trabalho se justifica na perspectiva de contribuir para a academia no avanço das discussões sobre ações de estratégia de influência que ocorrem a partir da relação advinda de empresas privadas e instituições públicas sob a ótica da Nova Sociologia Econômica.

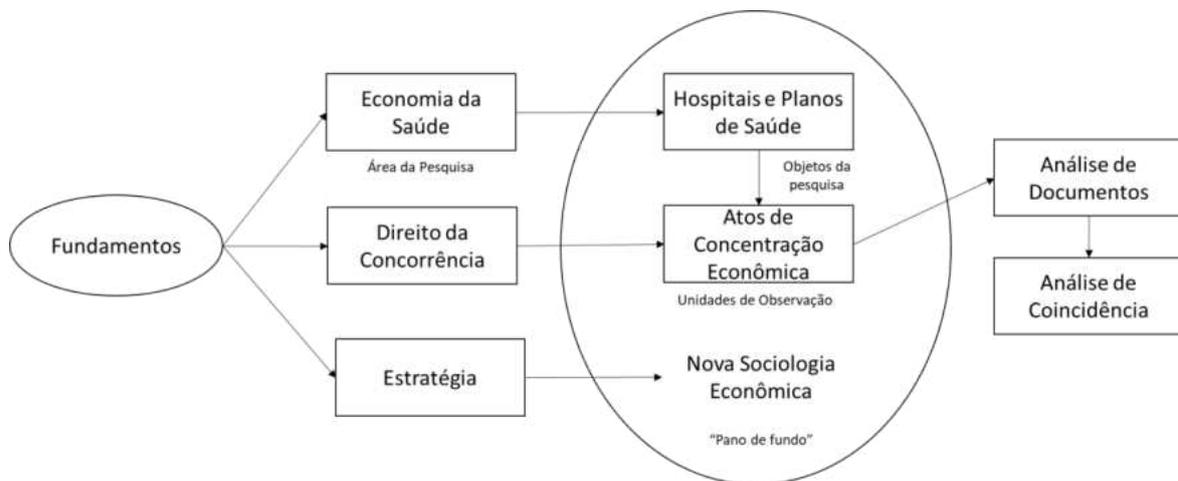
Quanto ao campo de pesquisa, este trabalho se justifica pela sua contribuição para a compreensão do sistema de saúde brasileiro. Para as aplicações práticas, justifica-se nas contribuições a partir da análise de ações de estratégia de influência que afetam as decisões tomadas em instituições públicas, podendo ser fonte de informações para o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas que venham a consolidar o sistema de saúde brasileiro como foi estabelecido na Constituição Federal de 1988.

1.3 Desenho da Tese

Esta tese é composta por 3 capítulos, iniciando com esta introdução que aborda o tema de pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos, a justificativa e o desenho da tese, permitindo o entendimento de seu delineamento, relevância e configuração lógica. No capítulo 2, é apresentada a Fundamentação Teórica, em que são expostas as teorias que fundamentam esta pesquisa, abordando sobre a Economia da Saúde, os aspectos legais do

Direito da Concorrência e as teorias da Estratégia que alicerçam a Estratégia de Influência. Traz questões relativas ao sistema de saúde no Brasil, permitindo entender suas características e aspectos próprios bem como os conceitos que envolvem as unidades de observação e os atos de concentração econômica, à luz da estratégia de influência que permeia esse cenário. Os Aspectos Metodológicos, características da pesquisa, a fonte dos dados, técnica de coleta de dados e as técnicas que serão utilizadas para a análise dos dados serão apresentados no capítulo 3, permitindo compreender técnicas, procedimentos e abordagens utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. Na figura 01, tem-se o desenho deste estudo, que ampara os seus fundamentos na Economia da Saúde, Direito da Concorrência e estratégia (tendo como “pano de fundo” a Nova Sociologia Econômica) para analisar os atos de concentração econômica (unidades de observação), realizados por hospitais e planos de saúde (objetos de pesquisa), utilizando os métodos de pesquisa documental e a análise de coincidência para examinar as ações que são necessárias e suficientes para a aprovação de operações de concentração econômica sem restrições.

Figura 1 - Desenho da Tese



Fonte: Elaboração própria (2024).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, são abordados os conceitos e teorias que norteiam a proposta desta tese, iniciando com o tópico sobre Economia da Saúde que abrange o Setor Hospitalar e a Saúde Suplementar que compreendem o setor que é objeto do estudo; um tópico sobre Direito da Concorrência que abarca o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência e Atos de Concentração Econômica que são as unidades de observação; e, por fim, um tópico sobre Estratégia que contempla discussões sobre Estratégia e Economia, Estratégia e Nova Sociologia Econômica e O Processo de Influência que compõem o “pano de fundo” para verificar a estratégia de influência.

2.1 Economia da Saúde

De várias maneiras, a economia e a saúde estão integradas, e a utilização de instrumentos econômicos em problemas tanto estratégicos como operacionais do setor saúde, seu estudo e pesquisa sistemática deram origem à Economia da Saúde (DEL NERO, 1995).

A Economia da Saúde pode ser compreendida como a área do conhecimento que se dedica ao estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para garantir à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, levando-se em consideração que os meios e os recursos são limitados, ou seja, tem por finalidade a otimização das ações de saúde (DEL NERO, 1995). “A análise econômica avalia custos e benefícios, tomados de forma ampla, para o aperfeiçoamento das formas de distribuição e futura programação da intervenção no setor” (DEL NERO, 1995, p. 20).

A Economia da Saúde não surgiu com essa nomenclatura, pois, inicialmente, os autores estudavam questões sanitárias amplas, a partir de uma inquietação médico-social. Parte de seu conteúdo, tradicionalmente, foi desdobrado de tópicos da disciplina de planejamento em saúde, até se alcançar uma definição da área. Um dos trabalhos clássicos da Economia da Saúde foi publicado em 1963 por Arrow na *American Economic*, introduzindo os conceitos fundamentais da área para iniciantes e, indo um pouco além, focou em aspectos de financiamento para apresentar uma estrutura sobre a qual são baseadas as discussões seguintes sobre o tema (CAMPOS, 1995).

São tópicos relevantes para o campo de aplicação da Economia da Saúde: o papel dos serviços de saúde no sistema econômico; o sistema de produção e distribuição de serviços de saúde; as formas de medir o impacto de investimentos em saúde; o estudo de indicadores e

níveis de saúde correlacionados a variáveis econômicas; o emprego e os salários de profissionais de saúde e a oferta de mão de obra; a indústria da saúde no capitalismo avançado; o comportamento do prestador de serviços e suas relações com o consumidor; a análise de custo-benefício, de custo efetividade e de custo-utilidade de serviços ou bens específicos, além de análise das políticas de saúde em vários níveis (DEL NERO, 1995).

No Brasil, o ano de 1989 pode ser considerado como um marco institucional da inclusão da Economia da Saúde, quando foi criada a Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres). Em 1995, foi publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) o primeiro livro com foco exclusivamente na Economia da Saúde, organizado por Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna (SOUSA, 2005). Vale destacar a contribuição de Marcelo Gurgel, graduado em medicina e economia, com importante experiência de ensino e pesquisa em Economia da Saúde, o qual escreveu um livro de introdução à Economia da Saúde que se configura um avanço da disciplina no Brasil (CAMPINO, 2017).

A economia possui um diálogo difícil com as profissões do campo da saúde devido à diferença com que cada uma delas considera a assistência à saúde. Enquanto as profissões da saúde focam na ética individualista (tendo como base que a saúde não tem preço e uma vida salva justifica qualquer esforço), a economia se fundamenta na ética do bem comum ou ética do social. Esse aspecto leva a diferentes objetivos na gestão eficiente dos serviços de saúde (DEL NERO, 1995).

Campos e Albuquerque (1999) trazem algumas propriedades que diferenciam um profissional médico de outras atividades econômicas: assimetria na informação, limites para racionalizar a produção e insumos, e produção de difícil padronização. Uma das principais propriedades é a assimetria na informação, a qual está ligada à falta de capacidade de o consumidor escolher os produtos para o seu próprio consumo devido à falta de conhecimentos e informações que sirvam de base para suas decisões. Somente o prestador de serviço detém o conhecimento e as informações para a tomada de decisão, que está inacessível a outra parte. A situação da escolha é agravada pelo fato de a decisão ser em um momento de aflição pessoal e familiar: um estado de enfermidade, em seu limite, pode levar uma pessoa ao ato de subtrair a vida própria ou a de um ente querido.

Outra propriedade, os limites para racionalizar a produção, traz a necessidade de dispor de infraestrutura e mão de obra mesmo não havendo uma previsão de demanda. “Ainda que sejam cada dia mais raros os acidentes ofídicos, é necessário que cada unidade de saúde tenha soros específicos contra venenos das diferentes serpentes, devidamente resfriados e

periodicamente checados, sendo jogados fora na grande maioria das vezes” (CAMPOS, ALBUQUERQUE, 1999, p. 100). Os insumos e produção são de difícil padronização, diferentemente dos processos industriais, em que os insumos são constantes, as atividades são repetitivas e o resultado é sempre esperado e previsto. Grupos parecidos de pacientes sujeitos a diferentes agentes de saúde podem ser diagnosticados de maneiras completamente distintas, bem como receberem propostas terapêuticas distintas. Essas propriedades trazem um conjunto de limitações na capacidade do setor em fornecer serviços em quantidade e qualidade adequadas (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999).

Acompanhando tardiamente a tendência dos países desenvolvidos, no Brasil, o ambiente econômico e institucional que integra o setor saúde tem passado por profundas transformações. Os segmentos produtivos da área da saúde foram penetrados pela lógica capitalista, tanto as indústrias que já operavam de forma tradicional (como a farmacêutica e de equipamentos médicos) quanto segmentos produtivos que tinham desenhos de organização em que era possível verificar a convivência de lógicas empresariais com outras que dela se afastavam (como produção de vacinas e outros produtos biológicos, fitoderivados e a prestação de serviços de saúde) (GADELHA, 2003).

Os padrões de gestão e organização da produção de bens e serviços em saúde estão passando por um processo de transformação na direção de um padrão empresarial, em espaços privados e públicos, até mesmo nos casos em que o objetivo do lucro não se coloca como finalidade principal, sendo substituído por metas alternativas de desempenho. Vale observar que tal movimento não pode ser visto como uma “anomalia” específica do setor saúde, mas sim como um processo muito mais geral decorrente da expansão do sistema capitalista (GADELHA, 2006).

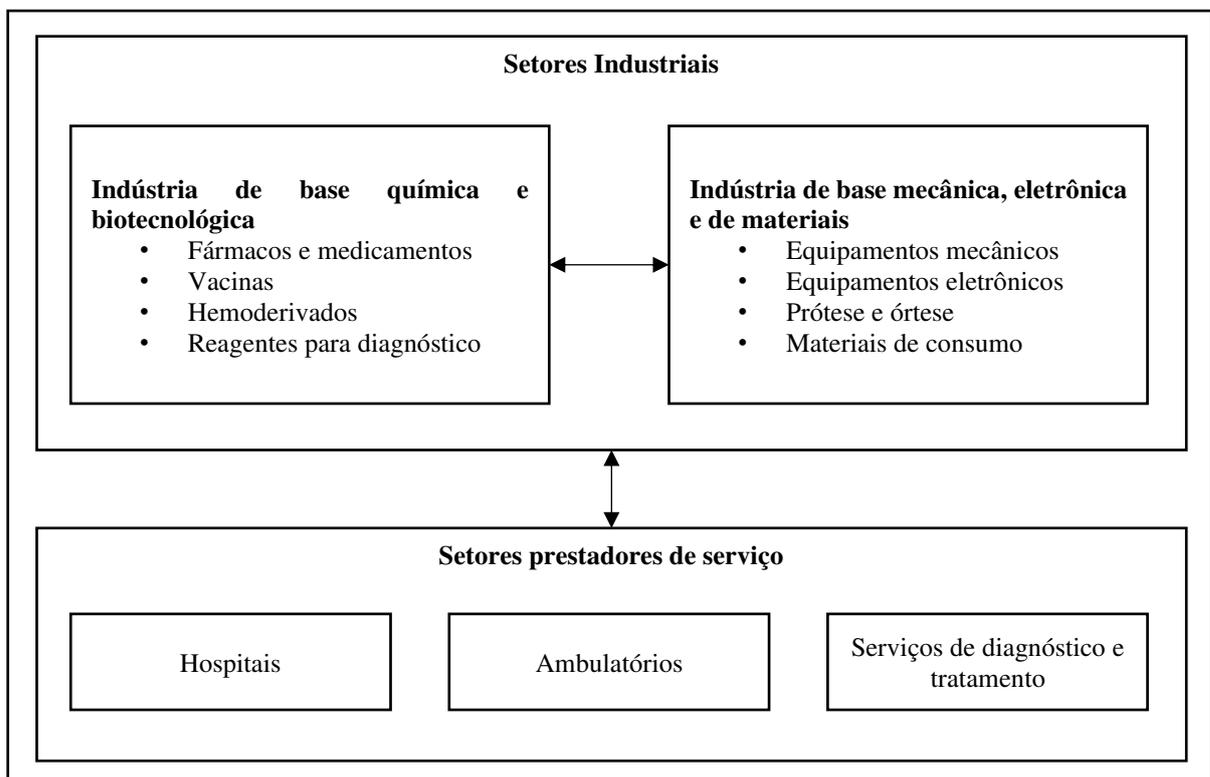
O setor de saúde forma um *locus* essencial de desenvolvimento econômico, constituindo, simultaneamente, tanto um espaço importante de inovação e de acumulação de capital, causando oportunidades de investimento, renda e emprego, quanto uma área que necessita de uma forte atuação do Estado e da sociedade para equilibrar as forças de geração de assimetrias e de desigualdades associadas à operação de estratégias empresariais e de mercado. A demarcação do complexo industrial da saúde forma mais do que uma simples seleção de setores e atividades a partir de sua linha de produto ou da propriedade do capital, um corte analítico que representa um olhar diferenciado frente à forma tradicional de abordar o setor de saúde, representando uma percepção da área como um conjunto interligado de produção de

bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista (GADELHA; COSTA; MALDONADO, 2012).

O complexo industrial da saúde pode ser demarcado como um complexo econômico, fazendo um corte analítico e com um grau inevitável de arbitrariedade, a partir de um conjunto selecionado de atividades produtivas que mantêm relações intersetoriais de compra e venda de bens e serviços. Esse conjunto particular de setores econômicos está inserido em um contexto político e institucional bastante específico diante das especificidades da área da saúde. Em virtude da convergência de setores de atividades, empresas, instituições públicas, privadas e da sociedade civil para um determinado espaço econômico de geração de investimento, consumo, inovação, renda e emprego, configura-se um complexo industrial como uma base concreta e empírica para a demarcação de um *locus* analítico e normativo determinado (BERCOVICI, 2013).

O complexo industrial da saúde envolve um grupo de indústrias que produzem bens de consumo e equipamentos especializados para a área e um conjunto de instituições prestadoras de serviços em saúde que são as consumidoras dos produtos manufaturados pelo primeiro grupo, configurando uma clara relação de interdependência setorial. A Figura 02 permite uma visão geral do complexo industrial da saúde (GADELHA, 2006).

Figura 2 - Complexo industrial da saúde - caracterização geral



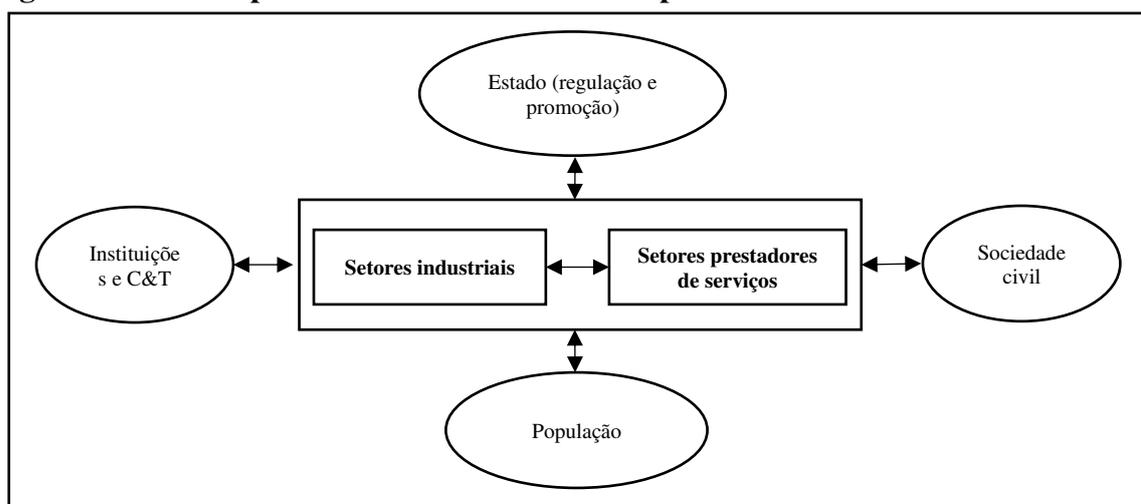
Fonte: Gadelha (2003).

Em concordância com a base de conhecimento e tecnologia é possível formar três grandes grupos de atividades. O primeiro integra as indústrias de base química e biotecnológica, envolvendo as indústrias farmacêutica, de vacinas, hemoderivados e reagentes para diagnóstico. O segundo grupo incorpora um conjunto bastante diferente de atividades de base física, mecânica, eletrônica e de materiais, abarcando as indústrias de equipamentos e instrumentos mecânicos e eletrônicos, órteses e próteses e materiais de consumo em geral. Neste grupo, é importante destacar a atuação da indústria de equipamentos devido ao seu potencial de inovação e influência nos serviços, pois gera mudanças nas práticas assistenciais. O terceiro grupo de atividades congrega os setores envolvidos com a prestação de serviços de saúde, incluindo as unidades hospitalares, ambulatoriais e de serviços de diagnóstico e tratamento (GADELHA, 2003).

Esses três setores organizam a cadeia de suprimento dos produtos industriais em saúde, articulando o consumo por parte dos cidadãos no espaço público e privado. O segmento de serviços confere organicidade ao complexo, representando o mercado setorial para o qual a produção de todos os demais grupos conflui, podendo-se dizer que é o setor motriz do complexo como um todo. Sua expansão, contração ou direcionamento de suas compras exercem um impacto determinante na dinâmica de acumulação e inovação (GADELHA, 2003).

O complexo industrial da saúde está inserido em um contexto político e institucional no qual ele influencia e é influenciado em toda a sua dinâmica evolutiva, como representado na Figura 03 (GADELHA, 2003).

Figura 3 - Sistema político e institucional do complexo da saúde



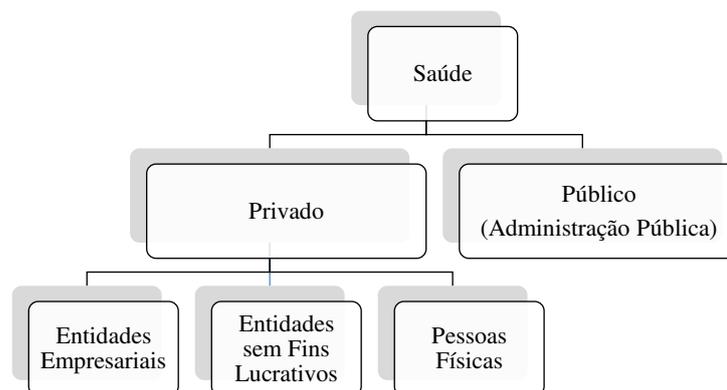
Fonte: Gadelha (2003).

A relação com as instituições de ciência e tecnologia é um ponto-chave devido à intensidade de conhecimento e tecnologia que configura todas as atividades em saúde,

formando uma fonte importante de inovações, que retrata o fator crítico de competitividade dos segmentos que fazem parte do complexo. Pelo fato de as atividades da saúde estarem diretamente ligadas a questões sociais, os grupos de interesse e as políticas públicas pesam de forma mais intensa. Vale ressaltar a função do Estado nesse contexto que possui uma amplitude dificilmente encontrada em outro grupo ou cadeia produtiva, mediante suas ações, explícitas ou implícitas, de promoção e regulação. Diante de seu elevado poder de compras de bens e serviços, ao poder de indução e às atividades de regulação que desempenha, em uma forte interação com a sociedade civil organizada, o Estado se caracteriza como uma instância com papel determinante na dinâmica industrial no complexo da saúde (GADELHA, 2003).

Nesse complexo industrial, tem-se a atuação de empresas públicas e empresas privadas, uma vez que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988), mas, ao mesmo tempo, foi permitida a prestação de serviços à saúde por terceiros, o que viabilizou um espaço favorável para a atuação de empresas privadas na prestação de serviços à saúde (OLIVEIRA, 2018). Assim, o setor da saúde no Brasil comporta dois grandes segmentos, a saber, o público e o privado. O primeiro são as pessoas jurídicas de direito público (administração pública), e o segundo compreende as pessoas jurídicas de direito privado (entidades empresariais e entidades sem fins lucrativos) e as pessoas físicas (pessoas naturais) (MENICUCCI, 2010), como apresentado na Figura 04.

Figura 4 - Segmentos da saúde no Brasil



Fonte: Oliveira (2018).

O segmento público abrange todas as instituições de assistência à saúde que são administradas por entidades públicas e financiadas pelo Estado a partir das arrecadações públicas (OLIVEIRA, 2018). Para a garantia do direito à saúde, foi criado o SUS, normatizado

pela Lei n.º 8.080 de setembro de 1990, cujo principal objetivo foi a universalização e descentralização da prestação de serviços à saúde, em que as responsabilidades foram distribuídas entre a União, os Estados e os Municípios (FINKELLMAN, 2002).

O segmento privado é composto por instituições privadas de prestação de serviços de saúde, de caráter lucrativo (empresas/pessoas físicas) ou não lucrativos (filantrópicas/terceiro setor) (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016), sendo que este pode ser subdividido em três grupos, a saber, as entidades empresariais, as entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas e as pessoas físicas (OLIVEIRA, 2018). As entidades empresariais compreendem as pessoas jurídicas, financiadas com capital privado com caráter lucrativo. As entidades sem fins lucrativos¹ também se configuram como pessoas jurídicas, porém sem fins lucrativos. Por fim, as pessoas físicas são prestadores de serviços autônomos que atuam com objetivos lucrativos (SANTOS, 2009).

Para que os usuários tenham acesso ao sistema privado, têm-se dois tipos de contratação: o desembolso direto e o convênio com um plano de saúde. O desembolso direto ocorre quando o usuário realiza o pagamento direto no momento do consumo do bem ou serviço de saúde. O convênio com um plano de saúde é quando o usuário celebra um contrato de prestação de serviço com uma empresa que fornece bens e serviços de saúde. Os planos privados de saúde são compostos, conjuntamente com a sua rede, própria ou credenciada, de prestadores de serviços de saúde, o denominado setor de Saúde Suplementar (ANDRADE *et al.*, 2018).

Por meio da combinação do SUS com a iniciativa privada, tem-se a saúde complementar, prevista na Lei n.º 8.080, no sentido de que a iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar com o objetivo de atender a necessidades do sistema público, frente a falta de hospitais, clínicas e laboratórios. Desse modo, na saúde complementar, têm-se empresas privadas que fornecem serviços de saúde para o SUS quando a infraestrutura disponibilizada pelo sistema público não tem a capacidade de suprir a demanda da assistência em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Desse modo, pode-se compreender o sistema brasileiro de saúde como um sistema “combinado”, em que existe o cruzamento de prestações de serviços pelo setor público e privado, podendo ocorrer o financiamento privado com fornecimento público e o financiamento público com fornecimento privado. Uma das principais vantagens desse tipo de sistema é a extensão de serviços do sistema público, uma vez que este sozinho não alcança todas as

¹ Entidades sem fins lucrativos qualificadas pelo poder público: as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), as Fundações, os Estabelecimentos Filantrópicos e Beneficentes, as Organizações da Sociedade Civil (OSC) e os serviços privados (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2016).

possibilidades de serviços a serem cobertos à população (CHERNICHOVSKY, 2000). Andrade *et al.* (2015) compreendem o mercado brasileiro de saúde como misto, uma vez que a prestação de serviços pode ser realizada pelo governo e pela iniciativa privada, em que os usuários podem se beneficiar dos dois tipos de serviços.

Em setembro de 2023, o Brasil contabilizou a somatória de 401.196 estabelecimentos de saúde² em sua rede assistencial (DATASUS, 2023). Na rede de assistência de saúde brasileira, 76% dos estabelecimentos são da administração privada, e 24% são da administração pública (DATASUS, 2023), ficando evidente a atuação do segmento privado na assistência, como demonstrado na Tabela 01.

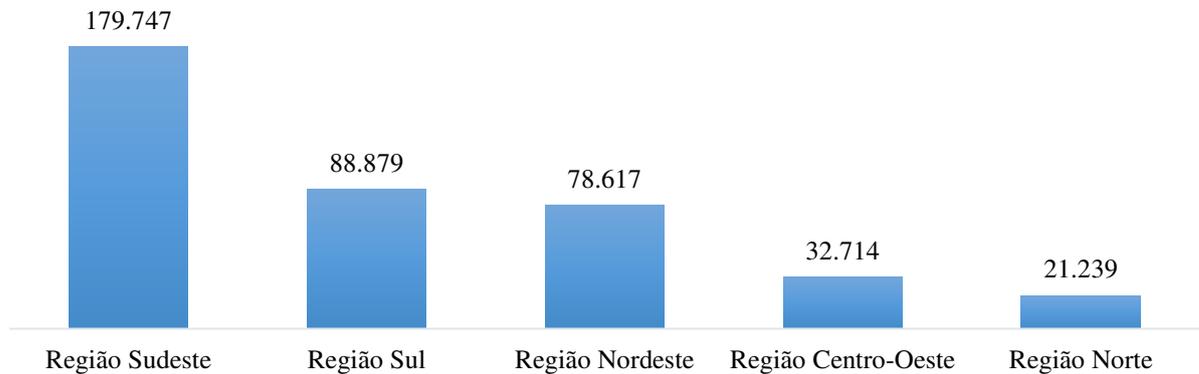
Tabela 1 - Estabelecimentos da Saúde por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023)

Esfera Jurídica	Quantidade	%
Administração Privada	306.312	76%
Entidades Empresariais	185.026	60%
Pessoas Físicas	112.398	37%
Entidades sem Fins Lucrativos	8.888	3%
Administração Pública	94.884	24%
Municipal	88.326	93%
Estadual	4.332	5%
Federal	1.459	2%
Outros	767	1%
Total	401.196	100%

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

Entre os estabelecimentos de assistência privada (306.312), a sua maioria, 60%, eram entidades empresariais; 37%, pessoas físicas; e apenas 3%, entidades sem fins lucrativos. Na administração pública (94.884), a maior parte dos estabelecimentos eram na esfera municipal, com 93%; 5%, na estadual; e apenas 2%, na federal. Ao verificar a distribuição dos estabelecimentos de saúde por região do país, nota-se que a Região Sudeste possui a maior concentração com 45% (179.747); já a Região Norte conta com a menor, com 5% (21.239), como se pode verificar no Gráfico 01.

² Os estabelecimentos de saúde abrangem: posto de saúde, centro de saúde/unidade básica de saúde, policlínica, hospital, unidade mista, pronto-socorro, consultório isolado, unidade móvel fluvial, clínica especializada/amb. especializado, unidade de serviço de apoio de diagnóstico e terapia, unidade móvel terrestre, unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência, farmácia, unidade de vigilância em saúde, cooperativa, centro de parto normal isolado, central de regulação de serviços de saúde, laboratório central de saúde pública, secretaria de saúde (DATASUS, 2023).

Gráfico 1 - Estabelecimentos da Saúde por Região (Brasil, setembro 2023)

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

Nesse panorama, o país conta com 448.330 leitos de internação; destes, 59% (264.567) estão na administração privada; e 41% (183.763), na administração pública. Desse modo, percebe-se que, assim como os estabelecimentos em saúde, a maior parte dos leitos de internação disponíveis estão na administração privada. As quantidades de leitos de internação por esfera jurídica estão expostas na Tabela 02.

Tabela 2 - Leitos de Internação³ por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023)

Esfera Jurídica	Quantidade	%
Administração Privada	264.567	59%
Entidades sem Fins Lucrativos	161.665	61%
Entidades Empresariais	102.902	39%
Administração Pública	183.763	41%
Municipal	94.546	51%
Estadual	75.204	41%
Federal	7.270	4%
Outros	6.743	4%
Total	448.330	100%

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

Ao verificar os leitos da administração privada (264.567), a maioria, 61%, estava em entidades sem fins lucrativos; e 39%, em entidades empresariais. A maior parcela dos leitos da administração pública (183.763) estava na rede municipal, em que foi registrado 51%, sendo 41% na estadual e apenas 4% na federal. Do total de leitos de internação disponíveis, 308.184 (69%) eram leitos do SUS. Dos leitos disponíveis para o SUS, 42% estavam na administração privada, sendo a sua maioria, 113.690 (88% dos leitos em administração privada), em

³ Leitos de Internação: quantitativo de leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento não SUS. São as camas destinadas à internação de um paciente no hospital. Não são considerados como leito hospitalar os leitos de observação (DATASUS, 2023).

instituições sem fins lucrativos. Vale destacar que hospitais filantrópicos que fazem parte do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde (INTEGRASUS) são obrigados a disponibilizar, no mínimo, 70% dos seus leitos ativos e 70% dos atendimentos ambulatoriais ao SUS, o que incentiva a atuação do setor privado na assistência à saúde por meio de entidades sem fins lucrativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

As despesas com o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil atingiram R\$ 711,4 bilhões em 2019, correspondendo a 9,6% do PIB. Desse total, R\$ 283,6 bilhões (3,8% do PIB) foram despesas de consumo do governo, e R\$ 427,8 bilhões (5,8% do PIB) representam despesas de famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias. A despesa per capita com o consumo de bens e serviços de saúde, em 2019, foi de R\$ 2.035,60 para famílias e instituições sem fins de lucro a serviço das famílias e de R\$ 1.349,60 para o governo. O principal gasto das famílias com saúde foi com serviços de saúde privada, que incluem despesas com médicos e planos de saúde, por exemplo. Essa despesa respondeu por 67,5% do total das despesas de consumo final de saúde das famílias em 2019 (IBGE, 2022).

A partir desse panorama, tem-se um pouco sobre a organização dos serviços de saúde no Brasil, em que se percebe uma forte atuação da administração privada, além de um sistema misto que envolve a atuação de instituições públicas e privadas. A assistência pública, em grande parte, firma-se sobre a rede de serviços privados, o que pode causar implicações no funcionamento do SUS. Em virtude das divergências de valores pagos aos prestadores, caso o estabelecimento tenha condições favoráveis no mercado que lhe permitam abstrair do SUS, a sua opção será sempre vender serviços para as operadoras de planos de saúde, exceto nos procedimentos para os quais os valores pagos pelo SUS sejam superiores (MENICUCCI, 2010).

2.1.1 O Setor Hospitalar

Antes da era cristã e em período posterior ao cristianismo, o exercício da medicina era confundido com a prática religiosa, na qual as seitas religiosas determinavam a construção de hospitais ao lado de igrejas ou mesquitas. Os primeiros hospitais tinham por finalidade o isolamento dos doentes, a manutenção e conservação eram realizadas por meio da caridade, e a assistência médica oferecida visava tão somente à redução do sofrimento. Observa-se, assim, que a religião possuía muita influência no controle dos hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Na Renascença, o hospital gradualmente vai se desassociando das instituições religiosas para caracterizar-se como organização social sob a responsabilidade integral do Estado. No século XVII, tem-se uma preocupação com o estilo das construções hospitalares e a repartição dos vários serviços no edifício. No século XVIII, aconteceu uma revitalização na construção dos hospitais, influenciada pelas escolas médicas criadas na Idade Média. Houve a ampliação do movimento hospitalar com a propagação de instituições, mas reduziu-se a preocupação com as condições higiênicas, já que vários doentes compartilhavam uma mesma cama e as enfermarias não possuíam ventilação (TREVIZAN, 1988).

A primeira metade do século XIX foi marcada pelo predomínio de sujeira, promiscuidade e mau cheiro. A medicina e a enfermagem se encontravam em circunstâncias decadentes, sobretudo devido à substituição dos atendentes, antes religiosos dedicados à prestação de serviços de caridade que foram substituídos por pessoas leigas que eram admitidas sem critérios de seleção (CALVO, 2002).

O hospital medieval foi basicamente uma instituição eclesiástica, cuja preocupação com o cuidado médico era colocada em segundo plano. No século XVI, esse tipo institucional foi eventualmente substituído por outro tipo de hospital, cujas metas eram primariamente sociais, em vez de religiosas. Desta forma, do século XVI ao XIX, o hospital destinava-se, principalmente, à manutenção da ordem social, ao mesmo tempo que atendia os doentes e necessitados. Os pacientes com maiores recursos econômicos tratavam-se em domicílio, e a relação médico-paciente era independente da organização hospitalar (DESLANDES, 2006).

Até oferecer as propriedades que possui atualmente, as instituições hospitalares sofreram grandes transformações, sendo submetidas a diversas forças e desenvolvimentos externos que acabaram formando o modelo institucional característico de países economicamente desenvolvidos. Tal hospital, que é produto de revoluções industriais e científicas, pode ser chamado de *workshop* de saúde ou tipo de fábrica médica (CORDEIRO, 2012).

No modelo atual de hospital, as atividades são norteadas por normas científico-tecnológicas e por requisitos de racionalidade e economia organizacional, tendo como meta principal o cuidado médico. O desenvolvimento da medicina científica resultou em acelerado aumento dos custos de oferta desses serviços, e foi necessária a criação de mecanismos para garantir a estabilidade financeira das instituições em rápido crescimento. O aparecimento de organizações mais complexas e mais onerosas demandou mais controles administrativos, de modo que a eficiência econômica e a racionalidade administrativa passaram a compor assuntos

de interesse dos hospitais. Nessa seara, o aumento de preocupação com custos e eficiência é, parcialmente, um reflexo dos requisitos para a sobrevivência financeira (CORDEIRO, 2012).

O aumento da prática de técnicas de assepsia, a diminuição do índice de mortalidade e a criação de métodos de laboratório para diagnóstico causaram uma mudança na atitude pública no que concerne aos hospitais, por volta da segunda década do século passado; com isso, a população que era tratada apenas em casa passou a confiar na hospitalização. Como resultado, os hospitais começaram a admitir pacientes particulares em quartos privativos e em outras acomodações à parte daquelas dos indigentes (TREVIZAN, 1988).

A partir dessas mudanças e do desenvolvimento externo ao hospital, emergiram novas conjunturas que o afetaram diretamente: o surgimento da administração hospitalar como profissão, o aumento de planos de pagamento antecipado voluntário para as despesas com hospital, o setor público com mais atenção à qualidade do serviço hospitalar e uma função mais acentuada do governo, especialmente em relação ao financiamento e à construção de hospitais (CALVO, 2002).

O sistema hospitalar foi assinalado por um desenvolvimento acentuado no século XX, determinado pela progressão constante da tecnologia médica, pela propagação dos conhecimentos relacionados à saúde e à doença e pela diferenciação das especialidades médicas, ampliando as áreas de atuação dos agentes de saúde (DESLANDES, 2006).

Essas condições, agrupadas ao emprego do sistema científico da administração, modificaram significativamente o papel e as funções do hospital bem como estimularam profundas transformações nas metas dessa instituição — de um local para o pobre-doente para um centro médico para todos, passando a ser focalizado como um centro profissional de saúde que enfatiza a qualidade do tratamento dispensado aos doentes, ao ensino e à pesquisa. No tratamento das enfermidades, a relação médico-paciente passa a necessitar da instituição hospitalar, que se tornou uma organização constituída de unidades administrativas, estruturada com a finalidade de manter a viabilidade econômica, formando o status burocrático do hospital (CORDEIRO, 2012).

A inclusão dos processos disciplinares no espaço hospitalar atribuiu-lhe uma função econômica ao reduzir custos públicos gerados pela propagação das epidemias. Nesse contexto, a atuação médica se transformou, ampliando o plano de atendimento individualizado nas residências para o atendimento nos hospitais (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

A burocratização ocasionou alterações mais profundas. Dentro dessas instituições, o poder era detido pelas lideranças religiosas que asseguravam a rotina cotidiana dos hospitais,

bem como a assistência alimentar dos pacientes, e, nesse contexto, o médico estava sob a coordenação administrativa do pessoal religioso, podendo ser, inclusive, demitido. Contudo, a partir da ocasião em que o hospital é arquitetado como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar (FOUCAULT, 1979). Nesse raciocínio, considerando o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas e medicações como fatores de cura e sendo o médico o principal responsável pelo controle desses itens, tem-se que o médico passa a ser, direta e indiretamente, economicamente responsável pela viabilidade do hospital (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

Os hospitais conhecidos como atualmente foram criados no contexto dessa época, dando forma às relações socioeconômicas que são difundidas nas organizações hospitalares (DESLANDES, 2006). Capacitado com suas novas funções, o hospital é uma organização considerada indispensável para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos para a área da saúde, visto que permite o descobrimento de novos conhecimentos científicos, por meio da pesquisa, e é usado como campo de aperfeiçoamento técnico de profissionais (CORDEIRO, 2012).

Os hospitais vêm ocupando um lugar de destaque na sociedade, uma vez que são organizações complexas que usam tecnologia sofisticada e necessitam ter uma reação dinâmica às cobranças de um meio ambiente em constante mudança (VENDEMIATTI *et al.*, 2010). A organização hospitalar exerce uma função indispensável nos sistemas de serviços de saúde, uma vez que reúne maior densidade tecnológica e é capaz de fornecer assistência a casos graves de doenças, sendo comumente pensado como um ponto de referência no sistema (LIMA; FAVERET; GRABOIS, 2006).

Por causa da natureza do seu objeto de operação (pessoas doentes), o trabalho no interior no hospital pode ser considerado como complexo. A recuperação da saúde desses pacientes requer uma abordagem integral, o que viabiliza a garantia da utilização de todas as tecnologias disponíveis para prolongar a vida bem como a elaboração de um ambiente que resulte em conforto e segurança para essas pessoas (CECÍLIO, 2000).

A empresarização do hospital é a etapa do rompimento, tanto conceitual como organizacional, com o passado do hospital que era cristão medieval e do hospital assistencial do século XIX (GRAÇA, 2000).

Empregado ao hospital, a definição de sistema técnico definiria as condições atuais do exercício da medicina hospitalar, caracterizadas não só por sucessivas tentativas de

racionalização (financeira, econômica e organizacional) como, sobretudo, por uma certa industrialização da produção hospitalar, ou seja, o da decomposição do ato médico (entendido como a unidade de um processo de trabalho que inclui basicamente o diagnóstico, decisão terapêutica e o tratamento), numa série de intervenções complementares, efetuadas por pessoal especializado (médico e paramédico), no seio de unidades técnica e organizacionalmente diferenciadas (SOLÉ, 2004).

Após a Segunda Guerra Mundial, em função da relevância do desenvolvimento tecnológico, o hospital passa a ser administrado como uma empresa, alterando todo o sistema técnico de trabalho que havia sofrido mudanças organizacionais, o que pode ser demonstrado na elaboração de áreas que não existiam antes em sua estrutura, por exemplo, a engenharia hospitalar acompanhada pela gestão da qualidade (GRAÇA, 2000).

O fenômeno da empresarização na saúde ocorre em virtude de um movimento de empresarização do mundo, que transforma as instituições de natureza social ou filantrópica em empresas, direcionadas por princípios de lucratividade e competitividade, tornando-se parecidas, em seus valores, às empresas ligadas ao mundo da produção, instituindo-se como modelo universal da atividade humana.

O hospital contemporâneo abandonou a prestação da assistência para assumir a produção dos cuidados com a saúde através da prestação de serviços (GRAÇA, 2000). O hospital passa a fazer parte do processo de atenção à saúde, enquanto subsistema de cuidados secundários (por exemplo, cura e tratamento) e terciários (reabilitação e reintegração), para além de lugar de ensino e de investigação biomédica (VENDEMIATTI *et al.*, 2010).

As organizações hospitalares estão inseridas em um setor que emprega grandes esforços e recursos no desenvolvimento de inovações tecnológicas para solucionar problemas de saúde ou de doença (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

As inovações trouxeram conveniência e redução de custos para consumidores de várias indústrias. No setor da saúde, os serviços permanecem extremamente caros e inacessíveis a muitos consumidores. Mesmo mediante vários esforços, na indústria da saúde, os custos são crescentes. Os serviços são limitados e racionados; a maior parcela dos pacientes recebe assistência com padrões inferiores àqueles considerados desejáveis, e persiste um alto índice de erros evitáveis nos processos. A solução habita na modificação do modelo de gestão e na forma de competição da indústria (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

Pesquisas têm investigado as variáveis organizacionais e de gestão de pessoas que compõem o modelo organizacional dos hospitais e que dificultam a implementação bem-

sucedida de inovações. Os autores são unânimes em afirmar que os desafios das instituições da saúde residem não no desenvolvimento de inovações tecnológicas, e sim na superação de aspectos organizacionais e culturais que se encontram profundamente arraigados na prática assistencial e impedem a adoção bem-sucedida de inovações. Esses aspectos podem ser resumidos conforme descrito a seguir (QUEIROZ; ALBUQUERQUE; MALIK, 2013).

- A **natureza do trabalho** é incerta e arriscada, pois pode causar danos ao consumidor (paciente) e, em geral, está sob a responsabilidade de um único indivíduo, o médico, que é considerado o detentor do conhecimento necessário para indicar e conduzir os tratamentos. Nesse contexto, os profissionais tendem a ser avessos à tomada de risco e rejeitam inovações, pois temem que elas possam prejudicar seus pacientes no curto prazo. Adicionalmente, em muitas instituições, esses profissionais fazem parte de um corpo clínico aberto, em que os médicos são considerados clientes, o que lhes confere um grau de discricção no que diz respeito à adoção de inovações definidas pela organização.
- Determinadas **características da força de trabalho**, específicas do setor da saúde, contribuem de maneira negativa para a implementação de inovações. Observa-se, nos últimos anos, um aumento importante no grau de especialização (por exemplo, os médicos podem se especializar em mais de 120 disciplinas; os enfermeiros, em mais de 50). Nesse contexto, a colaboração para realizar um tratamento de qualidade torna-se fundamental. No entanto, estudos do *Institute of Medicine* (2001; 2004) indicam que a interação entre profissionais da saúde é rara. Isso é atribuído à cultura hierárquica e individualista das profissões. Por exemplo, o processo de socialização dos médicos os ensina a serem atores independentes, autoritários, autônomos, competitivos, conservadores, reativos, rápidos e imparciais. A identificação profissional que resulta desse processo de socialização faz com que os profissionais da saúde, em especial os médicos, tenham baixo grau de identificação com a organização na qual trabalham, enfatizando o espírito de corpo. Dessa forma, é mais difícil estimular a colaboração e o aprendizado em grupo, essenciais para a inovação.
- Os **sistemas de controle e mensuração de desempenho** são pouco desenvolvidos. Os profissionais da saúde tendem a acreditar que os sistemas de acompanhamento de desempenho não refletem a realidade corretamente e que os dados poderão ser utilizados contra eles. Como consequência, têm baixo grau de confiança, tanto nas organizações quanto em seus sistemas. Logo, dados críticos não estão disponíveis nem para gerar

novos conhecimentos e inovações nem para acompanhá-los, quando em progresso. O acompanhamento contínuo de dados e a correção de ações são, idealmente, fatores relevantes para a implementação bem-sucedida de inovações.

Os hospitais são organizações complexas que, para além das intervenções técnicas esperadas no âmbito do tratamento e prevenção de danos à saúde, também necessitam de boas práticas de gestão orientadas ao aprimoramento de sua eficiência em sua atividade-fim (FARIAS; ARAUJO, 2017).

De acordo com a OMS, o hospital é uma instituição que possui no mínimo cinco leitos para internação de pacientes, que disponha de uma equipe clínica organizada e estrutura para um atendimento básico de diagnóstico e tratamento com registros que evidenciam a admissão e permanência do paciente durante a assistência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O funcionamento do hospital, suas atividades e recursos abrangem várias dimensões que dificultam sua avaliação e medição de resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A Figura 05 traz as dimensões de uma organização hospitalar.

Figura 5 - Dimensões da área hospitalar



Fonte: Ministério da Saúde (2011).

Todas essas dimensões tornam a assistência hospitalar ainda mais complexa. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), essas dimensões compreendem:

- a dimensão financeira, na qual se encontram os mecanismos de custeio e financiamento, bem como a geração de investimentos para construção, reforma e ampliação das estruturas existentes;

- a dimensão política, que abarca os mecanismos e as abordagens que direcionam as estruturas das instituições, as normas, as políticas públicas e a regulação, por exemplo;
- a dimensão organizacional, influenciada pela dimensão política, uma vez que ela estabelece os parâmetros de funcionamento das instituições. Nesta se definem o lugar ocupado pelo hospital no conjunto da rede de serviços (emergência, UTI, atenção ao parto, assistência oncológica etc.) e os aspectos relacionados à administração das atividades necessárias para o funcionamento do hospital;
- a dimensão assistencial, que engloba as técnicas e tecnologias para a assistência, cujo desafio é resgatar a integridade do cuidado, a humanização, com base em valores como respeito à singularidade e defesa dos direitos dos usuários;
- o ensino e pesquisa, os quais constituem a dimensão do compartilhamento e desenvolvimento de conhecimentos em espaços de ensino-aprendizagem que são desenvolvidos nos hospitais por meio da prática assistencial;
- a dimensão social, a qual é influenciada por todas as demais, visto que elas propiciam a criação de um ambiente para a assistência à sociedade, seja um atendimento rápido e de qualidade ou o inverso, influenciando negativamente na sociedade.

Segundo o Ministério da Saúde (DATASUS, 2023), o país possuía 401.196 estabelecimentos de saúde; destes, 7.266 são hospitais, o equivalente a 2%. A maior parte dos hospitais, 62% (4.526), estavam alocados na administração privada; destes, 60% (2.693) em entidades empresariais e 40% (1.833) em entidades sem fins lucrativos, como apresentado na Tabela 03.

Tabela 3 - Hospitais por Esfera Jurídica (Brasil, setembro 2023)

Esfera Jurídica	Quantidade	%
Administração Privada	4.526	62%
Entidades Empresariais	2.693	60%
Entidades sem Fins Lucrativos	1.833	40%
Administração Pública	2.740	38%
Municipal	1.968	72%
Estadual	657	24%
Federal	77	3%
Outros	38	1%
Total	7.266	100%

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

Mesmo que a maioria dos hospitais sejam privados, boa parte dessas instituições recebem financiamento do governo para prestarem serviços ao SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Na administração pública, havia 2.740 hospitais, 72% (1.968) na esfera municipal, 24% (657) na esfera estadual e apenas 3% (77) na esfera federal.

Quanto ao tipo de estabelecimento, os hospitais são subdivididos em Hospital Geral, Hospital Especializado e Hospital/Dia-Isolado. O Hospital Geral é destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas, pode dispor de serviços de urgência/emergência, deve dispor de serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, podendo ter ou não sistema integrado de patrimônio, administração e contratos. O Hospital Especializado é destinado à prestação e assistência à saúde em uma única especialidade/área, e pode dispor de serviço de urgência ou emergência e serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, podendo ou não ter sistema integrado de patrimônio, administração e contratos; geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual. O Hospital Dia constitui unidades especialidades no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação (DATASUS, 2023).

A Tabela 04 apresenta a quantidade de hospitais por tipo e região no país, na qual se pode verificar que a maior concentração de hospitais se encontra na Região Sudeste, com 35%, e a menor está na Região Norte com 9%.

Tabela 4 - Hospitais por tipo e região (Brasil, setembro 2023)

Região	Hospital Geral	Hospital Especializado	Hospital Dia	Total	%
Região Sudeste	1.743	366	399	2.508	35%
Região Nordeste	1.630	339	243	2.212	30%
Região Sul	852	98	116	1.066	15%
Região Centro-Oeste	640	135	72	847	12%
Região Norte	509	72	52	633	9%
Total	5.374	1.010	882	7.266	100%
%	74%	14%	12%	100%	

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

A maior parte dos hospitais eram Hospitais Gerais, com 74% (5.374); 14% (1.010) eram Hospitais Especializados; e 12% (882), Hospital Dia. A Tabela 05 demonstra os leitos hospitalares existentes e os que estavam disponíveis para o SUS. Em setembro de 2023, havia 427.892 leitos hospitalares no país; destes, 294.501 ou 69% eram disponíveis para o SUS, e 133.391 ou 31% eram leitos não SUS.

Tabela 5 - Leitos Hospitalares SUS e não SUS (Brasil, setembro 2023)

Tipo de Hospital	Quantidade SUS	Quantidade não SUS	Quantidade Existente	%
Hospital Geral	252.778	105.658	358.436	84%
Hospital Especializado	40.069	22.711	62.780	15%
Hospital Dia	1.654	5.022	6.676	2%
Total	294.501	133.391	427.892	100%
%	69%	31%	100%	

Fonte: Ministério da Saúde (DATASUS, 2023).

Pode-se observar que, mesmo a maior parte dos hospitais estando alocados na administração privada, a maioria dos leitos estavam disponíveis ao SUS, confirmando as constatações de outros estudos, que mostram que, apesar de os hospitais serem privados, estes recebem financiamentos e investimentos do Estado para manutenção dos leitos do SUS (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009; SANTOS, I. S.; SANTOS; BORGES, 2013).

2.1.2 A Saúde Suplementar

Os planos de saúde pré-pagos com o fornecimento de assistência médica surgiram nos Estados Unidos por volta de 1910, quando a *Western Clinic* localizada em Washington passa a ofertar aos proprietários de serralherias e seus empregados certos serviços médicos de seus fornecedores, pelo valor de \$ 0,50 mensais, por membro. Tal sistema é considerado por alguns estudiosos como o primeiro exemplo de um tipo de operadora de plano de saúde e se nomeia *Health Maintenance Organization* (HMO) que significa uma rede de organizações de proteção à saúde (ANS, 2002).

No Brasil, a assistência privada à saúde se inicia nos anos 40 e 50, com os primeiros casos no setor público, como, por exemplo, a Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI) e o fornecimento de assistência médico-hospitalar aos funcionários de empresas estatais recém-criadas. Mediante a instalação da indústria automobilística (montadoras estrangeiras) e com ela o setor de autopeças, para atender a classe trabalhadora, em virtude do desenvolvimento industrial, nascem os sistemas assistenciais no setor privado (ANS, 2002).

O processo empresarial da medicina foi estimulado por volta dos anos 60, quando surgiram os convênios médicos entre empresas empregadoras e empresas médicas mediados pela Previdência Social. Desfavorecendo a prática médica liberal e a autonomia dos estabelecimentos hospitalares, as empresas médicas ganham força e representatividade na

organização dos prestadores de serviços. São os denominados “convênios-empresa”, um meio de parceria entre os empregadores e empresas médico-hospitalares, que formam uma expressão das políticas de privatização na área da saúde. Esses convênios eram articulados pela Previdência Social para a prestação de assistência a trabalhadores urbanos, normalmente para empresas de grande porte (SAMPAIO, 2008).

Nesse contexto dos “convênios-empresa”, a previdência retira das empresas que possuíam convênios a obrigação de parte da contribuição devida, assim os beneficiários perdem a alternativa de escolha quanto à prestação de serviços. A partir de então, surge a primeira modalidade de empresas que fornecem planos de saúde: a medicina de grupo, originária das empresas administradoras de grandes redes hospitalares e que se organizam em volta de proprietários e/ou acionistas de hospitais. Em reação ao surgimento das empresas de medicina de grupo, nascem as cooperativas médicas, através de médicos insatisfeitos com o predomínio de comerciantes do setor. A primeira cooperativa médica foi a Unimed, em que os médicos buscam reivindicar uma parte do mercado que se demonstrava promissor (SAMPAIO, 2008).

O mercado da saúde suplementar se altera significativamente nos últimos anos da década de 80, obtendo suas atuais características, concretizando-se como um avantajado mercado de planos de saúde, causando uma intensificação do comércio de planos individuais, a introdução de grandes seguradoras no ramo da saúde e a adesão de mais grupos de trabalhadores à assistência médica suplementar, como, por exemplo, funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações com a união da assistência privada ao financiamento dessa assistência médica suplementar (SAMPAIO, 2008).

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu ao Estado a atribuição de assegurar o direito à saúde dos cidadãos, mas também permitiu a atuação do setor de assistência médico-hospitalar, autorizando a oferta de serviços de assistência à saúde pela iniciativa privada, mediante o controle do Estado, representado pelo Ministério da Saúde (MS). Assim tem-se a atuação de empresas públicas e privadas na assistência à saúde. Com esse processo de expansão, acentua-se a organização de sub-redes, “o que pode ser ilustrado pela existência de hospitais conveniados, ao mesmo tempo com o SUS e com inúmeras empresas de assistência suplementar, podendo se tornar também uma empresa de planos de saúde” (SAMPAIO, 2008, p. 13).

Pesquisas de Medici (1989) e Faveret e Oliveira (1990) vinculam o crescimento do mercado privado de assistência à saúde à decadência da qualidade dos serviços públicos oferecidos à população derivada da universalização do direito à saúde e de forma coincidente

com a diminuição dos gastos públicos em saúde e a inclusão de mecanismos de racionamento nos serviços assistenciais, bem como o fomento governamental aos planos privados de pessoas físicas e jurídicas por meio de mecanismo de renúncia fiscal (NITÃO, 2004).

Com outra visão, os trabalhos de Giffoni (1981), Mendes (1993) e Costa (1996) relacionam o crescimento do complexo empresarial da saúde às fases do desenvolvimento do capitalismo no Brasil, configurando os anos 80 pela quebra das alianças que conservaram o Estado desenvolvimentista progresso e a crise da estrutura corporativista de representação, instituindo um novo paradigma de vínculo entre o Estado e a sociedade civil com menos intervenção desse no processo de negociação e implantação das políticas sociais (NITÃO, 2004).

Até janeiro do ano 2000, as empresas prestadoras de serviços privados atuavam de forma livre no país, com o mínimo de regulação que era exercida pelo Ministério da Saúde. Reformas no mercado de seguros demonstram a necessidade de normatizar a chamada assistência médica suplementar. As hipóteses para a desregulamentação do aparelho nacional de seguros apoiavam-se em previsões sobre o desenvolvimento do mercado de planos e seguros-saúde, combinado ao dos planos de previdência complementar e reprivatização dos seguros de acidente do trabalho. Expressam-se como fatos representativos dessa política a quebra do monopólio do Instituto de Resseguros do Brasil e a abertura para o capital de empresas estrangeiras do setor (NITÃO, 2004).

Também aumentavam as denúncias dos consumidores e de suas instituições de representação sobre a recusa de atendimento aos clientes cobertos por planos privados de saúde e o aumento demasiado dos preços dos prêmios. Além disso, as entidades médicas passam a se estabelecer contra a administração do uso de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, as políticas de credenciamento para o fornecimento de serviços e a remuneração que as operadoras de planos e seguros-saúde pagavam (NITÃO, 2004).

Montone (2003) identifica três períodos de instituição do marco regulatório da saúde suplementar no Brasil até a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar:

- a) O primeiro período é marcado pela criação, em 1997, de um grupo interministerial específico sobre o tema (com representantes do Ministério da Saúde, da Justiça e da Fazenda). Sob as pressões dos diversos interesses das diferentes modalidades empresariais que atuam no mercado, consumidores, entidades médicas, técnicos dos Ministérios envolvidos, instalou-se uma disputa interministerial pela institucionalização da regulamentação dos planos privados de assistência à saúde.

Em setembro do mesmo ano, por iniciativa do Poder Executivo, é finalmente enviado projeto de lei para apreciação pelo Congresso Nacional, o que viria a se constituir na Lei n.º 9.656, de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos privados de assistência à saúde. Por esse modelo, a regulação do setor seria operada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda, e o Ministério da Saúde teria o papel de assessoramento;

- b) O segundo período é caracterizado pelo debate no Senado Federal e edição da Medida Provisória (MP) n.º 1.665/98, alterando substancialmente a Lei n.º 9.656 no que diz respeito à cobertura assistencial. O Plano Referência, instituído pela Lei n.º 9.656/98, passa a ser o único modelo de plano aprovado para comercialização; é criada a Câmara de Saúde Suplementar, órgão consultivo com participação de entidades representantes de operadoras, consumidores e governo, e a definição da regulamentação passa a ser dividida nos aspectos econômico-financeiros e assistenciais entre o Ministério da Fazenda (SUSEP) e o Ministério da Saúde (mediante o recém-criado Departamento de Saúde Suplementar no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde), respectivamente. A MP passa, então, a ser reeditada quase que mensalmente até agosto de 2001 com o número 2.177-44;
- c) O terceiro, que contempla o atual estágio do marco regulatório, dá-se com a unificação legal das competências sobre a atuação nos aspectos econômico-financeiros e assistenciais em um único órgão regulador, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia federal criada pela Lei n.º 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

A partir de 2000, tem-se a regulação da saúde suplementar. A agência de regulação, a ANS, foi criada sendo vinculada ao Ministério da Saúde para manter a regulação na esfera da saúde, contudo exercendo o papel de Agência Reguladora com sua condição diferenciada:

maior poder de atuação; autonomia administrativa e financeira - expressa por uma arrecadação própria; decisões tomadas em Diretoria Colegiada; dirigentes com mandato definido em lei e, por último, com o poder legal concedido às agências reguladoras para a efetivação das suas resoluções. A atuação da Agência é regida por um Contrato de Gestão, negociado entre o seu Diretor-Presidente e o Ministro da Saúde, e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar (integrado pelo Ministro-Chefe da Casa Civil, que o preside, e os Ministros das seguintes pastas: Saúde, Fazenda, Justiça e Planejamento, Orçamento e Gestão). O Contrato de Gestão estabelece os parâmetros para a administração interna da ANS e os indicadores de avaliação de seu desempenho. O descumprimento injustificado do Contrato de Gestão implica a dispensa do seu Diretor-Presidente, pelo Presidente da República, mediante solicitação do Ministro da Saúde (NITÃO, 2004, p. 36).

Diferentemente das outras agências reguladoras, como a Agência Nacional de Petróleo (ANP), a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL) e a Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL), criadas no processo de privatização e quebra do monopólio estatal (parcial ou total) das atividades nesses setores da economia e de diversificação e estímulo à competição nesses mercados, a ANS surge para regular as atividades de um setor já exercido pela iniciativa privada, não monopolista, para correção de desequilíbrios econômico-financeiros das empresas e na relação entre as operadoras de planos e seguros de saúde e os consumidores, sobretudo no que se refere à seleção adversa e assimetria de informações (NITÃO, 2004).

A partir da regulação, estabelecem-se várias garantias aos usuários, tais como: tornar obrigatória às operadoras de planos de saúde a oferta de um plano de cobertura mínima, chamado de “plano de referência”; proibir a rescisão unilateral de contratos; e submeter à aprovação do governo os índices de reajuste anuais (SAMPAIO, 2008).

As empresas atuantes no setor passam a ter que cumprir exigências específicas, como registro de funcionamento, constituição de garantia, e ficam sujeitas a processos de intervenção e liquidação. Antes da regulação, podiam ofertar os produtos de forma autônoma com as condições de operação e preço de acordo com seus próprios critérios; já a partir da regulação, o produto obrigatório foi estabelecido em lei, e a seleção de risco foi proibida, assim como a retirada indiscriminada de usuários (MONTONE, 2003). Com esse novo ambiente institucional estabelecido, supõe-se que ocorreram várias transformações na estrutura do setor privado de saúde dito suplementar (NITÃO, 2004).

A exigência do fornecimento de informações periódicas pelo setor regulado à ANS permitiu que começasse a produção de dados e publicações, sistematizando as informações que até então eram veiculadas pelo próprio setor regulado ou firmas de consultoria. Além disso, com a concretização da Agência, foi organizado um novo padrão de intervenção do Estado no setor privado, permitindo um melhor entendimento de sua atuação (NITÃO, 2004).

Pode-se concluir que ocorreram avanços expressivos com a regulamentação, referentes à abertura e ao funcionamento das empresas, como o disposto sobre registro, normas de operação e fiscalização; exigências de reservas técnicas; e aumento da cobertura, como a definição do plano referência, proibição da seleção por faixas etárias e dos limites de internação. Um dos fatos de inegável importância foram a maior divulgação e maior acesso aos dados do setor (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde. A partir da classificação utilizada pela área de seguros, entende-se por setor

suplementar quando há um serviço público de caráter obrigatório e é permitida a opção de pagar um seguro privado a despeito da manutenção da obrigatoriedade da contribuição para o seguro social (BAHIA, 2001).

O Artigo 1º da Lei n.º 9.656/98 define operadoras de planos de assistência à saúde como pessoas jurídicas constituídas sob modalidade civil ou comercial, cooperativa ou entidade de autogestão que operem produto, serviço ou contrato mediante prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós-estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso a atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não da rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 1998).

A Resolução da Diretoria Colegiada da ANS n.º 39 de 17 de outubro de 2000 classifica as operadoras pelo tipo de atenção à saúde prestada, por modalidade e por segmentação. Pelo tipo de atenção, as operadoras classificam-se em médico-hospitalares e odontológicas. O primeiro tipo, médico-hospitalar, abarca entidades ou empresas que operam planos médico-hospitalares ou médico-hospitalares e odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços médico-hospitalares ou odontológicos a terceiros não contratantes do plano. O segundo tipo, odontológico, abrange entidades ou empresas que operam exclusivamente planos odontológicos, podendo oferecer, adicionalmente, prestação de serviços odontológicos a terceiros não contratantes do plano (ANS, 2000).

Por segmentação, as operadoras são classificadas conforme o percentual de gastos de serviços hospitalares ou médicos em sua rede própria (ANS, 2000):

- a) Segmento primário principal - SPP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos;
- b) Segmento primário principal / SUS SPP/SUS: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos e que prestam ao menos 30% (trinta por cento) de sua atividade ao Sistema Único de Saúde - SUS;

- c) Segmento primário subsidiário - SPS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços hospitalares referentes a seus planos;
- d) Segmento secundário principal - SSP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus planos;
- e) Segmento secundário subsidiário - SSS: as que despendem, em sua rede própria, entre 30% (trinta por cento) e 60% (sessenta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos referentes a seus planos;
- f) Segmento terciário - ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos em serviços médicos ou hospitalares referentes a seus planos.

Para as operadoras odontológicas, a segmentação é classificada da seguinte forma:

- a) Segmento próprio - SP: as que despendem, em sua rede própria, mais de 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos;
- b) Segmento misto - SM: as que dependem em sua rede própria entre 10% (dez por cento) e 30% (trinta por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos;
- c) Segmento terciário – ST: as que despendem, em sua rede própria, menos de 10% (dez por cento) do custo assistencial relativo aos gastos odontológicos dos planos odontológicos.

Quanto à classificação, as operadoras são classificadas em: a) Administradora; b) Cooperativa médica; c) Cooperativa odontológica; d) Autogestão; e) Medicina de grupo; f) Odontologia de grupo; g) Filantropia; h) Seguradoras (ANS, 2000).

Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante, ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades: promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da RN n.º 195, de 14 de julho de 2009; contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar; oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes; apoio técnico na discussão de aspectos operacionais. A Administradora de Benefícios não pode atuar

como representante, mandatária ou prestadora de serviço da Operadora de Plano de Assistência à Saúde nem executar quaisquer atividades típicas da operação de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2009a).

Cooperativa médica são as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam Planos Privados de Assistência à Saúde (ANS, 2000). As cooperativas médicas surgiram no Brasil (Unimed) como um movimento de oposição ao desenvolvimento das empresas de medicina de grupo e em torno da defesa da preservação dos interesses da prática médica liberal (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

São consideradas como Cooperativas odontológicas as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei n.º 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que operam exclusivamente Planos Odontológicos (ANS, 2000). A Sociedade Cooperativa de Serviços Odontológicos (Uniodonto) foi a primeira cooperativa odontológica do Brasil, fundada em 18 de setembro de 1972 na cidade de Santos, estado de São Paulo. Em 1973, houve uma alteração em seu nome, e a Uniodonto passou a ser chamada de Uniodonto do Brasil (Confederação Nacional das Cooperativas Odontológicas), estabelecendo-se como um sistema de cooperativas que forneciam uma cobertura nacional, em que o usuário podia ser atendido em qualquer cidade do país que possuísse um profissional cooperado (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Definem-se como operadora de planos privados de assistência à saúde na modalidade de Autogestão: a) as entidades de autogestão que se configuram como a pessoa jurídica de direito privado que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus sócios, administradores, empregados, aposentados, pensionistas dos beneficiários e ao grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários; b) a pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos que, vinculada à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora, opera plano privado de assistência à saúde exclusivamente aos seus empregados e servidores públicos; c) pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, constituída sob a forma de associação ou fundação, que opera plano privado de assistência à saúde aos integrantes de determinada categoria profissional que sejam seus associados ou associados de seu instituidor. A entidade de autogestão deverá possuir administração própria e objeto social exclusivo de operação de

planos privados de assistência à saúde, sendo-lhe vedada a prestação de quaisquer serviços que não estejam no âmbito do seu objeto (ANS, 2006).

As operadoras de Medicina de grupo são empresas que administram planos de saúde para empresas, famílias e indivíduos mediante sistema de pré-pagamento ou pós-pagamento. As empresas médicas ou medicinas de grupo como pessoa jurídica de direito privado, com ou sem fins lucrativos, que oferecem serviços de assistência médica com seus recursos próprios ou de uma rede credenciada mediante pagamento de contraprestação pecuniária são definidas pela Portaria n.º 3.232 de 27 de junho de 1986 do Ministério do Trabalho (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Na modalidade de Odontologia de grupo, atuam as empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se as cooperativas odontológicas. Constituem-se empresas com ou sem fins lucrativos, ofertando planos individuais e coletivos em modalidade de pré ou pós-pagamento (CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Classificam-se, na modalidade de Filantropia, as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido o certificado de entidade beneficente de assistência social emitido pelo Ministério competente, dentro do prazo de validade, bem como a declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais, na forma da regulamentação normativa específica vigente (ANS, 2000).

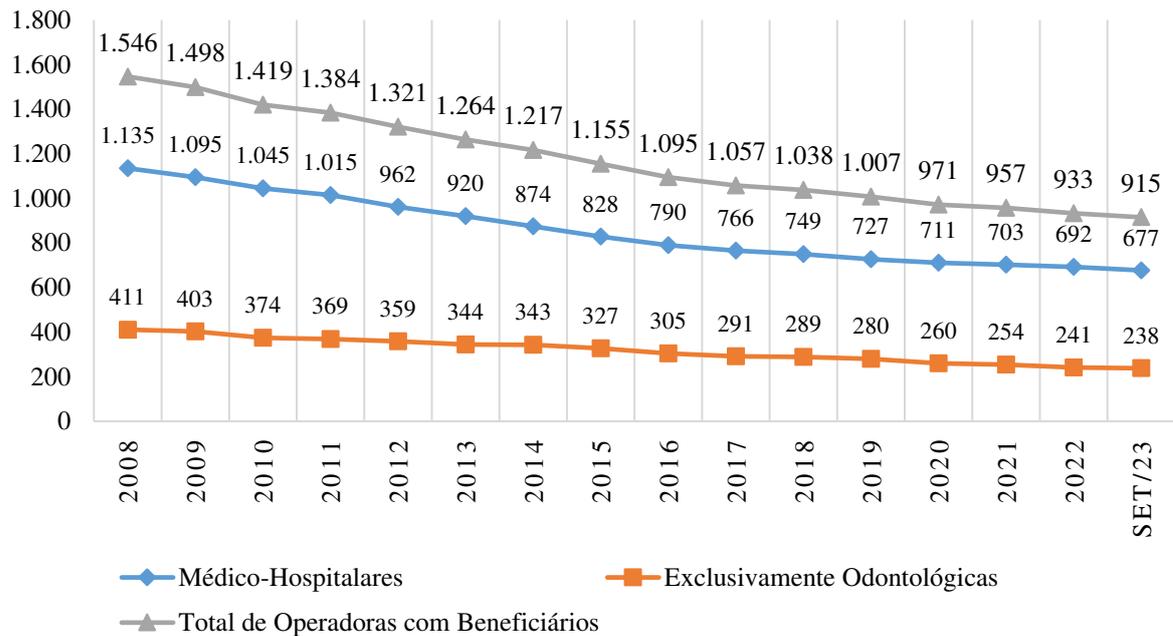
O número de operadoras vem reduzindo nos últimos anos. No ano de 2008, havia 1.546 operadoras com beneficiários, sendo 1.135 médico-hospitalares e 411 odontológicas; já em setembro de 2023, tem-se o registro de 915 operadoras com beneficiários, 677 médico-hospitalares e 238 odontológicas. Por conseguinte, em 15 anos, percebeu-se uma redução de 41% no total de operadoras com beneficiários (ANS, 2023), comportamento que pode ser analisado no Gráfico 02.

O mercado de planos de saúde é altamente concentrado; mesmo que o número de operadoras com beneficiários seja relativamente grande, uma expressiva parte dos beneficiários está concentrada em um número limitado de operadoras (ANDRADE *et al.*, 2015).

O mercado de saúde suplementar exhibe características específicas: o consumidor não possui autonomia para decidir a ocasião em que realizará o consumo do serviço segurado; as informações para os consumidores são incompletas e assimétricas em comparação com as informações de domínio do fornecedor de serviços, pois se trata de informações que podem ser alteradas ao longo do tempo sobre o conhecimento adquirido em relação à maneira mais

adequada de tratar a saúde, assim como pela velocidade do desenvolvimento tecnológico do setor; do risco moral, trata-se da alteração de comportamento do segurado em função de não possuir condições de aguentar o custo total da prestação de serviços; quanto à seleção adversa, abrange os empecilhos colocados pelas seguradoras à entrada de segurados no sistema, excluindo os de alto risco (ALMEIDA, 1998; ANS, 2002; CARVALHO; CECÍLIO, 2007).

Gráfico 2 - Número de Operadoras (Brasil, 2008–2023)



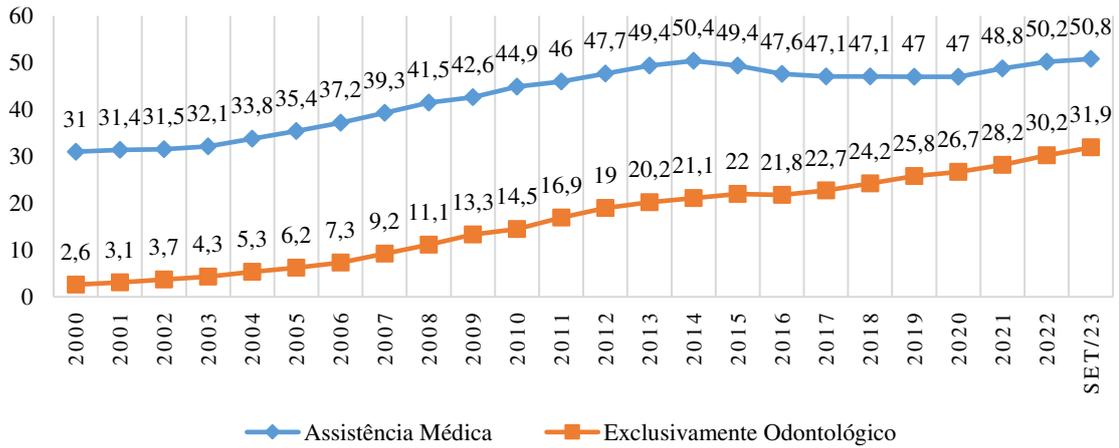
Fonte: Ministério da Saúde (ANS, 2023).

Os planos privados de saúde, quanto ao contrato, podem ser individuais/familiares ou coletivos. O contrato individual ou familiar pode ser contratado por pessoa natural com ou sem grupo familiar; o contrato coletivo é intermediado por uma pessoa jurídica e pode ser coletivo empresarial ou por adesão. O coletivo empresarial é delimitado e vinculado à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária, normalmente ele é automático quando o vínculo do usuário é estabelecido entre a pessoa física e jurídica; já o contrato por adesão não possui vínculo empregatício, o vínculo é com pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, ele não ocorre de forma automática, é opcional conforme demanda do usuário (ANS, 2009b).

O setor de planos e seguros privados de assistência médico-hospitalares contava com 50,8 milhões de beneficiários em planos privados de assistência médica e 31,9 milhões de planos exclusivamente odontológicos em setembro de 2023 (ANS, 2023).

O número de beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial vinha apresentando relevante crescimento até 2014; de 2015 a 2020, houve pequenas reduções, e, a partir de 2021, o número volta a registrar crescimento (ANS, 2023), como apresentado no Gráfico 03.

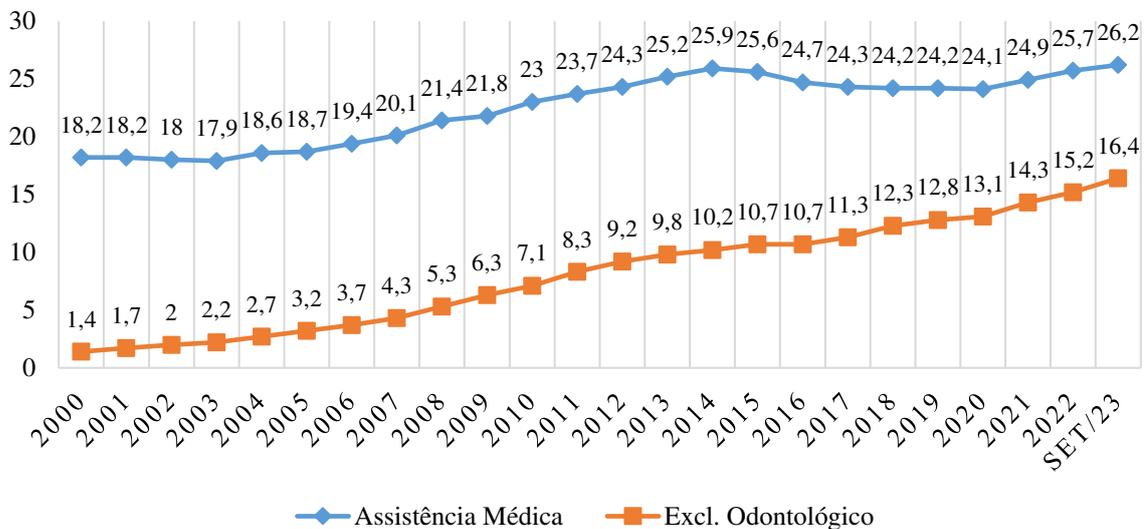
Gráfico 3 - Beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial (Brasil, 2000–2023)



Fonte: Ministério da Saúde (ANS, 2023).

Em setembro de 2023, a taxa de cobertura da população brasileira quanto à assistência médica de planos de saúde foi de 26,2%; já em planos exclusivamente odontológicos, foi de 16,4% (ANS, 2023). A taxa de cobertura acompanha a tendência positiva do número de beneficiários no país, como apresentado no Gráfico 04.

Gráfico 4 - Taxa de Cobertura de Planos de Saúde (Brasil 2000–2021)



Fonte: Ministério da Saúde (ANS, 2023).

Segundo Pinto e Soranz (2004), o mercado de saúde suplementar aumenta a desigualdade social no país, pois atende uma parte específica da população, moradora das capitais e regiões metropolitanas, de cor branca, de alto nível de escolaridade, de maior renda familiar e de determinados ramos de atividade do mercado de trabalho. Garcia *et al.* (2015, p. 1431) apontam que “as famílias com maior renda têm gastos mais elevados com planos de saúde”.

2.2 Direito da Concorrência

O Direito da Concorrência pode ser entendido como um conjunto de regras e instituições designadas a apurar e a coibir as diversas maneiras e formas de abuso do poder econômico e a promover a defesa da livre concorrência. Trata-se de um composto de normas jurídicas e sociais que tem por objetivo a restrição de atos e práticas que quebram o processo concorrencial (VAZ, 1993). Para Nusdeo (2002, p. 63), o Direito da Concorrência é compreendido como “uma legislação que dá concretude aos princípios da livre iniciativa, da livre concorrência e da repressão ao abuso do poder econômico – princípios de base da ordem constitucional brasileira”.

Vale destacar que, da mesma forma para o direito e para a economia, a compreensão de “concorrência” meramente como “disputa ou rivalidade entre produtores, negociantes, industriais, etc. pela oferta de mercadorias ou serviços, iguais ou semelhantes” é limitada, uma vez que “a concorrência não se resume apenas a uma disputa ou rivalidade, envolve interesses, mercados, países, populações, conquistas e os meios para atingir determinados resultados” (BAGNOLI, 2003, p. 118).

Com uma conceituação diferente da tradicional, Forgioni (2005) associa o Direito da Concorrência à implementação de políticas públicas. Trata-se de um método em que o Estado contemporâneo cede espaço para a implementação de políticas públicas, por meio de repressão ao excesso de poder econômico e a tutela da livre concorrência.

Como integrante de um sistema, o Direito da Concorrência funciona como um corpo de regras mínimas que tem por objetivo organizar as relações de poder que existem no mercado. Procura derrotar a hipótese, mesmo que simplesmente intuitiva, de que a participação de agentes com elevado poder econômico, em uma posição máxima de monopólio, possa extinguir a possibilidade de escolha dos consumidores, ou promova o desequilíbrio das relações econômicas em um determinado contexto socioeconômico, com enormes impactos ao pleno

emprego, ao desenvolvimento, ao meio ambiente e à distribuição de renda, prejudicando toda a cadeia social (MACEDO, 2008).

Portanto, o Direito da Concorrência pode ser compreendido como um conjunto de normas, cujo impulso é restringir atos e práticas capazes de diminuir a livre concorrência no mercado, garantindo ainda a proteção de interesses individuais e coletivos. Agrupa padrões e ações regulatórias passíveis de serem implementadas pelo Estado, com o interesse de preservar o ambiente competitivo, permitindo a efetivação da livre iniciativa, bem como desestimular condutas abusivas do exercício do poder de mercado (MACEDO, 2008).

A concorrência pode ser descrita como o conjunto das relações sociojurídicas entre empresas, as quais concorrem entre si pela preferência dos clientes e consumidores com a finalidade individual de elevar ao máximo os seus lucros e sua participação de mercado. Segundo o disposto no art. 170 da CF/88, a livre iniciativa é o alicerce da ordem econômica, e a concorrência é um dos seus princípios informadores, juntamente à soberania nacional, propriedade privada, função social da propriedade, defesa do consumidor e meio ambiente, redução das desigualdades sociais, ao pleno emprego e favorecimento da pequena empresa (BUCHAIN, 2014).

A doutrina concorrencial tradicional, com evidentes reflexos nos ordenamentos jurídicos de defesa da concorrência, classifica duas formas de controle dos agentes com poder de mercado: o controle das estruturas e o controle das condutas (FORGIONI, 2005).

A primeira procura precaver a prática de condutas anticoncorrenciais por meio do controle das estruturas, ou seja, da análise e apreciação de atos de concentração horizontais ou verticais, como são exemplos: as fusões, incorporações, associações de empresas etc. (FORGIONI, 2005). Efetivamente, constitui condicionar a formação de estruturas, ou organizações, que possam vir a usufruir de excessivo poder econômico à aplicação de determinadas normas e padrões, alguns de caráter regulatório. Relatadas operações, ao se comprovar como de potencial nocivo à ordem econômica, dependendo do contexto jurídico no qual estão inseridas, só serão aprovadas se acompanhadas de justificativas ou ações que permitam afastar o perigo de abuso (MACEDO, 2008). Salomão Filho (2002, p. 17) expõe que “está absolutamente em linha com o desenvolvimento da teoria microeconômica, que com base no estudo da racionalidade econômica do comportamento dos agentes no mercado, afirma ser possível presumir que uma posição de excessiva concentração de poder tenderá a ser utilizada de forma abusiva”.

O controle das condutas ou das práticas anticoncorrenciais procura regular, sancionar e reprimir as condutas de abuso do poder econômico em suas variadas formas. É o caso das infrações à ordem econômica das quais são exemplos o exercício abusivo de posição dominante, o aumento arbitrário dos lucros, a formação de cartéis, a eliminação de matéria-prima escassa, a dominação de mercados relevantes de bens ou serviços, entre outras práticas que tenham como objetivo ou possam potencialmente prejudicar a livre concorrência (MACEDO, 2008).

Uma política de defesa da concorrência procura ser uma forma capaz de permitir uma economia eficiente, à medida que valorize a livre iniciativa e a liberdade nas relações econômicas. Um melhor plano de bem-estar econômico proporciona aos cidadãos mais variedade de produtos e serviços, a menores preços, e isso ocorre apenas em uma economia eficiente. Quando se tem um mercado de livre concorrência, as organizações se veem obrigadas a desenvolver novas tecnologias, melhorar seus serviços, produtos, atendimento, bem como conservar preços compatíveis com as exigências do mercado, pois estão sob constante risco de perder espaço para os concorrentes (ADRI, 2007).

Várias questões pertinentes ao trabalho e ao emprego também são influenciadas por decisões ou fatores provenientes de uma política concorrencial. Em tese, um mercado de livre concorrência, atrelado a outras variáveis de caráter macro e microeconômico, permite o aparecimento ou a manutenção de vários *players*, que são responsáveis pela criação e conservação de uma ampla cadeia de empregos diretos e indiretos, que estimulam a atividade econômica. Em contrapartida, um mercado que tem barreiras artificiais à entrada de concorrentes, por exemplo, bloqueia o surgimento de novos postos de trabalho (MACEDO, 2008).

Diante desse quadro e com base nos conceitos de Direito da Concorrência já apresentados, é possível extrair alguns elementos constitutivos da concorrência quais sejam: o livre acesso aos mercados; a liberdade de empresa; e a possibilidade de escolha dos consumidores (ADRI, 2007).

O livre acesso aos mercados se materializa na ausência de barreiras artificiais causadas pelos agentes econômicos que já atuam em um determinado setor, como as condutas anticompetitivas. Em qualquer atividade econômica, existem as denominadas “barreiras” naturais, que inibem a entrada de novos competidores no mercado, como, por exemplo, “a grande soma de capital para iniciar a atividade empresária, a necessidade de desenvolvimento de produtos ou serviços, necessidade de organização, *market share* já existente no mercado, entre várias outras” (MACEDO, 2008, p. 37).

Sobre a liberdade de empresa, cabe sublinhar que, em uma economia de livre concorrência, os agentes econômicos devem ser livres para tomar decisões da maneira que melhor lhes convier, sem interferências externas ou artificiais, ressaltando o cumprimento da lei, específica, para o exercício de determinadas atividades (ADRI, 2007).

A possibilidade de escolha pelos consumidores também compõe fundamental elemento constitutivo da concorrência, que está diretamente relacionado às estruturas do mercado e à conduta dos agentes econômicos. Mesmo que o Direito da Concorrência tenha como principal objetivo a garantia da livre concorrência, em uma última análise, o consumidor é o principal beneficiário nesse processo, uma vez que a competição plena e equilibrada entre empresas participantes induz ou incentiva que os *players* se esforcem para oferecer produtos e serviços de melhor qualidade por preços menores (MACEDO, 2008).

No mercado, a concorrência entre os agentes econômicos nasce da disputa pelos consumidores por seus produtos e/ou serviços. Essa disputa, de caráter permanente, gera nos agentes econômicos uma frequente busca de vantagens competitivas para que seus bens e serviços sejam preferidos. Tais vantagens são denominadas de eficiência econômica e podem envolver todas as características dos processos empresariais, desde sua estrutura física e produtiva, técnicas de administração até o desenvolvimento de produtos e novas tecnologias, além de técnicas de distribuição e atendimento pós-venda. O conceito de eficiência econômica tem posição essencial na teoria concorrencial. Ela representa os ganhos de produtividade dos agentes econômicos e as vantagens repassadas aos consumidores que, desse modo, obtêm maior variedade de produtos e serviços por preços mais baixos e com melhor qualidade (BUCHAIN, 2014).

O Direito da Concorrência baseia-se na ideia de que a concorrência não pode ser limitada por agentes econômicos com poder de mercado e na existência de mecanismos institucionais passíveis de garantir a livre competição no mercado. Esses mecanismos institucionais devem ainda atuar para que se reduzam as barreiras à entrada de novos concorrentes, especialmente as criadas artificialmente por agentes com grande poder de mercado (ADRI, 2007).

Cunha (2003) confere ao Direito da Concorrência algumas finalidades de caráter geral que podem estar presentes em qualquer lei de defesa da competição:

Os fins gerais dividem-se em econômicos e não-econômicos. O principal objetivo econômico para proteger a competição é o de maximizar a riqueza econômica do consumidor por meio do emprego dos recursos escassos, e, mediante o progresso no desenvolvimento de novas técnicas produtivas e novos bens, atingir o melhor aproveitamento destes recursos. As duas espécies de fins gerais não se complementam obrigatoriamente, podendo ser excludentes no caso de colisão. Por exemplo, podem

divergir no momento em que a eficiência dos agentes econômicos determine o desaparecimento de pequenas empresas em prol de grandes produtores, ou no instante em que as economias de escala na produção ou na distribuição reduzam o número de firmas produtoras ou distribuidoras. A escolha dos objetivos a serem perseguidos depende da análise política, que deve corresponder à realidade da região na qual a lei de defesa da concorrência deverá ser aplicada. A regulamentação e aplicação destas normas devem então, conformar-se de forma a possibilitar a consecução dos fins estabelecidos (CUNHA, 2003, p. 24).

Cunha (2003) traz outras finalidades do Direito da Concorrência, que considera de fins não econômicos:

- a) Distribuição de renda: o Direito da Concorrência pode ser instrumento auxiliar na distribuição de renda na sociedade. O incentivo da competição no mercado leva o produtor a receber pelo seu bem somente o preço competitivo, ou seja, aquele que lhe permita obter o retorno do capital investido e lucro razoável, correspondente à sua contribuição no seu preparo. Assim, a garantia da concorrência possibilita menores preços, empregando-se a renda da sociedade de forma eficiente, sem desperdícios [...];
- b) Estabilização econômica: cita-se comumente o exemplo do efeito das práticas das empresas sobre a inflação, quando exercem controle do preço sobre suas mercadorias. As grandes empresas, ao estabelecerem seus preços, embutem a expectativa de inflação futura, iniciando-se o círculo vicioso, impedindo o fim da alta. Além disso, os preços daqueles que detêm poder de mercado normalmente sobem, servindo de parâmetro para majoração de preços de outros produtos [...];
- c) Dispersão de poder econômico: a defesa do sistema perfeito de concorrência, no conceito primário, buscava a manutenção de um mercado atomizado, no qual nenhum agente econômico teria poder de influência.

Outra possível finalidade do Direito da Concorrência consiste na possibilidade de utilizá-lo como mecanismo auxiliar na promoção do desenvolvimento econômico. De acordo com Lachmann (1999), a concorrência constitui um importante pilar para o desenvolvimento econômico. Nesse sentido, a competição pode influenciar não apenas em aspectos econômicos, mas também, nos sociais. Isso acontece porque a livre concorrência disciplina os fornecedores de produtos e serviços para que estes mantenham seus preços em níveis aceitáveis pelo mercado consumidor, sob risco de perderem espaço no mercado. Além disso, os fornecedores em uma situação de livre concorrência são estimulados a aperfeiçoarem-se, evidentemente, com o objetivo de garantir a maior participação no mercado e obter o maior lucro possível.

O Direito da Concorrência cumpre o relevante papel de fazer prevalecer a concorrência nos mercados, conferindo limitações ao exercício abusivo da livre concorrência. Os parâmetros da concorrência no mercado cumprem dupla função. Por um lado, tem função negativa,

qualificada pela punição rigorosa dos atos predispostos à proteção dos mercados nacionais através de práticas anticoncorrenciais. Por outro lado, tem-se função positiva concretizada no emprego das regras naturais de concorrência para o estímulo e funcionamento do mercado comum de forma eficiente. Assim, os órgãos encarregados de sua aplicação procuram encorajar as práticas geradoras de efeitos positivos à inovação, integração e à competitividade (NUSDEO, 2002).

Nessa área, um dos desafios do direito é o diálogo com o sistema econômico sem que gere o comprometimento de sua operatividade ou o avesso, sem que comprometa a autonomia produtiva da economia. Assim, o Direito da Concorrência não pode deixar de exercer seu papel frente ao mercado, mas também não pode substituí-lo, ou atrapalhar o seu funcionamento normal (QUEIROZ, 2010).

O desenvolvimento do Direito da Concorrência no Brasil está profundamente associado ao histórico econômico do país (SILVA, 2005). Por um extenso período, o Estado brasileiro exerceu uma política de intervenção acentuada nas atividades privadas, a qual foi caracterizada por um duplo perfil. De um lado, acentuou a proteção da economia popular, usando técnicas de extenso controle de preços e substituição de importações; de outro, o Estado passou, com intensidade nunca vista, a operar na economia como um empresário, concentrando boa parte das atividades econômicas. Por consequência lógica, configurou-se uma economia sem opção de concorrência, da qual o pressuposto básico se fundamenta em um patamar mínimo de liberdade aos agentes de mercado (SILVA, 2005).

O referido período, sob o ângulo da eficácia normativa, pode ser chamado como “Era perdida” do direito antitruste e teve seu início a partir da concepção do CADE pela Lei n.º 4.137/62 (SILVA, 2005). Durante sua vigência, a Lei Antitruste de 1962 não teve efetividade diante da realidade brasileira, em que não pode ser identificado qualquer desempenho linear e constante de uma política econômica que tenha se materializado em uma política da concorrência (FORGIONI, 2005).

O Direito da Concorrência, gradualmente, ganha maior efetividade, a partir da década de 80, com a formação do processo de abertura da economia e o abandono das técnicas clássicas de intervenção. Ocorre uma intensificação da tutela concorrencial, originária do controle da economia popular. A demarcação dessa mudança ocorreu através da edição da Lei n.º 8.158/91, que representou o nascimento (ou renascimento) da defesa da concorrência. Esse período foi marcado por um certo hibridismo, uma vez que não caracterizou o absoluto abandono das práticas ortodoxas de intervenção nos mercados (SILVA, 2005).

Com a criação da Lei n.º 8.884/94, esse período foi encerrado. Essa nova Lei da Concorrência trouxe como uma de suas principais inovações a transformação do CADE em autarquia, concedendo-a maior autonomia (FORGIONI, 2005).

Outra importante inovação foi a inclusão do controle concorrencial preventivo. A possibilidade de análise de atos de concentração pelo CADE, em harmonia com as tendências mundiais modernas, permitiu uma nova configuração ao Direito da Concorrência brasileiro. De um aspecto altamente repressivo passa-se a possuir uma atuação prévia cuja essência é a de prevenir a ocorrência de casos anticompetitivos em momento futuro à operação analisada. Faz-se interessante mencionar que o controle de estruturas aparece em um cenário de crescente concentração dos mercados, o que o torna ainda mais importante (FORGIONI, 2005).

Ocorreu um processo de desregulação econômica (desestatização e introdução da concorrência) em paralelo ao desenvolvimento do direito concorrencial. Vale destacar que tal processo não foi a razão preponderante para o fortalecimento da defesa pela concorrência. Esse acontecimento deve ser conferido especialmente à abertura econômica, à estabilização e ao fim da regulação protetiva da economia popular. Apesar de ter suas bases fixadas já na metade dos anos 80 com a edição do chamado Programa de Privatização (Decreto 91.991), a desregulamentação somente ganha corpo nos setores mais expressivos da economia (telecomunicações, energia elétrica, petróleo, gás, transporte etc.) na metade da década de 90 — momento em que, como referido, as inovações trazidas pela Lei da Concorrência já tinham ocorrido. As emendas constitucionais que autorizavam as reformas só foram aprovadas a partir de 1995 pelo Parlamento (SILVA, 2005).

A partir da desestatização dos serviços públicos e da prática da competição, setores inteiros da economia passaram a não ser mais imunes à aplicação do Direito da Concorrência. É possível falar que um novo campo material se abriu à defesa da concorrência. Nesse sentido, o princípio da livre concorrência passa a ser instrumentalizado para o alcance de fins constitucionais antes buscados por outros meios (QUEIROZ, 2010).

A concorrência gera o bem-estar econômico e social. Através dela, é possível assegurar preços competitivos, acesso ao mercado, pluralidade de produtos e melhores opções ao consumidor. A concorrência funciona como autêntico mecanismo de inclusão social e desenvolvimento econômico (QUEIROZ, 2010).

O Direito da Concorrência recebeu novo impulso a partir da Lei n.º 8.484/94 que foi revogada pela Lei n.º 12.529/11. A Lei n.º 8.484/94 foi o marco institucional no país para a institucionalização do CADE como autarquia, o que lhe dotou de poder de executar suas

próprias decisões. Em seu mérito, a lei brasileira flexibiliza a vedação de atos de concentração que possam limitar ou de qualquer forma prejudicar a livre concorrência, ou resultar na dominação de mercados relevantes, permitindo sua aprovação pela autoridade concorrencial mediante avaliação do caso concreto e a obtenção de certas vantagens econômicas (art. 88, § 5º e §6º da Lei n.º 12.529/11) que a justifiquem (BUCHAIN, 2014).

A Lei n.º 12.529/11 teve sua origem no Projeto de Lei n.º 3.937/2004 elaborado pelo Deputado Carlos Eduardo Cadoca, foi sancionada e publicada pela presidenta Dilma Rousseff em 30 de novembro de 2011 e entrou em vigor em 29 de maio de 2012 (VORONKOFF, 2014).

A partir da vigência da Lei n.º 12.529/11, o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência passou por várias modificações. Sua estrutura administrativa foi modificada, com o intuito de melhorar a eficiência e celeridade nas investigações e julgamento das condutas anticompetitivas, e nas análises das operações concernentes à concentração de empresas (VORONKOFF, 2014).

Com a publicação e entrada em vigor da nova lei de defesa da concorrência brasileira — Lei n.º 12.529 de 2011 — e revogação da legislação anterior — Lei n.º 8.884 de 1994 —, várias modificações e inovações foram efetivadas com o objetivo de aprimorar o arcabouço jurídico-normativo do Direito da Concorrência brasileiro. Com efeito, os legisladores têm dirigido esforços para aperfeiçoar o sistema concorrencial do Brasil, seguindo a tendência dos sistemas internacionais (VORONKOFF, 2014).

O Direito da Concorrência se cobre num conjunto de normas e princípios que se põem como garantias para sustentar o mercado brasileiro interno e mantê-lo protegido de possíveis práticas anticompetitivas, cometidas pelos agentes econômicos que nele atuam, tendo como suas bases principais os preceitos constitucionais da livre iniciativa e livre concorrência. Como veículo promotor dessas normas, os órgãos do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência atuam de forma preventiva, repressiva e educativa, em benefício do mercado brasileiro (VORONKOFF, 2014).

2.2.1 O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência

O Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC) foi estruturado pela Lei n.º 12.529 de 30 de novembro de 2011, principal dispositivo normativo do Direito da Concorrência, e é formado pelo CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) e pela SEAE (Secretaria de Acompanhamento Econômico). A Lei n.º 12.529, além de estabelecer a estrutura

do SBDC, traz outras providências atinentes à regulação da economia de mercado, tipificando, inclusive, as infrações contra a ordem econômica (BRASIL, 2011).

A Lei n.º 12.529/2011 veio para reformular a Lei n.º 8.884/94, trazendo uma postura dualista, atuando tanto no controle da conduta como na estrutura defendendo a matéria antitruste e transformando o CADE em autarquia. O SBDC é o responsável pela promoção de uma economia competitiva, através da prevenção e da repressão de ações que possam limitar ou prejudicar a livre concorrência no Brasil (BRASIL, 2011).

A SEAE tem por competência promover a concorrência em órgãos de governo e perante a sociedade (BRASIL, 2011). Possui quatro papéis para apoiar a defesa da concorrência (CADE, 2016a):

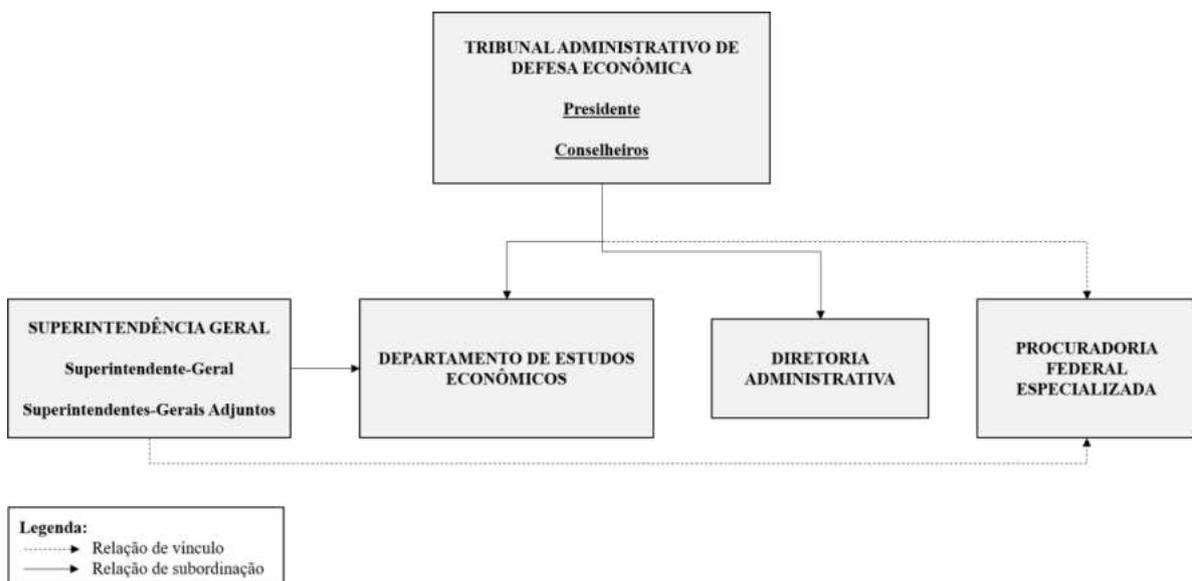
- *Papel opinativo*: opinar nas propostas de alterações de ato normativo de interesse geral dos agentes econômicos, de consumidores, usuários dos serviços prestados submetidos à consulta pública pelas agências reguladoras; nos pedidos de revisão de tarifas e minutas das agências reguladoras; nas minutas de atos normativos elaborados por qualquer entidade pública ou privada submetidos à consulta pública e nas proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional;
- *Papel Elaborativo*: elaborar estudos de avaliação da situação concorrencial de setores específicos da atividade econômica nacional e estudos setoriais;
- *Papel Prepositivo*: propor revisão de leis, regulamentos e outros atos normativos; e
- *Demais Papéis*: manifestar-se a respeito do impacto concorrencial de medidas em discussão no âmbito de fóruns negociadores relativos às atividades de alteração tarifária, ao acesso a mercados e à defesa comercial; encaminhar ao órgão competente representação sempre que for identificado ato normativo que contenha caráter anticompetitivo; requisitar informações; celebrar acordos e convênios com órgãos ou entidades públicas ou privadas para avaliar e/ou sugerir medidas relacionadas à promoção da concorrência.

O CADE é uma entidade judicante com jurisdição em todo o território nacional, que se constitui em autarquia federal, vinculada ao Ministério da Justiça, com sede e foro no Distrito Federal, sendo criada pela Lei n.º 4.137/62 como um órgão do Ministério da Justiça com a competência da fiscalização da gestão econômica e do regime de contabilidade das empresas. Através da Lei n.º 12.529/2011, o CADE passou por uma reformulação em suas atribuições, possuindo três funções: preventiva, repressiva e educacional ou pedagógica (BRASIL, 1962; 2011).

Na função preventiva, o CADE analisa e decide, previamente, acerca das operações de concentração realizadas por grandes empresas observando os efeitos nocivos que possam decorrer de tais operações, no mercado e em sua concorrência. No viés repressivo, o CADE investiga, em todo o território nacional, e posteriormente julga cartéis e outras condutas nocivas à livre concorrência. Por fim, do ponto de vista educacional, o CADE busca ensinar o público em geral sobre as diversas condutas que possam prejudicar a livre concorrência; incentivar e estimular estudos e pesquisas acadêmicas sobre o tema, firmando parcerias com universidades, institutos de pesquisa, associações e órgãos do governo; realizar ou apoiar cursos, palestras, seminários e eventos relacionados ao assunto; editar publicações, como a Revista de Direito da Concorrência e cartilhas (CADE, 2011).

No campo das competências, o CADE visa garantir a livre concorrência, em domínio do Poder Executivo, investigando e decidindo, em última instância, sobre o objeto concorrencial, como, também, pelo fomento e disseminação da livre concorrência (CADE, 2011). O CADE é constituído pelo Tribunal Administrativo de Defesa Econômica, pela Superintendência Geral e pelo Departamento de Estudos Econômicos (BRASIL, 2011). A autarquia também possui unidades que prestam apoio às suas atividades: Procuradoria Federal Especializada junto ao CADE (ProCade) e à Diretoria Administrativa (DA), conforme demonstrado na Figura 06.

Figura 6 - Organograma do Conselho Administrativo de Defesa Econômica



Fonte: CADE (2016a).

O Tribunal Administrativo de Defesa Econômica é um órgão judicante, responsável por zelar pelo cumprimento da Lei de defesa da concorrência através do julgamento dos processos de concentração econômica. O plenário do CADE é formado por 1 (um) presidente e 6 (seis)

conselheiros escolhidos entre cidadãos com mais de 30 (trinta) anos de idade, de notório saber jurídico ou econômico e reputação ilibada, nomeados pelo Presidente da República, depois de aprovados pelo Senado, para um mandato de 4 (dois) anos, havendo a possibilidade de uma recondução, por igual período, e, portanto, só podem ser destituídos do cargo em condições especiais (BRASIL, 2011; CADE, 2016a).

Essa regra fornece autonomia aos membros do Plenário do CADE, fator importante para garantir a tutela dos direitos difusos da concorrência de forma técnica e imparcial. Os cargos de Presidente e Conselheiro são de dedicação exclusiva, não se admitindo qualquer acumulação, salvo as constitucionalmente permitidas (AMADO; VIALÔGO, 2019).

A autoridade máxima do CADE é exercida pelo Presidente do Tribunal que possui a atribuição de representar a autarquia e de responder pela gestão administrativa, além de distribuir, por sorteio, os processos aos Conselheiros e convocar as sessões, determinando a organização da respectiva pauta (CADE, 2016a). São atribuições do Tribunal Administrativo de Defesa Econômica (CADE, 2016a):

- julgamento dos processos de conduta;
- julgamento dos atos de concentração com recomendação de restrição ou reprovação (possibilidade de avocação de Acs aprovados pela SG);
- celebração de acordos e adoção de medidas preventivas;
- elaboração e aprovação de regimento interno do CADE, dispendo sobre seu funcionamento, forma das deliberações, normas de procedimento e organização de seus serviços internos; e
- definição, em resolução, de normas complementares sobre o procedimento de consultas sobre condutas em andamento.

A Superintendência-Geral “é responsável pela investigação, abertura e instrução de processos, sejam eles Processos Administrativos ou Atos de Concentração” para apurar as infrações contra a ordem econômica (CARDOSO, 2013, p. 33). A Superintendência-Geral é comandada pelo Superintendente-Geral (mandato de 2 anos, podendo ser reconduzido uma vez) e por dois Superintendentes-Adjuntos (indicados pelo Superintendente-Geral). A SG é composta pelo Gabinete e por oito Coordenações-Gerais de Análise Antitruste (CGAA). Seu papel é de investigação e instrução dos casos. Suas atribuições são (CADE, 2016a):

- instauração, instrução e parecer em processos de conduta anticompetitiva;
- instrução e parecer em atos de concentração;
- proposição de acordos e medidas preventivas.

O Departamento de Estudos Econômicos tem por objetivo elaborar estudos e pareceres econômicos por ofício ou através de solicitações (AGUILLAR, 2014). É comandado pelo Economista-Chefe, indicado pelo Presidente do Tribunal. O Departamento é responsável por (CADE, 2016a):

- elaborar estudos e pareceres econômicos, de ofício ou por solicitação do Plenário, do Presidente, do Conselheiro-Relator ou do Superintendente-Geral;
- assessorar os órgãos do CADE;
- emitir parecer nos processos do CADE quando solicitado.

O CADE também possui uma Procuradoria Federal Especializada. A ProCade é um órgão vinculado à Procuradoria Geral Federal (PGF) da Advocacia Geral da União (AGU). Tem como funções básicas (CADE, 2016a):

- prestar consultoria e assessoramento jurídico junto ao CADE;
- proceder com as liquidações e execuções judiciais das decisões e julgados do CADE;
- emitir parecer nos processos do CADE quando solicitado;
- realizar acordos judiciais mediante autorização do Tribunal.

Para prestar apoio aos processos de suporte da autarquia, o CADE possui a Diretoria Administrativa, composta pelas unidades de Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas, Coordenação-Geral Processual, Coordenação-Geral de Tecnologia da Informação e Coordenação-Geral de Orçamento, Finanças e Logística (CADE, 2016a).

Perante o CADE, o Ministério Público Federal possui o papel de emitir parecer no processo administrativo para imposição de sanções administrativas por infração à ordem econômica, de ofício ou a requerimento do Conselheiro-Relator (CADE, 2016a).

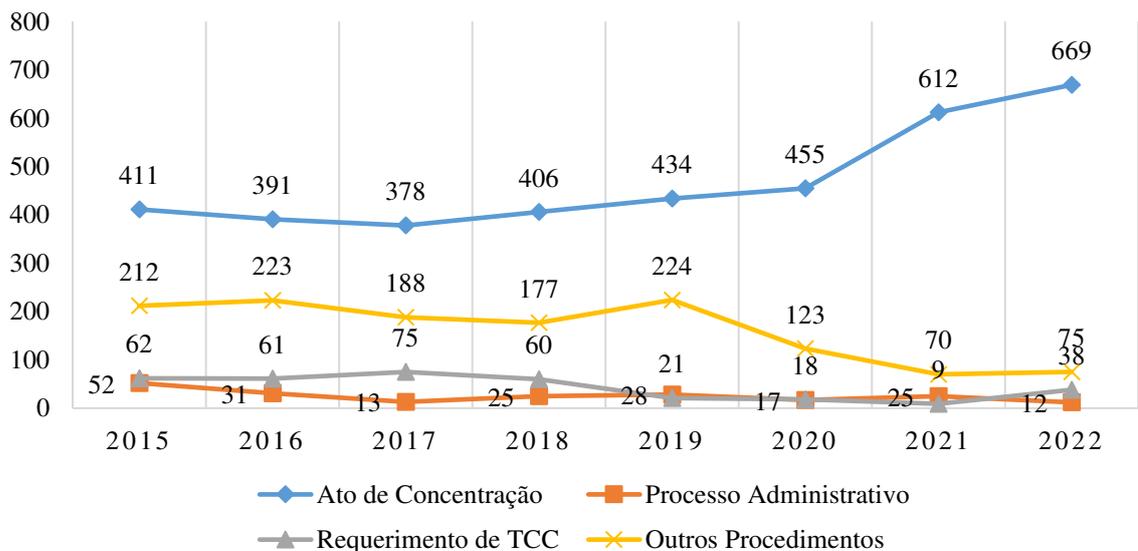
O CADE possui dois tipos de controles: preventivo que visa ao controle das estruturas do mercado como fusões, aquisições, incorporações e outros atos de concentração econômica entre grandes empresas, que possam colocar em risco a livre concorrência; e o repressivo que visa à investigação e punição de condutas anticompetitivas, como cartéis e outras condutas nocivas ao ambiente concorrencial (CAMPILONGO; COUTINHO, 2018).

De 2015 a 2022, o CADE julgou 5.595 processos, com uma média de 699 processos por ano. No ano de 2022, registrou-se o maior número de julgamentos com 794; já o ano de 2020 conta com o menor número, com registro de 613, número menor que a média de todos os anos. Nesse período, pode-se verificar uma pequena redução na quantidade de processos em 2020, e, nos anos de 2021 e 2022, houve um aumento considerável (CADE, 2023), como pode ser observado no Gráfico 05.

Gráfico 5 - Número de Processos Julgados pelo CADE (Brasil, 2015–2022)

Fonte: CADE (2023).

Ao observar o número de processos julgados por tipo, tem-se que a maior parte foram Atos de Concentração, em que foram registrados 3.756 processos (67%), posteriormente 23% (1.292) foram classificados como outros procedimentos, 6% (344) foram requerimento de TCC⁴, e 4% (203) foram processos administrativos. Pode-se verificar que, nesse período, existem uma tendência de alta para os processos de Atos de Concentração, cujo maior registro foi em 2022, com 699, e uma tendência de queda para outros procedimentos e requerimentos de TCC que apresentou o menor número de processos julgados em 2020, registrando 123 (CADE, 2023), comportamento que pode ser atestado no Gráfico 06.

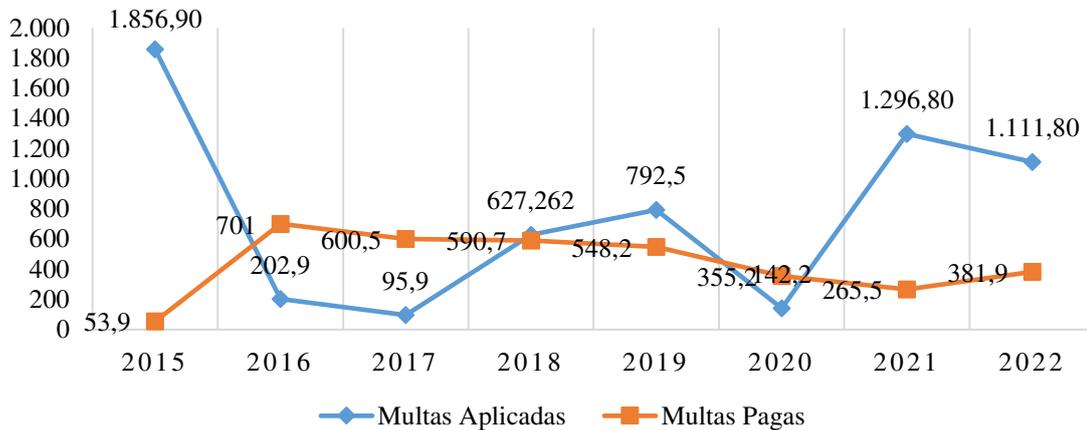
Gráfico 6 - Número de Processos Julgados pelo CADE por Tipo (Brasil, 2015–2022)

Fonte: CADE (2023).

⁴ Termo de Compromisso de Cessação.

Outro dado interessante sobre a atuação do CADE é o valor de arrecadação com multas. No período de 2015 a 2022, foram aplicados mais de 6 bilhões de reais (R\$ 6.126.584.594) em multas, e, deste valor, 65% (R\$ 3.967.454.284) foram pagas. O Gráfico 07 apresenta a evolução das arrecadações do CADE.

Gráfico 7 – Arrecadação do CADE (Brasil, 2015–2020 – em milhões)



Fonte: CADE (2023).

A partir do Gráfico 07, é possível verificar que, no ano de 2015, houve um valor atípico na aplicação de multas e, no ano de 2020, uma redução em relação aos dois anos anteriores, registrando uma queda de 82% em relação ao ano de 2019; já no ano de 2021, registrou-se aumento considerável de 89% em comparação ao ano de 2020. Quanto ao pagamento de multas, o ano de 2016 registrou a maior arrecadação com mais de 701 milhões de reais (R\$ 701.028.497); a partir desse ano, pode-se observar uma estabilidade no volume de arrecadações até o ano de 2019, sendo que, em 2020, houve uma leve redução.

2.2.2 Atos de Concentração Econômica

A concentração econômica pode ser entendida como a acumulação de poder e riquezas nas mãos de poucos (FONSECA, 1997). O acúmulo de riquezas é efeito e consequência das concentrações. Segundo Carvalho (1995, p. 91):

Concentração de empresas é todo ato de associação empresarial, seja por meio da compra parcial ou total dos títulos representativos de capital social (com direito a voto ou não), seja através da aquisição de direitos e ativos, que provoque a substituição de órgãos decisórios independentes por um sistema unificado de controle empresarial.

Através de um ato de concentração econômica, os interessados envolvidos deixam de ser centros decisórios independentes e passam a atuar no mercado como um único agente em suas atividades econômicas de forma permanente (NUSDEO, 2002).

Na realização de um ato de concentração, primeiramente, existem dois agentes que possuem autonomia para tomada de decisões. Posteriormente, tais centros de decisão se unem em um novo ente, quando pode ocorrer alteração na estrutura proprietária ou de gestão de um dos participantes (BARACHO; FRADE, 2014).

A Lei n.º 12.529 de novembro de 2011 traz a seguinte definição de ato de concentração:

Art. 90. Para os efeitos do art.88 desta Lei, realiza-se um ato de concentração quando:
 I – 2 (duas) ou mais empresas anteriormente independentes se fundem;
 II – 1 (uma) ou mais empresas adquirem, direta ou indiretamente, por compra ou permuta de ações, quotas, títulos ou valores mobiliários conversíveis em ações, ativos, tangíveis ou intangíveis, por via contratual ou por qualquer outro meio ou forma, o controle ou partes de uma ou outras empresas;
 III – 1 (uma) ou mais empresas incorporam outra ou outras empresas; ou
 IV – 2 (duas) ou mais empresas celebram contrato associativo, consórcio ou joint venture.
 Parágrafo único. Não serão considerados atos de concentração, para os efeitos do disposto no art. 88 desta Lei, os descritos no inciso IV do caput, quando destinados às licitações promovidas pela administração pública direta e indireta e aos contratos delas decorrentes (BRASIL, 2011).

Os atos de concentração podem ser classificados em fusão, aquisição, incorporação, associação, *joint venture* e cisão. Duas ou mais empresas se fundem, quando independentes entre si, resolvem unirem para formar uma sociedade nova, que lhes sucederá em direitos e obrigações (BRASIL, 1976). “Na fusão ocorre a união de duas ou mais empresas, as quais se extinguem para formar uma nova empresa” (GLASER, 2010, p. 20).

As aquisições se configuram como operações em que uma ou mais empresas adquirem, direta ou indiretamente, por compra ou permuta de ações, ou ativos, tangíveis ou intangíveis, através de contratos ou qualquer outro meio ou forma, o controle ou partes de uma ou outras empresas (FORGIONI, 2013). A oferta pública para aquisição de controle de companhia aberta somente poderá ser feita com a participação de instituição financeira que garanta o cumprimento das obrigações assumidas pelo ofertante (BRASIL, 1976).

A incorporação acontece quando uma empresa independente absorve outra ou outras, com o objetivo de aumentar seu patrimônio (GLASER, 2010). A incorporação é a operação pela qual uma ou mais sociedades são absorvidas por outra, que lhes sucede em todos os direitos e obrigações (BRASIL, 1976). “Nesta operação desaparecem as sociedades incorporadas, permanecendo, porém, com a sua natureza jurídica inalterada, a sociedade incorporadora” (GLASER, 2010, p. 21).

Uma associação ocorre quando duas ou mais empresas realizam um acordo empresarial, no qual cada uma delas, dotadas de personalidade jurídica própria, compromete-se a cumprir as obrigações previstas em contrato, para a realização de um novo negócio jurídico (BRASIL, 1976).

Hitt *et al.* (2008, p. 247) descrevem *joint venture* como:

[...] uma aliança estratégica em que duas ou mais empresas criam uma empresa juridicamente independente para dividir alguns de seus recursos e capacidades, a fim de desenvolver uma vantagem competitiva. As *joint ventures* são eficazes no estabelecimento de relações de longo prazo e na transferência de conhecimento tácito.

A Lei n.º 6.404 de 1976, no Art. 229, que dispõe sobre as Sociedades por Ações, também aborda sobre a possibilidade de realização de operações de cisão:

A cisão é a operação pela qual a companhia transfere parcelas de seu patrimônio para uma ou mais sociedades, constituídas para esse fim ou já existentes, extinguindo-se a companhia cindida, se houver versão de todo o seu patrimônio, ou dividindo-se o seu capital, se parcial a versão (BRASIL, 1976).

Os atos de concentração econômica compõem formas mais rápidas de uma empresa crescer e defender-se de aquisições indesejadas (CAMARGOS; BARBOSA, 2005). As concentrações podem ser categorizadas em horizontal, vertical e conglomerado (WESTERFIELD; JAFFE; ROSS, 2002).

A horizontal é quando ocorrem operações entre empresas de um mesmo ramo de atividade, normalmente concorrentes. Quando uma operação resulta da união entre empresas que compõem uma mesma cadeia produtiva, pode ser montante (para cima), em direção aos fornecedores, ou justante (para baixo), na direção dos distribuidores. Nas operações em conglomerado, as empresas buscam reduzir riscos e aproveitar oportunidades de investimento, diversificando seus investimentos, realizando operações com empresas de ramos de atividades não relacionados (WESTERFIELD; JAFFE; ROSS, 2002).

Weston e Brigham (2000) adicionam a concentração congênere, quando uma operação é realizada com empresas que atuam na mesma indústria, mas não participam na mesma linha de negócios, não sendo nem fornecedores, nem clientes.

São vários os motivos que levam as empresas a realizarem atos de concentração econômica, uma vez que estes podem gerar resultados favoráveis. Entre as razões que incentivam as empresas a realizarem operações de atos de concentração econômica, podem-se citar: possibilidade de entrada ou expansão de atividades; neutralização de concorrentes; viabilizar economias de escala e o melhor aproveitamento de recursos; compra de pessoal especializado, de instalações ou de propriedade intelectual; preservação da continuidade das atividades (NUSDEO, 2002; AREEDA; KAPLOW; EDLIN, 2004; FORGIONI, 2013).

Os atos de concentração também podem ser definidos como sumários ou ordinários. Os atos de concentração sumários compreendem aqueles que possuem menor potencial ofensivo à concorrência, dada a simplicidade das operações; por sua vez, os atos ordinários são aqueles mais ofensivos à concorrência e com maior grau de complexidade da operação (CADE, 2012).

A definição do ato de concentração como sumário ou ordinário é de responsabilidade do CADE e é adotada conforme critérios de conveniência e oportunidade, com base na experiência adquirida pelos órgãos integrantes do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência na análise de atos de concentração (CADE, 2012).

Como regra, são considerados como procedimento sumário as operações do tipo *joint ventures* clássicas ou cooperativa, que gerem substituição de agente econômico, que resultem em pequena participação de mercado (com sobreposição horizontal ou integração vertical) ou com ausência denexo de causalidade entre a concentração e os possíveis efeitos no mercado (CAMPILONGO; COUTINHO, 2018).

Os atos de concentração em julgamento com base no procedimento sumário serão objeto de decisão simplificada por parte da Superintendência-Geral do CADE, observado o prazo de 30 (trinta) dias, a contar do protocolo da petição de submissão da operação ou de sua emenda, exceto os casos que venham a ser reclassificados para análise em procedimento ordinário (CAMPILONGO; COUTINHO, 2018).

Os atos de concentração são controlados pelo CADE que tem como missão zelar pela livre concorrência no mercado. São analisados pelo CADE os atos de concentração, de qualquer setor da economia, em que pelo menos um dos agentes envolvidos na operação tenha somado faturamento bruto anual ou montante de negócios no Brasil, no ano anterior à operação, igual ou superior a R\$ 750 milhões, e pelo menos um outro envolvido na operação tenha registrado faturamento bruto anual ou volume de negócios total no Brasil, no ano anterior à operação, equivalente ou superior a R\$ 75 milhões (BRASIL, 2011).

Para a realização da análise dos atos de concentração, a primeira etapa é o ingresso dos procedimentos no CADE, através de protocolo, que devem ser registrados e autuados na Unidade de Protocolo do CADE. Em um segundo momento, a Superintendência Geral do CADE realiza uma análise preliminar, posteriormente tem-se a publicação do edital de concentração econômica no Diário Oficial da União (DOU), o que gera a publicidade do procedimento e permite a manifestação de interessados à operação. Mediante a publicação do edital, a Superintendência Geral do CADE emite parecer sobre a operação, segundo o qual poderá (CADE, 2020):

I - conhecer diretamente do pedido, proferindo decisão terminativa, quando o processo dispensar novas diligências, ou nos casos de menor potencial ofensivo à concorrência, assim definido sem Resolução do CADE;

II - não conhecer do pedido, proferindo decisão terminativa, quando se constatar que se trata de pedido acerca de operação que não se caracteriza em ato de concentração de notificação obrigatória, nos termos da legislação e regulamentação deste Conselho; ou

III - determinar a realização de instrução complementar, especificando as diligências a serem produzidas.

Parágrafo único. Concluída a instrução complementar determinada na forma do inciso III, a Superintendência-Geral deverá manifestar-se sobre seu satisfatório cumprimento, recebendo-a como adequada ao exame de mérito, ou determinando que seja refeita, por estar incompleta (CADE, 2020).

Após o parecer da Superintendência Geral do CADE, pode-se decidir por finalizar o ato de concentração (Decisão Terminativa), nos casos mencionados acima, ou decidir que a operação é complexa e resultar na impugnação ao tribunal que posteriormente emitirá a sua decisão quanto à operação (CADE, 2020). Um resumo do trâmite do procedimento de ato de concentração no CADE é apresentado na Figura 07.

Figura 7 – Trâmite do Procedimento do Ato de Concentração



Fonte: Campilongo e Coutinho (2018).

Poderão ser autorizados os atos de concentração que cumulada ou alternativamente aumentarem a produtividade ou a competitividade, melhorarem a qualidade de bens ou serviços, ou propiciarem a eficiência e o desenvolvimento tecnológico ou econômico; e sejam repassados aos consumidores parte considerável dos benefícios decorrentes (CADE, 2016a).

Os atos de concentração não poderão ser autorizados quando resultarem em eliminação da concorrência em parte significativa de mercado relevante, que possam criar ou reforçar uma posição dominante, ou que possam resultar na dominação de mercado relevante de bens ou serviços (CADE, 2016b).

O mercado relevante pode ser entendido como a unidade de análise para avaliação do poder de mercado. É o que estabelece os limites da concorrência entre as empresas. A ideia por

trás desse conceito é delinear um espaço em que não seja possível a substituição do produto por outro, seja em razão de o produto não ter substitutos, seja porque não é possível obtê-lo (CADE, 2016a).

De tal modo, um mercado relevante é estabelecido como sendo um produto ou grupo de produtos e uma área geográfica em que tal(is) produto(s) é(são) produzido(s) ou vendido(s), de maneira que uma empresa monopolista poderia impor um pequeno, mas significativo e não passageiro, aumento de preços, sem que, com isso, os consumidores migrassem para o consumo de outro produto ou o comprassem em outra região. Esse é o chamado teste do monopolista hipotético, e o mercado relevante é definido como sendo o menor mercado possível em que tal critério é satisfeito (CADE, 2016a).

Para a análise dos processos de concentração pelo CADE, é fundamental a definição do mercado relevante, pois ele é o espaço no qual o poder de mercado pode ser medido. Para se discutir se existe poder de mercado, é preciso definir previamente em qual espaço esse poder pode ser praticado (CADE, 2016a).

A definição de mercado relevante leva em consideração duas dimensões: a dimensão produto e a dimensão geográfica. A partir do ponto de vista da demanda, a dimensão do produto no mercado relevante compreende bens e serviços considerados, pelo consumidor, substituíveis entre si devido a suas características, preços e utilização. Para auferir essa substitutibilidade, examina-se a possibilidade de os consumidores desviarem sua demanda para outros produtos. A dimensão geográfica refere-se à área em que as empresas ofertam seus produtos, ou que os consumidores buscam mercadorias (bens ou serviços) dentro da qual um monopolista conseguirá, lucrativamente, impor elevações de preços significativas (CADE, 2016b).

As solicitações de análise de atos de concentração econômica devem ser encaminhadas ao CADE com as informações e documentos que são indispensáveis à instauração do processo administrativo, conforme definido na Resolução n.º 2 de 2012 (CADE, 2012). O controle dos atos de concentração deverá ser realizado em, no máximo, 240 dias, a contar do protocolo de petição ou de sua demanda (BRASIL, 2011).

Os atos não podem ser consumados antes de apreciados pelo CADE, sob pena de nulidade, sendo ainda imposta multa pecuniária de valor não inferior a R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais) nem superior a R\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de reais). Os atos devem ser apresentados, preferencialmente, após a assinatura do instrumento formal que vincule as partes e antes de consumado qualquer ato relativo à operação. Até a decisão final sobre o ato de

concentração, deverão ser preservadas as condições de concorrência entre as empresas envolvidas, sob pena de aplicações de sanções (BRASIL, 2011).

2.3 Teoria da Estratégia

A literatura sobre estratégia é ampla e composta de vários esforços para definir os seus conceitos e a forma de agrupá-los, porém, o tema “Estratégia de Influência” com o enfoque na relação público-privada é pouco explorado de forma direta no campo da estratégia (FERREIRA, 2018). Existem alguns posicionamentos nas correntes que foram inspirados no pensamento neoclássico da economia ou na evolução da teoria da firma que trazem uma perspectiva associada a uma tendência neoinstitucionalista, como as correntes teóricas que concebem a estratégia como posicionamento (NORBURN, 1997; PORTER, 1993).

O termo estratégia pode ser entendido como um plano ou desenho que agrupa os principais objetivos de uma empresa e ações sequenciais em um todo corrente que orientam a organização e alocação de recursos, seguindo uma postura única e viável em relação às suas competências e falhas internas, às mudanças ambientais antecipadas e atuação dos oponentes (QUINN; MINTZBERG, 1992).

Para Oliveira (1994, p. 74), a estratégia pode ser entendida como “a ação ou o caminho mais adequado a ser executado para alcançar o objetivo, o desafio e a meta”. Através da estratégia, a empresa elabora as principais políticas e planos para alcançar as metas, além de deliberar a extensão dos negócios que a organização quer alcançar (MINTZBERG, 1994).

Estratégia também pode ser compreendida como “o caminho para se obter a vantagem competitiva e a combinação dos fins (metas) que a empresa busca e dos meios (políticas) pelas quais elas procuram chegar lá” (PORTER, 1996, p. 22). Esse conceito de estratégia traz um termo importante para este trabalho e que é muito utilizado no campo, o termo “vantagem competitiva”. A vantagem competitiva faz parte da essência da estratégia, e uma empresa deve desenvolver vantagens competitivas para o futuro e utilizá-las antes que os seus concorrentes possam imitá-las (PORTER, 1996).

Porter aborda a estratégia através de um aspecto de posicionamento no ambiente externo, de maneira prescritiva e determinista, sendo “reconhecido como um representante da escola neoclássica da economia no campo da estratégia” (FERREIRA, 2018, p. 26). No ambiente externo das empresas, Porter traz uma variável complexa, chamada em seu *framework* de governo, a qual ele descreveu no livro “A vantagem competitiva das nações”. Ele defende

um papel do governo que abrange o encorajamento das empresas a procurarem um maior desempenho competitivo. A criação de setores competitivos compete apenas às empresas, sendo que o governo não possui essa capacidade, operando de maneira indireta no aumento das forças competitivas, através de políticas públicas (PORTER, 1993).

Para Porter, exceto em países que estão no início do processo de desenvolvimento, políticas governamentais bem-sucedidas compreendem aquelas que estabelecem um ambiente no qual as empresas são capazes de adquirir vantagens competitivas, e não as que envolvem o governo diretamente no processo, compreendendo uma atuação indireta (PORTER, 1999).

Um dos fatores apontados por Porter que afasta o governo das estruturas setoriais é o tempo. Uma vez que o tempo político é bem curto em relação ao tempo necessário ao desenvolvimento de capacidades competitivas, de forma geral para se alcançar vantagem competitiva, um setor pode levar mais de uma década, pois todo o processo envolve um longo aperfeiçoamento de qualificações e investimentos (PORTER, 1999).

Compete, todavia, ao governo assumir a responsabilidade de fatores que são essenciais para se promover a vantagem competitiva nos setores, como: desenvolver sistemas educacionais de qualidade; fomentar pesquisas em áreas de interesse nacional, como assistência médica; exigir leis de proteção ambiental e de qualidade; estimular a competitividade; e regular mercados monopolizados. Segundo Porter (1993), em uma aproximação schumpeteriana, o governo poderia auxiliar a organizar a estrutura produtiva, mas a inovação competiria às empresas, a qual só ocorreria devido à pressão ambiental e ao desafio.

O paradigma de Porter (1993) é muito usado na mensuração de contextos produtivos inovadores, com estudos em muitos países e segmentos econômicos (COIMBRA; ARICA, 2006; HARZING; GIROUD, 2014; BUAP, 2015; RIASI, 2015; PARADA *et al.*, 2016). Porém, o modelo de Porter traz uma influência, indireta do governo no setor produtivo, mesmo no incentivo da inovação e da promoção da vantagem competitiva. Defende que o governo exerça a provisão de insumos estruturais e seja um ente regulador do mercado, pois a “severa regulamentação governamental é capaz de promover a vantagem competitiva, ao estimular e melhorar o nível da demanda interna” (PORTER, 1999, p. 199). O dinamismo tecnológico do Estado ficaria a cargo da livre iniciativa. Contudo, há posicionamentos opostos a Porter (1993), cuja discussão principal giraria em volta do precursor dessa dinâmica, qualquer movimento do governo além do previsto deve ser considerado como falha ou imperfeição do mercado. Nessa perspectiva, aproximando-se de uma visão schumpeteriana e keynesiana, Mazzucato (2014) conceitua de “mito” a visão neoclássica muito difundida de que o livre mercado é o promotor

desse dinamismo. Não somente este, mas também muitos outros mitos são desfeitos pela autora, que demonstra de forma direta que a função do Estado vai muito além de ajustar falhas de mercado, sendo fundamental para gerar seu crescimento.

Norburn (1997) expõe outro modelo teórico da estratégia, a PEST análise, onde são identificadas quatro dimensões de análise ambiental de natureza qualitativa de elementos que são difíceis de quantificar: política, econômica, social e tecnológica. Ele operacionalizava o elemento política em uma perspectiva da mudança política e da interferência governamental. Analisando o modelo apresentado por Norburn (1997), verifica-se o mesmo posicionamento de Porter (1993), em que não há uma ligação mútua de influência entre atores privados e públicos. O elemento política é compreendido como um ente provedor de insumos e regulador do mercado.

De acordo com a sua própria natureza, outras correntes teóricas da estratégia, como a que se origina da visão fundamentada em recursos, diminuem a influência do ambiente externo no desempenho da estratégia da firma (WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991).

Demonstrada pela obra seminal de Edith Penrose (1959), a Teoria do Crescimento da Firma, levanta a visão da firma como um conjunto de recursos (físicos) que possibilita proporcionar e apoiar o crescimento contínuo da firma para além das fórmulas microeconômicas de produção da economia clássica. Essa perspectiva traz uma proposta configuracional no campo da estratégia por meio de uma visão que abre perspectivas para as competências internas, capacidades dinâmicas e, em seu progredir, a coevolução. Essas propostas vão além de recursos físicos e atingem os recursos intangíveis e os de natureza tácita. Contudo, essa perspectiva desconsidera a relação privada versus pública no exercício da influência da estratégia com o objetivo de alcançar ganhos de vantagem competitiva.

Mesmo não apresentando de forma direta a relação entre as empresas e o Estado, a visão estratégica mais propagada que se aproxima dessa relação vem de uma perspectiva sociológica. A perspectiva da estratégia como prática, apresentada por Whittington (1988), aparece como reflexão da estruturação realizada por Giddens (1989). Segundo Giddens (1989), existe uma importante ligação entre as consequências não premeditadas da ação e as práticas institucionalizadas, aquelas que estão intensamente arraigadas no tempo e no espaço. Isto é, a ação se torna dependente da competência do indivíduo de criar uma diferença em relação ao estado de coisas ou ao curso de eventos preexistentes. Desse modo, a estrutura estabelece as normas, ao mesmo tempo que, diante das pressões conflitantes das várias instituições em pontos sociopsicológicas, nasce a possibilidade de agência (ALBINO *et al.*, 2010). Assim, as estruturas

proporcionam a ação, estabelecem os seus limites, mas não o seu conteúdo. “Sua existência se faz sentir na medida em que as pessoas agem conscientemente e em certos contextos que têm consequências determinadas” (ALBINO *et al.*, 2010, p. 6). As consequências constroem e capacitam as ações, a utilização da estrutura normalmente depende da consciência prática, da habilidade de “tocar em frente” nos mais diferentes contextos da vida social. Assim, mais de um caminho de ação pode ser considerado como legítimo. Os agentes são diferentes em sua competência de agir, uma vez que não possuem o mesmo acesso e nem a mesma capacidade de mobilização de que precisam para a ação (ALBINO *et al.*, 2010).

Whittington (1992) traz o conceito de que a firma e as suas atividades devem ser entendidas como uma demonstração de princípios baseados na socioestrutura potencialmente diversa, em vez de considerar as organizações como entidades automatizadas inseridas em um ambiente técnico. Assim, é relevante identificar os pontos em comum de princípios estruturais que foram trazidos pela firma e seus atores através de suas várias inserções em contextos institucionais diferentes e, muitas das vezes, sobrepostos. O entendimento dessas interseções é uma forma de assimilar as escolhas estratégicas dos agentes, por intermédio dos recursos físicos e simbólicos mobilizados para concretizar a vantagem competitiva. Trazendo um foco aos níveis de análise expostos acima, tem-se a discussão da estratégia como um campo de atividade social, em que as práticas são relevantes para a atividade social, que abarcam o sentido de instituições públicas e privadas.

A visão sociológica da estratégia é a que mais se aproxima do objeto deste trabalho. Porém essa visão se distancia da perspectiva econômica da estratégia, como um elemento relacional importante para verificar as nuances da estratégia de influência. Desse modo, é necessário avançar, em busca de visões que trazem tanto o *homo economicus* como o *homo sociologicus*, que formam este indivíduo que constrói estrategicamente as organizações e suas relações (FERREIRA, 2018).

2.3.1 Estratégia e Economia

É possível uma maneira de compreensão do relacionamento entre o público e o privado a partir da influência das teorias econômicas clássicas (FERREIRA, 2018). Algumas das correntes teóricas mais importantes vêm do neoinstitucionalismo econômico de Ronald Coase (1992; 1993; 1998; 2012) e de Oliver Williamson (1975; 1989; 1995) com os conceitos de custo

de transação e, por decorrência, da teoria da agência, com as importantes contribuições da teoria da regulação, com base no trabalho de Stigler (1971) e Peltzman (1976).

Os autores que iniciaram os estudos sobre o neoinstitucionalismo foram Ronald Coase e Oliver Williamson, sendo o trabalho de Coase de 1937 considerado como um marco de referência dessa linha de pesquisa (CONCEIÇÃO, 2001).

A Nova Economia Institucional (neoinstitucionalismo) enfatiza a teoria da firma em uma abordagem não convencional se preocupando, essencialmente, com os aspectos microeconômicos, combinando história econômica, economia dos direitos de propriedade, sistemas comparativos, economia do trabalho e organização industrial. De forma geral, esses estudos almejam superar a microteoria tradicional, focando sua análise nas transações (CONCEIÇÃO, 2001). Suas principais preocupações são um maior entendimento com as origens e funções das várias estruturas da empresa e do mercado, incluindo desde pequenos grupos de trabalho até “corporações complexas e modernas”. Três pontos formam o pensamento da nova economia institucional: primeiro, as transações e os seus custos associados estabelecem distintos modos institucionais de organização; a tecnologia, mesmo sendo um dos fatores fundamentais da organização, não se configura como o seu fator determinante; sendo essencial a análise das “falhas de mercado” (BUENO, 2004).

A análise de Ronald Coase (1993) é focada em dois pontos fundamentais: o objeto principal da análise são as transações e seus respectivos custos, e não a tecnologia; a incerteza e, de forma implícita, a racionalidade limitada são elementos-chave na análise dos custos de transação. Desse modo, a empresa possuiria como função a minimização dos custos de transação, que poderia ser realizada de duas maneiras: através de um mecanismo de preços, em que a empresa escolhe os mais apropriados para a sua atuação; ou substituindo um contrato incompleto por vários contratos completos, supondo que contratos incompletos aumentariam os custos de negociação.

Ao comentar sobre a contribuição principal de Coase, Williamson (1975) destaca que o autor não aborda de forma aprofundada os aspectos internos da organização, mas realiza um notável avanço ao superar analiticamente a ênfase no papel do mercado. As “falhas de mercado” são inerentes à organização econômica e surgem a partir do conceito de custos de transação que está intimamente associado à racionalidade limitada e ao oportunismo. A análise econômica se torna complexa devido a “falhas de mercado”, o que justifica a existência do neoinstitucionalismo. Assim, o campo de análise do neoinstitucionalismo é formado pela ênfase

nos aspectos internos da firma, as noções de “mercados” e “hierarquias”, em conjunto com a presença de “falhas de mercado” (CONCEIÇÃO, 2001).

O modelo de análise do neoinstitucionalismo se dispõe a ir além do paradigma que fundamenta boa parte dos trabalhos de Porter (1993): “o tradicional paradigma ‘estrutura-conduta-desempenho’, presente nos estudos da organização industrial dos últimos quarenta anos, em que a firma se torna maximizadora de utilidades, descuidando-se da organização interna” (FERREIRA, 2018, p. 31).

No neoinstitucionalismo, estabelece-se a junção entre a estrutura organizacional interna e a estrutura de mercado, o que possibilita explicar a conduta e a performance nos mercados industriais e as subdivisões provenientes. Desse modo, “fatores ambientais” se conjugam com os “fatores humanos” para, dentro do enfoque de mercados e hierarquias, esclarecer como é custoso preparar um contrato, colocá-lo em prática e fazer respeitar suas complicadas condições (CONCEIÇÃO, 2001).

Faz-se relevante destacar o campo aberto por Williamson nos custos de transação que abrangem a agência, evento que acontece quando o gestor da empresa deixa de ser o proprietário e passa a ser um profissional contratado. Essa separação de funções ocorre devido à complexidade das operações que acontecem nas empresas ou no Estado, fazendo surgir especialistas para realizar gerência dos setores operacionais da empresa/Estado. Dessa maneira, a gerência das empresas começou a ser exercida por profissionais especialistas, o que gerou aumento da perspectiva do crescimento patrimonial dessas organizações. A partir desse contexto, a teoria da agência tem por objetivo analisar os conflitos e os custos decorrentes da divisão entre a propriedade e o controle de capital, o que gera a assimetria de informações, o risco e outros problemas relacionados à interação principal-agente (LOPES, 2015).

Mesmo com uma significativa evolução da compreensão dos fenômenos econômicos, Williamson (1975) robustece o argumento sobre a conduta dos indivíduos como “falhas de mercado” e sugere meios de controle sistemáticos através de contratos, com o objetivo de reduzir os “custos de transação”. Esse mesmo autor destaca a existência da má-fé e oportunismo, assunto negligenciado, mas não realiza aprofundamento sobre tal tema. Mesmo acreditando na racionalidade limitada e demonstrando a chance de oportunismo, os neoinstitucionalistas ainda creem na autorregulação do mercado, seja por meio de contratos, seja através de ferramentas de controle. Essa visão atrapalha o entendimento das “falhas de mercado” como fenômenos socioeconômicos, intencionais ou não, que procuram alterar as formas de interação e fluxo dos atores econômicos. Ou seja, “o que poderia ser uma estratégia

inovadora de algum ator é tido como falha de mercado, pois se presume a existência do mercado passível de ser perfeito” (FERREIRA, 2018, p. 32).

A teoria da regulação é outra corrente que busca resolver as “falhas de mercado” resultantes da relação entre atores econômicos, constituída a partir da instauração de uma discordância entre a corrente principal da teoria econômica e a definição de equilíbrio. A proposta de uma condição de equilíbrio do sistema econômico não tem sentido, quando esse equilíbrio é resultado da interação de variáveis exclusivamente econômicas, como acredita a visão neoclássica em defesa da livre iniciativa. Os regulacionistas se empenharam em descobrir as condições em torno das quais os sistemas econômicos se tornam estáveis (STIGLER, 1971).

Os sistemas econômicos possuem alta organização, são complexos e estão em constante transformação, mas, eventualmente, podem alcançar situações de estabilidade em suas trajetórias irreversíveis de não equilíbrio (RUELLE, 1993; PRIGOGINE, 1996). De acordo com os teóricos da regulação, o sistema econômico tem uma tendência à estabilidade como também possui uma tendência à crise. Assim, faz-se necessária a regulação, através de ferramentas que ajudam a evitar a crise e a buscar o equilíbrio. As formas institucionais da estrutura são cinco: relação salarial, moeda, concorrência, Estado e inserção internacional. Elas possuem a responsabilidade pela regulação dos sistemas econômicos (BOYER, 1990).

As formas de combater as “falhas do mercado” aplicadas pelo Estado por meio da regulação do mercado competitivo são tão limitadas quanto as outras maneiras. O governo (Estado – variável política), neste trabalho, ocasionalmente, tem a sua ligação com o ente privado como determinante ambiental para o mercado competitivo, não tendo diretamente relações de influência. Mesmo assim, o processo de regulação realizado pelo Estado é falho. Essa falha na atuação do Estado pode ser justificada pela ocorrência das “falhas de mercado”, uma vez que a presença destas impede o atingimento do interesse social do Estado, quando cada agente otimiza sua utilidade, refletindo, desse modo, na alocação ineficiente de recursos. As falhas de mercado podem ser classificadas em externalidades e monopólios naturais (BOYER, 1990).

A externalidade ocorre quando uma atividade econômica não é apropriada pelo agente responsável por essa atividade econômica, o que pode gerar um custo ou benefício. Quando acontece a externalidade, o mercado não é capaz de gerar uma alocação de recursos ideal, trazendo a necessidade de alguma intervenção (BOYER, 1990).

As externalidades são absorvidas institucionalmente pelo Estado, fazendo com que o agente assuma com os custos ou ganhe benefícios de sua atividade. As externalidades podem

ser positivas ou negativas. As positivas são vistas como benéficas e são consolidadas através da atuação de um agente, que externaliza benefícios a terceiros sem que esses realizem pagamentos pelo recebimento de benefícios, por exemplo, a instalação de uma determinada empresa gera empregos e maior circulação de recursos econômicos em um local. A mesma fábrica, por exemplo, gera poluição em um rio local pela ausência de legislação ambiental e fiscalização. Nesse caso, tem-se a externalidade negativa, que acontece quando as decisões de produção e de consumo prejudicam a disponibilidade dos serviços e diminuem o bem-estar ou a produção de outros (MARTINS; ROSSIGNOLI, 2018).

O monopólio natural ocorre quando, dados o nível da demanda e a estrutura de custos, em qualquer atividade, a quantidade socialmente ótima e minimizadora de custos é realizada por apenas uma empresa. Nesse cenário, há uma necessidade de altos investimentos e altos custos fixos que representam um grande volume da estrutura de custos, de forma que a entrada de uma segunda firma geraria importante piora da eficiência produtiva de ambas (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2005).

A atuação de apenas uma firma no mercado com o objetivo de maximizar o lucro deve levar a uma alocação pouco eficiente de recursos, com exceção para casos especiais e improváveis, de composição da demanda, gerando um conflito entre eficiência de alocação e produção, que deve ser resolvido através da atuação do Estado mediante a regulação (STIGLER, 1971). Para que o serviço seja promovido de maneira eficiente, o agente do Estado responsável pela regulação precisa conhecer profundamente as atividades da firma. Faz-se essencial, portanto, o conhecimento das informações econômico-financeiras e operacionais (PINTO JR; PIRES, 2000).

A que conhece e entende melhor essas informações é a própria firma. Contudo, é coerente assumir que ela pode não fornecer informações, caso corra o risco de possuir comprometimento em seus lucros através da atuação do regulador, o que causa a assimetria de informação. Não dispondo de instrumentos de mensuração, o regulador deve elaborar um sistema que induza a firma a disponibilizar as informações de que ele necessita ou encorajar a firma a ser eficiente e repartir os ganhos de eficiência com os consumidores (PINTO JR; PIRES, 2000). Dificilmente, o agente regulador consegue eliminar completamente a assimetria de informações, mas deve constantemente buscar meios de reduzi-la, por meio da contratação e do treinamento de pessoal, o que pode aumentar os custos da regulação (GUERRA, 2007).

A partir desse cenário, nasce um fenômeno político que pode ser caracterizado como grupos de interesse. Idealizado por Olson (1965), um grupo de interesse é uma associação que

tem por objetivo a promoção do interesse comum de seus membros. Um pequeno grupo que possua interesses em comum no fornecimento de um bem público se organiza sem a necessidade de qualquer ação coercitiva. Porém, quando se trata de grandes grupos, fazem-se cruciais incentivos adicionais. “Um determinado grupo se organiza com vistas a se apropriar de determinada renda econômica – ou seja, o retorno obtido além do custo de oportunidade de um recurso econômico – comportamento que motiva a captura das agências reguladoras” (FERREIRA, 2018, p. 34).

Stigler (1971) trouxe inovações para as teorias sobre o comportamento do regulador, propondo a integração da análise econômica com o comportamento político. Nem sempre os políticos utilizam o seu poder para a promoção do bem comum, pois são como todos os agentes, maximizadores de uma função utilidade. Desse modo, os grupos de interesse, fornecendo ajuda de qualquer tipo ou financeira aos políticos, poderiam influenciar a regulação. Nesse contexto, a noção de falhas de governo ganha espaço na discussão teórica sobre a regulação.

Há vários modos pelos quais o Estado pode favorecer uma determinada empresa e critérios que determinam a escolha de uma indústria como beneficiária dos favores estatais. Stigler (1971) apresenta uma teoria da oferta e da demanda da regulação: a indústria que demanda a regulação deve procurar o vendedor desse serviço, ou seja, o partido político. O alto custo da organização dos partidos é um gerador de incentivo para o partido captar recursos da indústria. O autor não aprofunda em sua abordagem; porém, argumenta que os custos de proteção da indústria através da regulação aumentam de acordo com o tamanho da indústria, pois maior será a oposição do grupo afetado.

Avançando o trabalho de Stigler (1971), Peltzman (1976) arguiu que, para permanecer em seu cargo, o regulador busca maximizar seu apoio político por meio de diversos grupos de interesse. Ou seja, o regulador procuraria conteúdos que atraiam os grupos de interesse majoritários.

Alguns trabalhos nacionais buscam demonstrar o fracasso do Estado como ente regulador do mercado competitivo; citam-se como exemplos: Araújo (1997), Araújo Jr. (2005), Pinto Jr. (2003). Em resposta à teoria da captura, surgiu a teoria da regulação, que procura, através de instrumentos estatais, permitir o equilíbrio de mercado. Como sugere a própria abordagem de Stigler (1971), as relações entre o Estado e as empresas não são atomizadas, como defendido pela corrente principal da economia. Diversos estudos que abordam a teoria da captura mostram que, por vezes, o próprio Estado é aparelhado por entes privados que procuram sobrepor seus interesses no mercado. Um comportamento oportunista também pode ser

elucidado através de dois conceitos da economia política: *Rent Extract* (McChesney) e *Rent Seeking* (Stilger).

O conceito de *rent extraction* abrange a ativa ação do político no sentido de “comercializar” aos grupos de interesse decisões de legislar ou não sobre uma matéria que pode colaborar ou prejudicar o mercado econômico de atuação (MCCHESENEY, 1997). O modelo de *rent extraction* tem por objetivo possibilitar que o ator político exerça a “não legislação” e a “não regulação” (SANTOS *et al.*, 2015). A possibilidade da decisão consiste nos produtos que poderão ser ofertados em um mercado político. Assim sendo, os políticos podem subtrair dinheiro de indivíduos e/ou grupos privados sob a ameaça de despojar os seus rendimentos (SANTOS *et al.*, 2015).

Enquanto isso, o conceito de *rent seeking* integra dois fatos: primeiro, o Estado como uma instituição coercitiva suprema, constituindo uma fonte potencial de recursos ou ameaças a toda atividade econômica; segundo, considera-se que os sistemas políticos, encarregados pela disponibilização desses recursos e ameaças, são constituídos de forma racional (STIGLER, 1971). Assim, os grupos de interesse privados procuram os “vendedores” políticos apropriados de decisão para a compra do seu interesse (SANTOS *et al.*, 2015). Em outras palavras, o grupo que possui interesse na regulação tem a necessidade de estabelecer barreiras de entrada para os novos competidores. Como apresentado por Santos (2015, p. 36), “a regulação favorável prevê uma intervenção no processo político, e esta é bastante custosa. A regulação tende a favorecer os grupos mais diretamente interessados, desde que possuam recursos e estejam dispostos a pagar os custos”.

Na ocorrência do *rent extraction*, o papel ativo é exercido pelo político ao oferecer aos grupos de interesse a influência na decisão. Já no caso de *rent seeking*, os grupos de interesse procuram os agentes políticos que são decisores para conseguir a decisão favorável de acordo com os seus interesses. Este trabalho não tem por foco a definição de quem são os *rent extraction* ou *rent seeking*.

2.3.2 Estratégia e Nova Sociologia Econômica

Com o texto inaugural de Harrison White (1981) focado na discussão das origens sociológicas dos mercados, surgiu a Nova Sociologia Econômica (NSE). Mark Granovetter (1985), quatro anos depois, demonstrou o trabalho mais relevante, tornando-se o teórico principal da área. Em 1992, Swedberg e Granovetter (1992) apresentaram uma proposta de

organização do campo e sugeriram uma agenda de pesquisa para os próximos anos, demonstrando temas, metodologia e uma visão epistemológica de orientação.

Os trabalhos de Swedberg (1987; 1990; 1992; 1994; 1997; 2003) vêm se revelando importantes na organização do campo teórico da NSE, fazendo possível o lançamento da primeira edição do Handbook da Sociologia Econômica em 2005 (SMELSER; SWEDBERG, 2010). É importante destacar que a NSE não é a única área que analisa sociologicamente os fenômenos econômicos. Como demonstrado pela própria nomenclatura, “nova” chama a atenção para o fato de estar perante uma construção que se estabelece a partir de conceitos e memórias de outros projetos que conseguiram em diferentes momentos da história posições importantes no panorama sociológico (SWEDBERG; HIMMELSTRAND; BRULIN, 1987).

A Nova Sociologia Econômica procura sugerir alternativas em oposição a alguns dos pressupostos básicos da economia neoclássica e, essencialmente, do programa de pesquisa definido pela Nova Economia Institucional. Isto é, a orientação não é isenta de críticas à sociologia clássica e, sobretudo, aos fundamentos dos modelos de equilíbrio e racionalidade que direcionavam a economia ortodoxa (SWEDBERG; HIMMELSTRAND; BRULIN, 1987). A NSE demonstra um diálogo crítico, com propriedades interpretativa, baseada em um interacionismo metodológico, quer com a tradição da Sociologia Econômica dos anos de 1950, principalmente em seu aspecto parsoniana, quer com a economia neoclássica e com os projetos da Nova Economia Institucional de Williamson. O ator social da NSE não é um boneco cultural, porém também não pode ser visto como um tomador de decisões estratégicas, capaz de, em todos os momentos, ampliar as suas utilidades (SWEDBERG, 1990).

De acordo com a visão da NSE, a reafirmação de uma tese de incrustação entende que o ator social é moldado pelo conjunto de relações sociais que constitui com outros atores importantes e que todas as ações, fenômenos e instituições econômicas necessitam ser lidos à luz da sua inserção, em um quadro de relações sociais (SWEDBERG, 1990). A NSE busca se posicionar como uma terceira opção para a compreensão desses fenômenos nos planos epistemológicos e metodológicos. A NSE não se define apenas no *homo economicus*, nem no *homo sociologus*, uma vez que os dois conceitos retratam o *homo clausus*, com a perspectiva nas características das possibilidades do indivíduo e na dinâmica social das estruturas.

Os esforços da NSE são concentrados no rompimento com as perspectivas sub e hiper-socializadas da natureza humana, trazendo a primazia da relação social da diferença e das redes com tópicos dominantes em um projeto de investigação vantajoso (SWEDBERG, 1994), pois os atores sociais nem sempre compram o produto mais barato quando analisam critérios como

funcionalidade ou estética (que são socialmente construídos). Na perspectiva da NSE, o ator social tem a racionalidade limitada e, algumas vezes, condicionada para buscar razões e justificativas para as suas escolhas não racionais, que nem sempre obedecem a razões cognitivas, mas, sim, a lógicas sociais dominantes. Em uma visão meramente econômica, essa escolha pode se configurar como irracional, enquanto, da perspectiva social, ela pode fazer sentido e mostrar uma ação estratégica (SWEDBERG, 2003).

Na NSE, ao decorrer de uma cadeia sequencial de eventos, procura no hábito, na convenção e na estratégia comprovar que uma linha de ação que pode não fazer sentido em um dado momento limitado pode ser analisado como significativa *ex post*. Esse mesmo fundamento pode ser identificado em alguns textos contra a corrente de econômicos pouco interessados nos modelos microeconômicos mais comprometidos com o modelo da racionalidade. Para entender a estratégia de influência na relação entre Estado/Empresa, visto que se faz necessário observar ações e eventos que já aconteceram para projetar ações futuras, a NSE entende que a regulação econômica não se firma de acordo com a transparência e o equilíbrio de um mecanismo de mão invisível (SWEDBERG, 2003).

Em face do modelo smithiano da mão invisível do mercado, procura-se falar das mãos visíveis dos atores, organizações e instituições. Para tal, a NSE não é apenas, como alguns pensam, uma construção teórica culturalista, mas sim a procura da reflexão política apreciável. Os trabalhos de Neil Fligstein (1993; 1996; 2001) são os melhores exemplos. Admite-se que as mãos visíveis são numerosas, mesmo que não tenham essencialmente que direcionar ao nepotismo, à corrupção, a subornos ou a trocas mafiosas de favores (MARQUES; PEIXOTO, 2003).

A estrutura econômica é mais fosca do que o anunciado pela economia, e as informações e dados importantes são distribuídos de forma assimétrica nas redes sociais. Isso cria uma direção política para o NSE a partir do estabelecimento de uma rede política que integra as bases estratégicas da organização (sejam públicas ou privadas). Na nova sociologia econômica, as redes são uma forma de apoio político para os principais *clusters* que mobilizam recursos de rede para melhorar o status de indivíduos e grupos, em detrimento das perdas ou desvantagens das organizações que representam (SWEDBERG, 2003). Como no caso da teoria da captura, essas redes se mobilizam como grupos de interesse para distribuir assimetricamente a renda e os lucros pelos atores sociais de acordo com sua centralidade, peso e importância dentro de uma rede social particular. Portanto, as organizações estão cada vez mais gerenciando impressões e

manipulando a aceitação social de que as máquinas alcançam eficiência econômica, reduzem custos e aumentam as receitas (MARQUES; PEIXOTO, 2003).

A gestão de um ponto de vista social, em um contexto de incerteza, transforma o mimetismo em comportamento socialmente orientado para reduzir o risco econômico. Ao mimetismo soma-se o comportamento de agências reguladoras e outras instituições normativas que realizam suas próprias práticas e especializações disciplinares, levando à formação de atores com as mesmas características e a mesma predisposição. Ou, até mesmo empresas e autoridades governamentais podem sobreviver (sem funcionamento econômico ou social), uma vez que ocupam uma posição central nas lutas políticas. Os custos sociais e simbólicos relacionados ao seu afastamento são razões que podem perturbar a ordem pública, a moral e afetar a agenda política dos partidos mais importantes (SWEDBERG, 1990).

Conforme apresentado por Swedberg (2003), uma empresa que se insere no mercado, trazendo produtos com mais qualidade do que seus concorrentes, pode não sobreviver sem uma aliança adequada. As empresas estabelecidas, por outro lado, são capazes de criar e administrar coalizões que expulsam novos participantes que podem estragar a ordem comercial e institucional que orienta o setor. Portanto, a legitimidade, a inércia e as redes são elementos-chave do processo explicativo que orientam a NSE a considerar a sobrevivência como um fator explicativo mais importante do que a eficiência (SMELSER; SWEDBERG, 2010).

A NSE fornece uma teoria da ação complexa em que os atores sociais tomam decisões, agem estrategicamente e avaliam o contexto social em que estão inseridos (SMELSER; SWEDBERG, 2010). Para a NSE, as “questões sociais de legitimação e de controle político-cultural são mais decisivas para a sobrevivência organizacional do que o jogo econômico” (SMELSER; SWEDBERG, 2010, p. 359). Como Swedberg (2003) argumenta, na teoria complexa da ação proposta pela NSE, os atores são movidos por razões e lógicas sociais dominantes, atualizadas (ao longo do tempo), e suas próprias interações sofrem mudança de direção a partir dos comportamentos nos sistemas de interação. Desse modo, compreende-se que os atores sociais possuem a racionalidade limitada por serem influenciáveis.

Modelos reais de tomada de decisão, amparados em ensinamentos de disciplinas distantes do mundo da economia e da sociologia (especialmente da psicologia cognitiva), não podem ser guiados por iniciativas que limitem movimentos e possibilidades estratégicas dos atores sociais. Com base nisso, percebe-se que é adequado tomar uma decisão que não atenda às necessidades e preferências dos atores sociais participantes do processo. No contexto de conexões pessoais intensas entre os atores, todos podem tentar, individualmente, antecipar as

expectativas dos outros, sacrificando suas escolhas para a satisfação hipotética dos restantes (SWEDBERG, 2003).

Para verificar esse processo de tomada de decisão, é relevante ponderar o contexto, os sistemas de interação, as oportunidades estruturais, os recursos disponíveis e os quadros de decisão (*frames*) que determinam os limites entre as escolhas feitas por um ator. No entanto, essa oportunidade aberta pela NSE amplia o realismo e a adaptação prática desse tipo de arcabouço teórico, porém perde-se a previsibilidade (SWEDBERG, 2003).

A NSE está interessada em ir além das formas puras e determinísticas de organização das transações econômicas e não se limita a discutir a dialética central entre custos de transação e custos de autoridade. É dedicada ao estudo da denominada "forma impura" que existe entre as decisões puramente comerciais e as puramente autoritárias. Conforme a teoria econômica, deve-se observar como os extremos das formas organizacionais convergem. Isso significa que, quando os custos de transação são proibitivos e a capacidade de regular as transações contratuais acarreta custos significativos, as empresas devem manifestar-se como soluções confiáveis e estáveis (SWEDBERG, 1990, 2003). Isso permite uma nova perspectiva sobre a "falha de mercado", uma vez que o modelo de mercado perfeito idealizado pelas economias clássica e neoclássica requer ajustes para minimizar os erros e conseguir o equilíbrio tão aguardado (SWEDBERG, 2003).

É entender que as estruturas econômicas, como estruturas sociais, nunca serão perfeitas e extensivamente reproduzíveis, pois são criadas por meio de pequenos aglomerados construídos com configurações distintas que realizam práticas de diferentes conteúdos culturais. Desse modo, esforços são necessários para compreender os grupos de negócios com práticas econômicas atrasadas e analisar as discrepâncias na transferência de modelos de negócios asiáticos para os Estados Unidos ou para a Europa (SWEDBERG, 1997).

Um dos pressupostos do NSE diz respeito ao grau de inserção da economia na sociedade. Por outro lado, o mercado não é o único meio de organizar as transações das empresas nas sociedades contemporâneas. Os dois modelos demonstrados por Polanyi (1980) (reciprocidade e redistribuição) convivem com o mercado; por exemplo, o Estado também atua como agente de redistribuição econômica, e as relações formadas entre os atores sociais operam de acordo com a lógica da reciprocidade, não do puro mercantilismo. Se fosse realizada uma análise do peso da economia da dádiva nas sociedades ocidentais, seria possível perceber a importância da dinâmica da reciprocidade no íntimo das chamadas sociedades mercantis (MARQUES; PEIXOTO, 2003).

Quanto a uma visão dos mercados, para a NSE, os mercados não são claros nem transparentes, e sua dinâmica resulta de relações sociais complexas, que são estudadas e redefinidas constantemente. Pensado em um mercado ideal no qual as trocas econômicas acontecem de forma ativa, são constituídas regulações dessas mesas de transações com o objetivo de reforçar a metáfora para que ocorra o reconhecimento como um espaço de eficiência, racionalidade e um sonho político semelhante a um programa de liberdade, e não de intimidação. Todavia essa metáfora é forte o suficiente para reivindicar independência completa ou uma habilidade específica para colonizar todas as áreas da vida social? (SWEDBERG, 1997; 2003; 2010).

Nessa perspectiva, a sociologia econômica de mercado enfrenta a necessidade de mobilizar diversos recursos que dependem não apenas de interpretações políticas e culturais, mas também de marcações geográficas e históricas. Não se trata de uma ruptura total com a economia, mas de uma rejeição à tendência natural à neutralidade do mercado, à autossuficiência e ao equilíbrio (SWEDBERG, 2003).

O “contexto” teórico usado para compreender as estratégias de influência baseia-se na perspectiva de uma nova sociologia econômica, uma vez que não é anônima nem livre de influências externas. Procura a dinâmica do mercado com um mecanismo de mão visível, um mecanismo de natureza política exposto à manipulação e a jogos de poder. Quatro eixos que se somam às ideias e leituras tradicionais do mercado que se concentram exclusivamente nas ideias de equilíbrio são o poder, estrutura, cultura e análise histórico-comparativa (SWEDBERG, 2003). Assim, as concepções do mercado como instituição facilitadora das trocas, defendida por Coase, e produto das relações sociais, defendida por Marx, são visões essenciais para a Nova Sociologia Econômica. Esses extremos são relevantes para entender as instituições que movimentam as mercadorias e que, simultaneamente, de forma ideológica, disputam as estruturas.

Sendo uma importante ferramenta para a resolução de tais disputas e conflitos, o sistema jurídico e o governo não podem descuidar do seu conhecimento do mercado (SKOCPOL; EVANS; RUESCHEMEYER, 1999). Não são uma preocupação da Nova Sociologia Econômica as limitações e as falhas do mercado, mas, sim, as imagens frias e desencantadas que podem ser elaboradas a partir dele. Para tal, procura-se explicar e descrever seus fenômenos, sem abandonar o papel do Estado e das empresas que estruturam o setor em que o mercado se insere (SWEDBERG, 1990).

De acordo com a NSE, os mercados devem sempre ser mais do que a combinação tradicional entre oferta e demanda, ou compra e venda. Como mostra Swedberg (2003), é importante enfatizar a relação entre mercados, política, cultura e instituições, pois as características de cada composição da sociedade comercial diferem nos modelos de interação entre essas variáveis.

Segundo a visão política da Nova Sociologia Econômica, como parte do processo de construção do Estado e processos de disputa e lutas intraorganizacionais, os níveis de análise da visão política dos mercados se dividem em mercados e indústrias. Esses processos político-culturais influenciam na “construção de instituições sociais de controle do mercado tais como os direitos de propriedade; estruturas de governança; as concepções de controle; as regras de troca entre outros” (SWEDBERG, 2003, p. 159).

Baseado em noções e regras compartilhadas localmente, as instituições que realizam a regulação dessas questões políticas emergiram de um processo contínuo, problemático e ineficaz. Seguindo a abordagem de Crozier e Friedberg (1977), grupos organizados (empresas, sindicatos, partidos e órgãos governamentais) procuram influenciar na definição desses direitos, em uma contínua luta política. “As estruturas de governança que definem as relações de competição, cooperação e organização, estabelecendo o que é legal e o que é ilegal, são também modelos definidos por processos políticos” (SMELSER; SWEDBERG, 2010, p. 531). A legislação e as práticas institucionais formais são resultados desses processos políticos. Mesmo a aprovação, aplicação e interpretação dessas leis podem ser negadas e possuírem diferenças de país para país. Como apontado na sociologia de Crozier e Friedberg (1977), mesmo as práticas informais são estabelecidas a partir da lógica política. Os atores e os grupos procuram um mundo estável e controlável.

Desses fatos aparecem questões relevantes a serem analisadas. A dimensão política dos mercados enfatiza a importância de lançar luz sobre o surgimento de formas de governança de mercado e a prevalência de forças que levam à sua estabilidade. Do ponto de vista da política de mercado, é importante saber quem domina os mercados e quais forças os governam. Precisa-se investir e realizar pesquisas sobre a mão visível dos mercados. Desse modo, parte-se do pressuposto de que o mercado não seleciona formas únicas e eficientes, e o tempo opera segundo uma seleção multicritério (FLIGSTEIN, 2001; SMELSER; SWEDBERG, 2010).

Em suma, as ferramentas usadas pelos concorrentes para influenciar a estrutura de uma indústria são mecanismos políticos cooperativos para compartilhar mercados — por exemplo, cartéis, controle de preços, barreiras à entrada, restrições à produção, patentes, autorizações,

ação coletiva, pressão sobre o Estado para aprovar legislação favorável. Contrariamente a todas as teorias discutidas neste trabalho até o momento, a visão do papel do Estado na construção de mercado defendida pela Nova Sociologia Econômica é a única que fornece teorias sólidas necessárias para esclarecer as estratégias de influência dos atores, nas relações entre o Estado e a empresa (FERREIRA, 2018).

O Estado não é somente um provedor de instalações e instituições apenas para garantir o funcionamento de mercados e negócios. Devemos contestar a concepção imaculada do Estado como um agente desinteressado (SMELSER; SWEDBERG, 2010). As leis não são neutras, e alguns jogadores são favorecidos em prejuízo de outros. É assim que os mercados e as empresas se estruturam de acordo com o peso e a autonomia do Estado. Um Estado claramente enfraquecido pela ausência de propriedade pode ter poderes regulatórios decisivos. Ele pode, por sua própria iniciativa ou por meio de pressão de *lobby*, restringir a concorrência, impedir certas formas, ou estabelecer barreiras tarifárias. Uma maneira de garantir equilíbrio econômico e mercados estáveis é forçar os governos a intervirem para limitarem a competição (FLIGSTEIN, 2001).

As crises de mercado são respondidas pelos atores estatais, os mercados são dinamicamente organizados ou desestabilizados, e as corporações pressionam o Estado. Em outras palavras, o Estado muda suas regras apenas quando o grupo dominante está em crise ou mutação. Do contrário, as alterações nas regras são incrementais. A regulação se faz importante para conservar o *status quo*. Igualmente, é importante reconhecer que a lei não é inocente; em vez disso, são estabelecidas como práticas geralmente aceitas que refletem os interesses de forças sociais mais organizadas (FLIGSTEIN, 2001; SMELSER; SWEDBERG, 2010).

Com base no fundamento teórico da Nova Sociologia Econômica, espera-se criar uma estrutura favorável para analisar as ações de estratégia de influência que são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica.

2.3.3 O Processo de Influência

A influência pode acontecer de várias maneiras. Przeworski (2011) apresenta um modelo em que a influência pode acontecer nos processos que envolvem as relações entre as empresas e o Estado. Segundo o autor, o capital e a propriedade têm uma forte influência nas decisões do Estado, influenciando em políticas governamentais e na alocação de recursos. O poder constrangedor do capital decorre do fato de que nenhuma organização coletiva ou ação

coletiva é necessária para que essa coerção surja: basta que cada empresa persiga independentemente seu próprio interesse. Na medida em que os governos são estruturalmente dependentes de agentes privados, assim, o alcance das decisões políticas é limitado (PRZEWORSKI, 2011).

As práticas de estratégia de influência verificadas nesta pesquisa incluem contribuições de campanha, ocupação de cargo público e contratos entre empresas privadas e o Estado. Esquemáticamente, pode-se pensar que o dinheiro influencia resultados políticos em favor dos doadores se (1) as contribuições políticas afetam as plataformas oferecidas pelos partidos nas eleições, (2) as contribuições de campanha afetam os resultados das eleições, (3) as contribuições políticas ou esforços de *lobby* afetam decisões legislativas, (4) contribuições políticas, esforços de *lobby* ou subornos diretos influenciam decisões executivas ou regulatórias.

Lobby, um termo importado para o português, tem o significado original de “antessala, átrio, entrada” (ARAÚJO, 2013). Tem sua origem na arquitetura como “salão de entrada de prédios” e foi transportado para a política com o sentido de salão de entrada em que representantes de interesse aguardavam os agentes tomadores de decisões públicas para expor os seus pleitos (MANCUSO; GOZETTO, 2011b).

A partir da redemocratização em meados da década de 1980, a prática do *lobby* se fortaleceu no Brasil, uma vez que o processo de tomadas de decisões públicas ficou mais acessível com a abertura política (BOSCHI; DINIZ, 2000). Apesar disso, a atividade de *lobby* não é regulamentada no Brasil, sendo envolvida por um rótulo de marginalidade (MANCUSO; GOZETTO, 2011a).

Na definição do conceito, *lobby* é uma palavra neutra, em que não se estabelece como requisito que a defesa de interesses é realizada de maneira lícita ou ilícita. Contudo, na maioria dos casos, o *lobby* é relacionado à defesa ilícita de interesses (MANCUSO; GOZETTO, 2011a).

Quando aumentam os escândalos políticos ligados à atividade do *lobby* ilícito, a regulamentação do *lobby* é retomada no Brasil. Porém, à medida que os escândalos deixam de ser destaques nos noticiários, o interesse pela regulamentação do *lobby* se estagna (MANCUSO; GOZETTO, 2011a).

Meyer-Plug *et al.* (2009, p. 17) trazem o questionamento: “O *lobby* seria ação exclusiva dos grupos de pressão ou de interesse?”. Não existe um consenso sobre os conceitos dos grupos e nem sobre a quem compete a ação do *lobby*. O *lobby* pode ser entendido como um tipo de atividade que possui o envolvimento por meio de contato direto entre os interesses e os

*policymakers*⁵. Ou melhor, o *lobby* é uma transferência de mensagens do grupo de pressão aos *decision-makers*⁶, através de representantes especializados que podem ou não se utilizarem de intimidações e sanções (SCHLOZMAN; TIERNEY, 1986).

Nem todos os lobbies são realizados por grupos de interesse, mas por empresas que não têm membros no sentido associativo, mas funcionários e acionistas. Desse modo, escritórios e corporações que prestam assessoramento atuam através do *lobby* (BERRY, 1989).

De acordo com Meyer-Plug *et al.* (2009, p. 20), o *lobby* tem por objetivo: “influenciar as decisões tomadas pelas autoridades governamentais por meio de informação, da ação coletiva e de outras estratégias”. Farhat (2007, p. 35) conceitua o *lobby* como “toda atividade organizada, exercida dentro da lei e da ética por um grupo de interesse definido e legítimo, com o objetivo de ser ouvido pelo poder público, para informá-lo, e dele obter determinadas medidas, decisões ou atitudes”. O *lobby* pode ser apresentado em duas perspectivas: sendo as mais diversas formas e esforços, tem como propósito influenciar decisões a seu favor; e com o objetivo de levar aos líderes do governo informações que representam os seus interesses de modo a influenciar suas decisões no governo (FARHAT, 2007).

Corroborando a segunda perspectiva, Lodi (1986) apresenta que, em extensão, o *lobby* também pode ser conceituado como um grupo de pessoas que exercem influência ou algum instrumento de pressão ou representação diante do Estado. Segundo Oliveira (2004, p. 12), *lobby* é “o processo pelo qual os grupos de pressão buscam participar do processo estatal de tomada de decisões, contribuindo para a elaboração das políticas públicas de cada país”.

Santos (2007) conceitua o *lobby* como resultado, e não como causa; é meio, e não fim; e é uma prática, e não um sistema de valores. Meyer Plug *et al.* (2009) argumentam que o *lobby* inclui as atividades: coleta de informações, estratégias apropriadas para atingir metas e realização de pesquisas.

Thomas (2004) classifica o *lobby* em: a) público – inclui a atividade em ministérios, órgãos reguladores e autarquias e outros órgãos institucionais, com o propósito de exercer pressão sobre os Poderes Legislativo e Judiciário, garantindo seus direitos ou pleiteando votos; b) institucional – formado pela ação de departamentos de assuntos corporativos ou institucionais de empresas privadas em vários níveis na esfera pública (MEYER-PFLUG *et al.*, 2009); c) classista – compreende a atuação de instituições de classe, com a finalidade de proteger os seus próprios interesses e os de seus filiados (sindicatos e conselhos de profissões

⁵ Os que fazem política em uma livre tradução do termo.

⁶ Os responsáveis pelos processos de decisão, dentro do processo político.

entre outros); d) privado – são os escritórios de realizam essa atividade (MEYER-PFLUG *et al.*, 2009).

O *lobby* pode ser realizado de forma aberta, transparente e respeitando as leis, ou pode ser oculto, quando são utilizados meios de acesso informais e em defesa de interesses estritamente privados (ARAÚJO, 2013; MANCUSO; GOZETTO, 2011b). Esses grupos usam o poder com base em suas habilidades de retirar do Estado vantagens para repartir para seus diretores, funcionários e membros, o que caracteriza esse meio de *lobby* como pejorativo e com estigma de negativo (MANCUSO; GOZETTO, 2011b).

Esta pesquisa pretende analisar o *lobby* realizado de forma aberta. As instituições podem realizar as atividades de forma transparente e fornecer informações e ideias aos tomadores de decisão no processo de deliberação, na expectativa de colaborar para que as soluções contratadas sejam as melhores para todos (MANCUSO; GOZETTO, 2011b). Dessa forma, o *lobby* pode ser visto como uma forma de comunicação entre instituições e o Estado, considerando a dificuldade de o Poder Público acompanhar todos os fatos, eventos e fenômenos sociais. Reconhece-se o pressuposto de que as instituições podem ser um canal de transferência de informações importantes e essenciais à discussão das necessidades públicas da democracia (MEYER-PFLUG *et al.*, 2009).

Como parte da discussão dos conceitos de *lobby*, verifica-se a importância de “quem” realiza o *lobby* para a construção do conceito. Mancuso e Gozetto (2011b) argumentam que o *lobby* pode ser praticado por diferentes atores, pessoas isoladas e até mesmo diferentes tipos de grupos.

As pessoas que praticam o *lobby* podem ser classificadas em cinco categorias básicas: lobistas contratados — admitidos para desempenhar especificamente essa atividade; lobistas de associações — diretores, executivos, presidentes ou outros funcionários de instituições; oficiais de ligação legislativa governamentais — funcionários de repartições públicas que as representam; lobistas voluntários, de causas ou de cidadania — pessoas que representam organizações sem fim lucrativo, grupos de bem estar social ou organizações comunitárias; e, por fim, indivíduos, lobistas automeados — pessoas que atuam em função de benefícios individuais ou específicos (THOMAS, 2004).

A partir deste estudo, pretende-se analisar as ações de estratégia de influência que são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil.

3. METODOLOGIA

3.1 Classificação da Pesquisa

A presente proposta de pesquisa tem por objetivo analisar ações de estratégia de influência realizadas entre operadoras de planos de saúde, hospitais e o Estado brasileiro. Para esse fim, realizou-se uma pesquisa descritiva. “A pesquisa descritiva busca descrever uma realidade, sem nela interferir, o pesquisador narra algo que acontece” (APPOLINÁRIO, 2006, p. 62).

Configura-se como estudo exploratório por ser um tema pouco abordado no Brasil (FERREIRA, 2018). Trata-se de pesquisa documental, uma vez que os dados foram levantados a partir de análise de documentos disponibilizados por instituições estatais. A principal característica da pesquisa documental consiste na extração de dados de documentos impressos ou eletrônicos (VIEIRA, 2012), elaborada por meio de documentos arquivados em órgãos públicos ou privados de qualquer natureza, ou com pessoas (BARAGLIO, 2012).

Pesquisa quali-quantitativa que “interpreta as informações quantitativas por meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discurso dos sujeitos (semântica)” (KNECHTEL, 2014, p. 106).

Também se trata de um estudo de múltiplos casos. O estudo de caso comporta uma investigação para apreender as principais características de eventos da vida real — tais como, ciclos de vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças de vizinhanças, relações internacionais e a maturação de setores. O estudo multicase possibilita levantar evidências relevantes e de maior confiabilidade se comparado aos estudos de casos únicos (YIN, 2001).

3.2 Unidades de Observação

Para os objetivos desta pesquisa, foi considerada toda ação concreta de estratégia de influência. Com a finalidade de obter vantagem competitiva na relação entre empresas e Estado, ocorre a estratégia de influência (FERREIRA, 2018). Assim, as unidades de observação escolhidas foram as operações de atos de concentração econômica realizadas por operadoras de planos de saúde e/ou hospitais que foram analisados pelo CADE no período de 2014 a 2019.

3.3 Coleta de Dados

Para o desenvolvimento da pesquisa, foram utilizados dados secundários. A coleta de dados foi realizada em diferentes fontes:

- a) volumes de processos disponibilizados no site do CADE (2022b). Os dados e informações sobre os atos de concentração e as empresas envolvidas foram extraídas dos volumes dos processos, obtidos sistematicamente da seguinte forma: no site do CADE, na seção Pesquisa Processual, foram pesquisados os termos hospital e saúde, no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2019, sendo selecionados os itens: processos, documentos gerados e documentos externos; o tipo de processo, finalístico, ato de concentração sumário e ordinário. Após a pesquisa dos termos, dos resultados encontrados, foram selecionadas as operações relativas a hospitais e planos de saúde. Para a seleção, foi realizada a leitura do documento de abertura da operação.
- b) no site do Tribunal Superior Eleitoral (TSE) (2022), portal de dados abertos do TSE, prestação de contas eleitorais – 2014 e prestação de contas eleitorais – 2018.
- c) portal da transparência (CGU, 2022), pesquisa pelos agentes para levantamento daqueles que possuem vínculo público, ou seja, ocupação de cargo público em nível federal. O levantamento foi realizado de maneira sistemática e individual para cada agente identificado nas operações.

Para a definição das ações (Quadro 01), foi realizado um levantamento com base no trabalho de Ferreira (2018) das ações passíveis de investigação com base no objeto de estudo. Para a formação da estratégia de influência, é preciso mapear as ações, observar suas conexões e relações consequenciais (FERREIRA, 2018).

Quadro 1 - Classificação e código das ações

Classificação das ações	Código	Fonte
Ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE	ASR	Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE
Experiência com atos de concentração econômica	EAC	Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE
Participação em grupo econômico	GE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica - CADE
Doação eleitoral	DE	Tribunal Superior Eleitoral - TSE
Ocupação de cargo público	OCP	Portal da Transparência
Contrato com o serviço público	CP	Portal da Transparência

Fonte: Elaboração própria com base em Ferreira (2018).

Aquisição de empresa ou atos de concentração econômica ocorre quando uma empresa realiza um ato de concentração econômica que foi submetido à apreciação do CADE. Podem-se descrever vários motivadores para as empresas realizarem atos de concentração econômica, entre eles obter crescimento rápido, neutralizar concorrentes e viabilizar economias de escala (AREEDA; KAPLOW; EDLIN, 2004; FORGIONI, 2013; NUSDEO, 2002). Quando analisado pelo CADE, o ato de concentração econômica pode ser aprovado sem restrições, aprovado com restrições ou reprovados, quando resultar em eliminação da concorrência em parte significativa de mercado relevante, que possa criar ou reforçar uma posição dominante, ou que possa resultar na dominação de mercado relevante de bens ou serviços (CADE, 2016b). Quanto à experiência com atos de concentração econômica, trata-se da quantidade de atos de concentração econômica de que as empresas participaram no período estudado. Entende-se que as empresas que possuem experiência com a realização de operações de concentração econômica tendem a acumular vantagens competitivas frente àquelas que não possuem, além de permitir um estreitamento em suas relações com os agentes estatais, assim, essas empresas podem ser favorecidas em prejuízo de outras (SMELSER; SWEDBERG, 2010). O levantamento dos atos de concentração aprovados sem restrições pelo CADE foi realizado através de análise de documentos nos processos submetidos ao CADE.

A participação em grupo econômico considerou as empresas que participaram dos atos de concentração econômica e fazem parte de grupos econômicos. Sob a perspectiva da Nova Sociologia Econômica, os grupos econômicos podem ser compreendidos como clusters, em que as empresas buscam mobilizar recursos para melhorar o seu desempenho no mercado (SWEDBERG, 2003).

A Doação Eleitoral compreende o financiamento de partidos políticos e candidatos no período eleitoral. As empresas direcionam suas contribuições eleitorais de acordo com objetivos estratégicos, e o financiamento pode ser uma das maneiras de iniciar uma relação entre empresas e o Estado (FERREIRA, 2018).

A ocupação de cargo público, quando algum agente é indicado ou assume de forma eletiva algum cargo público, presume a importância no processo decisório dos cargos públicos, eletivos, de carreira ou indicação (FERREIRA, 2018). Contrato com o serviço público compreende quando a empresa possui contratos formais com alguma instituição estatal.

O levantamento das ações foi realizado por meio de análise dos atos de concentração econômica submetidos ao CADE que envolveram hospitais e planos de saúde, pesquisas no site do TSE e portal da transparência.

3.4 Análise de Dados

Os dados e informações levantadas a partir da análise de documentos foram organizados em planilhas eletrônicas e analisados por meio do software R®. Para melhor compreensão, o estudo foi organizado em duas etapas, uma descritiva e outra analítica.

Na primeira etapa, tem-se a descrição dos dados levantados a partir dos documentos estudados, estruturada em quatro tópicos: Atos de concentração econômica notificados ao CADE, Doações Eleitorais, Contratos Públicos e Ocupação de Cargo Público.

Na segunda etapa, é apresentada a análise das ações de estratégia de influência descritas na primeira etapa da pesquisa por meio do método *Coincidence Analysis* (CNA).

3.4.1 Análise das Ações de Estratégia de Influência

A análise dos casos de estratégia de influência apresentados na primeira etapa da pesquisa foi realizada utilizando os métodos de análise configuracional *Coincidence Analysis* (CNA).

Método iniciado por Baumgartner em 2009, foi utilizado em várias pesquisas em diferentes áreas como saúde pública, ciências sociais e políticas comportamentais (BAUMGARTNER; SWIATCZAK, 2023). A Análise de Coincidência (*Coincidence Analysis* - CNA) pode ser considerada um Método Comparativo Configuracional (MCC) de análise de dados causais (BAUMGARTNER; THIEM, 2017). Os Métodos de Configuração Causal (MCC) visam compreender a relação entre as configurações de variáveis e suas implicações. Essa abordagem fundamenta-se na premissa de que a relação causal não pode ser plenamente compreendida ao analisar cada variável isoladamente, mas sim ao considerar a interação entre variáveis em conjunto que formam um padrão específico (FURNARI *et al.*, 2021).

Os MCCs estudam hipóteses de implicação que conectam valores específicos de fatores, tais como " $X = \chi_i$ é suficiente/necessário para $Y = \gamma_i$ ", empregando uma ordem booleana em conjuntos de causas. Esses métodos identificam elementos em diferentes caminhos causais ou semelhantes para o resultado, analisando propriedades booleanas de acordo com as teorias de regularidade causal, como expresso pela teoria (M)INUS (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2020).

A teoria (M)INUS conceitua a causalidade em relação a estruturas de dependência booleanas livres de redundâncias e, de maneira crucial, não demanda que as causas e seus

efeitos estejam interligados em pares dependentes. A teoria (M)INUS permite maior precisão para a análise das relações causais, permitindo identificar de forma mais clara as condições que contribuem para a ocorrência de um evento (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019).

Diferentemente dos métodos mais padronizados de análise de dados, que principalmente quantificam os tamanhos dos efeitos, o CNA pertence a uma família de métodos idealizados com o objetivo de realizar agrupamento de fatores de influência causais conjuntamente (em pacotes complexos) e disjuntivamente (em caminhos alternativos). Esse método é fundamentado na teoria da regularidade da causalidade e destaca-se como o único de sua categoria capaz de identificar estruturas causais com múltiplos resultados (efeitos), como é o caso de estruturas de causa comum ou cadeias causais (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019).

A CNA procura em um banco de dados todas as condições necessárias e suficientes para um resultado que possam ser inferidas como sua causa naquele contexto, para isso o método se utiliza de um algoritmo exato (BAUMGARTNER; THIEM, 2017). A ferramenta procura através das dependências causais não apenas entre um *outcome* Y e Xn condições, mas também entre todos os fatores que fazem parte no modelo, de forma a identificar sequências causais entre as variáveis que levaram ao resultado de interesse (THIEM, 2017).

Esse método utiliza um algoritmo próprio, em que se analisam todas as condições como endógenas, e testa todas as condições como suficientes e/ou necessárias para testar o modelo, retornando as variáveis em configurações únicas, que explicam, em algum momento, o efeito. Dessa forma, o modelo tende a identificar as contradições e as condições necessárias e suficientes. Todas as possibilidades de causalidade são testadas pelo CNA até a exaustão dos dados. Todas as condições exógenas são consideradas condições para o efeito (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2020).

Uma determinada condição é considerada suficiente para um resultado se a ocorrência daquela implica a deste, por exemplo, dadas duas condições de X e Y, se o X ocorrer é suficiente para o Y acontecer. Quanto à necessidade, uma determinada condição é considerada necessária para um resultado se a ocorrência deste implica o acontecimento daquela, por exemplo, dadas duas condições de X e Y, não tem possibilidade de o X acontecer sem o Y, então o Y é necessário para o X (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019). Desse modo, uma condição é necessária e suficiente para um determinado resultado se, e somente se, a ocorrência de um está condicionada à presença do outro. Se uma dada condição for necessária e suficiente para um resultado, esta pode ser considerada como causa deste se, e somente se, a equação representativa

for mínima, ou seja, não possui nenhum componente que possa ser retirado sem que a condição como um todo deixe de ser necessária e suficiente para o resultado (FREITAS *et al.*, 2020).

Essa metodologia se diferencia das convencionais, como regressão linear, cluster e fatorial, pois identifica combinações diferentes de estruturas que são causalmente conectadas a um resultado específico (RAGIN, 1987; GRANDORI; FURNARI, 2008; RIHOUX; RAGIN, 2009; FISS, 2011) e mostra quais estruturas são necessárias, suficientes ou redundantes (GRANDORI; FURNARI, 2008).

A CNA procura identificar padrões de relações causais a partir de uma lista de coincidência. Em uma lista de coincidência, são instanciados diferentes valores de um fator pelo mesmo caso, e os fatores são propriedades categóricas (característica qualitativa) utilizadas para particionar casos em subconjuntos; os valores são atribuições que consideram o pertencimento ou não pertencimento a uma unidade de observação no subconjunto identificado (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2020).

Uma lista de coincidências pode conter fatores com propriedades bivaloradas ou multivaloradas. Um fator bivalorado define apenas dois subconjuntos disjuntos, e pode-se classificá-lo como uma atribuição nítida (crisp-set), que tem como característica a separação clara e bem definida entre duas opções ou categorias distintas; ou classificá-lo como uma atribuição do tipo difusa (fuzzy-set), quando o fator demonstra uma escala contínua de pertinência, que permite que um fator ou evento pertença a um conjunto com diferentes graus de intensidade (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019, 2020).

Quando um fator é atribuído de forma nítida (crisp-set), apenas dois escores são considerados: “pertence” ou “não pertence”, representados por “1” e “0”, respectivamente. Quando um fator é do tipo difuso (fuzzy-set), a avaliação da pertinência pode variar em uma escala contínua no intervalo fechado de $[0,1]$, em que “1” indica pertinência total; “0” indica não pertinência total; “0,5” indica máxima ambiguidade quanto à pertinência nos conjuntos em questão; e valores nos intervalos abertos de $(0,0,5)$ e $(0,5,1)$ indicam graus variados de pertinência (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019, 2020).

A CNA utiliza a lógica booleana através de um algoritmo próprio formal executado em um pacote do software livre R® para identificar modelos causais em uma lista de coincidência. O algoritmo opera em duas etapas. Primeiramente, busca as condições minimamente suficientes e minimamente necessárias para instanciar um resultado específico, testando valores de fatores isoladamente ou combinados conjuntamente pelo operador “e” e “ou”, respectivamente. A

segunda parte da estratégia de busca envolve encontrar as condições mínimas necessárias para alcançar o resultado desejado (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2020).

Para interpretar a análise, é necessário mensurar as medidas de consistência e cobertura. A consistência representa o grau com que um resultado específico se comporta em uma relação de suficiência ou necessidade correspondente (ou uma fórmula de solução completa). É responsável por garantir a confiabilidade e a replicabilidade dos resultados da modelagem causal, representando o grau em que a evidência empírica é consistente com a relação teórica dos conjuntos. Já a cobertura demonstra o grau com que uma relação de suficiência ou necessidade (ou uma fórmula de solução inteira) pode explicar o comportamento do resultado correspondente e procura considerar todas as possíveis causas que sejam significativas, indicando a relevância empírica ou importância de condições (BAUMGARTNER; FALK, 2023). Baumgartner e Epple (2013, p. 289) argumentam que a consistência de uma relação de suficiência $Y \rightarrow Z$ é definida “como a razão $Y * Z$ entre o número de casos e o número de casos Y nos dados analisados”. Já a cobertura de $Y \rightarrow Z$ é definida como “a razão entre o número de casos $Y * Z$ e o número de casos Z ”.

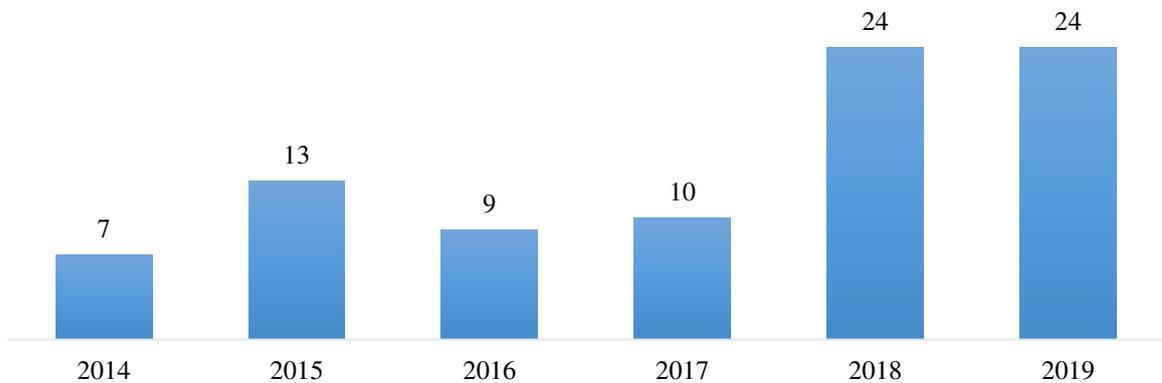
4. RESULTADOS

4.1 Análise Descritiva das Ações de Estratégia

4.1.1 Atos de Concentração Econômica

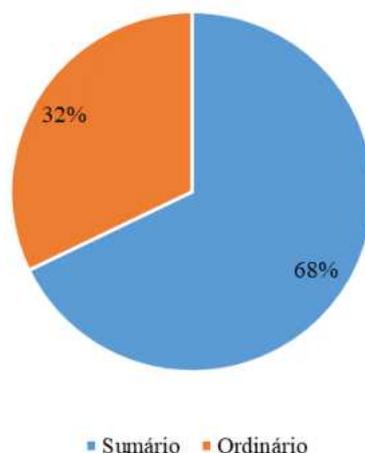
Na primeira etapa desta pesquisa, foi realizado um levantamento para identificar os atos de concentração econômica notificados ao CADE que foram realizados por hospitais e planos de saúde no Brasil. No período de 2014 a 2019, foram identificadas 87 operações com uma média de 14 atos por ano. A partir do Gráfico 08, pode-se observar que os anos de 2018 e 2019 registraram o maior quantitativo de operações analisadas, 24 em cada ano. O ano de 2018 registrou uma variação percentual de 140% em relação ao ano de 2017, destacando-se em relação ao demais anos. O ano de 2014 apresentou o menor número, com o registro de sete operações.

Gráfico 8 – Número de Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019)



Fonte: Elaboração própria (2024).

Quanto ao tipo de processo, 68% das operações foram classificadas como sumárias, aquelas que possuem menor potencial ofensivo à concorrência, mediante a sua simplicidade (CADE, 2012), e 32% foram classificadas como ordinárias (Gráfico 09), operações mais complexas em decorrência de seu potencial ofensivo à concorrência (CADE, 2012). Vale ressaltar que a classificação da operação como sumário ou ordinário é de responsabilidade do CADE, adotada a partir de critérios de conveniência, oportunidade e com base na experiência adquirida pelos órgãos que formam o SBDC (CADE, 2012).

Gráfico 9 – Atos de Concentração Econômica – Tipo de Processo (Brasil 2014–2019)

Fonte: Elaboração própria (2024).

Quanto à classificação das operações, Tabela 06, a predominância deveu-se às operações de aquisição, com o volume de 79 operações, o equivalente a mais de 90% do total. Houve a ocorrência de três transferências da carteira de beneficiários, uma associação, uma cisão, uma emissão de ativos, uma incorporação e uma *joint venture*, as quais somaram apenas 9,2% do total das operações, confirmando a predominância das operações de aquisição.

Tabela 6 - Atos de Concentração Econômica – Classificação da Operação (Brasil 2014 - 2019)

Classificação da Operação	Quantidade de Operações	%
Aquisição	79	90,8%
Transferência da Carteira de Beneficiários	3	3,4%
Associação	1	1,1%
Cisão	1	1,1%
Emissão de Ativos	1	1,1%
Incorporação	1	1,1%
<i>Joint venture</i>	1	1,1%
Total	87	100,0%

Fonte: Elaboração própria (2024).

Constatou-se que a maioria das operações realizadas de 2014 a 2019 foram aprovadas pelo CADE sem restrições, mais especificamente, 95% (83), como apresentado no Gráfico 10, 3% (03) aprovadas com restrições e um pedido cancelado.

Gráfico 10 – Atos de Concentração Econômica – Aprovação (Brasil 2014–2019)

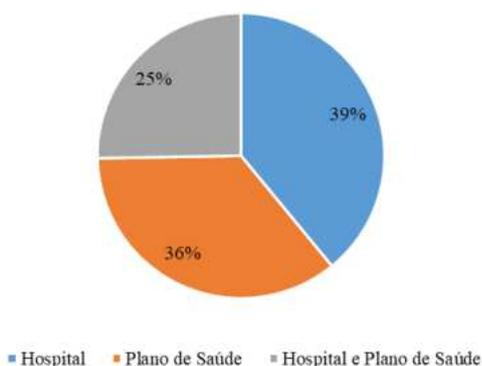


Fonte: Elaboração própria (2024).

A operação registrada sob o número 08700.006010/2019-91 tinha por objetivo transferir parte da carteira de contratos de cobertura de serviços de assistência à saúde celebrados pela Agemed Saúde S.A. (“Agemed” e/ou “Vendedora”) para Hapvida Assistência Médica Ltda. (“Hapvida” e/ou “Compradora”), empresa que pertence ao Grupo Hapvida. Essa operação foi cancelada no dia 02 de dezembro de 2019. Após o anúncio da provável operação, a ANS determinou, por meio da resolução operacional-RO 2.483, a alienação compulsória da integralidade da carteira de beneficiários da Agemed, composta de cerca de 150 mil vidas concentradas nos estados de Santa Catarina e Paraná, o que impossibilitaria, de acordo com as empresas, a conclusão da Operação que previa a transferência da carteira parcial de beneficiários da Agemed.

As unidades de observação deste trabalho foram os atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde; dos 87 identificados, 34 (39%) envolveram hospitais (Gráfico 11), 31 (36%) planos de saúde e 22 (25%) hospitais privados e planos de saúde simultaneamente. Assim, tem-se que a maior parte das operações envolveram hospitais.

Gráfico 11 – Atos de Concentração – Tipo de Atividade (Brasil 2014–2019)



Fonte: Elaboração própria (2024).

Todos os atos de concentração econômica analisados envolvem hospitais privados e/ou planos de saúde, mas também foram identificadas operações que foram realizadas por hospitais e/ou plano de saúde com empresas de outras áreas.

Nas 87 operações, verificou-se a participação direta de 200 empresas. Por ser o foco desta pesquisa, como esperado, a maior parte das empresas, 57,5%, eram hospitais e planos de saúde. Ademais, foram identificadas outras 29 atividades econômicas, como apresentado na Tabela 07, em que se destacaram as empresas Holdings, 6%; Fundos de Investimento, 6%, Atividade médica ambulatorial, 4,5%, e Serviços de Diagnóstico com 4%.

Tabela 7 – Atividades Econômicas das Empresas Envolvidas nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019)

Classificação da Operação	Quantidade de Operações	%
Hospital	61	30,5%
Plano de Saúde	54	27,0%
Holding	12	6,0%
Fundo de investimento	12	6,0%
Atividade médica ambulatorial	9	4,5%
Serviços de diagnóstico	8	4,0%
Serviços de hemoterapia	5	2,5%
Laboratório	5	2,5%
Serviços de apoio à medicina diagnóstica	4	2,0%
Serviços de quimioterapia	4	2,0%
Comércio atacadista de medicamentos	3	1,5%
Atividades de apoio à gestão de saúde	2	1,0%
Atividades de teleatendimento	2	1,0%
Atividades de consultoria em gestão empresarial	2	1,0%
Lavanderia industrial hospitalar	2	1,0%
Serviços bancários e financeiros	2	1,0%
Clínicas médicas especializadas no diagnóstico e no tratamento de Câncer	1	0,5%
Outras sociedades de participação, exceto holdings	1	0,5%
Atividades de limpeza	1	0,5%
Comércio varejista de medicamentos	1	0,5%
Fornecedor de seguros, resseguros	1	0,5%
Serviço de diagnóstico por imagem	1	0,5%
Atividades de atenção ambulatorial	1	0,5%
Resseguros	1	0,5%
Distribuição de água	1	0,5%
Serviços de diálise e nefrologia	1	0,5%
Indústria de informática	1	0,5%
Serviço de remoção de pacientes	1	0,5%
Serviços financeiros	1	0,5%
Total	200	

Fonte: Elaboração própria (2024).

Das 200 empresas que participaram de forma ativa das operações, 21 empresas participaram de mais de uma operação, como pode ser verificado na Tabela 08. A Rede D'Or São Luiz S.A apresentou maior frequência de participação em operações, 19, o equivalente a 22% do total. Em seguida, têm-se a Notre Dame Intermédica Saúde S.A com 13 operações e Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A com 6 operações.

Tabela 8 - Frequência de participação nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014–2019)

Empresas	Quantidade de Operações*	%
Rede D'Or São Luiz S.A	19	22%
Notre Dame Intermédica Saúde S.A	13	15%
Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A	6	7%
Hospital Esperança S.A	5	6%
ESHO - Empresa de Serviços Hospitalares S.A	5	6%
São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda	5	6%
Unimed – Rio Participações e Investimentos S.A	4	5%
Central Nacional Unimed – Cooperativa Central	4	5%
GGSB Participações S.A.	3	3%
Amil Assistência Médica Internacional S.A	3	3%
Hapvida Assistência Médica Ltda.	3	3%
Athena Saúde Espírito Santo Holding S.A	2	2%
Ultra Som Serviços Médicos S.A	2	2%
Athena Saúde Holding S.A	2	2%
Diagnósticos da América S.A	2	2%
Santa Helena Assistência Médica S.A	2	2%
Tempo Participações S.A	2	2%
Fundo de Investimento em Participações Genoma I	2	2%
CM Hospitalar S.A	2	2%
CM Logística Hospitalar S.A	2	2%
BSB Comércio de Produtos Hospitalares S.A	2	2%
Total de operações	87**	

*Quantidade de operações em que cada empresa participou de forma ativa.⁷

**Total de Operações de Atos de Concentração submetidos ao CADE no período de 2014 a 2019.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Ao analisar os grupos econômicos, em cada operação foi considerado o grupo “comprador” que possui maior interesse na operação. Em algumas operações, mais de um grupo participou de forma ativa, mediante operações como associação, reorganização societária e *joint*

⁷ Normalmente, um ato de concentração econômica envolve mais de uma empresa, havendo casos com mais de quatro empresas que participam de forma ativa; assim, para o cálculo de percentual de participação em operações, foi considerado o total de operações analisadas, e não a somatória da quantidade de operações em que cada empresa participou.

venture; assim, a somatória das quantidades de operações na Tabela 09 não expressa o total de operações analisadas no período, mas, sim, a somatória considerando os grupos participantes.

O Grupo Rede D'Or se destacou, participando de 26 operações que representam mais de 29% do total de operações analisadas. Também se destacam, a Intermédica, com 12 operações; a Amil, 7 operações; e as cooperativas Unimed, com 6 operações.

Tabela 9 - Grupos Econômicos Envolvidos nos Atos de Concentração Econômica (Brasil 2014 - 2019)

Grupos	Quantidade de Operações*	%
Rede D'Or	26	29,9%
Intermédica	12	13,8%
Amil	7	8,0%
Unimed	6	6,9%
Athena Saúde	4	4,6%
EB	4	4,6%
Hapvida	4	4,6%
Oncoclínicas	4	4,6%
São Francisco	4	4,6%
Cyrela	3	3,4%
Atento	1	1,1%
Axa	1	1,1%
Bain Capital Partners	1	1,1%
Bozano FIP	1	1,1%
Broad Street	1	1,1%
BTG Pactual	1	1,1%
Caixa Econômica	1	1,1%
Família Badim	1	1,1%
Gávea	1	1,1%
GIC Ventures	1	1,1%
Kinea	1	1,1%
Odontoprev	1	1,1%
Qualicorp	1	1,1%
RHMED	1	1,1%
Santa	1	1,1%
Sulasa	1	1,1%
Swiss Re	1	1,1%
The Carlyle	1	1,1%
Somatória	92**	
Total de Operações	87***	

*Quantidade de operações que cada grupo participou de forma ativa.

** Somatória da quantidade de operações.

***Total de Operações de Atos de Concentração submetidos ao CADE no período de 2014 a 2019.

Fonte: Elaboração própria (2024).

Quatro grupos econômicos, Rede D’Or, Intermédica, Amil e Unimed, participaram de 58,6% das operações. Esse movimento de atos de concentração econômica tem favorecido o crescimento e a consolidação desses grupos como líderes nos respectivos mercados de atuação.

4.1.2 Doações Eleitorais

Foi realizado um levantamento das doações eleitorais realizadas pelas empresas que participaram dos atos de concentração econômica, objetos de pesquisa deste estudo. Para tanto, foram coletados os dados das eleições de 2014 e 2018 disponibilizados no site do Tribunal Superior Eleitoral (TSE, 2023).

De acordo com o levantamento, o montante de doações eleitorais alcançou a somatória de R\$ 81,3 milhões. A “Amil Assistência Médica Internacional S.A” efetuou o maior volume de contribuições, registrando uma somatória de R\$ 33,0 milhões, o equivalente a 40,54% do total levantado, como evidenciado na Tabela 10. Em seguida, o “Banco BTG Pactual S.A” contribuiu com R\$ 21,3 milhões, correspondendo a 26,26% do montante, e o “BTG Pactual Saúde Fundo de Investimento em Participações” contribuiu com R\$ 12,3 milhões, representando 15,07% do total. É importante destacar que o “Banco BTG Pactual S.A” e o “BTG Pactual Saúde Fundo de Investimento em Participações” fazem parte do mesmo grupo econômico, o grupo BTG Pactual, que acumulou 41,33% do total das doações levantadas.

Tabela 10 - Contribuições Eleitorais por Empresa (Brasil 2014 e 2018)

Empresas	2014	2018	(Continua)	
			Total em Contribuições	%
Amil Assistência Médica Internacional S.A	R\$ 28,5 M	R\$ 4,5 M	R\$ 33,0 M	40,5418%
Banco BTG Pactual S.A	R\$ 21,3 M	R\$ 0,0 k	R\$ 21,3 M	26,2579%
BTG Pactual Saúde Fundo de Investimento em Participações	R\$ 12,3 M	R\$ 0,0 k	R\$ 12,3 M	15,0708%
Qualicorp Consultoria e Corretora de Seguros S.A.	R\$ 4,0 M	R\$ 0,0 k	R\$ 4,0 M	4,9211%
Rede D’Or São Luiz S.A	R\$ 3,1 M	R\$ 900,0 k	R\$ 4,0 M	4,8633%
Central Nacional Unimed – Cooperativa Central	R\$ 3,3 M	R\$ 0,0 k	R\$ 3,3 M	4,0248%
Prodent Assistência Odontológica Ltda.	R\$ 1,8 M	R\$ 0,0 k	R\$ 1,8 M	2,1837%
Acreditar Oncologia S.A	R\$ 530,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 530,0 k	0,6520%
CM Hospitalar S.A	R\$ 405,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 405,0 k	0,4983%
Promed Assistência Médica Ltda.	R\$ 150,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 150,0 k	0,1845%
Dimed S/A - Distribuidora de Medicamentos	R\$ 140,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 140,0 k	0,1722%
Ultra Som Serviços Médicos S.A	R\$ 100,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 100,0 k	0,1230%
Hospital Memorial São José Ltda	R\$ 13,0 k	R\$ 50,0 k	R\$ 63,0 k	0,0775%
BSB Comércio de Produtos Hospitalares S.A	R\$ 50,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 50,0 k	0,0615%

(Conclusão)

Empresas	2014	2018	Total em Contribuições	%
Diagnóstico por Imagem Ltda	R\$ 30,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 30,0 k	0,0369%
Jardim América Saúde Ltda.	R\$ 26,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 26,0 k	0,0320%
Abaporu Participações S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 25,0 k	R\$ 25,0 k	0,0308%
Hospital Santa Cruz S.A	R\$ 20,0 k	R\$ 0,2 k	R\$ 20,2 k	0,0249%
Dilab Medicina Nuclear Ltda	R\$ 20,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 20,0 k	0,0246%
DR. Ghelfond Diagnóstico Médico LTDA.	R\$ 20,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 20,0 k	0,0246%
GEM Assistência Médica Especializada Ltda	R\$ 20,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 20,0 k	0,0246%
Notre Dame Intermédica Saúde S.A	R\$ 17,3 k	R\$ 0,0 k	R\$ 17,3 k	0,0213%
COI - Clínicas Oncológicas S.A	R\$ 16,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 16,0 k	0,0197%
Vita Participações S.A.	R\$ 0,0 k	R\$ 13,5 k	R\$ 13,5 k	0,0166%
Associação Hospitalar Sino Brasileiro	R\$ 13,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 13,0 k	0,0160%
Athena Saúde Holding S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	R\$ 10,0 k	0,0123%
Clínica Paranaense de Assistência Médica Ltda.	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	R\$ 10,0 k	0,0123%
Diagnósticos da América S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	R\$ 10,0 k	0,0123%
Hospital São Carlos Ltda.	R\$ 10,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	0,0123%
GSFRP Participações S.A.	R\$ 0,0 k	R\$ 8,0 k	R\$ 8,0 k	0,0098%
Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 7,6 k	R\$ 7,6 k	0,0093%
RHMED Consultores Associados S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 5,0 k	R\$ 5,0 k	0,0062%
São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda	R\$ 0,0 k	R\$ 5,0 k	R\$ 5,0 k	0,0062%
Casa de Saúde e Maternidade Santana S.A.	R\$ 3,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 3,0 k	0,0037%
Serviços de Assistência Médica Odontológica e Hospitalar S.A.	R\$ 3,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 3,0 k	0,0037%
Hapvida Assistência Médica Ltda.	R\$ 0,0 k	R\$ 2,1 k	R\$ 2,1 k	0,0025%
Samer Serviço de Assistência Médica de Resende S/C Ltda	R\$ 0,0 k	R\$ 2,0 k	R\$ 2,0 k	0,0025%
Casa de Saúde São Bernardo S.A.	R\$ 0,0 k	R\$ 1,6 k	R\$ 1,6 k	0,0019%
Odontoprev S.A	R\$ 0,0 k	R\$ 0,3 k	R\$ 0,3 k	0,0004%
SulAmérica Companhia Nacional de Seguros	R\$ 0,2 k	R\$ 0,0 k	R\$ 0,2 k	0,0003%
Total	R\$ 75,8 M	R\$ 5,5 M	R\$ 81,3 M	100,0000 %

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Tribunal Superior Eleitoral (TSE, 2023).

Observando a Tabela 10, nota-se que cinco empresas concentraram 91,65% do total das doações efetuadas pelas empresas do setor em estudo. Essas empresas são: Amil Assistência Médica Internacional S.A, Banco BTG Pactual S.A, BTG Pactual Saúde Fundo de Investimento em Participações, Qualicorp Consultoria e Corretora de Seguros S.A. e Rede D'Or São Luiz S.A.

Ao analisar as contribuições por partidos políticos, constatou-se que o Partido dos Trabalhadores (PT) foi o principal beneficiário, recebendo 42,8% do total, o equivalente a R\$ 34,8 milhões. Em segundo lugar, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB) obteve 19,4%, totalizando R\$15,8 milhões, seguido pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) com 15,7%, o que corresponde a R\$ 12,8 milhões, como apresentado na

Tabela 11. Vale destacar que o partido PMDB mudou o seu nome para Movimento Democrático Brasileiro (MDB) em 2017.

Tabela 11 - Contribuições Eleitorais por Partido Político (Brasil 2014 e 2018)

Partido Político	2014	2018	Total em Contribuições	%
Partido dos Trabalhadores (PT)	R\$ 34,8 M	R\$ 0,0 k	R\$ 34,8 M	42,812%
Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB)	R\$ 14,4 M	R\$ 1,4 M	R\$ 15,8 M	19,434%
Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB)	R\$ 12,8 M	R\$ 0,0 k	R\$ 12,8 M	15,791%
Partido Socialista Brasileiro (PSB)	R\$ 5,9 M	R\$ 68,0 k	R\$ 6,0 M	7,382%
Não disponível	R\$ 0,0 k	R\$ 3,3 M	R\$ 3,3 M	4,109%
Partido Progressistas (PP)	R\$ 2,9 M	R\$ 150,0 k	R\$ 3,0 M	3,703%
Partido Social Democrático (PSD)	R\$ 1,6 M	R\$ 210,0 k	R\$ 1,8 M	2,168%
Partido Republicano (PR)	R\$ 1,0 M	R\$ 0,0 k	R\$ 1,0 M	1,230%
Partido Trabalhista Brasileiro (PTB)	R\$ 716,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 716,0 k	0,881%
Democratas (DEM)	R\$ 350,0 k	R\$ 252,5 k	R\$ 602,5 k	0,741%
Partido Republicano da Ordem Social (PROS)	R\$ 400,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 400,0 k	0,492%
Partido Popular Socialista (PPS)	R\$ 290,0 k	R\$ 4,0 k	R\$ 294,0 k	0,362%
Partido da Mobilização Nacional (PMN)	R\$ 290,0 k	R\$ 4,0 k	R\$ 170,2 k	0,209%
Partido Comunista do Brasil (PC do B)	R\$ 157,5 k	R\$ 0,0 k	R\$ 157,5 k	0,194%
Partido Novo (NOVO)	R\$ 0,0 k	R\$ 133,1 k	R\$ 133,1 k	0,164%
Partido Democrático Trabalhista (PDT)	R\$ 120,0 k	R\$ 6,0 k	R\$ 126,0 k	0,155%
Partido Trabalhista Nacional (PTN)	R\$ 50,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 50,0 k	0,062%
Partido Republicano (PRB)	R\$ 27,1 k	R\$ 0,0 k	R\$ 27,1 k	0,033%
Partido Solidariedade (SD)	R\$ 16,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 16,0 k	0,020%
Partido Social Liberal (PSL)	R\$ 12,4 k	R\$ 3,0 k	R\$ 15,4 k	0,019%
Movimento Democrático Brasileiro (MDB)	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	R\$ 10,0 k	0,012%
Partido Humanista da Solidariedade (PHS)	R\$ 10,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	0,012%
Partido Verde (PV)	R\$ 10,0 k	R\$ 0,0 k	R\$ 10,0 k	0,012%
Partido Patriota (PATRIOTA)	R\$ 0,0 k	R\$ 2,0 k	R\$ 2,0 k	0,002%
Total	R\$ 75,9 M	R\$ 5,5 M	R\$ 81,3 M	100,00%

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Tribunal Superior Eleitoral (TSE, 2023).

Três partidos acumularam mais de 80% do total das doações, que são os partidos do PT, PSDB e PMDB. Esses três partidos estavam à frente na disputa eleitoral presidencial de 2014. Em 2018, não foram identificadas contribuições para o Partido dos Trabalhadores, ocasião em que perdeu as eleições presidenciais. O partido Patriota registrou o menor volume em contribuições, com uma somatória de R\$ 2,0 mil, como apontado na Tabela 11. No ano de 2018 percebe-se uma redução dos valores de contribuições em relação ao ano de 2014, em 2015 houve a reforma eleitoral (Lei nº 13.165/2015) que proibiu as doações eleitorais de pessoas jurídicas (BRASIL, 2015), o que pode ter influenciado na redução dos valores de contribuições no ano de 2018. Essa proibição dificultou o processo de identificação das contribuições realizadas pelas empresas no ano de 2018.

4.1.3 Contratos Públicos

Quanto aos contratos públicos, foram coletados dados do Portal da Transparência (CGU, 2023a) para verificar a existência de contratos formais entre as empresas que participaram dos Atos de Concentração e instituições públicas do Brasil no período de 2014 a 2019.

Verificou-se que as empresas que participaram das operações somaram mais de 1 bilhão de reais em contratos com o Estado brasileiro entre os anos de 2014 e 2019. Nesse período, o ano de 2014 apresentou o maior volume de capital contratado, somando R\$ 371,8 milhões, e o ano de 2016, o menor valor com R\$ 138,4 milhões. Entre os anos de 2017 e 2019, verificou-se pouca variação nos valores, como evidenciado no Gráfico 12.

Gráfico 12 - Valores em Contratos Públicos por Ano (Brasil 2014–2019)



Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023).

Foram identificadas 61 empresas que possuíam contratos com o Estado brasileiro, como mostrado na Tabela 12. O volume mais expressivo em contratos foi na ordem de R\$302,0 milhões com a empresa “Swiss Re Direct Investments Company Ltda”. Em seguida, notam-se a “Amil Assistência Médica Internacional S.A”, com uma somatória de R\$ 260,7 milhões, o equivalente a 16,79% do montante, e a “Sul América Companhia de Seguro Saúde”, que registrou R\$ 236,0 milhões, que corresponde a 15,20% do total.

Tabela 12 - Valores em Contratos Públicos por Empresa (Brasil 2014–2019)

Empresa	Total em Contratos	%
Swiss Re Direct Investments Company Ltda	R\$ 302,0 M	19,45%
Amil Assistência Médica Internacional S.A	R\$ 260,7 M	16,79%
Sul América Companhia de Seguro Saúde	R\$ 236,0 M	15,20%
Hapvida Assistência Médica Ltda.	R\$ 219,0 M	14,10%
Rede D'Or São Luiz S.A	R\$ 91,2 M	5,87%
BSB Comércio de Produtos Hospitalares S.A	R\$ 73,2 M	4,71%
Hospital Esperança S.A	R\$ 51,8 M	3,34%
Med Imagem S/C	R\$ 38,9 M	2,50%
Diagnósticos da América S.A	R\$ 33,5 M	2,16%
Hospital Santa Lúcia S.A	R\$ 30,5 M	1,97%

(Continua)

(Conclusão)		
Empresa	Total em Contratos	%
Samer Serviço de Assistência Médica de Resende S/C Ltda	R\$ 30,5 M	1,96%
Notre Dame Intermédica Saúde S.A	R\$ 24,7 M	1,59%
ESHO - Empresa de Serviços Hospitalares S.A	R\$ 21,2 M	1,37%
Hospital Baía Sul S.A.	R\$ 17,2 M	1,11%
Connectmed CRC Cons, Adm e Tecnologia em Saúde Ltda	R\$ 14,7 M	0,94%
Unimed do Estado de São Paulo – Federação Estadual das Cooperativas Médicas	R\$ 13,3 M	0,86%
Oncologia Rede D'Or S.A	R\$ 12,4 M	0,80%
Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda.	R\$ 10,1 M	0,65%
Laboratório Richet Pesquisas de Physiopathologia Humana Ltda.	R\$ 09,2 M	0,59%
COI - Clínicas Oncológicas S.A	R\$ 09,0 M	0,58%
CM Hospitalar S.A	R\$ 06,0 M	0,39%
SulAmérica Companhia Nacional de Seguros	R\$ 05,7 M	0,37%
AXA Corporate Solutions Brasil e América Latina Resseguros, S.A	R\$ 05,7 M	0,36%
Banco BTG Pactual S.A	R\$ 05,0 M	0,32%
Centro Médico Hospital Pitangueiras Ltda	R\$ 03,6 M	0,23%
Associação Hospitalar Sino Brasileiro	R\$ 03,0 M	0,19%
Cardio Pulmonar da Bahia S.A.	R\$ 02,9 M	0,19%
Hospital Santa Maria Ltda	R\$ 02,5 M	0,16%
Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A	R\$ 02,2 M	0,14%
Associação Congregação Santa Catarina – Casa de Saúde de São José	R\$ 01,8 M	0,11%
Hospital São Pedro S/C	R\$ 01,7 M	0,11%
NEOH – Memorial Núcleo Especializado em Oncologia e Hematologia Ltda	R\$ 01,4 M	0,09%
HSR S.A.	R\$ 01,3 M	0,09%
GEM Assistência Médica Especializada Ltda	R\$ 01,2 M	0,08%
Hospital Santa Cruz S.A	R\$ 01,1 M	0,07%
Humana Assistência Médica Ltda	R\$ 884,82 k	0,06%
HEMATO - Serviços de Hemoterapia Ltda	R\$ 865,70 k	0,06%
Hospitais Associados de Pernambuco Ltda	R\$ 800,10 k	0,05%
RN Metropolitan Ltda.	R\$ 778,79 k	0,05%
Prodent Assistência Odontológica Ltda.	R\$ 610,07 k	0,04%
Dimed S/A - Distribuidora de Medicamentos	R\$ 596,93 k	0,04%
Diagnóstico por Imagem Ltda	R\$ 593,47 k	0,04%
Centro Médico Garibaldi	R\$ 590,00 k	0,04%
Hospital São Rafael	R\$ 480,00 k	0,03%
Hospital Vitória de Timon S/C	R\$ 460,00 k	0,03%
Odonto Empresas Convênios Dentários Ltda	R\$ 442,85 k	0,03%
Ultra Som Serviços Médicos S.A	R\$ 284,19 k	0,02%
São Bernardo Apart Hospital S.A.	R\$ 266,06 k	0,02%
Dilab Medicina Nuclear Ltda	R\$ 263,38 k	0,02%
São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda	R\$ 121,10 k	0,008%
Assistência Médico Hospitalar São Lucas S.A.	R\$ 120,00 k	0,008%
Hemonefro - Hemodiálise e Nefrologia Ltda	R\$ 100,00 k	0,006%
Odontoprev S.A	R\$ 89,88 k	0,006%
Acreditar Oncologia S.A	R\$ 46,16 k	0,003%
Qualicorp Consultoria e Corretora de Seguros S.A.	R\$ 46,00 k	0,003%
Atento Brasil S.A	R\$ 33,37 k	0,002%
Oncobrasília - Instituto Brasiliense de Oncologia Clínica Ltda	R\$ 30,00 k	0,002%
Green Line Sistema de Saúde S.A.	R\$ 9,50 k	0,001%
Odonto System Planos Odontológicos Ltda	R\$ 3,64 k	0,0002%
Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia Ltda	R\$ 0,74 k	0,00005%
DR. Ghelfond Diagnóstico Médico LTDA.	R\$ 0,001 k	0,0000001%
Total	R\$ 1.553,0 M	100,00%

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023).

Ao observar os valores em contratos públicos por empresa e ano, verifica-se que a “Swiss Re Direct Investments Company Ltda” registrou um aumento de mais de 300% em valores de contratos, ao comparar o ano de 2015 (R\$ 100,3 M) a 2014 (R\$ 22,5 M). No ano de 2015 (R\$ 69,2 M), em comparação com o ano de 2014 (R\$ 52,4 M), a “Amil Assistência Médica Internacional S.A” apresentou aumento de 32%, e, ao comparar os anos de 2019 (R\$ 31,4 M) e 2018 (R\$ 28,7 M), o crescimento foi de 9%. Já a “Sul América Companhia de Seguro Saúde” de 2014 (R\$ 711,28 k) a 2015 (R\$ 122,36 k) registrou redução de 83%; de 2018 (R\$ 86,1 M) a 2019 (R\$ 104,6 M), crescimento de 21%. A “Hapvida Assistência Médica Ltda” registrou redução de 54% de 2014 (R\$ 149,3 M) a 2015 (R\$ 68,3 M), sendo que, em 2018, não apresentou nenhum valor em contratos e, no ano de 2019, somou o valor de R\$ 14,33 k. A “Rede D'Or São Luiz S.A” apresentou valores com pouca variação ao longo do período estudado. Em virtude das alterações que costumam acontecer na gestão dos recursos públicos após as eleições, essas variações podem estar associadas à realização das eleições presidenciais em 2014 e 2018. No apêndice C, tem-se uma tabela com os valores em contratos públicos por empresa e ano.

Ao analisar os órgãos superiores da União que tinham contratos com as empresas que participaram dos atos de concentração econômica, foram identificadas 19 instituições. Destas, o Ministério da Defesa apresentou a maior participação nos contratos, o equivalente a 49,25%, quase metade do montante, sendo 764,8 milhões. Em segundo lugar, o Ministério da Agricultura e Pecuária apresentou uma somatória de R\$ 300,8 milhões, correspondente a 19,37%. Em terceiro lugar com 12,83%, R\$ 199,2 milhões, figura o Ministério de Minas e Energia, como evidenciado na Tabela 13.

Tabela 13 - Valores em Contratos Públicos por Órgão Superior (Brasil 2014 a 2019)

Nome do Órgão Superior	Total em Contratos	
		%
Ministério da Defesa	R\$ 764,8 M*	49,25%
Ministério da Agricultura e Pecuária	R\$ 300,8 M	19,37%
Ministério de Minas e Energia	R\$ 199,2 M	12,83%
Ministério da Saúde	R\$ 75,4 M	4,85%
Ministério da Fazenda	R\$ 66,5 M	4,28%
Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar	R\$ 39,7 M	2,55%
Ministério da Educação	R\$ 28,9 M	1,86%
Ministério da Infraestrutura	R\$ 27,6 M	1,78%
Ministério da Economia	R\$ 24,7 M	1,59%
Ministério de Portos e Aeroportos	R\$ 11,1 M	0,72%
Ministério da Cultura	R\$ 10,2 M	0,66%
Ministério dos Transportes	R\$ 01,8 M	0,12%
Ministério da Justiça e Segurança Pública	R\$ 01,4 M	0,09%
Ministério da Previdência Social	R\$ 443,58 k**	0,03%
Ministério da Cidadania	R\$ 211,00 k	0,01%

Nome do Órgão Superior	(Conclusão)	
	Total em Contratos	%
Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação	R\$ 104,23 k	0,01%
Banco Central do Brasil	R\$ 14,96 k	0,001%
Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos	R\$ 13,45 k	0,001%
Ministério do Meio Ambiente e Mudança do Clima	R\$ 3,37 k	0,0002%
Total	R\$ 1.553,0 M	100,00%

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023).

A partir da Tabela 13, pode-se observar que o Ministério da Defesa, o Ministério da Agricultura e Pecuária e o Ministério de Minas e Energia, sozinhos, somam mais de 80% dos valores em contratos, ou seja, são os principais órgão que possuem contratos com as empresas estudadas.

Foram identificados 54 órgãos da União que possuíam contratos com as empresas que constaram no levantamento desta pesquisa. Os contratos com o Comando da Aeronáutica, o Ministério da Agricultura e Pecuária — Unidades com vínculo direto — e o Comando do Exército representam mais da metade do total, sendo 63,33%, o equivalente a R\$ 983,6 milhões. O Comando da Aeronáutica se destacou com o maior volume em contratos com o montante de R\$ 492,9 milhões, como se pode verificar na Tabela 14.

Tabela 14 - Valores em Contratos Públicos por Órgão (Brasil 2014–2019)

Nome do Órgão	(Continua)	
	Total em Contratos	%
Comando da Aeronáutica	R\$ 492,9 M	31,74%
Ministério da Agricultura e Pecuária - Unidades com vínculo direto	R\$ 296,0 M	19,06%
Comando do Exército	R\$ 194,7 M	12,53%
Companhia de Pesquisa de Recursos Minerais	R\$ 155,2 M	9,99%
Ministério da Saúde - Unidades com vínculo direto	R\$ 73,4 M	4,72%
Casa da Moeda do Brasil	R\$ 47,8 M	3,08%
Serviço Federal de Processamento de Dados	R\$ 43,1 M	2,78%
Comando da Marinha	R\$ 42,2 M	2,72%
Fundo do Exército	R\$ 30,1 M	1,94%
Companhia Nacional de Abastecimento	R\$ 20,9 M	1,34%
Companhia de Entrepósitos e Armazéns Gerais de São Paulo	R\$ 18,7 M	1,21%
Indústrias Nucleares do Brasil	R\$ 16,9 M	1,09%
VALEC Engenharia, Construções e Ferrovias S.A.	R\$ 15,7 M	1,01%
Agência Nacional de Energia Elétrica	R\$ 12,9 M	0,83%
Companhia Docas do Ceará	R\$ 12,7 M	0,81%
Agência Nacional de Transportes Aquaviários	R\$ 11,1 M	0,72%
Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional	R\$ 09,6 M	0,62%
Universidade Federal de São Paulo	R\$ 08,8 M	0,56%
Fundação Universidade Federal do Mato Grosso	R\$ 06,7 M	0,43%
Empresas de Energia	R\$ 05,0 M	0,32%
Ministério da Defesa - Unidades com vínculo direto	R\$ 05,0 M	0,32%
Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária	R\$ 04,8 M	0,31%

Nome do Órgão	(Conclusão)	
	Total em Contratos	%
Nuclebrás Equipamentos Pesados S.A.	R\$ 04,2 M	0,27%
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	R\$ 04,2 M	0,27%
Petrobrás - Holding	R\$ 04,2 M	0,27%
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	R\$ 02,6 M	0,17%
Universidade Federal de Santa Catarina	R\$ 01,8 M	0,12%
Agência Nacional de Saúde Suplementar	R\$ 01,7 M	0,11%
Hospital de Clínicas de Porto Alegre	R\$ 01,6 M	0,10%
Universidade Federal da Bahia	R\$ 01,3 M	0,08%
Universidade Federal do Paraná	R\$ 01,1 M	0,07%
Ministério da Infraestrutura - Unidades com vínculo direto	R\$ 01,1 M	0,07%
Ministério da Justiça e Segurança Pública - Unidades com vínculo direto	R\$ 01,0 M	0,07%
Agência Nacional do Petróleo, Gás Natural e Biocombustíveis	R\$ 876,96 k	0,06%
Fundação Universidade Federal do Vale do São	R\$ 741,90 k	0,05%
Instituto Brasileiro de Museus	R\$ 630,05 k	0,04%
Instituto Nacional do Seguro Social	R\$ 443,58 k	0,03%
Fundo Nacional Antidrogas	R\$ 379,00 k	0,02%
Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.	R\$ 280,56 k	0,02%
Ministério da Cidadania - Unidades com vínculo direto	R\$ 211,00 k	0,01%
Superintendência de Seguros Privados	R\$ 208,21 k	0,01%
Comissão Nacional de Energia Nuclear	R\$ 104,23 k	0,01%
Fundo de Estabilidade do Seguro Rural	R\$ 72,35 k	0,005%
Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação	R\$ 66,00 k	0,004%
Ministério da Fazenda - Unidades com vínculo direto	R\$ 60,65 k	0,004%
Ministério da Educação - Unidades com vínculo	R\$ 54,89 k	0,004%
Ministério do Desenvolvimento Agrário e Agricultura Familiar - Unidades com vínculo direto	R\$ 47,57 k	0,003%
Banco Central do Brasil	R\$ 14,96 k	0,001%
Fundação Escola Nacional de Administração Pública	R\$ 13,45 k	0,001%
Fundo Constitucional do Distrito Federal	R\$ 5,30 k	0,0003%
Universidade Federal de Juiz de Fora	R\$ 4,91 k	0,0003%
Fundação Oswaldo Cruz	R\$ 3,53 k	0,0002%
Agência Nacional de Águas	R\$ 3,37 k	0,0002%
Instituto Federal Catarinense	R\$ 3,25 k	0,0002%
Total	R\$ 1.553,0 M	100,00%

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023).

A Fundação Oswaldo Cruz, a Agência Nacional de Águas e o Instituto Federal Catarinense apresentaram os menores valores em contratos, como apresentado na Tabela 14.

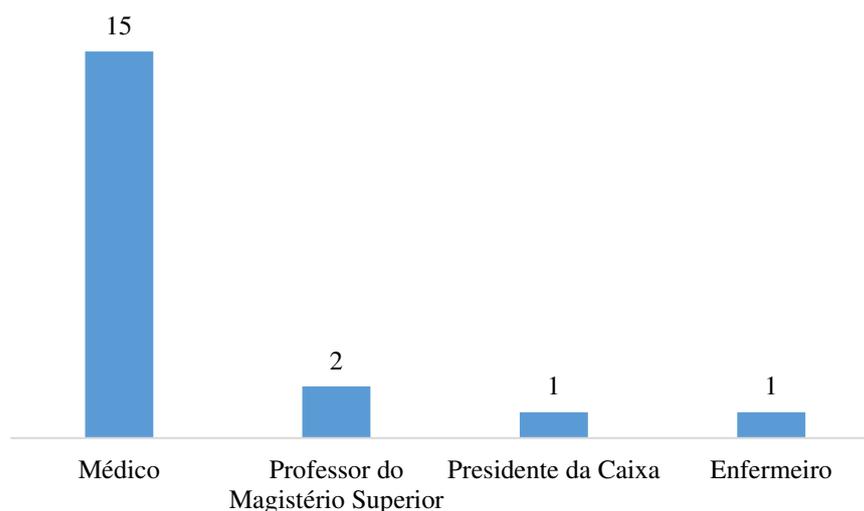
4.1.4 Ocupação de Cargo Público

Foi realizado um levantamento das pessoas envolvidas nos atos de concentração. Nos formulários de notificação ao CADE, há um campo obrigatório para a identificação dos contatos das empresas envolvidas nas operações. O levantamento foi feito através da compilação dessas informações.

A partir do levantamento, foram identificadas 246 pessoas indicadas nas operações, e foi realizada uma verificação no Portal da Transparência (CGU, 2023b) para identificar aquelas que detinham vínculo empregatício com o Estado. Foi observado que 19 pessoas detinham cargo público, sendo 7,72% do total de pessoas identificadas, porém elas participaram de vários atos de concentração econômica. Das 87 operações estudadas, em 35 (40,22%) delas foi identificada a atuação de pessoas que possuíam vínculo com o Estado. As pessoas identificadas representavam 26 empresas, e houve casos em que uma mesma pessoa era representante de mais de uma empresa.

Ao observar o cargo, a maioria ocupava cargos de médicos, totalizando 15, como ilustrado no Gráfico 13. Duas pessoas ocupavam o cargo de professor do Magistério Superior, uma foi presidente da Caixa Econômica Federal, e um foi enfermeiro.

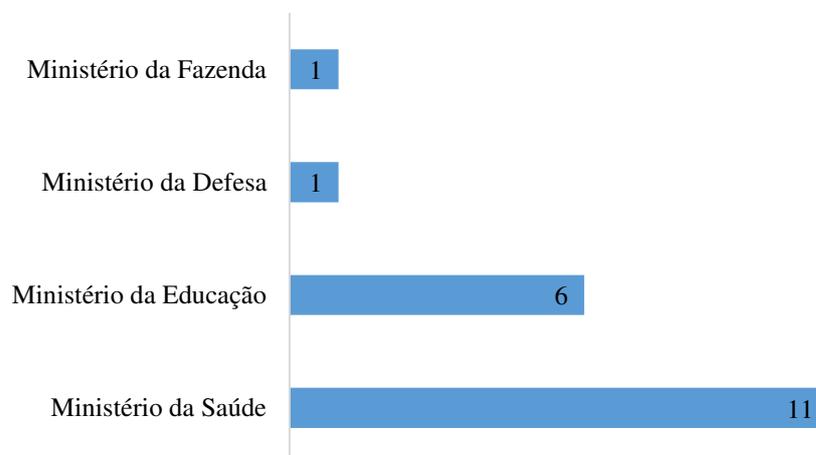
Gráfico 13 – Ocupação de Cargo Público por Cargo



Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023b).

Ao verificar o órgão superior de origem dos vínculos, constatou-se que a maioria dos vínculos era com o Ministério da Saúde, somando 11; em seguida, notaram-se 06 vínculos com o Ministério da Educação, um vínculo com o Ministério da Defesa e um com o Ministério da Fazenda, como exposto no Gráfico 14.

Gráfico 14 - Ocupação de Cargo Público por Órgão Superior



Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023b).

Quanto ao Órgão de origem dos vínculos, notou-se que 10, o equivalente a 53% do total, foram com Unidades com vínculo direto com o Ministério da Saúde, sendo os demais com instituições específicas, como mostrado na Tabela 15.

Tabela 15 - Ocupação de Cargo Público por Órgão

Órgão	Quantidade	%
Unidades com vínculo direto ao Ministério da Saúde	10	53%
Hospital Naval Marcilio Dias	1	5%
Universidade Federal do Paraná	1	5%
Caixa Econômica Federal	1	5%
Universidade Federal do Ceará	1	5%
Fundação Oswaldo Cruz	1	5%
Universidade Federal de Goiás	1	5%
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares	1	5%
Universidade Federal do Espírito Santo	1	5%
Universidade Federal do Rio de Janeiro	1	5%
Total	19	100%

Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023b).

Ficou evidente que a maioria dos ocupantes de cargo público eram médicos com vínculo direto ao Ministério da Saúde. Essas pessoas que ocupam cargos públicos e atuam em empresas privadas podem exercer influência ou algum tipo de pressão na tomada de decisões pelo Estado, além de possuírem acesso a informações privilegiadas (MANCUSO; GOZETTO, 2011b).

4.2 Análise das Ações de Estratégia de Influência - *Coincidence Analysis* (CNA)

Para aplicação da Análise de Coincidência (CNA), é preciso montar um banco de dados configuracional ou lista de coincidências. A lista de coincidências é composta por “fatores” que são colocados nas colunas, e os “casos” ou “unidades de observação” são as linhas. A coincidência é uma configuração observada, o que realmente é apresentado no banco configuracional. Os fatores são representados por letras, em que uma letra maiúscula representa o valor [1] para uma dada variável binária. Assim [A] é lido como: variável “A” é presente, maiúscula. Uma letra minúscula representa o valor [0] para uma dada variável binária. Portanto [a] é lido como: variável “a” é ausente, minúscula (AMBUEHL *et al.*, 2022).

A partir da análise CNA, tem-se uma equação booleana que se utiliza de alguns operadores básicos, sendo os principais (AMBUEHL *et al.*, 2022):

- Lógico “AND” [E], representado pelo símbolo asterisco [*] (multiplicação), significa o produto booleano (operação de conjunção na lógica de proposições);
- Lógico “OR” [OU], representado pelo símbolo de adição [+] (adição), constitui a soma booleana (operação de disjunção na lógica de proposições);
- Lógico-implicativo, que forma a conexão entre as condições e o resultado: o símbolo da flecha dupla [\leftrightarrow] significa “SE e somente SE”, “necessário e suficiente para” ou “suficiente e necessário para”, representa a igualdade booleana (operação de equivalência na lógica de proposições), é usado para expressar o vínculo (geralmente causal) entre um conjunto de condições, por um lado, e o resultado que se tenta “explicar”, por outro.

Nesta pesquisa, foi desenvolvida uma lista de coincidências com fatores do tipo Bivalorado Nítido, de forma que as dependências implicativas causais dos resultados de interesse pudessem ser buscadas com o mínimo de ambiguidade (BAUMGARTNER; THIEM, 2017). Como de costume nos métodos configuracionais comparativos, os dados originais foram recodificados em valores binários (FREITAS *et al.*, 2020). Desse modo, foram utilizados valores binários de [0] e [1], em que [1] representa a presença de determinado fator e [0] é a sua ausência (AMBUEHL *et al.*, 2022). Nesta pesquisa, têm-se por fatores as ações de estratégia, como apresentado no Quadro 02. Foram levantados 86 casos, atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no período de 2014 a 2019.

Quadro 2 - Descrição dos Fatores Utilizados para a Análise Configuracional

Código	Fatores	Descrição
ASR	Ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE	ASR = 1, ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE ASR ou asr = 0, ato de concentração aprovado com alguma restrição pelo CADE
EAC	Experiência com atos de concentração econômica	EAC = 1, empresas envolvidas nos atos de concentração participaram de 03 ou mais operações no período estudado. EAC ou eac = 0, empresas envolvidas nos atos de concentração participaram de 02 ou menos operações no período estudado.
GE	Participação em grupo econômico	GE = 1, empresas envolvidas no ato de concentração fazem parte de grupo econômico. GE ou ge = 0, empresas envolvidas no ato de concentração não fazem parte de grupo econômico.
DE	Doação eleitoral	DE = 1, empresas envolvidas nos atos de concentração realizaram doações eleitorais no período estudado. DE ou de = 0, empresas envolvidas nos atos de concentração não realizaram doações eleitorais no período estudado.
CP	Contrato com o serviço público	CP = 1, empresas envolvidas nos atos de concentração possuem contratos com o Estado no período estudado. CP ou cp = 0, empresas envolvidas nos atos de concentração não possuem contratos com o Estado no período estudado.
OCP	Ocupação de cargo público	OCP = 1, pessoas envolvidas nos atos de concentração possuem vínculo com o Estado no período estudado. OCP ou ocp = 0, pessoas envolvidas nos atos de concentração não possuem vínculo com o Estado no período estudado.

Fonte: Elaboração própria (2024)

A partir da organização e transformação dos dados, tem-se a lista de coincidência apresentada no Apêndice A. Para a realização da análise, foi utilizado o programa R, pacotes *cna*, *frscore* e *cnaOpt*.

Ao utilizar a função “*configTable*”, tem-se uma tabela de configuração, uma representação integrada dos dados de entrada, que lista todas as configurações possíveis. Ela agrupa em uma mesma linha casos que tenham a mesma configuração, e cada linha passa a representar uma configuração, em que é possível haver vários casos com uma mesma configuração (AMBUEHL *et al.*, 2022). Na Tabela 16, pode-se observar a tabela de configuração da lista de coincidência em análise.

Tabela 16 - Tabela de Configurações

Número da configuração	ASR	GE	EAC	DE	CP	OCP	Número de observações
1	1	1	1	1	1	1	29
2	1	1	1	1	1	0	22
3	1	1	0	1	1	0	6
4	1	0	0	1	1	0	5
5	1	0	0	0	1	0	4
6	1	0	1	1	1	0	3
7	1	1	1	0	1	0	3
8	0	1	0	1	1	0	2
9	1	0	0	1	0	1	2
10	1	0	1	1	1	1	2
11	1	1	0	1	0	1	1
12	1	1	0	0	0	0	1
13	0	1	1	1	1	0	1
14	1	0	0	0	0	0	1
15	1	0	1	0	1	0	1
16	1	1	0	0	1	0	1
17	1	1	1	0	1	1	1
18	1	0	0	1	0	0	1
Total de casos							86

Fonte: Elaboração própria (2024).

Como evidenciado na Tabela 16, foram identificadas 18 configurações possíveis na lista de coincidência. A configuração número 1 teve a maior frequência de casos (29), e nesta, tem-se a presença de todos os fatores estudados. A configuração número 2 com a segunda maior frequência, com um total de 22 observações, é caracterizada pela ausência do fator OCP (Ocupação de Cargo Público). Oito configurações, do número 11 ao 18, foram identificadas em apenas uma operação.

Ao realizar a análise CNA⁸, foram encontrados oito modelos causais, como apresentado na Tabela 17. No primeiro modelo (Modelo 1), tem-se a presença de um fator do lado esquerdo, “EAC”, em letras maiúsculas, que representa a presença de experiência com atos de concentração econômica. Lê-se a expressão da seguinte forma: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, as empresas envolvidas na operação possuírem experiência com operações de concentração econômica. Devido ao algoritmo da CNA (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2019), tem-se a garantia de que o lado esquerdo apresentado nesta expressão

⁸ O código utilizado para a análise está disponível para acesso através do link: https://github.com/luanalmo/Analise_CNA/blob/main/Analise_CNA_Tese

representa uma disjunção minimamente necessária de conjunções minimamente suficientes para ASR (i.e. nos níveis de consistência e cobertura obtidos) e que, assim sendo, essa disjunção pode ser interpretada como causa desse resultado no contexto deste estudo. Isto é, nenhum dos valores categóricos que formam o lado esquerdo pode ser eliminado sem que a disjunção como um todo deixe de ser necessária e suficiente para o lado direito, para o banco de dados e os níveis de consistência e cobertura que foram considerados para a análise (BAUMGARTNER; AMBÜHL, 2020). Desse modo, o Modelo 1 expressa que a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) é necessária e suficiente para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra.

Tabela 17 - Modelos Causais

Modelo	Expressão Booleana	Consistência	Cobertura
1	$EAC \leftrightarrow ASR$	0,984	0,735
2	$ge + EAC \leftrightarrow ASR$	0,987	0,892
3	$cp + ge + EAC \leftrightarrow ASR$	0,987	0,916
4	$de + ge + EAC \leftrightarrow ASR$	0,987	0,916
5	$cp + EAC \leftrightarrow ASR$	0,985	0,807
6	$de + EAC \leftrightarrow ASR$	0,986	0,819
7	$ge + EAC + OCP \leftrightarrow ASR$	0,987	0,904
8	$de + ge + eac + OCP \leftrightarrow ASR$	0,968	0,735

Fonte: Elaboração própria (2024).

Legenda:

- . Letra maiúscula: valor da variável igual a 1, indicando a presença da propriedade por ela representada;
- . Letra minúscula: valor da variável igual a 0, indicando a ausência da propriedade por ela representada;
- . +: operador booleano de disjunção, representando o “ou” lógico;
- . \leftrightarrow : operador booleano de condicional dupla, representando o “se, e somente se” lógico-implicativo.

Como evidenciado na Tabela 17, no banco de dados em análise, em estudo do Modelo 1, a expressão apresentou consistência de 98%, ou seja, em 98% dos casos, o lado esquerdo (EAC – experiência com atos de concentração econômica) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR – ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE), e cobertura de 73% dos casos de ASR é explicada pelo Modelo 1.

Quanto ao segundo modelo (Modelo 2), pode-se verificar a presença de dois fatores do lado esquerdo: “ge”, em letras minúsculas, que representa ausência de participação em grupo econômico; e “EAC”, em letras maiúsculas, que representa a presença de experiência com atos de concentração econômica. Assim, pode-se ler a expressão da maneira que se segue: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, acontecer a ausência de participação em grupo econômico OU se as empresas envolvidas na operação possuírem experiência com

operações de concentração econômica. Assim, o Modelo 2 expressa que a ausência de participação em grupos econômicos OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra. Como apresentado na Tabela 17, considerando o banco de dados em análise, no Modelo 2, a expressão apresentou consistência de 98%, ou seja, em 98% dos casos, o lado esquerdo ($ge + EAC$) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR) e cobertura de 89%, que significa que 89% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 2.

No terceiro modelo (Modelo 3), tem-se a presença de três fatores do lado esquerdo: “cp”, em letras minúsculas que representa a ausência de contrato público; “ge”, em letras minúsculas que constitui a ausência de grupo econômico; e “EAC”, em letras maiúsculas, que representa a presença de experiência com atos de concentração econômica. Portanto, pode-se ler a expressão da seguinte maneira: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, ocorrer a ausência de contrato público OU acontecer a ausência de participação em grupo econômico OU se as empresas envolvidas na operação possuem experiência com operações de concentração econômica. Assim, o Modelo 3 expressa que a ausência de contrato público OU a ausência de participação em grupos econômicos OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra. No Modelo 3, a expressão apresentou consistência de 98%, ou seja, em 98% dos casos, o lado esquerdo ($cp + ge + EAC$) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR), e, ao verificar a cobertura, tem-se que 91% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 3.

O quarto modelo (Modelo 4) apresentou três fatores do lado esquerdo: “de”, em letras minúsculas, que representa a ausência de contribuições eleitorais; “ge”, em letras minúsculas que abarca a ausência de grupo econômico; e “EAC”, em letras maiúsculas, que representa a presença de experiência com atos de concentração econômica. Portanto, é possível ler a expressão da seguinte forma: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, ocorrer a ausência de contribuição eleitoral OU acontecer a ausência de participação em grupo econômico OU se as empresas envolvidas na operação possuem experiência com operações de concentração econômica. Assim, a partir deste modelo (Modelo 4), considerando a amostra estudada, tem-se que a ausência de contribuição eleitoral OU a ausência de participação em

grupos econômicos OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito). Quanto aos indicadores para avaliação da expressão, ao avaliar a consistência, verificou-se que, em 98% dos casos, o lado esquerdo (de + ge + EAC) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR), e, ao verificar a cobertura, tem-se que 91% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 4.

Quanto ao quinto modelo (Modelo 5), pode-se verificar a presença de dois fatores do lado esquerdo: “cp”, em letras minúsculas, representa ausência de contrato público; e “EAC”, em letras maiúsculas, representa a presença de experiência com atos de concentração econômica. Assim, pode-se ler a expressão da seguinte forma: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, acontecer a ausência de contrato público OU se as empresas envolvidas na operação possuírem experiência com operações de concentração econômica. Assim, o Modelo 5 expressa que a ausência de contrato público OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra. Considerando o banco de dados em análise, no Modelo 5, a expressão apresentou consistência de 98%, ou seja, em 98% dos casos, o lado esquerdo (cp + EAC) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR) e cobertura de 80%, que significa que 80% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 5.

No sexto modelo (Modelo 6), tem-se a presença de dois fatores do lado esquerdo: “de”, em letras minúsculas, que representa a ausência de doação eleitoral; e “EAC”, em letras maiúsculas, que constitui a presença de experiência com atos de concentração econômica. Portanto, pode-se ler a expressão da seguinte maneira: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, ocorrer a ausência de doação eleitoral OU se as empresas envolvidas na operação possuírem experiência com operações de concentração econômica. Portanto, o Modelo 6 expressa que a ausência de doação eleitoral OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra. No Modelo 6, a expressão apresentou consistência de 98%, assim, em 98% dos casos, o lado esquerdo (de + EAC) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR), e, ao verificar a cobertura, tem-se que 81% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 6.

O sétimo modelo (Modelo 7) apresentou três fatores do lado esquerdo: “ge”, em letras minúsculas, que representa a ausência de grupo econômico; “EAC”, em letras maiúsculas, que constitui a presença de experiência com atos de concentração econômica; e “OCP”, em letras maiúsculas, que representa a presença de ocupação de cargo público. Portanto, pode-se ler a expressão da seguinte maneira: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, ocorrer a ausência de grupo econômico OU se as empresas envolvidas na operação possuírem experiência com operações de concentração econômica OU se ocorrer a presença de ocupação de cargo público. Assim, a partir deste modelo (Modelo 7), considerando a amostra estudada, tem-se que a ausência de grupo econômico OU a ocorrência de experiência com operações de concentração econômica OU a ocorrência de ocupação de cargo público (lado esquerdo) são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito). Quanto aos indicadores para avaliação da expressão, ao avaliar a consistência, verificou-se que, em 98% dos casos, o lado esquerdo (ge + EAC + OCP) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR), e, ao verificar a cobertura, tem-se que 90% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 7.

Por fim, tem-se o oitavo modelo (Modelo 8) que é formado por quatro fatores do lado esquerdo: “de”, em letras minúsculas, que representa a ausência de doações eleitorais; “ge”, em letras minúsculas, que representa a ausência de grupo econômico; “eac”, em letras minúsculas, que abarca a ausência de experiência com atos de concentração econômica; e “OCP”, em letras maiúsculas, que representa a presença de ocupação de cargo público. Portanto, é possível ler a expressão da seguinte maneira: relativamente à amostra e ao conjunto de variáveis desta pesquisa, um ato de concentração econômica é aprovado sem restrições se, e somente se, ocorrer a ausência de doações eleitorais OU acontecer a ausência de participação em grupo econômico OU se as empresas envolvidas na operação não possuírem experiência com operações de concentração econômica OU ocorrer a presença de ocupação de cargo público. Assim, o Modelo 8 expressa que a ausência de doação eleitoral OU a ausência de participação em grupos econômicos OU a ausência de experiência com operações de concentração econômica (lado esquerdo) OU a presença de ocupação de cargo público são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições (lado direito) em uma operação da amostra. No Modelo 8, a expressão apresentou consistência de 96%, ou seja, em 96% dos casos, o lado esquerdo (de + ge + EAC + OCP) é suficiente para a ocorrência do lado direito (ASR), e, ao verificar a cobertura, tem-se que 73% dos casos de ASR são explicados pelo Modelo 8.

A partir da Tabela 17, tem-se que o fator com a maior frequência nos modelos foi a “EAC”, em letra maiúscula, que indica a presença de experiência com atos de concentração econômica. Ela apareceu em 7 dos oito modelos, e, no modelo 8, ela apareceu em minúsculo, indicando a ausência de experiência. O fator “ge”, que indica a ausência de grupo econômico, também apresentou frequência considerável, estando presente em cinco modelos.

Ao observar os fatores que indicam presença, têm-se “EAC”, relativo à ocorrência de experiência com ato de concentração econômica, e “OCP” que indica a presença de ocupação de cargo público.

À luz de conceitos e teorias utilizadas para esta pesquisa e observando os indicadores de consistência e cobertura, tem-se que o modelo 7 (ge+EAC+OCP↔ASR) mais se aproxima de uma explicação para o fator “ASR”, Aprovação Sem Restrições. Nesta, verifica-se que a ausência de Grupo Econômico OU a presença de Experiência com Ato de Concentração Econômica OU a presença de Ocupação de Cargo Público são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições em uma operação da amostra. Assumindo esse modelo, tem-se que a participação em grupo econômico (ge) não é relevante a ponto de influenciar na aprovação sem restrições de atos de concentração econômica (ASR). Já a experiência com atos de concentração econômica (EAC) e a ocupação de cargo público (OCP) são relevantes para a aprovação sem restrições de atos de concentração econômica (ASR), considerando a amostra pesquisada.

Esse levantamento corrobora os conceitos propostos pela Nova Sociologia Econômica que pressupõe que as leis não são neutras e alguns jogadores podem ser favorecidos em prejuízo de outros (SMELSER; SWEDBERG, 2010). As empresas que possuem experiência com atos de concentração econômica tendem a acumular vantagens como o conhecimento dos processos e maior estreitamento de suas relações com os agentes estatais que tomam as decisões. Quanto ao fator que indica a presença de ocupação de cargo público por pessoas que representam as empresas que realizaram operações de concentração, tem-se que pessoas que representam as empresas podem ter acesso a informações privilegiadas e vínculos que podem favorecer o processo de aprovação das operações sem restrições, levando em consideração os dados estudados nesta pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese foi desenvolvida a partir da seguinte questão de pesquisa: quais ações de estratégia de influência são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica submetidos ao CADE por hospitais e planos de saúde? Em busca de respostas para este problema, à luz da perspectiva da Estratégia e a Nova Sociologia Econômica, foi realizada uma pesquisa documental nos volumes de processos de operações de concentração econômica realizadas por hospitais e planos de saúde disponibilizados no site do CADE e em informações e dados disponibilizados no Portal da Transparência e Tribunal Superior Eleitoral. A coleta de dados foi realizada considerando seis fatores de análise: Ato de concentração aprovado sem restrições pelo CADE; Experiência com atos de concentração econômica; Participação em grupo econômico; Doação eleitoral; Contrato com o serviço público e Ocupação de cargo público.

Foram analisados 87 atos de concentração econômica realizados por hospitais e planos de saúde no período de 2014 e 2019, registrando a média de 14 operações por ano. A maior parte dos atos de concentração econômica foram do tipo sumários (68%); quanto à aprovação, 95% foram aprovados pelo CADE sem nenhum tipo de restrição. Ao verificar a classificação das operações, 90,8% foram aquisições, e, das 200 empresas que participaram de forma ativa nas operações, a Rede D'Or São Luiz S.A e a Notre Dame Intermédica Saúde S.A se destacaram com o maior quantitativo de atos de concentração econômica. Pode-se perceber uma política institucional de aprovação da maior parte dos atos de concentração econômica (95%) sem nenhum tipo de restrição, favorecendo a consolidação de grupos econômicos como a Rede D'Or que participou de mais de 29% das operações, Intermédica (13, 8%), Amil (8,0%) e cooperativas Unimed (6,9%).

Quanto a doações eleitorais, foi contabilizado um montante de R\$ 81,3 milhões. Das empresas que realizaram doações, destacaram-se a “Amil Assistência Médica Internacional S.A”, que realizou 40,54% das doações, e o “Banco BTG Pactual S.A”, que apresentou 26,26%. O maior volume das doações foi realizado para o Partido dos Trabalhadores (42,8%), Partido da Social Democracia Brasileira (49,43%) e Partido do Movimento Democrático Brasileiro (15,7%). O volume das doações eleitorais mostra o empenho das empresas em defesa de seus interesses junto ao cenário político do país.

Das empresas que participaram dos atos de concentração econômica, 61 possuíam contratos públicos com o Estado brasileiro no período estudado, registrando mais de bilhão de

reais em contratos. As empresas “Swiss Re Direct Investments Company Ltda” (19,45%), “Amil Assistência Médica Internacional S.A” (16,79%) e “Sul América Companhia de Seguro Saúde” (15,20%) se destacaram com os maiores valores em contratos. Esses contratos foram realizados principalmente com o Ministério da Defesa (49,25%), Ministério da Agricultura (19,37%) e Pecuária e Ministério de Minas e Energia (12,83%). Os contratos públicos com empresas privadas podem indicar desvios do princípio da equidade do Sistema de Saúde do país, haja vista que fortalece as empresas de iniciativa privada em detrimento das instituições públicas.

Quanto ao levantamento do fator ocupação de cargo público, foram identificadas 19 pessoas que ocupavam cargo público; destas, a maior parcela era de médicos com vínculo direto ao Ministério da Saúde.

Ao realizar a análise de coincidência para verificar as ações de influência que são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições dos atos de concentração econômica, com base nos conceitos e teorias propostos neste estudo, tem-se que o modelo que mostrou melhor resultado foi o “ge+EAC+OCP↔ASR”, em que a ausência de Grupo Econômico OU a presença de Experiência com Ato de Concentração Econômica OU a presença de Ocupação de Cargo Público são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições em uma operação da amostra. Assim, tem-se que a tese desta pesquisa foi confirmada, em que se verificou que ações de influência como a realização de operações (Experiência com Ato de Concentração Econômica) e a Ocupação de Cargo Público, adotadas por hospitais e planos de saúde, são necessárias e suficientes para a aprovação sem restrições de atos de concentração econômica que foram submetidos à análise do CADE, para as operações da amostra estudada.

Um sistema de saúde que ao mesmo tempo estabeleceu que “a saúde é direito de todos e dever do Estado...” (BRASIL, 1988) permitiu a atuação de empresas privadas de forma desregulada por vários anos e favoreceu o seu crescimento e consolidação. Vê-se que a proposta de um sistema de saúde com os princípios da universalidade, equidade e integralidade pode estar sob a ameaça da mercantilização, em que grupos econômicos vêm se consolidando, e um dos mecanismos utilizados são os atos de concentração econômica, favorecidos por uma política de aprovação de operações sem nenhum tipo de restrição. As empresas que acumulam experiência com essas operações tendem a obter vantagens competitivas no mercado e maior proximidade com os agentes públicos tomadores de decisões, além de possuírem acesso a informações privilegiadas com pessoas próximas que ocupam cargos públicos. Tal aspecto corrobora os conceitos propostos pela Nova Sociologia Econômica que pressupõe que as leis

não são neutras e alguns jogadores podem ser favorecidos em prejuízo de outros (SMELSER; SWEDBERG, 2010).

É latente a busca pela tomada de poder de mercado no setor de saúde pelos grupos econômicos. A não imposição de limites a esses grupos que se formaram e se organizam cada vez mais rápido afetará as políticas de saúde, visto que a desigualdade de acesso da população aos serviços e aumento da polarização formarão carteiras de beneficiários cada vez maiores e mais seletas, desviando para o sistema público de saúde aqueles que não tenham renda para contribuir com a saúde suplementar ou, até mesmo, aqueles beneficiários não saudáveis que impeçam bons resultados financeiros aos acionistas dessas grandes corporações.

O fortalecimento das empresas privadas no setor da saúde pode gerar impactos nos custos, padrões assistenciais e tecnológicos, com potencial repercussão nas desigualdades de acesso e distribuição de recursos. Esta pesquisa reforça, por exemplo, assim como outros estudos (MENEZES, 2019; BAHIA *et al.*, 2022; MATTOS *et al.*, 2022; SCHEFFER; SOUZA, 2022; SESTELO; TAVARES; SILVA, 2022), que a mercantilização do sistema de saúde pode gerar transformações técnicas, políticas e assistenciais nas quais a lógica econômica e financeira dificilmente será compatibilizada com as necessidades e os direitos coletivos.

Esta pesquisa se limitou à análise dos atos de concentração realizados por hospitais e planos de saúde que foram submetidos à apreciação do CADE, assim operações de menor valor não foram verificadas. O levantamento foi realizado a partir da versão pública dos documentos disponibilizados pelo CADE, desse modo informações classificadas como confidenciais não puderam ser verificadas. Não foram analisadas operações dos setores de medicamentos, fornecimento de equipamentos e tecnologia do complexo industrial da saúde. As contribuições eleitorais se limitaram às que foram oficialmente declaradas ao TSE.

Na oportunidade, salienta-se que pesquisas futuras podem ser conduzidas na proposta de verificar impactos no preço e na qualidade dos serviços ofertados por empresas que são objeto de ato de concentração econômica.

6. REFERÊNCIAS

ADRI, R. P. *O Planejamento da Atividade Econômica como Dever do Estado*. Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

AGUILLAR, F. H. *Direito Econômico: do direito nacional ao direito supranacional*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

ALBINO, J. *et al.* Estratégia como Prática: uma proposta de síntese. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, v. 9, n. 1–2, p. 2–14, 2010.

ALCÂNTARA, S. A. DE. *Financiamento do SUS-Limites Institucionais e Práticos*. 2017. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

ALMEIDA, C. *O Mercado Privado de Serviços de Saúde no Brasil: Panorama Atual e Tendências da Assistência Médica Suplementar*. Brasília: IPEA, 1998.

AMADO, P. R.; VIALÔGO, T. M. L. Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência: o controle judicial das decisões do CADE. *Revista JurisFIB*, v. X, n. X, p. 107–130, 2019.

AMBUEHL, M. *et al.* Package 'cna'. *Sociological Methods and Research*. Disponível em: <<https://CRAN.R-project.org/package=cna>>. Acesso em: 14 nov. 2023, ago. 2022.

ANBIMA. *Negócios com fusões e aquisições avançam 28,0% em 2018 – ANBIMA*. Disponível em: <https://www.anbima.com.br/pt_br/informar/relatorios/mercado-de-capitais/boletim-de-fusoes-e-aquisicoes/negocios-com-fusoes-e-aquisicoes-avancam-28-0-em-2018.htm>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ANDRADE, M. V. *et al.* *Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro*. Desafios da Nação: artigos de apoio. IPEA ed. Brasília: 2, 2018.

ANDRADE, M. V. *et al.* *Estrutura de Concorrência no Setor de Operadoras de Planos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: ANS, 2015.

ANS. Dados e Indicadores do Setor. *Sala de Situação*. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html>. Acesso em: 13 ago. 2021.

ANS. *Dados Gerais — Agência Nacional de Saúde Suplementar*. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

ANS. *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

ANS. *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 39, de 17 de outubro de 2000*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>>. Acesso em: 1 set. 2021.

- ANS. *Resolução Normativa - RN n.º 137, de 14 de novembro de 2006*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTEwNw==>>. Acesso em: 1 set. 2021.
- ANS. *Resolução Normativa - RN n.º 196 de 14 de julho de 2009*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ>>. Acesso em: 1 set. 2021a.
- ANS. *Resolução Normativa - RN n.º 195, de 14 de julho de 2009*. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>>. Acesso em: 9 set. 2021b.
- APPOLINÁRIO, F. *Metodologia da Ciência: filosofia e prática da pesquisa*. 1. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2006.
- ARAÚJO, J. L. H. DE. *Regulação de monopólios e mercados: questões básicas*. 1997, Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.
- ARAÚJO, J. L. DE; OLIVEIRA, A. *Diálogos da energia: reflexões sobre a última década, 1994-2004*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2005.
- ARAÚJO, G. C. *Atuação dos grupos de pressão no processo legislativo da Câmara dos Deputados*. Câmara dos Deputados, Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento (Cefor), 2013.
- ARAÚJO JR, J. T. DE. *Regulação e Concorrência em Setores de Infraestrutura*. Disponível em: <http://www.ecostrat.net/files/Regulacao_e_Concorrencia_em_Setores_de_Infraestrutura.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2021.
- AREEDA, P.; KAPLOW, L.; EDLIN, A. S. *Antitrust analysis: problems, text, cases*. New York: Aspen Law & Business, 2004.
- BAGNOLI, V. *O Direito da Concorrência e sua aplicação na área de livre comércio das Américas*. 2003. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2003.
- BAHIA, L. *et al.* Financeirização do setor saúde no Brasil: desafios teóricos e metodológicos à investigação de empresas e grupos empresariais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00004420, 26 ago. 2022.
- BAHIA, L. *O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação*. Brasil: Radiografia da Saúde. Campinas: Instituto de Economia da UNICAMP, 2001. p. 325–361.
- BARACHO, H. U.; FRADE, E. S. *Controle de Concentração como Instrumento de Defesa do Desenvolvimento Nacional*. 2014, Florianópolis: 2014. p. 108–136. Disponível em: <<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=2562b3fcf3a15d79>>. Acesso em: 28 set. 2021.
- BARAGLIO, G. F. *Metodologia Científica*. Clube dos Autores ed. Joinville: 2012. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?hl=pt->

BR&lr=&id=LsRxDwAAQBAJ&oi=fnd&dq=Metodologia+cient%C3%ADfica&ots=mO6IU2lu0G&sig=xFJwnbViqMJUgVf8So8zn2H3tek>. Acesso em: 5 jul. 2022.

BARNEY, JAY. B. Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, v. 17, n. 1, p. 99–120, 1991.

BAUMGARTNER, M.; AMBÜHL, M. Causal modeling with multi-value and fuzzy-set Coincidence Analysis. *Political Science Research and Methods*, v. 8, n. 3, p. 526–542, 5 jul. 2020.

BAUMGARTNER, M.; AMBÜHL, M. *CNA: An R Package for Configurational Causal Inference and Modeling*. Disponível em: <<https://cran.r-project.org/web/packages/cna/vignettes/cna.Pdf>> Acesso em: 3 nov. 2023.

BAUMGARTNER, M.; EPPLE, R. A Coincidence Analysis of a Causal Chain: The Swiss Minaret Vote. *Sociological Methods & Research*, v. 43, n. 2, p. 280–312, 24 out. 2013.

BAUMGARTNER, M.; FALK, C. Boolean Difference-Making: A Modern Regularity Theory of Causation. *The British Journal for the Philosophy of Science*, v. 74, n. 1, p. 171–197, 1 mar. 2023.

BAUMGARTNER, M.; SWIATCZAK, M. D. *Coincidence Analysis*. Disponível em: <<https://www.uib.no/en/cna>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BAUMGARTNER, M.; THIEM, A. Model Ambiguities in Configurational Comparative Research. *Sociological Methods & Research*, v. 46, n. 4, p. 954–987, 23 out. 2017. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0049124115610351>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

BERCOVICI, G. Complexo Industrial da Saúde, Desenvolvimento e Proteção Constitucional ao Mercado Interno. *R. Dir. sanit.*, v. 14, n. 2, p. 9–42, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/63990/66731>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

BERRY, J. M. *The interest group society*. Boston: Scott, Foresman/Little Brown Series in Political Science, 1989.

BOSCHI, R.; DINIZ, E. *Globalização, herança corporativa e a representação dos interesses empresariais: novas configurações no cenário pós-reformas*. Elites Políticas e Econômicas no Brasil Contemporâneo. São Paulo: Loyola, 2000.

BOYER, R. *A Teoria da regulação: uma análise crítica*. São Paulo: Nobel, 1990.

BRAGA, J. C. DE S.; OLIVEIRA, G. C. DE. Dinâmica do capitalismo financeirizado e o sistema de saúde no Brasil: reflexões sob as sombras da pandemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. supl. 2, 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, [2016]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 12 ago. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 4.137, de 10 de setembro de 1962*. Regula e repressão ao abuso do Poder Econômico. Brasília, DF, [1962]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/l4137.htm>. Acesso em: 02 fev. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 6.404, de 15 de dezembro de 1976*. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Brasília, DF, [1976]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6404consol.htm>. Acesso em: 29 set. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998*. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF, [1998]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm>. Acesso em: 31 ago. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 12.529, de 30 de novembro de 2011*. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência [...]. Brasília, DF, [2011]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12529.htm>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. *Lei n.º 13.165, de 29 de setembro de 2015*. Altera as Leis n.º 9.504, de 30 de setembro de 1997, 9.096, de 19 de setembro de 1995, e 4.737, de 15 de julho de 1965 - Código Eleitoral [...]. Brasília, DF, [2015]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13165.htm>. Acesso em: 25 mar. 2024.

BUAP, R. G. H. C.; BUAP, R. M. M. H.; BUAP, J. F. T. M. *Integración y competitividad de la industria automotriz en el Estado de Puebla*. Institute for Business & Finance Research, 2015. p. 1539.

BUCHAIN, L. C. Os Objetivos do Direito da Concorrência em Face da Ordem Econômica Nacional. *Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Direito – PPGDir. UFRGS*, v. 9, n. 1, 2014.

BUENO, N. P. Lógica da ação coletiva, instituições e crescimento econômico: uma resenha temática sobre a nova economia institucional. *Revista Economia*, v. 5, n. 2, p. 361–420, 2004.

BUSS, P. M. *Saúde, sociedade e qualidade de vida*. Disponível em: <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=34&sid=8>>. Acesso em: 13 ago. 2021.

CADE. *Atos de concentração nos mercados de planos de saúde, hospitais e medicina diagnóstica*. Brasília: 2022a. Disponível em: <https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/estudos-economicos/cadernos-do-cade/Cadernos-do-Cade_AC-saude-suplementar.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.

CADE. *CADE em Números*. Disponível em: <<https://cadenumeros.cade.gov.br/QvAJAXZfc/opendoc.htm?document=Painel%2FCADE%20em%20N%C3%BAmeros.qvw&host=QVS%40srv004q6774&anonymous=true>>. Acesso em: 11 nov. 2023.

CADE. *CADE- SEI - Pesquisa Pública*. Disponível em: <https://sei.cade.gov.br/sei/modulos/pesquisa/md_pesq_processo_pesquisar.php?acao_extern>

a=protocolo_pesquisar&acao_origem_externa=protocolo_pesquisar&id_orgao_acesso_externo=0>. Acesso em: 5 jul. 2022b.

CADE. *Cartilha do CADE*. Disponível em: <<https://cdn.cade.gov.br/Portal/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/cartilha-do-cade.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2021a.

CADE. *Competências — CADE*. Disponível em: <http://antigo.cade.gov.br/acesso-a-informacao/institucional/copy_of_competencias/capa-interna>. Acesso em: 28 set. 2021.

CADE. *Guia Análise de Atos de Concentração Horizontal*. Disponível em: <<https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-do-cade/guia-para-analise-de-atos-de-concentracao-horizontal.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2021b.

CADE. *Regimento Interno do CADE*. Disponível em: <<https://cdn.cade.gov.br/Portal/centrais-de-conteudo/regimento-interno/Regimento-interno-Cade-versao-05-2021.pdf>>. Acesso em: 5 out. 2021.

CADE. *Resolução n.º 8, de 01 de outubro de 2014*. Disponível em: <<https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=07/10/2014&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=124>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CADE. *Resolução n.º 9, de 01 de outubro de 2014*. Disponível em: <<http://en.cade.gov.br/cade/assuntos/normas-e-legislacao/resolucao/resolucao-9-01outubro2014-alteracao-res-022012.pdf/view>>. Acesso em: 1 out. 2021.

CALVO, M. C. M. *Hospitais Públicos e Privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998*. Tese – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMARGOS, M. A.; BARBOSA, F. V. Análise empírica da hipótese de maximização da riqueza dos acionistas nos processos de fusão e aquisição ocorridos no mercado de capitais brasileiro pós-plano real. *REGE Revista de Gestão*, v. 12, n. 4, p. 33–53, 2005.

CAMPILONGO, C.; COUTINHO, R. *Direito Concorrencial: manual de práticas concorrenciais*. São Paulo: FIESP, 2018.

CAMPINO, A. C. C. Trajetória da Economia da Saúde no Brasil. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 6, n. 1, p. 5–24, 2017.

CAMPOS, A. C. DE. *Normativismo e Incentivos: contributo da economia para a administração da saúde. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995. Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/3036/27/EcoSaude.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. DA M. As Especificidades Contemporâneas do Trabalho no Setor Saúde: notas introdutórias para uma discussão. *R. Econ. Contemp*, v. 3, n. 2, p. 97–123, 1999.

CARDOSO, D. S. *Política Antitruste e Sua Consistência: uma análise das decisões do Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência relativas aos atos de concentração*. Universidade Federal de São Carlos, Sorocaba, 2013.

CARVALHO, E. B.; CECÍLIO, L. C. DE O. A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2167–2177, 2007.

CARVALHO, N. T. *As concentrações de empresas no direito antitruste*. São Paulo: Resenha Tributária, 1995.

CECÍLIO, L. C. DE O. Mudar modelos de gestão para mudar o hospital: cadeia de apostas e engenharia de consensos. *Espaço para a Saúde*, v. 1, n. 2, p. 4–26, 2000.

CGU. *Contratos - Portal da transparência*. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/contratos>>. Acesso em: 25 out. 2023a.

CGU. *Início - Portal da transparência*. Disponível em: <<https://portaldatransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 30 out. 2023b.

CGU. *Portal da transparência*. Disponível em: <<https://www.portaldatransparencia.gov.br/>>. Acesso em: 5 jul. 2022.

CHERNICHOVSKY, D. The Public-Private Mix in the Modern Health Care System - concepts, issues and policy options revisited. *National Bureau of Economic Research*, v. 7881, 2000.

COASE, R. H. *Nobel Lecture: The Institutional Structure of Production. The Nature of the Firm: origins, evolution, and development*. New York/Oxford: Oxford University Press, 1993.

COASE, R. H. *The firm, the market, and the law*. Chicago: University of Chicago press, 2012.

COASE, R. H. The institutional structure of production. *The American Economic Review*, v. 82, n. 4, p. 713–719, 1992.

COASE, R. H. The new institutional economics. *The American Economic Review*, v. 88, n. 2, p. 72–74, 1998.

COIMBRA, S. D.; ARICA, S. J. Uma análise comparativa entre sistemas de inovação e o diamante de Porter na abordagem de arranjos produtivos locais. *Production*, v. 16, n. 1, p. 80–87, 2006.

CONCEIÇÃO, O. A. C. Os antigos, os novos e os neo-institucionalistas: há convergência teórica no pensamento institucionalista? *Análise Econômica*, v. 19, n. 36, p. 25–45, 2001.

CORDEIRO FILHO, A. *O Público e o Privado na Saúde: o processo de mudança da prestação de serviços de saúde no Brasil num contexto histórico e comparativo*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <<https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17564/1/Antonio%20Cordeiro%20Filho.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

COSTA JR, J. V. *Retornos Anormais Versus Performances Operacionais Anormais de Firms Brasileiras Envolvidas em Fusões e Aquisições no Período de 2002 a 2006*. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. *L'acteur et le système*. Paris: Seuil, 1977.

CUNHA, R. T. *Direito de defesa da concorrência: Mercosul e União Européia*. Barueri: Manoele, 2003.

DATASUS. *Informações de Saúde (TABNET) – DATASUS*. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

DE SOUZA NORONHA, K. V. M. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, 17 jun. 2020. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt>>. Acesso em: 20 nov. 2022.

DEL NERO, C. R. *O que é Economia da Saúde. Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

DESLANDES, S. F. (ORG.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788575413296>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

FARHAT, S. *Lobby, o que é, como se faz: ética e transparência na representação junto a governos*. São Paulo: Peirópolis, 2007.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. DE. Gestão hospitalar no Brasil: Revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 6, p. 1895–1904, 2017.

FASOLIN, L. B. *et al.* *Características das Companhias Brasileiras relacionadas às Práticas de Combinação de Negócios*. São Paulo: USP, 2014.

FERREIRA, R. F. C. *Estratégia de influência: o ganho de vantagens competitivas de empresas em suas relações com o Estado*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

FINKELLMAN, J. (ORG.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FISS, P. C. Building Better Causal Theories: A Fuzzy Set Approach to Typologies in Organization Research. *Academy of Management Journal*, v. 54, n. 2, p. 393–420, 1 abr. 2011.

FLIGSTEIN, N. *The architecture of markets: An economic sociology of twenty-first-century capitalist societies*. Princeton: Princeton University Press, 2001.

FONSECA, J. J. B. *Direito antitruste e regime das concentrações empresariais*. São Paulo: Atlas, 1997.

FORGIONI, P. A. *Os Fundamentos do Antitruste*. 2. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais LTDA, 2005.

FORGIONI, P. A. *Os fundamentos do antitruste*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2013.

- FOUCAULT, M. *Power and Knowledge*. Brighton: Harvester Press, 1979.
- FREITAS, J. S.; GOMES, A. M.; MENEGALE, B. C. S.; MORAIS, V. H. F. Condicionantes Ambientais e Organizacionais para a Formalização de Análises Estratégicas por meio de Ferramentas de Gestão. In: *IX Encontro de Estudos em Estratégia - 3Es 2020, On-line*. Anais do IX Encontro de Estudos em Estratégia - 3Es, 2020.
- FURNARI, S. *et al.* Capturing Causal Complexity: Heuristics for Configurational Theorizing. *Academy of Management Review*, v. 46, n. 4, p. 778–799, out. 2021.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na Economia da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 2, p. 521–535, 2003.
- GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S.; MALDONADO, J. O complexo econômico-industrial da saúde e a dimensão social e econômica do desenvolvimento. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, n. Supl.1, p. 21–28, dez. 2012.
- GADELHA, C. A. G. G. Desenvolvimento, complexo industrial da saúde e política industrial. *Rev Saúde Pública*, v. 40, n. Esp., p. 11–23, 2006. Disponível em:
- GARCIA, L. P. *et al.* Gastos com planos de saúde das famílias brasileiras: estudo descritivo com dados das Pesquisas de Orçamentos Familiares 2002-2003 e 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1425–1434, 2015.
- GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- GLASER, A. *Reorganização Societária como Forma de Planejamento Tributário*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- GRAÇA, L. *Evolução do Sistema Hospitalar: uma perspectiva sociológica*. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html>. Acesso em: 20 ago. 2021.
- GRANDORI, A.; FURNARI, S. A Chemistry of Organization: Combinatory Analysis and Design. *Organization Studies*, v. 29, n. 3, p. 459–485, 1 mar. 2008.
- GRANOVETTER, M. Economic action and social structure: The problem of embeddedness. *American journal of sociology*, v. 91, n. 3, p. 481–510, 1985.
- GUERRA, S. Teoria da captura de agência reguladora em sede pretoriana. *Revista de Direito Administrativo*, v. 244, p. 330–347, 2007.
- HARZING, A.-W.; GIROUD, A. The competitive advantage of nations: An application to academia. *Journal of Informetrics*, v. 8, n. 1, p. 29–42, 2014.
- HITT, M. A.; IRELAND, R. DUANE HOSKISSON, R. E. *Administração Estratégica*. São Paulo: Thomson, 2008.
- IBGE. *Agência IBGE de Notícias - Conta-Satélite de Saúde*. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/33482-conta-satelite-de-saude-9-6-do-pib-foram-gastos-no-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-em-2019>>. Acesso em: 9 nov. 2023.
- KNECHTEL, M. DO R. *Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada*. Curitiba: Intersaberes, 2014.

- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. 1. ed. São Paulo: Singular, 2009.
- LACHMANN, W. *The Development Dimension of Competition Law and Policy*. New York: United Nations, 1999.
- LIMA, J. DE C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 3, p. 631–641, 2006.
- LODI, J. B. *Lobby, os grupos de pressão*. São Paulo: Pioneira, 1986.
- LOPES, D. G. *Custos de transação e direitos de propriedade: arranjos institucionais da comercialização de energia elétrica no ambiente de contratação livre brasileiro*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.
- MACEDO, R. R. *Direito da Concorrência: instrumento de implementação de políticas públicas para o desenvolvimento econômico*. 2008. Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2008.
- MANCUSO, W. P.; GOZETTO, A. C. O. Lobby: instrumento democrático de representação de interesses? *Organicom*, v. 8, n. 14, p. 118–128, 2011a.
- MANCUSO, W. P.; GOZETTO, A. C. O. Lobby: uma discussão introdutória sobre oito questões-chave Lobby: an introductory overview of eight key issues. *Rev. Eletrônica Portas*, v. 4, n. 4, p. 10–21, jun. 2011b.
- MARCOLINO, M. S. *et al.* Clinical characteristics and outcomes of patients hospitalized with COVID-19 in Brazil: Results from the Brazilian COVID-19 registry. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 107, p. 300–310, 1 jun. 2021. Acesso em: 20 nov. 2022.
- MARQUES, R.; PEIXOTO, J. *A nova sociologia econômica: uma antologia*. Oeiras: Celta Editora, 2003.
- MARTINS, R. C. C. DE; ROSSIGNOLI, M. Desenvolvimento Econômico Sustentável e as Externalidades Ambientais. *Direito e Desenvolvimento*, v. 9, n. 2, 2018.
- MATTA, G. C.; PONTES, A. L. DE M. *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- MATTOS, L. V. *et al.* Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00175820, 2022.
- MAZZUCATO, M. *O Estado Empreendedor: desmascarando o mito do setor público vs. setor privado*. Portfolio-Penguin, 2014.
- MCCHESENEY, F. S. *Money for nothing: politicians, rent extraction, and political extortion*. Cambridge: Harvard University Press, 1997.
- MENEZES, J. P. C. B. *Fusões e Aquisições, Concorrência e Concentração: investimento estrangeiro em saúde suplementar no Brasil*. 2019. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

- MENICUCCI, T. M. G. *A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado. Gestão pública e relação público privado na saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 180–197.
- MEYER-PFLUG, S. R. *et al. Grupos de Interesse (lobby)*. 1. ed. Brasília: Ministério da Justiça e PNUD, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Atenção Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 3.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *História e Evolução dos Hospitais*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Saúde, 1965.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.º 1.034, de 5 de maio de 2010*. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, [2010]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portaria n.º 604, de 24 de abril de 2001*. Brasília, DF, [2001]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0604_24_04_2001.html>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *SUS completa 30 anos da criação — Português (Brasil)*. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-r/assuntos/noticias/2020/setembro/sus-completa-30-anos-da-criacao>>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- MINTZBERG, H. *The fall and rise of strategic planning*. Harvard Business Review, v. January /, 1994.
- MONTE-CARDOSO, A.; ANDRIETTA, L. S. Crescimento, centralização e financeirização de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) no Brasil: estudo de empresas selecionadas entre 2008 e 2016. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00220121, 2022.
- MONTONE, J. *Evolução e desafios da regulação do setor de saúde suplementar*. ANS, Rio de Janeiro, 2003.
- NITÃO, S. R. V. *Saúde Suplementar No Brasil: Um Estudo Da Dinâmica Industrial Pós-Regulamentação*. 130 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004.
- NORBURN, D. *PEST analysis. The Blackwell Encyclopedia of Management Strategic Management*. 2. ed. Oxford: Oxford Blackwell, 1997.
- NUSDEO, A. M. DE O. *Defesa da concorrência e globalização econômica*. São Paulo: Malheiros, 2002.
- OLIVEIRA, D. DE P. R. DE. *Planejamento Estratégico: conceitos, metodologias e práticas*. São Paulo: Atlas, 1994.
- OLIVEIRA, L. M. *Análise da Dinâmica de Redes dos Atos de Concentração Econômica em Empresas da Área da Saúde no Brasil*. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Teófilo Otoni, 2018.

- OLIVEIRA, L. M. *et al.* Análise da dinâmica de redes dos atos de concentração econômica em empresas da área da saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 3, 26 jul. 2021.
- OLIVEIRA, M. G. *Apresentação: da Necessidade de Estudos Estadunidenses e Comparativos Brasil-EUA*. 2004, Recife: NEA, 2004. p. 9–13.
- OLSON, M. *Logic of Collective Action: Public Goods and the Theory of Groups*. Cambridge: Harvard University Press, 1965. (Harvard Economic Studies).
- PARADA, A. R. *et al.* Desarrollo de clústeres industriales: un enfoque de dinámica de sistemas / Development of industrial clusters: A system dynamics approach. *RICEA Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*, v. 5, n. 10, p. 329–350, 9 dez. 2016.
- PELTZMAN, S. Toward a more general theory of regulation. *The Journal of Law and Economics*, v. 19, 1976.
- PENROSE, E. T. *The theory of the growth of the firm*. New York: John Wiley, 1959.
- PINTO JR, H. *As missões da regulação de energia e a revisão do desenho institucional: experiência internacional e lições para o caso brasileiro*. Rio de Janeiro: Relatório de pesquisa MME – PNUD, 2003.
- PINTO JR, H. Q.; PIRES, M. C. P. *Assimetria de informações e problemas regulatórios*. Rio de Janeiro: Agência Nacional do Petróleo, 2000.
- PINTO, L. F.; SORANZ, D. R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 85–98, 2004.
- POLANYI, K. *A Grande Transformação: as origens do nosso tempo*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.
- PORTER, M. E. *A vantagem competitiva das nações*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- PORTER, M. E. *Competição: estratégias competitivas essenciais*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- PORTER, M. E. *Vantagem Competitiva: criando e sustentando um desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- PRIGOGINE, I. *O fim das certezas*. São Paulo: Unesp, 1996.
- PRZEWORSKI, A. *Money, Politics, and Democracy*. New York University, v. Working Paper, 2011.
- QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L. G. DE; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. *Revista de Administração*, v. 48, n. 4, p. 658–670, 2013.
- QUEIROZ, P. A. Panorama do Direito da Concorrência no Brasil. *Revista da AGU*, v. IX, n. 24, p. 225–244, 2010.
- QUINN, J. B.; MINTZBERG, H. *The strategy process: concepts and contexts*. Hoboken: Prentice Hall, 1992.

- RAGIN, C. *The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitative methods*. Berkeley: University of California, 1987.
- RIASI, A. Competitive advantages of shadow banking industry: An analysis using Porter diamond model. *Business Management and Strategy*, v. 6, n. 2, p. 15–27, 2015.
- RIHOUX, B.; RAGIN, C. C. *Configurational Comparative Methods: Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques*. SAGE ed. Los Angeles: SAGE, 2009.
- RUELLE, D. *Caso e caos*. Turim: Bollati Boringhieri, 1993.
- SABBATINI, R.; FONSECA, C. V. C. Covid-19 e o Complexo Econômico-Industrial da Saúde: fragilidades estruturais e possibilidades de enfrentamento da crise sanitária. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 115–127, 2021.
- SALOMÃO FILHO, C. *Direito da Concorrência: as estruturas*. 2. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.
- SAMPAIO, L. M. D. *Análise e Classificação das Operadoras de Saúde Suplementar*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.
- SANTOS, L. A. DOS. *Regulamentação das atividades de lobby e seu impacto sobre as relações entre políticos, burocratas e grupos de interesse no ciclo de políticas públicas: análise comparativa dos Estados Unidos e Brasil*. Universidade de Brasília, Brasília, 2007.
- SANTOS, I. S. “O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada”. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- SANTOS, I. S.; SANTOS, M. A. B. DOS; BORGES, D. DA C. L. *Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: realidade e futuro do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 4.
- SANTOS, M. L. *et al.* Financiamento de campanha e apoio parlamentar à Agenda Legislativa da Indústria na Câmara dos Deputados. *Opinião Pública*, v. 21, p. 33–59, 2015.
- SARTI, F.; HIRATUKA, C.; FONSECA, C. A crise sanitária da Covid-19 e a vulnerabilidade produtiva e tecnológica do Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil no contexto da financeirização. *Cadernos do Desenvolvimento*, v. 16, n. 28, p. 129–143, 2021.
- SCHEFFER, M.; SOUZA, P. M. S. A entrada do capital estrangeiro no sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00239421, 2022.
- SCHLOZMAN, K. L.; TIERNEY, J. T. *Organized Interests and American Democracy*. New York: Harper & Row, 1986.
- SESTELO, J. A. DE F.; TAVARES, L. R.; SILVA, M. S. M. DA. Planos e seguros de saúde: a financeirização das empresas e grupos econômicos controladores do esquema comercial privativo de assistência no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00075621, 2022.

- SILVA, M. S. M. DA; TRAVASSOS, C. A dinâmica capitalista no setor hospitalar privado no Brasil entre 2009 e 2015. *Cadernos de saúde pública*, v. 38, n. Supl. 2, p. e00188721, 2022. Acesso em: 26 out. 2022.
- SILVA, P. A. DE Q. P. DA. Direito da Concorrência e Regulação de Serviços Públicos. *Ciência jurídica*, v. 19, n. 123, p. 11–32, 2005.
- SKOCPOL, T.; EVANS, P.; RUESCHEMEYER, D. *Bringing the state back in*. Nova York: Cambridge, 1999.
- SMELSER, N. J.; SWEDBERG, R. *The handbook of economic sociology*. New York: Princeton University Press, 2010.
- SOLÉ, A. *¿Qué es una empresa? Construcción de un idealtipo transdisciplinario*. Work Paper, no 2004. Paris, 2004.
- SOUSA, F. J. P. DE. Introdução à economia da saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 239–246, 2005.
- STIGLER, G. J. The theory of economic regulation. *The Bell Journal of Economics and Management Science*, p. 3–21, 1971.
- SWEDBERG, R. *The Principles of Economic Sociology*. Princeton: Princeton University Press, 2003.
- SWEDBERG, RICHARD. *Economics and Sociology: redefining their boundaries: conversations with economists and sociologists*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- SWEDBERG, RICHARD. *Markets as social structures*. In: SAGE, R. (Org.). *The Handbook of Economic Sociology*. New York: Princeton University Press, 1994. p. 255–282.
- SWEDBERG, RICHARD. New economic sociology: What has been accomplished, what is ahead? *Acta Sociológica*, v. 40, n. 2, p. 161–182, 1997.
- SWEDBERG, RICHARD; GRANOVETTER, M. S. *The sociology of economic life*. Boulder: Westview Press, 1992.
- SWEDBERG, RICHARD; HIMMELSTRAND, U.; BRULIN, G. The paradigm of economic sociology: premises and promises. *Theory and Society*, v. 16, n. 2, p. 169–213, 1987.
- TEIXEIRA, C.; SILVEIRA, P. *Glossário de Análise Política em Saúde*. Salvador: Edufba, 2016. Disponível em: <[https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario em saude.pdf](https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/22110/4/glossario_em_saude.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2021.
- THIEM, A. *Going beyond the facts: Limited empirical diversity and the in-correctness of Qualitative Comparative Analysis*. researchgate.net, 2017. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Alrik-Thiem/publication/313722102_Going_beyond_the_facts_Working_Paper_Version_2/data/58a4117fa6fdcc05f166a63f/Working-Paper-Version2.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- THOMAS, C. S. *Research guide to U.S. and international interest groups*. Westpost, CT: Praeger Publishers, 2004.

TREVIZAN, M. A. *Enfermagem hospitalar: administração & burocracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1988.

TSE. TSE/ASEPA - *Organizações - Portal de Dados Abertos do TSE*. Disponível em: <<https://dadosabertos.tse.jus.br/organization/tse-asepa?groups=prestacao-de-contas-eleitorais>>. Acesso em: 5 jul. 2022.

TSE. TSE/ASEPA - *Organizações - Portal de Dados Abertos do TSE*. Disponível em: <<https://dadosabertos.tse.jus.br/organization/tse-asepa>>. Acesso em: 24 out. 2023.

VAZ, I. *Direito Econômico da Concorrência*. Rio de Janeiro: Forense, 1993.

VENDEMIATTI, M. *et al.* Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. supl. 1, p. 1301–1314, 2010.

VIEIRA, J. G. S. V. *Metodologia de Pesquisa Científica na Prática*. FAEL ed. Curitiba: 2012.

VORONKOFF, I. O novo sistema brasileiro de defesa da concorrência: estrutura administrativa e análise prévia dos atos de concentração. *RDC*, v. 2, n. 2, p. 144–179, 2014.

WERNERFELT, B. A resource-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, v. 5, n. 2, p. 171–180, 1984.

WESTERFIELD, R. W.; JAFFE, J. F.; ROSS, S. A. *Administração financeira: corporate finance*. São Paulo: Atlas, 2002.

WESTON, J. F.; BRIGHAM, E. F. *Fundamentos da administração financeira*. São Paulo: Makron, 2000.

WHITE, H. C. Where do markets come from? *American Journal of Sociology*, v. 87, n. 3, p. 517–547, 1981.

WHITTINGTON, R. Environmental, structure and theories of strategic choice. *Journal of Management Studies*, v. 22, n. 6, p. 521–536, 1988.

WHITTINGTON, R. Putting Giddens into action. *Journal of Management Studies*, v. 29, n. 6, p. 693–712, 1992.

WILLIAMSON, O. E. “Hierarquies, Markets and Power in the Economy: An Economic Perspective”. *Industrial and Corporate Change*, v. 4, n. 1, p. 21–49, 1995.

WILLIAMSON, O. E. *Markets and hierarchies*. New York: 1975.

WILLIAMSON, O. E. Transaction cost economics. *Handbook of Industrial Organization*, v. 1, p. 135–182, 1989.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e método*. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - Lista de Coincidência para Análise CNA**Tabela 18 - Lista de Coincidência para Análise CNA**

(continua)

Atos de Concentração	ASR	GE	EAC	DE	CP	OCP
08700.000397/2019-72	1	1	1	1	1	0
08700.000687/2019-16	1	1	1	1	1	1
08700.000768/2019-16	1	1	1	1	1	0
08700.001939/2019-24	1	1	1	1	1	1
08700.002346/2019-85	0	1	0	1	1	0
08700.002566/2019-17	1	1	0	1	1	0
08700.002810/2019-33	1	1	1	1	1	0
08700.003245/2019-21	1	1	1	1	1	1
08700.000771/2018-59	1	1	0	1	0	1
08700.000864/2018-83	1	0	0	1	1	0
08700.001287/2018-47	1	1	1	1	1	1
08700.001321/2018-83	1	1	1	1	1	0
08700.001838/2018-72	1	1	1	1	1	0
08700.002952/2018-10	1	1	1	1	1	1
08700.003266/2018-66	1	1	1	1	1	1
08700.003430/2018-35	1	0	0	1	0	1
08700.003500/2019-36	1	1	1	1	1	1
08700.004052/2019-98	1	1	1	1	1	1
08700.004079/2019-81	1	1	1	1	1	0
08700.004185/2019-64	1	1	1	1	1	1
08700.004265/2019-10	1	1	1	1	1	0
08700.004302/2019-90	1	1	1	1	1	1
08700.004631/2019-31	1	1	1	1	1	0
08700.004757/2019-13	1	0	0	1	1	0
08700.004955/2019-79	1	1	1	1	1	0
08700.004979/2019-28	1	0	0	0	1	0
08700.003678/2018-04	1	0	1	1	1	1
08700.003775/2018-99	1	0	1	1	1	0
08700.004030/2018-47	1	1	1	0	1	0
08700.004038/2018-11	1	1	1	1	1	1
08700.004374/2018-56	1	1	1	1	1	0
08700.005371/2018-30	1	0	0	0	1	0
08700.005409/2019-55	1	1	1	1	1	1
08700.005470/2019-01	1	1	1	1	1	0
08700.005661/2019-64	1	1	1	1	1	1
08700.005395/2018-99	1	1	0	0	0	0
08700.005509/2018-09	1	1	1	1	1	1
08700.005704/2018-21	1	1	0	1	1	0
08700.005705/2018-75	0	1	1	1	1	0
08700.005885/2018-95	1	0	0	0	1	0
08700.006115/2018-60	1	1	1	1	1	0
08700.006185/2018-18	1	1	1	0	1	0

(conclusão)						
Atos de Concentração	ASR	GE	EAC	DE	CP	OCP
08700.006071/2019-59	1	1	1	1	1	1
08700.006207/2019-21	1	1	0	1	1	0
08700.006819/2018-32	1	0	0	1	1	0
08700.007235/2018-84	1	1	1	1	1	1
08700.007276/2018-71	1	1	1	1	1	0
08700.002372/2014-07	0	1	0	1	1	0
08700.000181/2014-00	1	1	1	1	1	1
08700.001329/2014-16	1	0	0	0	1	0
08700.002568/2014-93	1	0	1	1	1	0
08700.004443/2014-06	1	0	0	1	1	0
08700.010625/2014-08	1	1	1	1	1	1
08700.011555/2014-05	1	1	1	1	1	1
08700.003676/2015-64	1	1	1	1	1	1
08700.001601/2015-49	1	1	1	1	1	1
08700.002317/2015-90	1	0	1	1	1	0
08700.003123/2015-10	1	1	1	1	1	1
08700.003337/2015-88	1	1	1	1	1	1
08700.005963/2015-17	1	0	0	1	1	0
08700.008189/2015-98	1	1	1	1	1	0
08700.010373/2015-06	1	1	1	1	1	1
08700.011192/2015-99	1	1	0	1	1	0
08700.012624/2015-89	1	1	1	1	1	0
08700.012652/2015-04	1	1	1	0	1	0
08700.011951/2015-13	1	0	1	1	1	1
08700.008541/2015-95	1	0	0	0	0	0
08700.005620/2016-25	1	0	1	0	1	0
08700.000266/2016-42	1	1	1	1	1	1
08700.000430/2016-11	1	1	0	1	1	0
08700.003459/2016-55	1	1	1	1	1	0
08700.006574/2016-81	1	1	1	1	1	0
08700.007004/2016-17	1	1	1	1	1	1
08700.007555/2016-72	1	1	1	1	1	1
08700.007556/2016-17	1	1	1	1	1	1
08700.008061/2016-13	1	1	1	1	1	0
08700.005455/2017-92	1	1	1	1	1	0
08700.004084/2017-21	1	1	1	1	1	1
08700.001221/2017-76	1	1	1	1	1	0
08700.005859/2017-86	1	1	0	0	1	0
08700.002013/2017-94	1	1	1	0	1	1
08700.008007/2017-41	1	1	1	1	1	0
08700.004255/2017-12	1	0	0	1	0	0
08700.003803/2017-97	1	1	0	1	1	0
08700.002450/2017-16	1	1	1	1	1	0
08700.002164/2017-42	1	0	0	1	0	1

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

APÊNDICE B - Atos de concentração econômica**Quadro 3 - Lista de Atos de concentração econômica notificados ao CADE, realizados por hospitais e planos de saúde no período de 2014 a 2019**

(continua)

Número	Ano	Tipo
08700.000397/2019-72	2019	Sumário
08700.000687/2019-16	2019	Sumário
08700.000768/2019-16	2019	Sumário
08700.001939/2019-24	2019	Sumário
08700.002346/2019-85	2019	Ordinário
08700.002566/2019-17	2019	Ordinário
08700.002810/2019-33	2019	Sumário
08700.003245/2019-21	2019	Ordinário
08700.000771/2018-59	2018	Sumário
08700.000864/2018-83	2018	Ordinário
08700.001287/2018-47	2018	Sumário
08700.001321/2018-83	2018	Sumário
08700.001838/2018-72	2018	Sumário
08700.002952/2018-10	2018	Ordinário
08700.003266/2018-66	2018	Sumário
08700.003430/2018-35	2018	Sumário
08700.003500/2019-36	2019	Ordinário
08700.004052/2019-98	2019	Sumário
08700.004079/2019-81	2019	Ordinário
08700.004185/2019-64	2019	Sumário
08700.004265/2019-10	2019	Ordinário
08700.004302/2019-90	2019	Sumário
08700.004631/2019-31	2019	Sumário
08700.004757/2019-13	2019	Sumário
08700.004955/2019-79	2019	Ordinário
08700.004979/2019-28	2019	Sumário
08700.003678/2018-04	2018	Sumário
08700.003775/2018-99	2018	Sumário
08700.004030/2018-47	2018	Ordinário
08700.004038/2018-11	2018	Sumário
08700.004374/2018-56	2018	Ordinário
08700.005371/2018-30	2018	Sumário
08700.005409/2019-55	2019	Sumário
08700.005470/2019-01	2019	Sumário
08700.005661/2019-64	2019	Sumário
08700.005395/2018-99	2018	Ordinário
08700.005509/2018-09	2018	Sumário

(continua)

Número	Ano	Tipo
08700.005704/2018-21	2018	Ordinário
08700.005705/2018-75	2018	Ordinário
08700.005885/2018-95	2018	Sumário
08700.006115/2018-60	2018	Sumário
08700.006185/2018-18	2018	Ordinário
08700.006010/2019-91	2019	Sumário
08700.006071/2019-59	2019	Ordinário
08700.006207/2019-21	2019	Sumário
08700.006819/2018-32	2018	Ordinário
08700.007235/2018-84	2018	Sumário
08700.007276/2018-71	2018	Sumário
08700.002372/2014-07	2014	Ordinário
08012.007443/2009-41	2009	Ordinário
08012.009906/2009-17	2009	Ordinário
08012.002248/2009-24	2009	Sumário
08012.008325/2009-50	2009	Sumário
08012.008989/2009-19	2009	Sumário
08012.003389/2010-06	2010	Ordinário
08012.004902/2010-78	2010	Ordinário
08012.006190/2010-21	2010	Ordinário
08012.010274/2010-60	2010	Ordinário
08012.000917/2010-67	2010	Sumário
08012.004756/2010-81	2010	Sumário
08012.010675/2010-10	2010	Sumário
08012.010734/2010-50	2010	Sumário
08012.011280/2010-34	2010	Sumário
08012.012150/2010-19	2010	Sumário
08012.013181/2010-97	2010	Sumário
08012.013200/2010-85	2010	Sumário
08012.008112/2010-61	2010	Sumário
08012.000596/2011-81	2011	Sumário
08012.002872/2011-46	2011	Sumário
08012.004596/2011-51	2011	Sumário
08012.006525/2011-92	2011	Sumário
08012.006542/2011-20	2011	Sumário
08012.009232/2011-67	2011	Sumário
08012.009582/2011-23	2011	Sumário
08012.011059/2011-67	2011	Sumário
08012.011421/2011-08	2011	Sumário
08012.011602/2011-26	2011	Sumário
08012.004653/2011-00	2011	Sumário

(continua)

Número	Ano	Tipo
08012.009575/2011-21	2011	Sumário
08012.002189/2012-90	2012	Ordinário
08012.005776/2012-31	2012	Ordinário
08012.000309/2012-14	2012	Sumário
08012.002520/2012-71	2012	Sumário
08012.002680/2012-11	2012	Sumário
08012.002866/2012-70	2012	Sumário
08012.005539/2012-70	2012	Sumário
08012.005540/2012-02	2012	Sumário
08012.006134/2012-59	2012	Sumário
08700.004065/2012-91	2012	Sumário
08700.004150/2012-59	2012	Sumário
08700.004151/2012-01	2012	Sumário
08012.003324/2012-14	2012	Ordinário
08700.005472/2012-15	2012	Sumário
08700.008474/2012-66	2012	Ordinário
08700.010284/2013-90	2013	Sumário
08700.005729/2013-10	2013	Ordinário
08700.006494/2013-83	2013	Ordinário
08700.008540/2013-89	2013	Ordinário
08700.003059/2013-05	2013	Sumário
08700.005730/2013-44	2013	Sumário
08700.006171/2013-90	2013	Sumário
08700.007610/2013-81	2013	Sumário
08700.009118/2013-40	2013	Sumário
08700.010530/2013-03	2013	Sumário
08700.000181/2014-00	2014	Sumário
08700.001329/2014-16	2014	Sumário
08700.002568/2014-93	2014	Sumário
08700.004443/2014-06	2014	Sumário
08700.010625/2014-08	2014	Sumário
08700.011555/2014-05	2014	Sumário
08700.003676/2015-64	2015	Ordinário
08700.001601/2015-49	2015	Sumário
08700.002317/2015-90	2015	Sumário
08700.003123/2015-10	2015	Sumário
08700.003337/2015-88	2015	Sumário
08700.005963/2015-17	2015	Sumário
08700.008189/2015-98	2015	Sumário
08700.010373/2015-06	2015	Sumário
08700.011192/2015-99	2015	Sumário

(conclusão)

Número	Ano	Tipo
08700.012624/2015-89	2015	Sumário
08700.012652/2015-04	2015	Sumário
08700.011951/2015-13	2015	Sumário
08700.008541/2015-95	2015	Sumário
08700.005620/2016-25	2016	Sumário
08700.000266/2016-42	2016	Ordinário
08700.000430/2016-11	2016	Sumário
08700.003459/2016-55	2016	Ordinário
08700.006574/2016-81	2016	Ordinário
08700.007004/2016-17	2016	Sumário
08700.007555/2016-72	2016	Ordinário
08700.007556/2016-17	2016	Ordinário
08700.008061/2016-13	2016	Ordinário
08700.005455/2017-92	2017	Ordinário
08700.004084/2017-21	2017	Ordinário
08700.001221/2017-76	2017	Ordinário
08700.005859/2017-86	2017	Sumário
08700.002013/2017-94	2017	Sumário
08700.008007/2017-41	2017	Sumário
08700.004255/2017-12	2017	Sumário
08700.003803/2017-97	2017	Sumário
08700.002450/2017-16	2017	Sumário
08700.002164/2017-42	2017	Sumário

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

APÊNDICE C – Valores em Contratos Públicos por Empresa e Ano

Tabela 19 - Valores em Contratos Públicos por Empresa e Ano (Brasil 2014–2019)

(continua)

Empresas Envolvidas	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total em Contratos	%
Swiss Re Direct Investments Company Ltd	R\$ 22,5 M	R\$ 100,3 M	R\$ 59,6 M	R\$ 52,2 M	R\$ 34,9 M	R\$ 32,5 M	R\$ 302,0 M*	19,45%
Amil Assistência Médica Internacional S.A	R\$ 52,4 M	R\$ 69,2 M	R\$ 31,7 M	R\$ 47,3 M	R\$ 28,7 M	R\$ 31,4 M	R\$ 260,7 M	16,79%
Sul América Companhia de Seguro Saúde	R\$ 711,28 k	R\$ 122,36 k	R\$ 29,80 k	R\$ 44,5 M	R\$ 86,1 M	R\$ 104,6 M	R\$ 236,0 M	15,20%
Hapvida Assistência Médica Ltda.	R\$ 149,3 M	R\$ 68,3 M	R\$ 01,4 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 14,33 k	R\$ 219,0 M	14,10%
Rede D'Or São Luiz S.A	R\$ 18,3 M	R\$ 22,0 M	R\$ 16,9 M	R\$ 12,9 M	R\$ 10,4 M	R\$ 10,7 M	R\$ 91,2 M	5,87%
BSB Comércio de Produtos Hospitalares S.A	R\$ 48,8 M	R\$ 24,4 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 73,2 M	4,71%
Hospital Esperança S.A	R\$ 08,3 M	R\$ 14,3 M	R\$ 0,00 k	R\$ 20,3 M	R\$ 04,9 M	R\$ 04,0 M	R\$ 51,8 M	3,34%
Med Imagem S/C	R\$ 05,3 M	R\$ 05,5 M	R\$ 03,1 M	R\$ 07,4 M	R\$ 08,3 M	R\$ 09,4 M	R\$ 38,9 M	2,50%
Diagnósticos da América S.A	R\$ 05,7 M	R\$ 02,6 M	R\$ 01,3 M	R\$ 07,3 M	R\$ 03,0 M	R\$ 13,7 M	R\$ 33,5 M	2,16%
Hospital Santa Lúcia S.A	R\$ 09,5 M	R\$ 05,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 16,0 M	R\$ 30,5 M	1,97%
Samer Serviço de Assistência Médica de Resende S/C Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 478,10 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 30,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 30,5 M	1,96%
Notre Dame Intermédica Saúde S.A	R\$ 03,9 M	R\$ 03,4 M	R\$ 02,8 M	R\$ 08,2 M	R\$ 01,6 M	R\$ 04,7 M	R\$ 24,7 M	1,59%
ESHO - Empresa de Serviços Hospitalares S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 06,7 M	R\$ 13,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 01,5 M	R\$ 21,2 M	1,37%
Hospital Baía Sul S.A.	R\$ 11,9 M	R\$ 400,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 05,0 M	R\$ 17,2 M	1,11%
Connectmed CRC Cons, Adm e Tecnologia em Saúde Ltda	R\$ 14,7 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 14,7 M	0,94%
Unimed do Estado de São Paulo – Federação Estadual das Cooperativas Médicas	R\$ 13,3 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 13,3 M	0,86%
Oncologia Rede D'Or S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 12,4 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 12,4 M	0,80%
Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda.	R\$ 06,5 M	R\$ 100,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 03,5 M	R\$ 10,1 M	0,65%
Laboratório Richet Pesquisas de Physiopathologia Humana Ltda.	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 02,5 M	R\$ 0,00 k	R\$ 06,8 M	R\$ 09,2 M	0,59%
COI - Clínicas Oncológicas S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 09,0 M	R\$ 09,0 M	0,58%

(continua)

Empresas Envolvidas	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total em Contratos	%
Imagem Centro de Diagnóstico Médico Ltda.	R\$ 06,5 M	R\$ 100,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 03,5 M	R\$ 10,1 M	0,65%
Laboratório Richet Pesquisas de Physiopathologia Humana Ltda.	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 02,5 M	R\$ 0,00 k	R\$ 06,8 M	R\$ 09,2 M	0,59%
COI - Clínicas Oncológicas S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 09,0 M	R\$ 09,0 M	0,58%				
CM Hospitalar S.A	R\$ 280,56 k	R\$ 802,59 k	R\$ 300,60 k	R\$ 538,14 k	R\$ 03,0 M	R\$ 01,0 M	R\$ 06,0 M	0,39%
SulAmérica Companhia Nacional de Seguros	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 05,7 M	R\$ 9,85 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 05,7 M	0,37%
AXA Corporate Solutions Brasil e América Latina Resseguros, S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 66,00 k	R\$ 05,5 M	R\$ 0,00 k	R\$ 69,85 k	R\$ 05,7 M	0,36%
Banco BTG Pactual S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 05,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 05,0 M	0,32%
Centro Médico Hospital Pitangueiras Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 03,6 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 03,6 M	0,23%
Associação Hospitalar Sino Brasileiro	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 03,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 03,0 M	0,19%
Cardio Pulmonar da Bahia S.A.	R\$ 0,00 k	R\$ 02,1 M	R\$ 779,76 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 02,9 M	0,19%
Hospital Santa Maria Ltda	R\$ 80,00 k	R\$ 180,00 k	R\$ 180,00 k	R\$ 600,00 k	R\$ 750,00 k	R\$ 750,00 k	R\$ 02,5 M	0,16%
Oncoclínicas do Brasil Serviços Médicos S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 735,35 k	R\$ 01,5 M	R\$ 02,2 M	0,14%
Associação Congregação Santa Catarina – Casa de Saúde de São José	R\$ 0,00 k	R\$ 450,00 k	R\$ 308,60 k	R\$ 0,00 k	R\$ 01,0 M	R\$ 0,00 k	R\$ 01,8 M	0,11%
Hospital São Pedro S/C	R\$ 80,00 k	R\$ 280,00 k	R\$ 180,00 k	R\$ 340,00 k	R\$ 425,00 k	R\$ 425,00 k	R\$ 01,7 M	0,11%
NEOH – Memorial Núcleo Especializado em Oncologia e Hematologia Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 602,70 k	R\$ 0,00 k	R\$ 602,70 k	R\$ 200,00 k	R\$ 01,4 M	0,09%
HSR S.A.	R\$ 0,00 k	R\$ 01,3 M	R\$ 01,3 M	0,09%				
GEM Assistência Médica Especializada Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 400,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 800,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 01,2 M	0,08%
Hospital Santa Cruz S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 01,0 M	R\$ 100,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 01,1 M	0,07%
Humana Assistência Médica Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 884,82 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 884,82 k**	0,06%
HEMATO - Serviços de Hemoterapia Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 500,00 k	R\$ 282,81 k	R\$ 0,00 k	R\$ 82,90 k	R\$ 0,00 k	R\$ 865,70 k	0,06%
Hospitais Associados de Pernambuco Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 800,10 k	R\$ 800,10 k	0,05%				
RN Metropolitan Ltda.	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 778,79 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 778,79 k	0,05%
Prodent Assistência Odontológica Ltda.	R\$ 0,00 k	R\$ 53,12 k	R\$ 77,55 k	R\$ 479,40 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 610,07 k	0,04%
Dimed S/A - Distribuidora de Medicamentos	R\$ 0,00 k	R\$ 596,93 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 596,93 k	0,04%
Diagnóstico por Imagem Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 378,15 k	R\$ 0,00 k	R\$ 215,32 k	R\$ 0,00 k	R\$ 593,47 k	0,04%

(conclusão)

Empresas Envolvidas	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total em Contratos	%
Centro Médico Garibaldi	R\$ 168,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 422,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 590,00 k	0,04%
Hospital São Rafael	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 480,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 480,00 k	0,03%
Hospital Vitória de Timon S/C	R\$ 0,00 k	R\$ 200,00 k	R\$ 200,00 k	R\$ 20,00 k	R\$ 20,00 k	R\$ 20,00 k	R\$ 460,00 k	0,03%
Odonto Empresas Convênios Dentários Ltda	R\$ 128,42 k	R\$ 114,34 k	R\$ 125,57 k	R\$ 74,53 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 442,85 k	0,03%
Ultra Som Serviços Médicos S.A	R\$ 30,38 k	R\$ 32,94 k	R\$ 7,46 k	R\$ 0,00 k	R\$ 104,28 k	R\$ 109,13 k	R\$ 284,19 k	0,02%
São Bernardo Apart Hospita S.A.	R\$ 33,77 k	R\$ 100,64 k	R\$ 52,79 k	R\$ 29,15 k	R\$ 22,52 k	R\$ 27,19 k	R\$ 266,06 k	0,02%
Dilab Medicina Nuclear Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 131,69 k	R\$ 0,00 k	R\$ 131,69 k	R\$ 0,00 k	R\$ 263,38 k	0,02%
São Francisco Sistemas de Saúde Sociedade Empresária Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 121,10 k	R\$ 121,10 k	0,008%				
Assistência Médico Hospitalar São Lucas S.A.	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 120,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 120,00 k	0,008%
Hemonefro - Hemodiálise e Nefrologia Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 100,00 k	R\$ 100,00 k	0,006%				
Odontoprev S.A	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 75,18 k	R\$ 0,00 k	R\$ 14,70 k	R\$ 0,00 k	R\$ 89,88 k	0,006%
Acreditar Oncologia S.A	R\$ 46,16 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 46,16 k	0,003%
Qualicorp Consultoria e Corretora de Seguros S.A.	R\$ 0,00 k	R\$ 46,00 k	R\$ 46,00 k	0,003%				
Atento Brasil S.A	R\$ 1,04 k	R\$ 18,35 k	R\$ 2,95 k	R\$ 0,00 k	R\$ 10,67 k	R\$ 0,36 k	R\$ 33,37 k	0,002%
Oncobrasília - Instituto Brasiliense de Oncologia Clínica Ltda	R\$ 30,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 30,00 k	0,002%
Green Line Sistema de Saúde S.A.	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 9,50 k	R\$ 0,00 k	R\$ 9,50 k	0,001%
Odonto System Planos Odontológicos Ltda	R\$ 0,00 k	R\$ 0,11 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,24 k	R\$ 3,29 k	R\$ 0,00 k	R\$ 3,64 k	0,0002%
Banco de Sangue de São Paulo e Serviços de Hemoterapia Ltda	R\$ 0,01 k	R\$ 0,10 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,64 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,00 k	R\$ 0,74 k	0,00005%
DR. Ghelfond Diagnóstico Médico LTDA.	R\$ 0,000 k	R\$ 0,000 k	R\$ 0,001 k	R\$ 0,000 k	R\$ 0,000 k	R\$ 0,000 k	R\$ 0,001 k	0,0000001%
Total	R\$ 371,8 M	R\$ 337,6 M	R\$ 138,4 M	R\$ 229,2 M	R\$ 216,9 M	R\$ 259,2 M	R\$ 1.553,0 M	100,00%

* M: Valores em milhões.

** k: Valores em milhares.

Fonte: Portal da Transparência (CGU, 2023).