

Economia e saúde: aproximações para uma abordagem da economia política crítica marxista

Economics and health: outlines to a critical marxist political economy approach

Leonardo Carnut*

Jonas Sona de Miranda Pires**

Áquilas Mendes***

Resumo

Este artigo caminha, tentando demonstrar que há diferenças entre 'Economia da Saúde' e 'Economia Política da Saúde', realizando a defesa de uma abordagem crítica marxista ao campo da economia da saúde. Para isso, optou-se pela modalidade textual tipo ensaio crítico, dividido em três seções. Uma primeira seção delinea o que se convencionou entender como 'Economia da Saúde'. A segunda seção trata do caminho da 'Economia Política' à 'Economia Política da Saúde'. A terceira seção foca na constituição da 'Economia da Saúde' no Brasil e sua submissão à teoria econômica neoclássica. Por fim, traça-se considerações sobre como conduzir o campo da economia da saúde, numa perspectiva da economia política crítica da saúde, para defesa do direito à saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Descritores: Economia Política; Marxismo; Saúde.

Abstract

This article is about trying to demonstrate that there are differences between 'Health Economics' and 'Political Economy of Health', defending a critical Marxist approach to health economics field. For this, we opted for the textual modality as a critical essay, divided into three sections. A first section outlines what has been agreed to be understood as 'Health Economics'. The second section deals with the path from 'Political Economy' to 'Political Economy of Health'. The third section focuses on the constitution of the 'Health Economics' in Brazil and its submission to neoclassical economic theory. Finally, considerations are made about how to conduct the field of health economics, in a perspective of the critical political economy of health, to defend the right to health and the Unified Health System (SUS) in Brazil.

Keywords: Political Economy; Marxism; Health.

* Professor Adjunto da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

** Mestre em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (FSP-USP).

*** Professor Livre-Docente da Universidade de São Paulo (USP) e Professor Doutor da PUC-SP.

Introdução

O surgimento da questão da saúde como objeto específico, não só da ciência econômica, como também da política econômica, é decorrente do avanço do capitalismo e de seus conflitos. Muitas vezes, ao longo do pensamento econômico na trajetória histórica da acumulação do capital, a questão da saúde não é tratada diretamente, mas pode ser interpretada à luz dos argumentos expostos pela diversidade do pensamento econômico. É por isso que discutir o espaço em que o 'econômico' foi ocupando e se consolidando na 'saúde' é fundamental para que, especialmente aqueles profissionais que desejam trabalhar na economia da saúde compreendam que há diversos paradigmas/pensamentos econômicos que norteiam a interpretação sobre 'o econômico'. Nossa preocupação reside em demonstrar que há uma narrativa predominante do pensamento econômico-social na abordagem da saúde, e que sem uma crítica contumaz a ela, é possível dizer que a saúde, compreendida como um direito no Sistema Único de Saúde passa a estar ameaçada.

A maior preocupação parte do ensino sobre economia da saúde e de outras perspectivas sobre 'o econômico', para além daquelas hegemônicas no campo da economia, que estão sendo ensinadas. Neste ponto, é pertinente lembrar que o ensino dos conteúdos sobre economia se faz essencial para quem trabalha na gestão de sistemas de saúde, especialmente porque, apesar de ser estruturante do processo de trabalho em saúde, tradicionalmente existe pouca simpatia dos estudantes em relação a esses conteúdos. Supõe-se que, à primeira vista, estudar economia não apareça no horizonte de expectativas de quem pretende se dedicar ao campo da saúde, no entanto, consideramos que seus conteúdos são, pelo menos, importantes.

O Brasil está a um bom tempo assistindo à adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais, especialmente na área da saúde pública, intensificando mecanismos de mercado e de privatização no seu interior. Desde 1990, nos tempos contemporâneos de supremacia do capital portador de juros (financeiro), pode-se dizer que os anos foram marcados por contrarreformas que acentuaram o desmonte do sistema de proteção social, concebido na Constituição de 1988, em direção aos interesses mercantis. O SUS não ficou imune a esse processo, ao passo que o Estado brasileiro não parou de conceder incentivo à iniciativa privada e impôs riscos à saúde universal, com destaque para a introdução de modelos privatizantes de gestão e de subfinanciamento do sistema de saúde.

Especificamente, as medidas implantadas no país por meio do tripé macroeconômico ortodoxo – metas de inflação, superávit primário e câmbio flutuante –, adotadas pelo governo federal desde Fernando Henrique Cardoso (FHC) até Dilma Rousseff, vêm envolvendo a redução do sistema de proteção social no Brasil. Entretanto, o entendimento desse complexo quadro econômico

e político necessitam de um tratamento histórico sobre como a saúde foi interagindo no padrão do desenvolvimento capitalista brasileiro, com destaque para os efeitos deletérios das contrarreformas adotadas pelos governos federais desde os anos 1990. Pensamos que, por estes e outros tantos motivos, o conhecimento sobre a 'economia da saúde', numa perspectiva mais ampla, relacionando-a a uma abordagem que integre o econômico, o político e a saúde deve ser incentivado a todos envolvidos com a saúde pública no País, incluindo aí os trabalhadores, gestores, pesquisadores, estudantes etc.

No entanto, ao pensarmos nas pós-graduações, especialmente aquelas que fazem a interface Economia-Saúde, uma preocupação maior está em vigor. Que 'tipo' de 'econômico' está sendo ensinado nestas pós-graduações? Há uma diversidade/pluralidade de pensamentos econômicos ou há a predominância de uma forma de conceber 'o econômico' em detrimento de tantas outras? Ao se tratar de uma especialização em economia da saúde, há uma preocupação em explicitar a economia política como centro das discussões no campo econômico, ou há um processo de reificação/ideologização social por meio da exaltação das abordagens marginalistas das mais diversas? Há uma preocupação em esclarecer que o social é o guia da análise econômica, ou as microinterações entre prestador-usuário é a lógica que guia este ensino? Por fim, a perspectiva crítica da economia, baseada na crítica da economia política, que está alinhada à saúde enquanto direito social no Brasil é o pensamento de escolha ou enfatiza-se a matematização do econômico através de cálculos de custo-efetividade dentre outros?

Neste sentido, buscar-se-á, através do presente artigo, demonstrar que há diferenças entre 'Economia da Saúde' e 'Economia Política da Saúde'. A primeira diferença vem sendo especialmente marcada pelo movimento das condições objetivas no Brasil, com influência do pensamento neoclássico cujo desenvolvimento se dá, principalmente, a partir de estudos microeconômicos na área da saúde. A segunda concentra-se na relação entre o econômico e o político e tenta compreender a saúde como setor associado ao papel do Estado no desenvolvimento econômico capitalista, assegurando este, em alguma medida, um certo tipo de proteção social. Desse modo, a 'economia política da saúde' discute a saúde relacionada ao contexto socioeconômico, político-ideológico e cultural de um país. Ao destacarmos a importância da economia política da saúde e priorizarmos sua abordagem crítica marxista, afirmamos que ela deva ser priorizada no âmbito da discussão da "economia da saúde no Brasil", a qual tem padecido da hegemonia da visão neoclássica no âmbito de seus estudos.

Assim, este artigo foi organizado em três seções. Na primeira, buscou-se abordar os fundamentos da economia da saúde e apresentar a trajetória histórica institucional deste campo no Brasil, destacando o conteúdo temático prioritário no âmbito dos seus estudos. Contudo, não foram deixados para trás os eventos históricos que culminaram na construção do SUS durante os primeiros anos da

incipiente democracia brasileira. É impossível negar que os ares democráticos, bem como o sistema de saúde que se pretendia universal, foram, sem dúvida, as maiores conquistas da sociedade brasileira, após mais de duas décadas de ditadura empresarial-militar. Conforme veremos, o SUS nasce sob a égide da dinâmica capitalista contemporânea, em um momento de inflexão do sistema, ou seja, de retomada da hegemonia do grande capital. Com efeito, tivemos a configuração de um sistema de saúde híbrido, conformando dois subsistemas: o público e o privado.

A segunda seção deste artigo trouxe esclarecimentos sobre a delimitação entre ‘economia política’ e ‘economia política da saúde’. Nesse segmento, pudemos sedimentar o caminho para a introdução da economia política da saúde com o resgate da questão da saúde em pensadores clássicos, como Quesnay, Smith, Ricardo e Say, que foram contestados por Marx, sendo essas contribuições principalmente abordadas por autores contemporâneos no campo da economia política no Brasil. O gênio prussiano teve, durante boa parte de sua vida intelectual, a colaboração de Friedrich Engels. Marx e Engels fundaram a crítica da economia política. Através dessa abordagem puderam apresentar novos aspectos das já formuladas teorias econômico-sociais e do valor-trabalho. Nessa direção, os argumentos de Teixeira (2015) exemplificam como Marx pôde aperfeiçoar as teorias já escritas anteriormente. Segundo o autor, Marx as contestou em um nível avançado de conhecimento sobre o sistema capitalista, explorando os diferentes aspectos em torno do trabalho, salário, lucro, renda da terra e capital. Ainda nesta seção, parte-se a adentrar nos aspectos mais direcionados da economia política da saúde. Dentro deste contexto, utilizamos como referência norteadora a obra de Braga e Paula (1981), além, obviamente, de uma gama de autores conceituados nesta área, indispensáveis para a construção desta seção.

Na terceira e última seção deste artigo, abordamos o problema da submissão da ‘economia da saúde’ à teoria econômica neoclássica, principalmente nos tempos contemporâneos de implementação do SUS, buscando discutir alguns elementos críticos a esse pensamento. Desse modo, enfatiza-se a importância de resgatar a valorização da economia política da saúde, a fim de contribuir para a problemática situação a qual a saúde universal, por meio do SUS, vem enfrentando no capitalismo contemporâneo.

Atualmente não é de se surpreender que o aprofundamento do caráter conservador e neofascista (Mattos, 2017) sinalizado pelo governo eleito de Jair Bolsonaro, tem na economia um dos seus pressupostos e um aprofundamento ainda mais restaurador (Coutinho, 2010) das contrarreformas do Estado. Isso justifica a supressão de direitos trabalhistas e sociais, tarefa cuja pasta econômica de seu governo tem como objetivo central. Assim, aniquilar o já incompleto sistema de proteção social nacional (Boschetti, 2016) certamente é uma tarefa na qual um tipo de ‘economia’ será requisitada. Por fim, a tônica deste artigo vai ser

o esforço em dialogar com conceitos relacionados do campo da economia e transpô-los para a saúde, demonstrando a escolha que a ‘economia da saúde’ tem feito preponderantemente.

A assim chamada ‘economia da saúde’

Muitos dos profissionais de saúde desconhecem o específico conteúdo deste campo científico, ‘a economia da saúde’. Por isso, nesta seção foi dedicado mais cuidado e atenção com o ‘jargão econômico’ que não é usual e nem familiar para a maioria dos profissionais da saúde. Por conseguinte, por entendermos que a leitura deste trabalho não será exclusivamente feita por economistas, foi proposto nesta seção, trazer à luz conceitos, citações, definições e notas a fim de facilitar a compreensão das particularidades que caracterizam as diferentes escolas de pensamento econômico e sua produção científica e literária no campo da economia da saúde, bem como identificar sua trajetória histórica institucional no Brasil.

Primeiramente, ao se falar em direito à saúde, não se deve desconsiderar ou ignorar os eventos históricos e políticos que, de certa forma, provocaram ao longo da dinâmica de desenvolvimento e construção do Sistema Único de Saúde (SUS) o seu constrangimento. Qualquer análise econômica que não incorpore esses dados em sua interpretação é passível de crítica. Sobre isso, cabe uma breve observação específica sobre as questões orçamentárias que remetem ao crônico asfixiamento financeiro e estrutural pelo qual o SUS vem perecendo, assim como o seu desmonte proposto e executado pelo próprio Estado no capitalismo dependente brasileiro¹. O SUS, talvez tenha sido a maior conquista da sociedade brasileira no período de pós-redemocratização, no entanto, nasceu dentro de um contexto histórico-social amplamente desfavorável, em um dos momentos mais sensíveis da história econômica e política latinoamericana, caracterizado por problemas estruturais como o da hiperinflação e o da crise da dívida externa.

Assim, os ventos nas décadas de 1980 e 1990 assopravam em favor do pensamento econômico neoliberal, implementado no Brasil por economistas mone-

¹ Trata-se de um Estado capitalista, que deve ser refletido, de forma mais específica, na sua mediação como um ‘Estado no capitalismo dependente’. Essa categorização do Estado se apoia na argumentação de Osório (2017) quando aprofunda a compreensão da categoria ‘padrão de reprodução do capital’ identificando seus padrões históricos na América Latina, aportando novas formulações para a teoria do Estado, em torno às especificidades do Estado dependente. Osório argumenta que no contexto do sistema interestatal mundial, o Estado dependente configura-se como um Estado *subsoberano*, em que o poder estatal se subordina a outros poderes estatais, como se pode perceber na incorporação de políticas neoliberais de cortes drásticos de recursos e ajustes fiscais permanentes, intensificados no contexto da crise contemporânea do capital. De maneira geral, é certo que se por um caminho o Estado capitalista subsidia a acumulação capitalista, por outro, busca assegurar a legitimidade da ordem e estabilizar o exercício do poder governamental, garantindo a reprodução da força de trabalho (Berger e Offe, 1991).

taristas ortodoxos provenientes da escola de Chicago². Para Harvey (2008), as universidades dos Estados Unidos foram e são campos de treinamento e aprofundamento das teorias neoliberais para muitos jovens economistas estrangeiros que levaram aquilo que aprenderam para os seus países de origem. Portanto, nos quase 30 anos de existência do SUS o capital portador de juros manteve-se soberano no movimento de valorização do capital, oriundo em parte, da grande disseminação do pensamento econômico neoclássico por estes economistas. Sua atuação vem marcando presença destrutiva nos orçamentos do fundo público, apropriando-se de recursos e introduzindo mecanismos de mercantilização no interior do sistema de saúde no caso brasileiro (Mendes, 2015).

A crise nos sistemas de proteção social, assim como toda a balbúrdia provocada pela lógica privatista e liberal imposta ao sistema de saúde brasileiro provocou constrangimentos que foram duramente impostos ao SUS recém-criado em 1988. Mendes et al. (2017, p. 842), também, dialogam como essas questões que dizem respeito a desigual disputa de forças prescrita pela agenda neoliberal frente ao desafio de construção do SUS se consolidaram:

Vivemos há quase trinta anos sob a égide de tensões e embates para assegurar o desenvolvimento de uma política pública universal da saúde, instituída na Constituição de 1988. Trata-se de período caracterizado por mudanças significativas, marcado, em primeira instância, pelo triunfo de uma política neoliberal que vem assegurando uma racionalidade de “retorno ao mercado” nas políticas econômicas e sociais e, em última instância, por alterações no movimento do capital, em que o capital financeiro, principalmente na sua forma mais perversa, de capital fictício, manteve-se soberano entre as diferentes modalidades - industrial e comercial. Sua forma de atuação tem, entre outros efeitos, prejudicado os orçamentos do fundo público, o que compromete a manutenção dos direitos associados ao Estado Social (Mendes et al., 2017, p. 842).

De acordo com Viana e Baptista (2012, p. 73), a crise nos sistemas de proteção social dos anos 1990, provocou a discussão nos modelos adotados até então, gerando propostas para a reforma dos sistemas de saúde. Para os autores, as

² Por causa de sua adesão às suas teorias neoliberais, Milton Friedman, então professor da Universidade de Chicago, foi chamado para ajudar a reconstruir a economia chilena. Os Estados Unidos já vinham financiando o treinamento de economistas chilenos na Universidade de Chicago desde os anos 1950 como parte de um programa da Guerra Fria destinado a neutralizar tendências esquerdistas na América Latina (Harvey, 2008, p. 17). Posteriormente, a influência do pensamento neoliberal se espalhou por toda a América Latina, tendo no Chile o laboratório experimental deste processo. Em 2019 o neoliberalismo chileno, considerado ‘modelo’ para o ministro da economia bolsonarista Paulo Guedes, exhibe seu esgotamento através de intensa rebelião popular.

pautas desse debate foram direcionadas no sentido da austeridade, além da análise da eficácia e efetividade na condução das políticas públicas de saúde. Por outro lado, também ganha notoriedade neste debate, a análise conduzida sob o olhar marxista, apoiada principalmente por uma base teórica sociológica e econômica para discutir o setor saúde (Viana e Baptista, 2012).

Para compreendermos toda a dinâmica da saúde dentro deste complexo contexto sob o capitalismo mundial, faz-se necessário o aprofundamento de nosso conhecimento em uma área nova – a economia da saúde –, de fato, pouco explorada por profissionais provenientes da saúde que se propõem estudar a saúde pública no Brasil.

Viana e Baptista (2012), sintetizam o surgimento e o propósito deste campo do conhecimento econômico no texto destacado a seguir:

A economia da saúde surgia, no contexto dos países centrais, como uma área de especialização da economia com a proposta de contribuir para a construção de uma lógica programada dos recursos e para uma maior racionalização dos sistemas de saúde. O setor saúde começou a ser entendido dentro do modelo protetor como a área gastadora e ineficiente na gestão dos recursos. O fato é que, no correr da segunda metade do século XX, os sistemas de saúde tornaram-se cada vez mais complexos em um contexto de transformações nos perfis de saúde e doença, de mudança populacional e crescente incorporação tecnológica. Em três décadas este setor passou a ocupar papel de destaque na economia dos países gerando emprego, demandando investimento, movimentando boa parcela de recursos dos Estados. No contexto das políticas de proteção, o setor saúde configurava-se como uma área crítica, seja pela sua vertiginosa expansão no período, seja pela perspectiva de manutenção desse mesmo padrão nos anos subsequentes, conferindo grande especificidade a essa área de política pública (Viana e Baptista, 2012, p. 73).

Em concordância com os autores, compreende-se que a economia da saúde é um ramo econômico que se direciona ao estudo de assuntos relacionados à própria saúde, como a formulação de políticas públicas específicas para esse setor. No entanto, as questões relacionadas à racionalização e ineficiência são especificidades de cada sistema de saúde e como eles consideram a saúde do ponto de vista legal e político. Nesse sentido, há um longo caminho a se refletir.

Quando nos referimos aos fundamentos da 'economia da saúde', deve-se dizer que ela dispõe de várias definições, podendo estas serem tratadas de formas complementares. Cabe destacar, particularmente, duas definições mais discutidas neste campo. Para Rubio e Cebrián (1995), a 'economia da saúde' trata-se

de uma especialidade orientada para a investigação, para métodos de medição, racionalização e análises das atividades associadas com financiamento, produção, distribuição e consumo dos bens e serviços que respondem às necessidades sanitárias e de saúde, à luz de princípios como eficiência e equidade. Já Del Nero (1995, p.19) a concebe como um conhecimento direcionado à “otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados”.

A primeira abordagem de Rubio e Cebrián (1995) indica ser mais abrangente, à medida que contempla o financiamento, a produção, a distribuição e o consumo dos bens e serviços. Já Del Nero (1995) foca na otimização das ações, o que significa atribuir prioridade à melhor utilização dos recursos, reconhecendo que estes são escassos. Contudo, elas não são definições excludentes. É importante considerar que há duas tensões permanentes nessas definições de economia da saúde: de um lado, a busca pela otimização dos recursos, considerados “sempre escassos”; de outro, a busca por garantir o melhor estado de saúde possível para uma população, seja prevenindo a doença, seja prestando os serviços adequados.

Numa perspectiva dos conceitos da economia política para o estudo da saúde nas economias capitalistas, a abordagem de Esping-Andersen (1999) merece destaque. Para esse autor, a associação entre economia e política, presente no pensamento marxista³ e na visão do institucionalismo europeu, tendo como principais representantes, Schumpeter, Karl Polanyi e Max Weber, permite que se obtenha uma compreensão mais profícua dos fenômenos sociais. Essa mescla permitiria, segundo o autor, uma visão integrada entre economia, política, ‘Estado e mercado’, ‘público e privado’ contribuindo para uma estabelecer uma análise mais ampla do fenômeno, reconhecendo que o mercado constitui espaço disputado por forças coletivas e instituições sociais em permanente transformação⁴.

Sob uma dimensão histórica, a economia da saúde se estrutura como disciplina à parte já na década de 1970 nos países capitalistas centrais. No Brasil, isso irá ocorrer somente nos anos 1990. Apesar da defasagem de duas décadas, a mesma disciplina que marcou o currículo da economia da saúde nos países capitalistas centrais conformou o conteúdo e a preocupação no Brasil, especialmente na temática do planejamento (Piola e Vianna, 1995). É mediante o planejamento que se espera alcançar melhor alocação e distribuição de recursos, utilizando como ferramentas os diagnósticos epidemiológicos e as identificações das necessidades

³ No caso da contribuição de Marx, sob o seu método do materialismo histórico-dialético, o pensamento social em saúde está sempre, intrinsecamente relacionado ao contexto socioeconômico, político-ideológico e das tradições culturais e intelectuais do país da época em análise. Para esse entendimento, ver Mendes et al. (2017).

⁴ Para uma abordagem de conceitos mais gerais da economia política da saúde, ver Viana et al. (2007).

de saúde. Paralelamente, considera-se que o planejamento deva agregar as ações de promoção e prevenção com as ações individuais provenientes da rede básica de atenção; e que resulte na regionalização e na hierarquização dos serviços com complexidade tecnológica ascendente. Foi por meio da disciplina de “planejamento” que os instrumentos analíticos próprios da economia fizeram parte dos temas e cursos sobre planejamento e administração de serviços de saúde nos países capitalistas centrais como também no Brasil (Mendes e Marques, 2006).

Inicialmente, as pesquisas em Economia da Saúde que se orientavam a luz do planejamento procuravam analisar as condições de vida das populações e suas consequências sobre a saúde, relacionando fatores socioeconômicos e indicadores de saúde. Nessa mesma linha, outros estudos tiveram como objeto o desenvolvimento econômico e o nível de saúde da população. Nesse caso, a saúde era vista como requisito essencial ao desenvolvimento econômico. Por sua vez, ao passo que essa reflexão amadurecia no Brasil, tornou-se significativo dizer que crescer sem distribuir a renda é, não somente reproduzir o passado de desigualdades sociais, como também aprofundá-lo. Foi nesse sentido que a área da saúde pública passou a ser considerada como uma política fundamental de distribuição de renda, e que seu dinamismo é central na discussão do econômico, o que se relaciona diretamente com a ideia-síntese de Celso Furtado: “o desenvolvimento verdadeiro só existe quando a população em seu conjunto é beneficiada” (Furtado, 2002, p. 21).

Quando se analisa de forma institucional o campo da economia da saúde no Brasil constata-se que sua trajetória é bastante recente. Na realidade, sua institucionalização se confunde com a própria história de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ao longo de sua existência, após a promulgação da Constituição de 1988.

Em junho de 1989 foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o I Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) cuja criação se deu cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I Workshop Internacional sobre o campo da economia da saúde. Desde então, a Abres vem contribuindo para difundir a economia da saúde no país até o presente momento. Por sua vez, na administração pública, somente em 2003, foi criado o Departamento de Economia da Saúde junto à Secretaria de Ciência, Tecnologia e de Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde. Sua criação foi resultado de um conjunto de ações e iniciativas realizadas no campo da economia da saúde durante mais de uma década.

Em 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabilizou-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde, publicado em 1995 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

(Ipea) e organizado por Piola e Vianna (1995), cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde.

Esse livro, organizado em onze capítulos, norteou o debate e as discussões sobre o campo de economia da saúde na década de 1990 e 2000. Os principais temas abordados nesse livro dizem respeito a: conceitos, fundamentos e relações entre a economia e a saúde; aspectos macroeconômicos divididos em: a) modelos e formas de financiamento, relacionando os gastos setoriais e níveis de saúde, b) incentivos que afetam o comportamento dos agentes profissionais de saúde e usuários; c) tendências contemporâneas do financiamento e da gestão dos serviços de saúde; temas sobre normativismo e incentivos na administração dos países centrais referentes aos sistemas prestadores de cuidados de saúde; conceitos da demanda global e da demanda em saúde, explicitando os conflitos entre demanda e necessidade em(de) saúde; conceitos de equidade e características de indicadores demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos no campo da saúde em geral e no contexto português; aspectos microeconômicos da saúde, baseados em: a) instrumentos de avaliação econômica – custo-benefício, custo-efetividade e custo-utilidade; b) concepções sobre custos, com destaque ao custo-oportunidade, custo médio marginal e as diferenças entre custo econômico e contábil.

De forma mais específica, em decorrência dos insuficientes recursos alocados para o SUS, o “financiamento” tem sido o tema mais presente dentre as pesquisas no campo da economia da saúde, particularmente nos anos 1990. Para melhor dimensionar a importância do “financiamento” como principal área de interesse para o conjunto dos temas em economia da saúde nesses anos, destacamos o trabalho de Vianna (1998) que realiza um inventário de estudos e pesquisas sobre aspectos econômicos do setor saúde pesquisados entre 1986 e 1995. Segundo o estudo de Vianna (1998), dos 185 trabalhos selecionados em economia da saúde no Brasil nesse período, o tema do “financiamento” correspondeu a 37,3%. Em seguida, verifica-se, principalmente, a posição ocupada por “custos” (20,3%) e “avaliação econômica” (12,9%).

De forma a dar sequência ao mapeamento dos estudos no campo da economia da saúde, merece destaque o estudo de Andrade et al. (2004), para os anos de 1999 a julho de 2004. Esses autores confirmam a predominância de trabalhos (48%) que tratam da gestão, financiamento, alocação e equidade, com destaque para a temática das políticas públicas e gestão em saúde (39%). Segundo Andrade et al. (2004), esses resultados assemelham-se aos verificados por Vianna (1998) de que o maior interesse dos pesquisadores no campo da economia da saúde refere-se ao tema do financiamento do setor saúde e à alocação de recursos. De forma geral, a justificativa para tal prioridade apoia-se no mesmo argumento já mencionado, isso é, nas dificuldades vividas pelo SUS no campo do financiamento e da alocação equitativa nos anos 1990.

Um estudo importante e mais atual foi realizado pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) intitulado “A produção de conhecimento em economia da saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)” em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde. Nesse trabalho, a tendência sobre temáticas preponderantes no campo da economia da saúde foi alterada em relação aos estudos anteriores. Isso porque, dos 355 estudos apresentados, o tema do “financiamento” correspondeu a apenas 4,8%, sendo superado pelos temas: “Inovação tecnológica em saúde” (14,4%), “Custos” (12,4%), “Avaliação de tecnologia em saúde” (9,9%), “Avaliação econômica” (8,7%), “Economia da saúde em temas gerais” (36,6%) e “Outros” (18%). Ainda que no período do estudo o problema do financiamento do SUS não tinha sido resolvido, ao contrário, ampliava-se o subfinanciamento desse sistema (Mendes, 2012), o campo da economia da saúde apresentou uma inflexão em direção à perspectiva microeconômica considerável. Nesse sentido, a economia da saúde brasileira foi, portanto, se tornando essencialmente limitada à abordagem microeconômica e neoclássica, expressando nesse campo o pensamento econômico hegemônico do capitalismo contemporâneo.

A rigor, o desenvolvimento e a institucionalização da economia da saúde no Brasil acabam tendo pouca expressão na relação à abordagem da economia política. Mais recentemente, Alves et al. (2019) indicam que apenas 30% dos pesquisadores que se dedicam à economia da saúde apresentam produções científicas em temas que se aproximem da economia política. De maneira geral, há predominância dos temas relacionados à financiamento e gestão da saúde. Pouco mais de 13,5% deles produzem análise de políticas de saúde, mas o uso do referencial analítico da economia política só pode ser identificado em pouco mais de 2,4% das publicações. A presença de pesquisadores que se dedicam à ‘Economia política da saúde’ no Brasil é praticamente inexpressiva quando considerada a economia da saúde com um todo (Alves et al., 2019).

Chama a atenção que, dentre os estudos de economia política da saúde ao longo dos anos 2000, vem se destacando um tema, ainda que residual, relacionado ao “complexo produtivo da saúde” (Gadelha, 2003; 2012). Segundo Gadelha (2012), esse tema constitui-se campo em que inovação tecnológica e acumulação de capital geram oportunidades de investimento, trabalho e renda, além de produzir avanços importantes para melhorar o estado de saúde das pessoas. É pertinente lembrar que essa abordagem, de cariz keynesiana, não assume posturas críticas ao desenvolvimento capitalista e sua relação com a totalidade, em especial, na fase atual do capitalismo.

Por isso, a economia política de matriz keynesiana, trazida pela discussão interna do setor, tem insistido que a saúde pública deve ser um elemento de desenvolvimento do modo de produção capitalista. Diferentemente desse enfoque, argumentamos que ele tende a minorar a natureza do processo experimentado

pelo padrão da acumulação capitalista, principalmente no capitalismo contemporâneo em crise e sob o comando do capital portador de juros, em que a saúde pública tem sido alvo das políticas neoliberais, marcada por cortes drásticos nos gastos públicos, em especial em economias dependentes.

Nessa perspectiva, considera-se que a “economia política” que deve informar a saúde, enquanto um direito social, deve ser aquela que se baseia na crítica à economia política. Entende-se que apenas ela é que garante o suporte teórico-metodológico necessário a uma crítica do desenvolvimento capitalista, tendo como horizonte estratégico o socialismo. Em virtude disso, é que consideramos que o novo ponto de inflexão histórico atual é a transição necessária para a incorporação da economia política crítica da saúde no debate, sendo ela fundamental para resgatar os fundamentos do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira⁵. Nesse sentido, torna-se necessário revisitar os antecedentes históricos da economia política e como podemos avançar em direção a uma economia política crítica da saúde.

Da ‘Economia Política’ à ‘Economia Política da Saúde’⁶

Carnut e Mendes (2018) destacam, a partir do texto de Braga e Paula (1981) que, antes mesmo de a economia política emergir enquanto ciência, especialmente na figura dos economistas clássicos como Adam Smith e Ricardo, a questão da saúde já era compreendida entre os autores mercantilistas. Ainda explorando os argumentos de Carnut e Mendes (2018), os mercantilistas, por serem “seres políticos”, buscavam interferir na atividade do Estado, a fim de instrumentalizar ideias que pudessem contribuir para o enriquecimento das nações.

Especificamente sobre o mercantilismo, para Braga e Paula (1981), os proeminentes estudiosos da época já se dedicavam no estudo dos fatores condicionantes de saúde, conforme trecho do texto a seguir:

Dentre os pensadores mercantilistas, deve ser dado destaque a William Petty (1623-1687), considerado por Marx como o “fundador da

⁵ O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) constituiu-se no processo de mobilização da sociedade, a partir dos anos 1970, muito disseminado por intelectuais orgânicos próximos ao Partido Comunista Brasileiro, com a finalidade de convergir forças sociais em direção à crítica das desigualdades e da mercantilização da saúde no país, configurando-se numa ação política, cuja parte do Movimento era ancorada na perspectiva marxista. Seus propósitos desencadeavam na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no processo da Constituinte em 1987, ressaltando a saúde como direito universal num horizonte estratégico socialista. Contudo, durante o processo de implementação do SUS a perspectiva marxista e seu conteúdo estratégico socialista foi se perdendo, ao passo que atualmente uma visão desenvolvimentista de caráter keynesiano predomina no Movimento (Carnut et al, 2019).

⁶ Reconhecemos que o campo da ‘Economia Política da Saúde’ no Brasil tem sido trabalhado, principalmente, pela perspectiva keynesiana, e, minoritariamente, pela perspectiva marxista (no qual este artigo visa problematizar). Entre os keynesianos, para maiores detalhes, sugerimos a leitura dos estudos de Gadelha (2003), Ocké-Reis (2012) e Padula (2017).

moderna economia política”, por ter sido o primeiro a atribuir ao trabalho à origem do valor. Pensador eclético, médico entre outras atividades [...] Petty percebia claramente as vinculações sociais de vários problemas de saúde. Não lhe bastava reconhecer que a fertilidade natural e a população eram condições básicas para a prosperidade nacional. Para ele, a aceitação de tal premissa ia de par com a responsabilidade de remover os principais impedimentos ao completo desenvolvimento de tais recursos. Um aspecto importante desta responsabilidade era a criação de condições que promovessem a saúde, evitassem a doença e tornassem o cuidado médico acessível a todos que dele necessitassem. É interessante destacar que Petty reduz aqui a vida humana a sua capacidade de trabalho – o que é o escravo, senão força de trabalho despida de qualquer outro significado vital? Séculos depois, os neoclássicos incidirão em modalidade similar de raciocínio; sem poder se dar ao luxo de uma formulação explicitada como a de Petty, também eles veem o ser humano apenas como capacidade de trabalho: na teoria do capital humano, o homem é reduzido a mero elemento da produção. As teorias de Petty sobre as implicações sociais e econômicas dos problemas de saúde são a mais significativa contribuição inglesa nesta área do pensamento social anterior ao século XIX. Discípulo de Hobbes em sua teoria política, Petty aceitava a tese de que o governo estava justificado ao desenvolver medidas políticas ou institucionais pelas quais aumentasse o poder e a riqueza nacionais, reconhecendo ao mesmo tempo que cabia à política pública objetivar a melhoria dos padrões de vida da população; esta deveria ser tão numerosa quanto possível, mas composta de pessoas saudáveis e felizes (Braga & Paula, 1981, p. 05).

Carnut e Mendes (2018), novamente apoiados em Braga e Paula (1981, p. 07), argumentam as contribuições e limitações do mercantilismo em três aspectos: o primeiro, diz respeito que a saúde é uma questão socioeconômica, extravasando os limites da prática médica; o segundo nos remete a ideia de encarar a saúde como problema de administração pública (negócio de política econômica) e por fim, a intervenção encontra limites por se tratar de um incipiente conhecimento da prática médica e do baixo nível de organização administrativa do Estado.

Os trabalhos produzidos pelos pensadores econômicos políticos buscam a compreensão das relações entre os homens na reprodução da vida material. Essa perspectiva, que é científica, ganha corpo na longínqua formação dos Estados nacionais, e, segundo Pereira (1979), foi nesse período que se deu a predominância do capital industrial competitivo, a partir da segunda metade do século XVIII, como condição essencial para o desenvolvimento da economia política enquanto ciência.

Filgueiras (2018) vai ao encontro do pensamento de Pereira (1979), quando esse autor configura a economia política como uma ciência singular que se inicia no século XVIII:

Distinta da moral, da religião, da ética, da política e do direito –, é um produto direto e genuíno do capitalismo; surgiu na Europa no século XVIII, e ali desenvolveu-se inicialmente, com o intuito de pensar, entender e explicar a natureza e o funcionamento desse modo de produção. As suas várias escolas de pensamento (mercantilistas, fisiocratas e clássicos), bem como a “Crítica da Economia Política” formulada por Marx, tinham por objeto de estudo comum – apesar de suas divergências epistemológicas, de método e compreensão – as *relações sociais* e a forma de produção e distribuição da riqueza no novo modo de produção, que estava substituindo o antigo modo de produção feudal. Em suma, estavam preocupadas com a investigação da estrutura e dinâmica da economia capitalista (as suas leis de funcionamento), tal como esta então se configurava e se desenvolvia concretamente na Europa. (Filgueiras, 2018, p. 149, grifo nosso).

De acordo com Netto e Braz (2006), a expressão “economia política”, aparece pela primeira vez em 1615, quando Antonie Montchétien (1575-1621) publica a obra “Tratado de economia política”. Os autores apontam que o termo também está presente nas obras de François Quesnay (1694-1774), James Stuart (1712-1780) e Adam Smith (1723-1790). No entanto, seria apenas na aurora do século XIX que passaria a designar um determinado corpo teórico (Netto e Braz, 2006).

Sobre este aspecto, Pereira (1979) compreende que o capitalismo e o poder transformador da força de trabalho, que converte bens e insumos em mercadorias para serem vendidas aos mercados, rompe com o monopólio da força e a vontade divina do soberano; a burguesia cria as condições que lhes são favoráveis para a competição no mercado. O autor prossegue ao alertar que esse novo evento irá permitir aos grandes economistas clássicos já mencionados por Netto e Braz (2006), – Smith, Quesnay, Ricardo, Say e principalmente Marx, – desvendar a natureza do funcionamento econômico do sistema capitalista (Pereira, 1979).

Netto e Braz (2006) também conseguem sintetizar com clareza a leitura dos economistas clássicos nas impressões que se referem às questões relativas ao mundo do trabalho e a crise do Antigo Regime, como se pode conferir:

Os maiores representantes da economia política clássica, Smith e Ricardo, a despeito das diferenças entre suas concepções teóricas, encontram-se nitidamente duas características centrais da teoria que vinha se elaborando há quase duzentos anos. A primeira delas refere-se à natureza mesma dessa teoria: não se tratava de uma disciplina,

especializada, que procurava recortar da realidade social um objeto específico (o econômico) e analisá-lo de forma autêntica. Para os dois autores mencionados, como para vários daqueles que os precederam, centrando a sua atenção nas questões relativas ao trabalho, ao valor e ao dinheiro, à economia política interessava compreender o *conjunto das relações sociais* que estava surgindo na crise do Antigo Regime – e naquelas questões se explicitavam, de forma irrecusável, as transformações em curso na sociedade, a partir da generalização das relações mercantis e de sua extensão ao mundo do trabalho (Netto e Braz, 2006, p. 17, grifo nosso).

Ao explorar as ideias que dizem respeito aos primórdios da economia política, Kon (2007), concorda com os demais autores (Pereira; Filgueiras; Netto e Braz), pois concebe que, apesar de a contribuição do campo da economia política surgir desde o período dos mercantilistas e dos fisiocratas, é por meio dos autores clássicos⁷ que a orientação das análises teóricas se aprofunda nas questões relacionadas ao trabalho, na agricultura, na indústria e no valor (Kon, 2007).

Outra característica apontada por Netto e Braz (2006) a respeito dos pensadores em economia política é a forma como estes lidam com as seguintes instituições e categorias econômicas: dinheiro, capital, lucro, salário, mercado, e propriedade privada. Os autores argumentam que as categorias citadas foram descobertas pela razão humana, sendo consideradas pelos economistas políticos clássicos como *eternas e invariáveis*⁸, conforme o trecho destacado a seguir:

Eles as entenderam como categorias e instituições *naturais* que, uma vez descobertas pela razão humana e instauradas na vida social, permaneceriam eternas e invariáveis na sua estrutura fundamental. Esse entendimento, os clássicos deviam-no à inspiração das concepções próprias do *jusnaturalismo moderno*, extremamente influente na Europa Ocidental dos séculos XVIII e que marcou vigorosamente a teoria política liberal (ou o liberalismo clássico), cujo grande representante foi o inglês John Locke (1632-1704) (Netto e Braz, 2006, p.19, grifo nosso).

Braga e Paula (1981, p. 08), analisam também as etapas evolutivas do capitalismo e concomitantemente apontam para a melhora da saúde das populações a longo prazo, considerando que o avanço das forças produtivas melhora a saúde

⁷ *A Riqueza das Nações* de Adam Smith, e os *Princípios de Economia Política e Taxação* de Ricardo, são os grandes divisores de águas no desenvolvimento das ideias econômicas, representando a transição da antiga para a moderna economia (Marshall, 1996, p. 06).

⁸ Marx historicizou as categorias manejadas pelos clássicos, rompendo com a naturalização que as pressupunha como eternas; e pôde fazê-lo porque empregou na sua análise um método novo – o método crítico dialético, conhecido como materialismo histórico (Netto e Braz, 2006, p. 25).

bem como as condições materiais de vida. Essa afirmação deve ser refletida com a devida cautela, pois os próprios autores reconhecem que no período inicial da revolução industrial, a mortalidade do trabalhador era demasiadamente alta por questões relacionadas aos baixos salários, à subnutrição, jornadas exaustivas de trabalho e ambiente insalubre no parque fabril, este, desprovido de qualquer equipamento de proteção para os trabalhadores, e a cidades industriais poluídas, com aglomerações populacionais vivendo em moradias precárias e sem saneamento básico. Sobre as questões relacionadas à saúde do trabalhador e mencionadas neste parágrafo, os autores esclarecem com os seguintes argumentos:

Todos os dados mostram que a expansão capitalista leva a um grande aumento da produção, cuja taxa de crescimento largamente ultrapassa a demográfica (afastando assim o fantasma malthusiano) e resultando disto melhoria das condições materiais de vida e, portanto, melhoria de saúde. Entretanto, a mesma certeza não se pode ter em situações específicas e em prazos curtos. Na realidade, a elevação do produto social é condição necessária, mas não suficiente, para o aumento do consumo. Para tal, é necessário que se assegure também alguns mecanismos de distribuição de tal produto; caso contrário, é possível coexistirem, como no Brasil da década de 70, elevação do produto e deterioração das condições de vida [...] A questão dos salários, como se sabe, foi solucionada apenas no longo prazo, numa luta política cujos resultados não se fizeram sentir de imediato. Entretanto, deve-se levar em conta que a reivindicação fundamental dos trabalhadores na época da Revolução Industrial era, mais do que o salário, a redução da jornada e a melhoria das condições de trabalho. E aqui, pressionado politicamente, o Estado foi obrigado a agir mais diretamente: em 1833, por exemplo, foi votado o “Factory Act” que, embora relativamente ineficaz, marcou o início real da legislação fabril na Grã-Bretanha. As condições de existência da população trabalhadora inglesa atingiram um estágio tal de deterioração e aviltamento que o perigo de disseminação de epidemias entre as classes dominantes e as pressões políticas dos trabalhadores terminaram por obrigar o Estado a se preocupar com medidas efetivas para a diminuição da mortalidade. Ademais, os níveis de mortalidade e morbidade pareciam ameaçar o próprio processo de acumulação de capital, como nos diz um industrialista da época (Braga e Paula, 1981, p, 08- 09).

Enfim, de acordo com Braga e Paula (1981), os economistas clássicos direcionaram a sua atenção para as questões de formação e da distribuição do valor, buscaram realizar uma teoria da produção, uma teoria da repartição da renda,

sendo assim, estão conectados com a realidade de sua época, a do capitalismo industrial. Desconsideram, contudo, a crítica necessária às contradições geradas pela própria sociabilidade capitalista, reduzindo 'o social' ao 'econômico' e buscando a autonomização do 'econômico' que permita vida próspera ao capitalismo emergente.

Sobre, exclusivamente a seara dos economistas políticos clássicos e à crítica direcionada à economia política, Teixeira (2015) compreende que Marx soube como se basear com o legado produzido por nomes como Adam Smith e David Ricardo, pois, na prática, ele pôde aperfeiçoar teorias já escritas anteriormente e contestá-las em um nível avançado de conhecimento sobre o sistema capitalista jamais visto. Ainda, segundo o autor, Marx explora os diferentes aspectos em torno do trabalho, salário, lucro, renda da terra e capital (Teixeira, 2015).

A crítica de Marx sobre as demais escolas do pensamento econômico clássico demonstrou as contradições do modo de produção capitalista, e, portanto, suas fragilidades. Sua genialidade trouxe à luz o antagonismo de interesses das diferentes classes sociais. Marx denunciou a luta desigual entre os opressores e oprimidos, ou seja, os detentores dos meios de produção de um lado e os trabalhadores do outro, a estes, cabendo apenas à venda da sua força de trabalho explorado pelo capitalista em troca de sua sobrevivência assalariada, configurando-se, portanto, a luta de classes. No campo das relações sociais e do trabalho, Marx divergiu profundamente de Smith e Ricardo, a despeito do que ambos entendiam como a origem do lucro⁹ sem considerar de onde ele provém (Filgueiras, 2008).

Para Netto e Braz (2006), a economia política aborda questões ligadas diretamente a interesses materiais (econômicos e sociais) e, em face deles, não há nem pode haver neutralidade: suas teses e conclusões estão sempre conectadas a interesses de grupos sociais. Da mesma forma, Pereira (1979) concebe que a economia política, deixa de ser apenas uma área da economia que formula leis. Para o autor é um dever com a sua própria realidade histórica e suas proposições para modificá-las.

Nesse sentido, é possível dizer que as categorias em debate na economia política clássica não revelavam um assento específico à saúde *a priori*. Pelo contrário, a saúde (ou ausência dela) era vista como consequência nefasta para o processo de acúmulo do capital em função da impossibilidade de recorrer ao uso da força de trabalho como meio de produção apenas. Mesmo essa compreensão

⁹ A obra de Marx completa e corrige a de Ricardo ao desvendar e destacar a exploração e, então, a verdadeira origem do lucro. Enquanto Ricardo, introduzindo o trabalho indiretamente contido nos meios de produção (capital constante para Marx) relaciona sua propriedade ao recebimento do lucro sem considerar de onde ele provém, Marx atribui o lucro ao trabalho vivo (trabalho diretamente usado na produção, para Ricardo), destacando a qualidade de mercadoria da força de trabalho, cuja especialidade é gerar um valor superior ao seu próprio, este último determinado (Mollo, 2013, p. 48).

sendo limitada e desconsiderando o valor como elemento advindo do trabalho explorado, é possível dizer que já havia um esforço (ainda que inicial) de relacionar a presença do processo saúde-doença como algo interligado ao modo de produzir bens, mercadorias, ou seja, a vida.

A compreensão da saúde no cenário de discussão da economia política clássica vai se delimitar melhor com a crítica à economia política realizada por Marx destinada aos economistas clássicos. Ao perceber a inversão realizada pela economia política clássica (que compreendia o valor advindo da terra ou a circulação de mercadorias simples), Marx vai criticar o papel naturalizador da economia política e compreenderá o papel que a relação social capitalista (trabalhador-burguesia) joga na centralidade do acúmulo de mais-valor. Nesse sentido é que o peso do poder da burguesia sobre os corpos dos trabalhadores e sua forma de coisificá-los explorando-os similarmente às máquinas existentes no período da revolução industrial irá trazer para o cerne a saúde e o adoecimento do trabalhador como um impeditivo importante para extração de mais-trabalho, e, portanto, mais-valor.

Nessa perspectiva, é Marx quem realmente desenvolveu reflexões diretamente relacionadas com a problemática da saúde – reforçando a abordagem de economia política crítica da saúde –, ao se preocupar com o capitalismo como uma relação social histórica entre o capital e o trabalho, no processo de produção – valor do trabalho (mais-valia), nas condições do processo de produção como um todo e no processo de trabalho – mais-valia relativa e mais-valia absoluta. Daí, percebe-se como o processo de produção está enraizado na determinação social da saúde e da doença. Essa ideia é explicitada a partir de duas razões, conforme Braga e Paula:

... a primeira é que Marx e Engels assumem uma posição ideológica de defesa da classe operária; a segunda, é que metodologicamente assumem a postura de analisar a sociedade como um todo: embora dando primazia aos aspectos econômicos na determinação da estrutura social, veem as questões econômicas, políticas e ideológicas como intimamente entrelaçadas (Braga e Paula, 1981, p.16).

Ainda, merece menção a continuidade da leitura das ideias de Marx conforme Braga e Paula apresentam (p. 16 e 17), levando-nos a compreender que:

... Marx não parte da distribuição do produto social para determinar o nível de salário e de subsistência, como faz Ricardo. Inverte o sentido do raciocínio e parte das relações de produção, que terão como consequência a determinação daquele nível de subsistência. Este variará historicamente. Nos momentos iniciais do desenvolvimento do

capitalismo – a que Marx assistiu – e, mais tarde, no quadro das economias capitalistas subdesenvolvidas, a tendência era a de reduzir tanto quanto possível os níveis salariais e de subsistência. Na medida em que o capitalismo amadurece, entretanto, duas forças agem no sentido da melhoria de tais níveis: economicamente, a ampliação e barateamento da produção de bens de consumo proporcionados pela elevação da produtividade do trabalho exige a criação de novos consumidores, obtidas através da melhoria dos níveis salariais. Ao mesmo tempo, a progressiva organização da classe operária capacita-a a lutar econômica e politicamente por seus interesses, contrapondo-se aos capitalistas.

Sinteticamente, Braga e Paula argumentam: “Para Marx, a grande indústria movida por um processo de trabalho destinado a valorizar o Capital tem efeitos prejudiciais à saúde dos trabalhadores” (p. 18). Isto é bem tratado nos capítulos A Jornada de Trabalho; A divisão de trabalho e a manufatura; e Maquinaria e grande indústria do Livro I de *O Capital* –. Nesses, Marx cita estatísticas sobre a saúde e os níveis de mortalidade. Diante do exposto, é possível admitir o argumento dos autores quando dizem que Marx vai mais além do que seus antecessores na relação com a problemática da saúde. Na realidade, conforme Braga e Paula (1981), Marx dá ênfase entre saúde e o processo capitalista de produção e não apenas entre saúde e processo industrial (p. 18).

A partir da abordagem sintética da economia política mencionada até este momento, entendemos ser fundamental apresentarmos sua relação com o campo da economia política da saúde. Essa última busca discutir a saúde na sua relação entre o econômico e o político, tal como compreender a saúde associada ao debate com o Estado e seu papel no desenvolvimento econômico capitalista e na garantia da proteção social (universal ou não), ou seja, colocar a saúde numa discussão intrinsecamente relacionada ao contexto socioeconômico, político-ideológico e das tradições culturais e intelectuais do país. Para além disso, compreendemos ser essencial avançar na discussão da economia política crítica da saúde com orientação marxista. Essa passagem neste artigo adquire importância à medida que contribui para retomar a construção original da saúde coletiva¹⁰ no

¹⁰ O campo da Saúde Coletiva no Brasil não é o similar do que se conhece como Medicina Social nos países latino-americanos ou, aproximadamente, o que é Saúde Pública nos países anglo-saxões e ibéricos, mas muito mais do que isso. A Saúde Coletiva é um aporte teórico-político cujas origens se encontram ao final da década de 1970, em um contexto em que o Brasil vivia uma ditadura militar. A Saúde Coletiva nasceu neste período, vinculada a luta pela democracia e ao Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. As influências do preventivismo e da medicina social fazem parte de sua constituição. Assim, Campos (2000) define a Saúde Coletiva, de forma bastante objetiva, como sendo um campo de saberes e práticas sobre a saúde, tomando-a como um processo socialmente determinado. Ainda, este campo apresenta três grandes áreas que se entrelaçam: a ‘epidemiologia’, a ‘política, planejamento e gestão em saúde’, e as ‘ciências sociais e humanas em saúde’.

Brasil de analisar o setor saúde com base na Economia Política (Donnangelo, 1983; Canesqui, 1995; Paim e Teixeira, 2006), abordagem muito abandonada nos presentes estudos voltados à 'economia da saúde' no Brasil (Alves et al, 2019).

Nessa perspectiva de tratar a saúde não dissociada da política e dos aspectos econômicos-sociais, Viana et al. (2007) são categóricos. Para eles, a associação entre economia e política deriva, em grande parte, da escola marxista. Esse entendimento favorece a compreensão dos fenômenos sociais, por meio da visão conjunta entre economia e política, Estado e mercado, público e privado e suas consequências sobre a saúde¹¹. Sobre esse aspecto, os autores argumentam:

Não desconhecemos os importantes aportes que a economia da saúde trouxe para a melhor compreensão do funcionamento do setor, enquanto produtor de bens e serviços, destacando-se desde os estudos no campo da macroeconomia como perfil do gasto público em saúde e suas relações com o PIB e os padrões de desenvolvimento econômico, bem como os microeconômicos, voltados para melhor conhecer as formas de organização e desempenho das unidades produtoras de saúde (Viana et al., 2007, p. 09).

De forma diferenciada de separar os estudos na economia da saúde como macro e micro (Viana et al., 2007), consideramos que a contribuição de Braga e Paula (1981) se adequa melhor à análise do 'econômico no setor saúde'. Isso porque, esses últimos autores se referem à perspectiva política da economia na totalidade da sociabilidade capitalista, em que tudo se encontra relacionado e não separado em partes 'macro' e 'micro'.

Mesmo tendo sua obra de referência publicada há 28 anos, essa não foi corroída pelo tempo, permanecendo atual, e a posicionamos como referência na construção do campo da economia política da saúde. Os autores permeiam, em seu texto, todas as etapas de desenvolvimento social e econômico em amálgama com o pensamento em saúde coletiva, resgatando desde o mercantilismo até o desembarque no capitalismo moderno. Em seu trabalho são muito bem exploradas as nuances do capitalismo contemporâneo como também a hegemonia da ideologia econômica neoclássica (Braga e Paula, 1981).

Com efeito, consideramos a produção literária dos autores como sendo de vanguarda para o estudo da economia política da saúde em direção a uma perspectiva crítica. Por certo, posteriormente a Braga e Paula, uma nova gama de intelectuais se dedicou a produção de trabalhos voltados para a economia de saúde, contudo, ainda ancorados em uma perspectiva hegemonicamente neoclássica.

¹¹ Numa perspectiva de tratar a saúde como uma questão 'politicamente intermediada', ver alusão a um artigo de Bayers e Leis (1986).

De acordo com Braga e Paula (1981, p. 01), no curso da história do capitalismo, a questão da saúde não só cresce como problema coletivo como também ganha espaço no pensamento econômico-social. A respeito desta questão, os autores esclarecem:

O efetivo surgimento da questão da saúde como objeto específico não só da ciência econômica como também da política econômica é resultado, acima de tudo, do avanço do capitalismo e de seus conflitos. Desta forma, não é por acaso que a escola neoclássica apresenta hoje um considerável nível de sistematização acerca do problema: tal conhecimento é um pré-requisito para que o Estado capitalista, admitidas as diferenciações nacionais, molde a seu feitio as políticas de atenção à saúde. Mas o avanço do capitalismo não leva água apenas para o moinho da escola neoclássica; também os seus críticos passam a se preocupar cada vez mais com o tema da saúde (Braga e Paula, 1981, p. 01).

De acordo com Sestelo (2018), Braga e Paula (1981) entendem que a saúde emerge como questão social na primeira fase do desenvolvimento capitalista brasileiro, ainda no bojo da economia exportadora cafeeira do início do século XX. O autor deixa claro que:

Braga e Paula referem-se concretamente ao controle de endemias e problemas gerais de saneamento nos núcleos urbanos que surgem no processo de acumulação cafeeira. Entre as medidas oficiais de controle e regulamentação do mercado de trabalho, os autores relacionam a exigência de autorização dos pais para emprego de menores de 18 anos em 1917 e a promulgação da lei de indenização por acidentes de trabalho nas companhias de transporte, nas de construção civil e nas fábricas em 1919. No mesmo ano, são criadas as companhias privadas de seguro do trabalho e que, a partir de então, se constituirão em foco de resistência a uma política securitária por parte do Estado (Sestelo, 2018, p. 61).

Entretanto, desde os mercantilistas passando pelos economistas clássicos até Marx, é possível dizer que a saúde teve alguma presença na constituição da economia política enquanto ciência, ainda que não existissem aparelhos de atenção à saúde como no caso dos sistemas de saúde de hoje – com exceção da Polícia Médica.

Somente no final do século XIX, com a montagem e estruturação de tais sistemas de atenção à saúde, é que o pensamento neoclássico viria a impulsionar

e impulsionar-se. A elaboração desse pensamento ajudou o econômico se alinhar mais facilmente à saúde com vistas a sua mercantilização e, claro, no sentido do desenvolvimento do capitalismo nos países centrais. Com a expansão do capitalismo no mundo houve uma busca por domínio transfronteiriço da versão neoclássica no setor saúde, especialmente nos sistemas de saúde cujo caráter mercantilizador era mais forte (Braga e Paula, 1981). Essa versão do campo econômico hoje faz parte do *mainstream* dos economistas, inclusive daqueles que se filiam ao campo da economia da saúde consolidando um grupo ideológico econômico hegemônico na atualidade.

A 'Economia da Saúde' no Brasil e sua submissão à teoria econômica neoclássica

Como abordado ao final da seção 1 desse artigo, a economia da saúde no Brasil, ao longo de seu processo de institucionalização nos anos 1990 e 2000, foi priorizando temas distantes da abordagem da economia política – como é o caso financiamento do SUS, apoiado na sua relação com os problemas do Estado brasileiro, do desenvolvimento e das macropolíticas nacionais de seguridade social e saúde. A temática prioritária do início da economia da saúde no país foi sendo substituída por temas como 'avaliação econômica em saúde', 'abordagem sobre custos em saúde' etc., associados ao campo da microeconomia e do pensamento neoclássico.

Essa mudança no conteúdo das temáticas da economia da saúde apresenta sintonia com o contexto capitalista a partir dos anos 1990, marcado pelos tempos de dominância do capital portador de juros no movimento do capital e do neoliberalismo, com a presença significativa de políticas econômicas restritivas e austeras (Mendes et al., 2017). Todas essas políticas têm inspiração na visão neoclássica que sustenta a racionalidade neoliberal, estruturando e organizando não apenas a ação dos governantes, mas até a conduta dos governados, com redução dos direitos sociais, inclusive no tocante à política de saúde e valorização de instrumentos gerenciais para assegurar a melhor gestão do sistema de saúde, como o caso da 'avaliação econômica', 'custos em saúde', melhor 'eficiência' etc.

Não resta dúvida de que nos tempos atuais, o mundo está sob uma estrondosa tempestade que trouxe, novamente e com brutalidade, o protagonismo das teorias econômicas ultraliberais provenientes da escola monetarista e neoclássica. O Brasil foi se posicionado no centro desta tormenta.

Após o recente e conturbado processo eleitoral de 2018, um novo governo, de extrema-direita, tomou posse em 2019. Os sujeitos políticos vencedores do pleito já demonstraram que sua administração é de orientação econômica ultraliberal, carregada de retórica misógina, homofóbica, neofascista e autoritária. Diante desse cenário, espera-se o aprofundamento das contrarreformas do

Estado com a supressão de direitos trabalhistas e sociais, e, assim, aniquilamento do já precário sistema de proteção social.

Mesmo com a guinada para a extrema direita como ocorreu no Brasil em 2019 e da clara sinalização para os agentes do mercado de qual será a política econômica para os próximos anos, o protagonismo hegemônico neoliberal na construção das agendas econômicas voltadas para a saúde não é um novo paradigma que pairou repentinamente sobre a América Latina. De acordo com Bertolozzi e Greco (1996) sob a ótica do neoliberalismo não se admite o conceito de direitos sociais, assim, tanto a condição de mercadoria da força de trabalho quanto a mercantilização dos bens sociais vêm sendo reforçadas desde 1980.

Filgueiras (2018) compreende que a atual hegemonia econômica neoliberal é sustentada e viabilizada pelo controle ideológico nas escolas de economia, assim como o poder político e da mídia que servem ao grande capital:

As razões para a existência dessa hegemonia estão localizadas tanto no interior quanto fora da academia: vão desde o poder político-midiático do grande capital na sociedade, passando pelo caráter instrumental (e adequado ao senso comum) desse conhecimento, até o controle das instâncias institucionais que contribuem para reproduzi-lo e legitimá-lo internamente à academia: agências de fomentos-avaliação (CAPES e CNPq) e o *ranking* de classificação de revistas e periódicos. (Qualis Periódicos) (Filgueiras, 2018, p. 147).

Ainda de acordo com os autores, existem dois elementos que foram sistematicamente implementados na academia que corroboram com a manutenção do *status quo* neoclássico na formação dos futuros economistas. O primeiro, diz respeito à fundamentação dos cursos de economia com base apenas em autores e literatura que não oferecem aos discentes uma visão crítica; e, o segundo, tem relação ao processo de seleção dos docentes, onde o padrão estabelecido segue a norma do *mainstream* da profissão (Filgueiras, 2018).

Prado (2001) corrobora com os argumentos apresentados por Filgueiras (2018). Para o autor, a difusão do pensamento neoclássico no Brasil ocorreu a partir dos anos 1970 com uma perspectiva acadêmica que despreza a crítica e a política, e, em contrapartida, que contemplava invariavelmente significativa carga de Matemática e Estatística, disciplinas estas necessárias à formação ortodoxa (Prado, 2001). O autor prossegue em sua análise e esclarece que, desde 1966, um grupo formado por proeminentes economistas da época, entre eles, o influente ministro da ditadura empresarial-militar Antônio Delfim Netto, conseguiram reformular os currículos dos cursos de Economia, desvencilhando-os de outras graduações, como sociologia, direito e administração. O autor nos traz mais elementos elucidativos sobre isto, no texto em destaque:

Em 1966, um grupo de importantes economistas, alguns ligados à ditadura militar implantada há dois anos, procurou encontrar os caminhos da consolidação do ensino de Economia no país, nos moldes anteriormente aludidos. Reunidos no Encontro de Itaipava (RJ), Antônio Delfim Netto, Mário Henrique Simonsen, Isaac Kerstenetsky, entre outros, traçaram novos rumos para o desenvolvimento da ciência econômica no país, visando a emancipá-los do domínio até então exercido por outras disciplinas como Sociologia, Direito, Administração etc. Determinaram, então, como principais objetivos reformular os currículos dos cursos de Economia e iniciar a formação e treinamento de professores para esses cursos mediante a criação de centros de pós-graduação no Brasil, treinamento de estudantes e docentes, inclusive por meio da realização de doutorado no exterior, especialmente nos Estados Unidos. A finalidade era, segundo Delfim Netto, “estabelecer as condições de um ensino que cubra as partes essenciais da moderna teoria econômica”. Para atingir esses objetivos, no final dos anos 60 e começo dos 70 foram enviados dezenas de jovens graduados em Economia para estudar no exterior, muitos dos quais financiados por recursos ligados ao Acordo MEC-USAID¹². Os “pedagogês” brasileiros, como vieram a ser chamados, que voltaram na década de 70, instalaram-se principalmente em instituições estritamente de pesquisa, como o IBRE (Instituto Brasileiro de Economia) e o IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) ou em instituições mistas de pesquisa e ensino, como o IPE e a EPGE. Uma parte menor espalhou-se pelos novos cursos de pós-graduação das universidades federais, formando núcleos de pesquisa que não raramente se vinculavam também a órgãos de gestão, planejamento e desenvolvimento econômico, seja do governo federal seja de governos estaduais (Prado, 2001, p. 14).

¹² Nome de um acordo que incluiu uma série de convênios realizados a partir de 1964, durante o regime militar brasileiro, entre o Ministério da Educação (MEC) e a *United States Agency for International Development* (USAID). Os convênios, conhecidos como acordos MEC/USAID, tinham o objetivo de implantar o modelo norte-americano nas universidades brasileiras através de uma profunda reforma universitária. Segundo estudiosos, pelo acordo MEC/USAID, o ensino superior exerceria um papel estratégico porque caberia a ele forjar o novo quadro técnico que desse conta do novo projeto econômico brasileiro alinhado à política norte-americana. Além disso, visava a contratação de assessores americanos para auxiliar nas reformas da educação pública em todos os níveis de ensino. A discordância com os acordos MEC/USAID se tornaria na época a principal reivindicação do movimento estudantil, cujas organizações foram em seguida colocadas na clandestinidade. Alguns setores acreditavam que o convênio com os Estados Unidos levaria à privatização do ensino no Brasil. Diante da violenta oposição levantada nos meios intelectuais e estudantis contra os acordos MEC/USAID, o governo criou, em 1968, um Grupo de Trabalho encarregado de estudar a reforma e propor um outro modelo (Menezes e Santos, 2001), disponível em: <<http://www.educabrasil.com.br/mec-usaid/>>).

Percebe-se, portanto, que a manutenção da predominância da escola neoclássica está bem alicerçada na academia, assim, evidentemente, cérebros e corações são conquistados durante a graduação dos futuros economistas. No que tange aos conceitos propriamente ditos sobre a teoria econômica em discussão, para sua melhor compreensão, o primeiro passo é nos familiarizarmos com as diretrizes que materializam o pensamento neoclássico e conseguir diferenciá-lo do pensamento clássico. Esse exercício de contraposição entre duas vertentes econômicas foi bem executado por Prado (2001):

Para definir os contornos da teoria neoclássica é preciso contrapô-la à teoria clássica. Esta última caracteriza-se por analisar o sistema econômico principalmente no âmbito da produção e numa perspectiva de longo prazo. Nessa situação em que se faz abstração dos desequilíbrios e das flutuações de curto prazo, as taxas de lucro calculadas em relação aos preços de oferta dos bens de capital são uniformes, assim como são uniformes as remunerações da força de trabalho e dos recursos naturais considerados qualitativamente homogêneos. Pressupõe-se que haja livre competição, e que não existam barreiras à entrada nas diversas indústrias [...] Os economistas clássicos, assim como Marx, acreditavam que o sistema econômico funcionava sob uma lei de tendência à igualação das taxas de lucro nos diferentes setores e ramos da economia. Segundo eles, os capitais, principalmente na forma monetária, saíam dos ramos com taxas de lucro mais baixas, para entrar naqueles com taxas de lucro acima da média. E isto ocorria devido à ação dos empresários capitalistas que buscavam persistentemente a valorização de seus capitais no mais alto nível possível. Dada a alta mobilidade do capital e uma certa mobilidade da força de trabalho, a alocação dos capitais nos diversos setores industriais e agrícolas acabava gerando uma tendência para a uniformização das taxas lucro e das remunerações dos demais agentes da produção. Neste sentido, os preços de produção apareciam para eles, ao mesmo tempo, como possibilidades que são reais porém improváveis. De qualquer modo, eles funcionavam como centros de gravidade dos preços de mercado que supostamente refletiam as condições contingentes do processo econômico em cada lugar e a cada momento do tempo (Prado, 2001, p. 10-11).

Já sobre a teoria neoclássica, Prado (2001) demarca a diferença:

A teoria neoclássica em sentido amplo nasceu em diversos países, sob culturas econômicas diferentes, quase ao mesmo tempo – ou seja, na

década de 1870. Entre os pioneiros acham-se Hermann Heinrich Gossen, na Alemanha; Carl Menger, na Áustria; Léon Walras, na Suíça; Stanley Jevons e Alfred Marshall, na Inglaterra. Todos esses autores centraram sua análise num indivíduo genérico isento de relações sociais, que busca atender ao seu próprio interesse e que se orienta invariavelmente por suas preferências subjetivas. Sobre essa base, erigiram o que veio a ser chamado de microeconomia, um ramo da teoria econômica que se concentrou inicialmente na análise do mercado de concorrência, no qual cada agente econômico pode ser tratado como independente dos demais. A teoria neoclássica, em geral, teve desde o início o objetivo central de mostrar como um mercado funciona quando tais átomos sociais dançam, por assim dizer, a música dos preços (Prado, 2001, p. 10-11).

Ainda, Moraes e Torrecillas (2013) sintetizam com fluidez o pensamento econômico neoclássico. Para os autores, há principalmente a incapacidade das políticas calcadas na ortodoxia econômica em gerar equidade social e justiça econômica. Os conceitos teóricos neoclássicos esvaziam o foco analítico de como as vias jurídicas e institucionais influenciam a economia. Nesse ponto, os neoclássicos negam a influência que a elite financeira e política possuem na construção da agenda nacional e no direcionamento das políticas públicas. Sem embargo, a teoria econômica em questão, recusa ser ciência social, pois negligencia a complexidade das interações sociais. Recorreremos abaixo ao fragmento do texto em que os autores mencionados neste parágrafo se posicionam de maneira crítica à teoria neoclássica:

Ao que parece a teoria neoclássica desenha um modelo de sociedade onde todos os indivíduos sem exceção compartilham dos mesmos interesses, dispõem do mesmo discernimento, possuem acesso igual às informações e balizam todas as suas ações com base nessas informações. Todos agem de maneira racional e, sem conflitos de interesses, sempre conseguem atingir seus objetivos. A teoria econômica predominante que é ensinada em praticamente todos os centros acadêmicos do mundo parte de situações hipotéticas de equilíbrio econômico. O que se vê na economia neoclássica é uma distorção da escola de economia política inglesa. Se outrora os problemas sociais foram o cerne da discussão, hoje não mais, pois ao que parece os economistas políticos deram lugar aos economistas monetaristas, que se concentram em modelos matemáticos abstratos, inflexíveis e irrealistas. Assim se estabelecem economistas que, ao que parece, se movem por fé em seus modelos e cujo trabalho serve para legitimar os interesses

dos credores produzindo teorias que justificam, por exemplo, as políticas monetaristas que em larga medida beneficiam e garantem ganhos aos credores (Moraes e Torricillas, 2013, p. 231).

Quando nos referimos aos efeitos do pensamento neoclássico ao setor saúde, considera-se importante retomar a contribuição de Braga e Paula (1981) à medida que discutem a relação da questão da saúde com o pensamento econômico ao longo de sua trajetória, em consonância com a história do capitalismo. Esses autores apresentam proposições para esse pensamento em crítica direta à visão neoclássica, que permaneceu inspiradora da concepção neoliberal dominante há quase quarenta anos.

A visão neoclássica, por ter como alvo maior de suas análises as questões da microeconomia – como recentemente adotadas pelo campo da economia da saúde no Brasil – prevalece a proposta da eficiência da unidade produtiva e melhoria da administração não se levando em conta muitas vezes a visão do todo, pois restringem as questões da saúde à racionalidade do mercado, à análise da indústria do cuidado à saúde (Braga e Paula, 1981).

O fato de o pensamento neoclássico restringir a abordagem da saúde à ‘indústria’ do cuidado à saúde¹³, Braga e Paula ainda ampliam suas críticas:

Uma das críticas básicas que se pode fazer aos neoclássicos é esta postura de tudo reduzir a meras dimensões “econômicas”; a escola neoclássica legitima e fornece o instrumental para que nesta sociedade regida pelo lucro e pelos interesses capitalistas, tudo seja reduzido à sua expressão contábil. Saúde reduz-se a simples capacidade produtiva. No caso em questão, o esforço neoclássico para definir as despesas com atenção à saúde como um gasto de investimento – portanto capaz de apresentar um retorno – e não de consumo, mostra a visão capitalista do mundo (Braga e Paula, 1981, p. 21).

Para Braga e Paula (1981), o pensamento neoclássico ao privilegiar em sua análise os efeitos da atividade produtiva sobre a saúde das pessoas, avalia os efeitos da atenção à saúde em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade, de escolhas (preferências) dos indivíduos no mercado¹⁴, etc. Enfim, reduzem a uma análise de sua mera expressão contábil, em que saúde se reduz à simples capacidade produtiva.

¹³ Para essa abordagem neoclássica de conceber a saúde como ‘indústria de cuidados médicos’, na perspectiva da ‘welfare economics’, ver Arrow (1963).

¹⁴ A análise da saúde a partir das ‘escolhas individuais’ no mercado se adequam ao ferramental microeconômico neoclássico intitulado teoria econômica da escolha pública. Nela os conceitos da economia de mercado são aplicados aos serviços públicos. Para essa visão, ver Baumol (1993).

Dá a ênfase que esse pensamento atribuiu à questão dos custos da saúde (p. 21). Nesse sentido, podemos insistir na crítica da ‘economia da saúde’ no Brasil que vem priorizando os estudos nesse campo e negligenciando as implicações da saúde e da doença sobre o ser humano no seu contexto social-econômico.

Para se ter uma ideia, em estudo brasileiro recente de Alves et al (2019), os autores identificaram 254 doutores que puderam ser considerados como ‘economistas da saúde’ em função de suas produções científicas. Entre os temas mais trabalhados por estes pesquisadores, a maior parte está associada a temas do pensamento neoclássico – microeconômicos – no setor saúde, sendo que 42,5% (108) enfatizam a ‘análise de custo-efetividade’, 20,9% (53) salientam a ‘gestão em saúde’. Ambas as dimensões destacam a questão da ‘eficiência’ enquanto eixo central de análise. Desses 254 ‘economistas da saúde’, apenas 11,0% (28) produzem conteúdo relativos à ‘economia política’. A preponderância da produção em ‘gestão em saúde’ e ‘análise de custo-efetividade’ sugere que os pesquisadores da economia da saúde estão majoritariamente alinhados ao pensamento neoclássico da saúde. Além disso, a produção de conhecimento pelos paradigmas da ‘economia política’ é rarefeita.

Consideramos importante a crítica de Braga e Paula (1981) à síntese neoclássica acerca da atenção à saúde, restringindo-a ao campo do desempenho produtivo e sua otimização de recursos. Para a visão neoclássica, a saúde aparece como um processo eminentemente técnico produtivo, como a constituição de uma indústria do cuidado à saúde e sua estrutura em que apenas o progresso produtivo contínuo deve ser assegurado.

Nesse aspecto, concordamos com Braga e Paula explicitando uma primeira dificuldade da visão neoclássica: a abordagem sobre a saúde como um processo técnico produtivo a impede de estabelecer relações diretas entre os aspectos econômicos e sociais, no movimento da sociedade capitalista. Ao não trabalharem com a ideia do capital como uma relação social, segundo a contribuição de Marx (2013), não apreendem a estreita relação entre o movimento da acumulação do capital e a formação de uma classe capaz de incentivar ou apoiar as transformações sociais e políticas, utilizando a saúde como base de sustentação de seu projeto por ampliação da valorização.

Outra crítica de Braga e Paula aos economistas neoclássicos, refere-se à sua visão tecnicista baseada em modelos abstratos sem levarem em conta a história. Os autores argumentam que:

[...] Seu modelo é aplicado indistintamente a qualquer sociedade em qualquer tempo, sem consideração pelos fatores históricos e culturais. Fazem complicados cálculos para avaliar os ganhos em vidas humanas, sem considerarem sequer por um momento que, caso seu raciocínio estivesse correto, o aumento em termos de sobrevivência

humana certamente traria modificações no interior da própria sociedade e que não seriam apenas econômicos (Braga e Paula, 1981, p. 25).

Ao abstraírem as mediações históricas da questão da saúde, os modelos perdem a capacidade de explicar os complexos movimentos dos processos saúde-doença. Poderíamos indagar: como não considerar as diferenças históricas entre os países capitalistas europeus com sistemas universais implantados no período pós-Segunda Guerra mundial e o Brasil com apenas 32 anos de existência do SUS numa época distinta do capitalismo, o neoliberal? Como apagar determinantes essenciais como o fato de a instituição da nossa saúde universal ser “tardia” – a partir dos anos 1990 –, em relação ao contexto histórico que foram implantados os Estados Sociais, especialmente europeus?

Nessa perspectiva, os nossos autores economistas políticos seguem na sua linha de argumentação crítica salientando dois problemas centrais do pensamento neoclássico. Como primeiro aspecto destacam que não há uma relação estreita entre melhor e maior estrutura da atenção médica, como insistem os neoclássicos, e melhores níveis de saúde. Em segundo lugar, reconhecem que a prestação de serviços de saúde é uma esfera da sociedade; afeta, assim como os níveis de saúde da população, a uma determinação social mais ampla, impossibilitando refleti-la de forma externa ao quadro da sociedade burguesa (Braga e Paula, 1981).

Braga e Paula insistem em desqualificar as análises estatísticas dos neoclássicos que mostram uma correlação inversa entre oferta de serviços de atenção à saúde e níveis de mortalidade e morbidade, de uma forma meramente técnica. Para esses autores, somente é possível entender os níveis de saúde da população e as variáveis mais importantes que influenciam sobre eles, quando se analisa as determinações socioeconômicas, considerando as diferenças entre as classes sociais (Braga e Paula, 1981, p. 34-35). Tal abordagem sempre foi rejeitada pelos neoclássicos.

De forma geral, o caráter abstrato e teoricista da teoria neoclássica a respeito da saúde impedem que se aborde o próprio objeto da teoria: a explicação das diferenças específicas dos processos de desenvolvimento capitalista de distintos países e seu caráter de classes sociais no interior de seus distintos padrões de acumulação.

Nessa perspectiva, Braga e De Paula (1981, p.39) mencionam que uma análise mais aprofundada da questão da saúde deve exigir a avaliação do comportamento do sistema de atenção à saúde, considerando seu desempenho como um espaço de acumulação de capital. Reconhecem que esse sistema também se caracteriza como *locus* de transformação técnica e social do processo de trabalho em saúde e, ainda, como local político-ideológico de regulação pelo Estado, por se tratar de uma dimensão importante da vida das populações.

Desse modo, as argumentações críticas de Braga e Paula (1981) acerca da visão do pensamento neoclássico e a questão da saúde merecem ser retomadas no contexto atual, à medida que essa abordagem vem reinando com muita força, especialmente, no campo da economia da saúde no Brasil e contaminando a trajetória dos seus estudos a partir dos anos 1990, em plena institucionalização desse campo.

No cômputo geral, para além da área da economia da saúde, o pensamento neoclássico vem se mostrando muito distante do contexto histórico contemporâneo em que vigora a crise estrutural do capital. Nesse sentido, cabe ressaltar a reflexão de Filgueiras (2018) quando se refere à crise geral do capitalismo em 2007. Esse autor entende que essa crise, que teve como epicentro novamente a economia dos Estados Unidos, tornou mais evidente a percepção da fragilidade científica da teoria econômica dominante. O autor prossegue sua linha de raciocínio quando denota que é “inacreditável o distanciamento dos neoclássicos com o mundo realmente existente”. Esta concepção é firmemente ancorada no trecho do texto destacado a seguir:

A fragilidade e incapacidade dessa teoria padrão, bem como o seu descolamento da realidade, já era bem evidente para os seus críticos – economistas situados no campo da economia política – pelo menos desde os fins dos anos 1980. Desde então, assistiu-se a sucessivas crises financeiras localizadas, que prenunciaram a crise geral do capitalismo eclodida em 2007; a sua compreensão e tratamento pela teoria padrão desconsiderou, como parte fundamental do problema, o papel desempenhado pela desregulação dos mercados financeiros e dos fluxos de capitais, iniciada no começo da década de 1970, com o fim do Acordo de Breton Woods (Filgueiras, 2018, p. 144-145).

Com base nessas reflexões é importante manter nossa crítica ao distanciamento que a economia da saúde no Brasil tem tido da perspectiva da crítica economia política (que aqui ressaltamos), tão necessária para compreender as mazelas pelas quais a saúde pública, o SUS, tem enfrentado em tempos recentes. A economia da saúde com influência do pensamento neoclássico não responde à problematização de questões como o subfinanciamento histórico do SUS; seu processo de desfinanciamento com a Emenda Constitucional n.95/2016 que congelou o gasto público; a intensificação dos processos de privatização, com a proliferação dos modelos privatizantes de gestão, etc. (Mendes e Carnut, 2020).

Por fim, consideramos fundamental recuperar Braga e Paula (1981) no sentido de suas críticas ao pensamento neoclássico, atualizá-las e articulá-las com a problemática situação que a saúde universal, por meio do SUS, vem enfrentando com as transformações contemporâneas do modo de produção capitalista e de

sua relação com a forma Estado no nosso país. Trata-se de contribuição essencial desses autores – marcada pela abordagem da economia política da saúde – para ampliar o horizonte daqueles economistas da saúde que restringem seus estudos às questões da ‘avaliação econômica’, ‘custos’ e ‘técnicas de gestão do sistema de saúde’, dissociadas do perverso movimento totalizante do capital, como aquele que configurou o cenário mais geral nesses anos de existência do SUS e que parece se apresentar ainda potente para o futuro no contexto da gigantesca crise capitalista .

Breves considerações finais

De posse desses argumentos é possível dizer que no presente trabalho, houve o esforço para melhor compreender as questões envoltas sobre a economia da saúde, muito representada contemporaneamente pela visão neoclássica e a economia política da saúde, em especial sua vertente crítica marxista. O campo da economia da saúde, principalmente no Brasil, precisa ser revisto, caso se deseje que o econômico ande em consonância com os valores públicos indo ao encontro da efetivação da saúde enquanto direito social. Esse é um desafio para os que pesquisam e ensinam os conteúdos das ciências econômicas no âmbito da área da saúde.

Contudo, não se pode esquecer que a visão hegemônica neoclássica do campo da economia da saúde – seus principais estudos –, nos tempos recentes, não pode estar dissociada da luta de classes que vem se manifestando na sociedade e, também, no interior da academia, com supremacia do neoliberalismo. Trata-se de considerar que a academia se constitui campo em que estão presentes posições de classes distintas e que estão constantemente em disputa.

De nossa parte, consideramos importante que o pensamento do campo da saúde coletiva amplie sua capacidade de análise do contexto econômico e político a longo prazo, e sem dúvida, apenas o pensamento econômico centrado na economia política crítica da saúde, na sua perspectiva marxista, é quem pode fornecer. Assim, torna-se imperioso adotar o pensamento que privilegia a relação essencial entre o ‘político’ e o ‘econômico’, entendendo que ambos fazem parte, em suas essências, das relações sociais constituídas no modo de produção capitalista, proporcionando, assim, um repertório intelectual que muito contribui para superar os limites analíticos, especialmente do campo da saúde coletiva nesse contexto que o momento contemporâneo exige. O entendimento crítico desse processo histórico por meio dos futuros profissionais torna-se fundamental para lidarem com a difícil construção do SUS em tempos turbulentos do cenário contemporâneo econômico e político.

Referências

- ALVES, D. F. A.; CARNUT, L.; MENDES, Á. Dimensionamento da ‘economia política’ na ‘economia da saúde’: para refletir sobre o conceito de sustentabilidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 145-160, 2019.
- ANDRADE, E. I. G. et al. **Análise de situação da Economia da Saúde no Brasil: perspectivas para a estruturação de um Centro Nacional de Informações**. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
- ARROW, K. Uncertainty and the welfare economics of medical care. **The American Economic Review**, v. LIII, n. 5, p. 941-973, 1963.
- BAUMOL, W. J. Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice. **Public Choice**, n. 77, p. 17-28, 1993.
- BAYER, G. F. e LEIS, H. Saúde enquanto questão politicamente intermediada. **Serviço Social e Sociedade**, n. 22, p. 103-25, 1986.
- BERGER, J. e OFFE, C. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. In: OFFE, C. (org.), **Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “Sociedade do Trabalho”**, v. 2. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 11-53, 1991.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 3, p. 380-98, 1996.
- BOSCHETTI, I. **Assistência social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.
- BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1981.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ABRES. **A produção de conhecimento em Economia da Saúde: uma perspectiva bibliográfica (2004-2012)** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade Técnica de Serviços de Saúde e Unidade Técnica de Medicamentos, Tecnologias e Pesquisa; Associação Brasileira de Economia da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, p.219-230, 2000.
- CANESQUI, A. M. Ciências Sociais, a Saúde e a Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A. M, editores. **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 1995. p. 19-35.
- CARNUT, L.; MENDES, Á. Pensamento econômico e a questão da saúde: A contribuição de Braga e Paula para (re)pensar ‘o econômico’ na saúde. In: VII Congresso Online de Gestão, Educação e Promoção da Saúde, 2018, São Paulo – SP, v. 7. p. 1-14.

- CARNUT, L.; MENDES, Á.; MARQUES, M. C. C. Outra Narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 133-145, 2019.
- COUTINHO, C. N. Hegemonia da pequena política. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R.; RIZEK, C. **Hegemonia às avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira**. São Paulo: Boitempo, 2010. p. 29-43.
- DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA S. F.; VIANNA, S. M. (orgs.) - **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília, IPEA, 1995.
- DONNANGELO, M. C. F. **A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70**. In: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983. 494 p. 17-35.
- ESPING-ANDERSEN, G. **Social foundation of postindustrial economies**. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- FILGUEIRAS, L. Economia política versus economia positiva: proposta de um antimanual de introdução à economia. **Revista de Economia Política**, v. 14, n. 50, p. 142-164, 2018.
- FURTADO, C. **Em busca de novo modelo: reflexões sobre a crise contemporânea**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.
- GADELHA, C. A. G. et al. **A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 221 p
- HARVEY, D. **O neoliberalismo: história e implicações**. São Paulo: Loyola, 2008.
- KON, A. Sobre a economia política do desenvolvimento e a contribuição dos serviços. **Revista de Economia Política**, v. 27, n. 1, p. 130-146, 2007.
- MARSHALL, A. **Princípios da economia**, volume 1. Editora Nova Cultural, São Paulo, 1996.
- MARX, K. **O Capital: contribuição à crítica da economia política**, Vol. I. Boitempo Editorial: São Paulo, 2013.
- MATTOS, M. B. (org.). **Estado e formas de dominação no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Consequencia, 2017.
- MENDES, Á. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado**. São Paulo: Hucitec, 2012.
- MENDES, Á. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: II Seminário Nacional de Teoria Marxista: O capitalismo e suas crises, 2015.
- MENDES, Á.; CARNUT, L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. **SER Social (Online)**, v. 22, p. 9-32, 2020.
- MENDES, Á.; IANNI, A. M. Z.; MARQUES, M. C. C.; FERREIRA, M. J.; SILVA, T. S. A

- contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 4, p. 841-860, 2017.
- MENDES, Á.; MARQUES, R. M. Sobre a economia da saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. In: CAMPOS, Gastão W.S., et al. (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.
- MENEZES, E. T.; SANTOS, T. H. Verbete MEC/USAID. Dicionário Interativo da Educação Brasileira - Educabrazil. São Paulo: Midiamix, 2001. Disponível em: <<http://www.educabrazil.com.br/mec-usaid/>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.
- MOLLO, M. L. R. A teoria marxista do valor-trabalho: divergências e convergências. **Crítica Marxista**, n. 37, p. 47-66, 2013.
- MORAES, T. P. B.; TORRECILLAS, G. L. S. Por uma nova economia política: notas críticas à teoria neoclássica, ao direito econômico e à política econômica. Uma contribuição epistemológica para os preceitos de globalização contemporânea. **Revista de Direito Público da Economia**, v.11, n. 41, p. 227-238, 2013.
- NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.
- OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- OSÓRIO, J. Sobre o estado, o poder político e o estado dependente. **Temporalis**, ano 17, n. 34, jul/dez., p. 25-51, 2017.
- PADULA, R. Economia Política Internacional da Saúde, autonomia estratégica e segurança nacional. **Rev. Carta Inter.**, v. 12, n. 2, p. 174-196, 2017,
- PAIM, P.; TEIXEIRA, C. F. Política, Planejamento e Gestão em Saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde de Pública**, número especial:73-78, 2006.
- PEREIRA, L. C. B. Economia e Administração: mercado e poder. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro 19(4):39-43, out/dez, 1979.
- PIOLA, S.; VIANNA, S. M. **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Ipea, 1995.
- PRADO, E. F. S. A ortodoxia neoclássica. **Estudos Avançados**, v. 15, n. 41, p. 9-20, 2001.
- RUBIO-CEBRIÁN, S. **Glosario de planificación y economía sanitaria**. Madrid, Diaz de Santos, 2000.
- SESTELO, J. A. F. **Planos de saúde e dominância financeira**. Salvador: EDUFBA, 2018. 397p.
- TEIXEIRA, A. L. A. O lugar dos economistas clássicos na crítica da economia política de Marx: uma abordagem metodológica. XI Congresso Brasileiro de História Econômica, 2015, Vitória, Espírito Santo. Acesso em 10, mar 2019. Disponível em: <http://www.abphe.org.br/arquivos/2015_adriano_lopes_

almeida_teixeira_o-lugar-dos-economistas-classicos-na-critica-da-economia-politica-de-marx-uma-abordagem-metodologica_1.pdf>.

VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P.; ELIAS, P. E. M. Economia política da saúde: introduzindo o debate. **Divulgação em Saúde para Debate**, n. 37, p. 7-20, janeiro, 2007.

VIANA, A. L. D.; BAPTISTA, T. V. F. Análise de políticas de saúde. IN: GIOVANELLA, L. et al (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª. reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 59-88.

VIANNA, S. B. **Evolução e perspectivas da pesquisa em Economia da Saúde no Brasil**. Brasília: Ipea, novembro de 1998.

Recebido em 18 de março de 2020

Aprovado em 24 de dezembro de 2020