**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ECONOMIA
POLÍTICA NO TEMA SAÚDE SUPLEMENTAR E
PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2004-2012**

Jonas Sona de Miranda Pires

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, por ocasião da
defesa.

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Co-orientador : Prof. Dr. Leonardo Carnut

São Paulo

2019

(VERSÃO REVISADA)

A produção científica em economia política no tema saúde suplementar e planos de saúde no Brasil entre 2004-2012

Jonas Sona de Miranda Pires

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
da Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, por ocasião da
defesa.

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes
Co-orientador : Prof. Dr. Leonardo Carnut

São Paulo

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Pires, Jonas

A PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ECONOMIA POLÍTICA NO TEMA
SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2004
2012 / Jonas Pires; orientador Áquilas Mendes;
coorientador Leonardo Carnut. -- São Paulo, 2019.

77 p.

Dissertação (Mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2019.

1. Economia Política da Saúde. 2. Teoria Econômica
neoclássica. 3. Saúde suplementar. 4. Produção científica
publicada pela Abres (2004-2012). 5. Sistema Único de
Saúde. I. Mendes, Áquilas, orient. II. Carnut, Leonardo,
coorient. III. Título.

Sumário

LISTA DE SIGLAS.....	09
INTRODUÇÃO.....	10
CAPÍTULO 1. TÓPICOS CONCEITUAIS DE ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE.....	12
1.1 A ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL	14
1.2 A ECONOMIA POLÍTICA E A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE.....	16
1.3 A TEORIA ECONÔMICA NEOCLÁSSICA.....	23
CAPÍTULO 2. O SUBSISTEMA PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL E SUA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ECONOMIA DA SAÚDE	30
2.1. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: INCURSÃO HISTÓRICA	31
2.2. SAÚDE SUPLEMENTAR E OS PLANOS DE SAÚDE	36
2.3. PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM ECONOMIA DA SAÚDE PELA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE (ABRES)	
2.4. MÉTODO.....	44
2.5. RESULTADOS.....	45
2.6. AS CATEGORIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS AUTORES NEOCLÁSSICOS PELA ABRES	52
CAPÍTULO 3. CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA ECONOMIA DA SAÚDE E DA ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE: OS SUBSISTEMAS SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE.....	59
3.2. NEOLIBERALISMO E GUINADA PARA À DIREITA RADICAL	60
3.3. A DISCUSSÃO DA ECONOMIA POLÍTICA SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA E OS SUBTEMAS:	

EFICIÊNCIA, MICRORREGULAÇÃO E REGULAÇÃO.....	61
3.4 CONCORRÊNCIA, ANÁLISES DE DESEMPENHO E DISCURSO ECONOMICISTA.....	66
CONCLUSÃO.....	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

Dedicatória

*À minha esposa Cris;
Lutadora, brilhante e parceira;
Mulher, amiga e confidente;
Eu te admiro demais, por sua força e valentia;
Sou apaixonado por você!*

*Ao meu amado filho;
Como desejo saúde para vê-lo crescer;
Meu amor por você é incondicional;
Não exijo reciprocidade;
Apenas gostaria que soubesse;
Que o seu sorriso me alegra;
O seu abraço, me faz ganhar o dia;
Quando me chama por papai, o meu coração transborda de alegria;
Você é a razão por eu me manter lúcido nesse mundo bárbaro, opressor e desigual;*

Aos trabalhadores(as) explorados (as) e oprimidos (as);

*Às mulheres e homens afrodescendentes, que resistem bravamente ao Estado
policial, que serve à elite branca e reacionária desse país racista;*

Agradecimentos

Aos meus pais Carlos e Delma, com uma menção especial para a minha querida mãe: eu entendo que a nossa caminhada não foi fácil, a vida nem sempre sorriu para nós, mas contra todas as adversidades você conseguiu dar a melhor formação possível para o seu filho. Obrigado por não ter desistido, do seu jeito, você lutou para que eu entendesse a importância transformadora da educação. Essa conquista, também, é sua.

Ao meu orientador professor Áquilas Mendes; uma referência intelectual; foi um privilégio ser seu aluno e ter trabalhado com você nesse projeto; obrigado pela paciência e por ter me dado esta oportunidade.

Ao professor Leonardo Carnut, pela empatia, generosidade, colaboração e companheirismo.

Aos meus amados tios Ricardo e Gerd (*in memoriam*): Sempre muito carinhosos, afetuosos e presentes na minha vida, quanta saudade!

À minha querida tia Clélia, também muito presente, mesmo estando longe a tanto tempo. Eu tenho orgulho em ser seu sobrinho, eu levo um pouco de você comigo. Eu admiro profundamente a sua capacidade reflexiva e o seu senso de humor crítico.

Ao amigo Marcelo Alário, pela amizade sincera, generosidade, preocupação e humor anárquico.

Ao Amigo Raphael Akira, por ter sempre se colocado à disposição para me ajudar nessa árdua empreitada.

Aos companheiros da Faculdade de Saúde Pública e do grupo de estudos Saúde Estado e Capitalismo.

Aos queridos professores da graduação: Sergio Gil Marques e Norma Casseb, por se importarem, pela sincera amizade, conselhos e encaminhamento profissional.

À Beatriz Santos, pelas oportunidades concedidas, parceria e empatia.

Pires, J. S. M. **A produção científica em economia política no tema saúde suplementar e planos de saúde no Brasil entre 2004-2012**. Dissertação- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

Resumo:

A produção acadêmica na área da economia da saúde é um segmento da economia pouco explorado pelos profissionais de saúde, talvez pelo desconhecimento teórico ou pela falta de interesse desses profissionais em se aprofundar nesta área de conhecimento. No entanto, há uma importante produção acadêmica nesta área, e para nortear esse trabalho, fizemos uso da clássica obra de economia de saúde política de Braga e Paula (1981). Contudo, os artigos elaborados nesse campo estão majoritariamente alicerçados em fundamentos da teoria econômica neoclássica. É importante salientar que os autores neoclássicos recusam a economia como ciência social, pois, negam a complexidade das interações sociais com sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas. Portanto, o objetivo desse trabalho é caracterizar a produção de conhecimento da economia da saúde no Brasil, delimitando a discussão existente no contexto da economia política, particularmente nas temáticas de *Saúde suplementar e Planos de Saúde*. Para tanto, o trabalho está organizado em três partes. A primeira apresenta o campo da economia política e sua relação com a economia da saúde, baseado na contribuição sobre o pensamento econômico em Braga e Paula. A segunda, revisa a produção do conhecimento em economia da saúde, organizada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), entre 2004 a 2012, que descreve as temáticas da Saúde Suplementar e dos Planos de Saúde, verificando sua relação com a economia política. A terceira parte analisa criticamente as convergências e divergências entre a produção do conhecimento da economia da saúde, nos subtemas saúde suplementar e planos de saúde e as contribuições de Braga e Paula sobre o pensamento econômico da economia política da saúde. Nessa análise global, identificamos que o pensamento neoclássico e liberal permanecerá hegemônico entre os autores e economistas que se aventuram pelo campo da economia da saúde enquanto à matriz curricular dos cursos de economia for alicerçada por conteúdo produzido por autores neoclássicos.

Palavras-chave: Economia política da saúde, pensamento neoclássico, crítica marxista; saúde suplementar

Pires, J. S. M. **Scientific production in political economy in complementary health and health insurance plans in Brazil between 2004-2012.** Dissertation-Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2019.

Abstract:

The academic production in the area of health economics is a segment of the economy little explored by health professionals, perhaps due to the lack of theoretical knowledge and minimum interest of these professionals to deepen your own knowledge in this field. However, we used an important academic production in this area as the classic work of economics of political health wrote by Braga and Paula (1981). The articles elaborated in the field of health economy are mostly based on the foundations of neoclassical economic theory. It is important to point out that neoclassical authors reject economics as a social science because they deny the complexity of social interactions with their technicist view, based on abstract models that do not consider history and human relations. Therefore, the objective of this work is to characterize the production of knowledge of health economics in Brazil, delimiting the existing discussion in the context of political economy, particularly in the themes of Supplementary Health and Health Plans. For this, the dissertation is organized in three parts. The first part of this dissertation presents the field of political economy and its relationship with the health economy, based on the contribution on economic thinking in Braga and Paula. The second part is a review of the production of knowledge in health economics, organized by the Brazilian Association of Health Economics (Abres), between 2004 and 2012, which describes the themes of Supplementary Health and Health Plans, verifying their relationship with political economy. During the third and last part, we critically analyzes the convergences and divergences between the production of knowledge of health economics, in the subthemes supplementary health and health plans and the contributions of Braga and Paula on the economic thinking of the political economy of health. In this global analysis, we have identified that neoclassical and liberal thinking will remain hegemonic among authors and economists into the field of health economics while the economy graduation courses remain based in models and material produced by neoclassic authors.

Keywords: Political economy of Health, neoclassical thought, Marxist critique; supplementary health

Lista de Siglas

ABRES- Associação Brasileira de Economia da Saúde

ANS- Agência Nacional De Saúde Suplementar

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CF- Constituição Federal

EC- Emenda Constitucional

EUA- Estados Unidos da América

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MEC- Ministério da Educação

MS- Ministério da Saúde

OSS- Organizações Sociais de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

USAID- *United States Agency for International Development*

INTRODUÇÃO

Em tempos difíceis como os atuais, faz-se necessário um exercício de reflexão sobre os rumos da política brasileira para que possamos compreender como fomos empurrados para o estado da barbárie. No Brasil, assim como no mundo todo, cresce o fantasma da extrema direita, este traz consigo o ódio, o fascismo, a violência, a homofobia, a xenofobia, a misoginia e atualmente é o patrocinador da grande retomada do liberalismo econômico. Esta é uma tempestade impiedosa que ameaça destruir o fragilizado Estado social¹ brasileiro e, evidentemente, as relações humanas, a cultura e a aceitação quanto às diferenças.

O campo progressista e o seu pensamento vêm sendo perseguido pela patrulha ideológica do governo autoritário de Jair Bolsonaro. Sob este tenebroso contexto social e político, a saúde pública e as políticas sociais permanecem na mira do grande capital e da elite reacionária que mantêm o *status quo*.

Não é apenas no campo da macroeconomia que há o domínio da ideologia liberal que traz em seus preceitos norteadores a austeridade e o Estado neoliberal. A literatura da saúde, especificamente da economia da saúde segue com uma produção acadêmica majoritária de autores que trazem à luz temas relacionados ao pensamento do liberalismo econômico. Esses autores são denominados como neoclássicos e, no Brasil, passaram a ser a principal referência acadêmica a partir dos anos 1970 com o desmantelamento dos cursos de economia, tornando-os cada vez mais distantes de disciplinas humanas e sociais (PRADO, 2011).

Em sua produção acadêmica, os autores neoclássicos recusam a economia como ciência social, pois, negam a complexidade das interações sociais com sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas (PRADO, 2011). Por outro lado, esta dissertação resgata autores fundamentais para o campo da economia política da saúde como Braga e Paula (1981). Sob o olhar crítico dos autores, é explorada as nuances do capitalismo

¹ O termo “Estado Social” é extraído de Boschetti (2016). Essa autora refere-se ao Estado Social como aquele que procura captar a regulação econômico-social por meio de políticas sociais. Atribui-se ao Estado capitalista suas determinações objetivas, explicitando que a incorporação dessas políticas pelo Estado não extrai dele sua característica essencialmente capitalista.

contemporâneo, como, a hegemonia da ideologia econômica neoclássica voltada para o estudo da economia da saúde.

Com base ao exposto, o presente trabalho buscou caracterizar a produção do conhecimento da economia política, por meio da obra publicada pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), na temática sobre a saúde suplementar e planos de saúde no Brasil entre 2004-2012.

Nossa hipótese é de que o debate acadêmico em economia da saúde está contaminado por uma imensa maioria de trabalhos que a defendem como mercadoria, ou mesmo como um bem financeiro.

Para elaborar a nossa argumentação, este trabalho está organizado em três capítulos. O capítulo 1 discute a delimitação entre “economia política” e “economia política da saúde”, resgatando a contribuição dos pensadores clássicos, como Quesnay, Smith, Ricardo, Say, e principalmente Marx. É sabido que Marx e Engels fundaram a crítica da economia política, onde puderam apresentar novos aspectos das já formuladas teorias econômico-sociais e do valor-trabalho, e segundo Teixeira (2015), contestaram em um nível avançado de conhecimento o sistema capitalista, explorando os diferentes aspectos em torno do trabalho, salário, lucro, renda da terra e capital. Ainda no primeiro capítulo, abordamos a conceituação da teoria econômica neoclássica. Em seguida, no segundo capítulo, foi apontado o tortuoso caminho percorrido na implementação do SUS, suas dificuldades orçamentárias e o papel controverso da saúde suplementar e como, cada vez mais, os planos e hospitais privados se apropriam do fundo público nacional. Para apresentarmos a literatura específica em economia da saúde publicada pela Abres, entre 2004 e 2012, no tema de saúde suplementar, selecionamos os artigos, ensaios e teses que se referiam a essa temática, buscando identificar os trabalhos apoiados na teoria neoclássica e na econômica política. Por fim, no terceiro e último capítulo, é discutido, de maneira geral, as questões-chave dos trabalhos coletados. Ainda, neste capítulo, realizamos um balanço crítico contrapondo os trabalhos apoiados pelo pensamento neoclássico, com base no campo da economia política. A ideia central é promover um embate com os trabalhos neoclássicos, buscando desconstruir os seus discursos mercadológicos, como a concorrência, a análise de desempenho, a busca incessante pela eficiência e os termos economicistas que se tornaram hegemônicos em boa parte da produção científica do campo da economia da saúde.

CAPÍTULO 1. TÓPICOS CONCEITUAIS DE ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

A atual produção acadêmica no campo da economia da saúde, permanece como um campo de conhecimento explorado majoritariamente por autores sustentados teoricamente pela ideologia liberal, esta que atende aos anseios do mercado e do Estado burguês. No entanto, mesmo sendo considerada como uma voz dissonante, e, em meio ao oceano de propagação de ideias econômicos ultraliberais, os economistas políticos que pensam o campo de conhecimento da saúde, mantêm os alicerces da resistência política contra a produção acadêmica patrocinada pelos detentores do presente status quo econômico e acadêmico. Com base neste contexto, este capítulo buscou contextualizar o conceito de economia da saúde sob um olhar político, assim como, traz também à luz as características da produção científica neoclássica e seu descolamento de políticas públicas que buscam a diminuição das desigualdades provocadas pelas incoerências e contradições do capitalismo.

O objetivo deste capítulo é o aprofundamento no conhecimento da economia política voltada à saúde. Para que tal objetivo fosse alcançado, foram resgatados os fundadores do pensamento econômico clássico, a crítica política da escola marxista e autores clássicos no campo da saúde como Braga e Paula.

Na prática, este primeiro capítulo foi organizado em 3 partes. Na primeira, buscou-se apresentar o campo econômico da saúde, com a citação de autores clássicos e a definição de conceitos nesta área científica pouco explorada por profissionais da saúde. Contudo, não foi abandonado os eventos históricos que culminaram na construção do SUS, durante os primeiros anos da incipiente democracia brasileira. É impossível negar, que, os ares democráticos e o sistema de saúde que pretendia ser universal, foram, sem dúvida, as maiores conquistas da sociedade, após mais de duas décadas de ditadura empresarial-militar. Entretanto, como veremos, o SUS nasce sob à égide da dinâmica capitalista, num momento de inflexão do sistema, ou seja, de retomada hegemônica do grande capital. Com efeito, tivemos a configuração de um sistema de saúde híbrido, conformando dois subsistemas: o público e o privado, que serão discutidos no segundo capítulo desta dissertação.

A segunda parte do capítulo 1, trouxe esclarecimentos sobre a delimitação entre “economia política” e “economia política da saúde”. Neste segmento, pudemos

sedimentar o caminho para a introdução da economia política da saúde com o resgate dos pensadores clássicos, como Quesnay, Smith, Ricardo e Say, que foram contestados por Marx. O gênio prussiano, (alemão), teve durante boa parte de sua vida intelectual a colaboração de Friedrich Engels. Marx e Engels fundaram a crítica da economia política, onde puderam apresentar novos aspectos das já formuladas teorias econômico-sociais e do valor-trabalho. Nesta 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.

O trabalho segue para a segunda parte ao 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 deste capítulo.

Na terceira e última parte do capítulo 1, abordaremos a teoria econômica neoclássica. Isso se justifica pelo fato de que a teoria neoclássica, representa o pensamento hegemônico na economia nos dias atuais. No Brasil, os neoclássicos, passaram a ser a principal referência acadêmica a partir dos anos 1970. Muito se deve pelo desmembramento da matriz curricular dos cursos de economia nos anos anteriores que teve repercussão no ensino das ciências econômicas em todo o Brasil.

De acordo com Prado (2011), em meados dos anos 1960, o superministro da ditadura empresarial-militar Antônio Delfim Netto, e demais economistas da época, reformularam os currículos dos cursos de Economia, desvencilhando-os de outras graduações, como sociologia, direito e administração, autonomizando o campo em relação ao pensamento social que a informava. A este respeito, Moraes e Torrecillas (2013) confirmam que os economistas neoclássicos recusam a economia como ciência social, pois, negligenciam a complexidade das interações sociais, matematizando-a.

Além dos temas já mencionados, trouxemos para a discussão neste trabalho, o atual protagonismo das teorias econômicas mais radicais provenientes da escola monetarista e neoclássica. O aprofundamento do caráter conservador e neofascista sinalizado pelo governo eleito de Jair Bolsonaro, aponta para um aprofundamento

ainda mais restaurador (COUTINHO, 2010) das contrarreformas do Estado, com a supressão de direitos trabalhistas e sociais, e, assim, aniquilar o já incompleto sistema de proteção social nacional. Por fim, a tônica deste capítulo, foi o esforço em dialogar com conceitos relacionados do campo da economia e transpô-los para à saúde.

1.1. A ECONOMIA DA SAÚDE NO BRASIL

Esta dissertação de mestrado tem como uma de suas propostas abordar temas vinculados ao campo da economia, mais especificamente, a economia voltada para à saúde. Muitos dos profissionais de saúde não estão empoderados com o conhecimento técnico para compreender com clareza a específica nomenclatura deste campo científico. Foi dedicado mais cuidado e atenção com temas de economia que não são usuais e familiares para a maioria dos profissionais da saúde. Por conseguinte, por entendermos que a leitura deste trabalho não será exclusiva de economistas, foi proposto, neste capítulo, trazer à luz conceitos, citações, definições e referências que possam 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.

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. Sobre isto, cabe uma breve observação, especificamente 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 Nacional, este, refém do capitalismo internacional. 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 latino-americana, como a hiperinflação e à crise da dívida externa.

Os ventos nas décadas de 1980 e 1990, assopravam em favor do pensamento econômico neoliberal, implementado no Brasil por economistas monetaristas

ortodoxos provenientes da escola de Chicago². Para Harvey (2008), as universidades dos Estados Unidos (EUA) 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 desse nosso sistema de saúde (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. Mendes e col. (2017, p.842), também dialogam com estas questões que dizem respeito a desigual disputa de forças prescrita pela agenda neoliberal frente ao desafio de construção do SUS:

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 E COL., 2017, p.842).

De acordo com Viana e Baptista (2012, p.73), à 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 pautas deste debate foram direcionadas no sentido da austeridade, além da análise da

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 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.

eficácia e efetividade na condução das políticas públicas de saúde. Por outro lado, também ganha notoriedade neste debate, à análise conduzida sob o olhar marxista, apoiada principalmente por uma base teórica sociológica e econômica para discutir o setor saúde (VIANA; 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, de fato, pouco explorada por profissionais provenientes da saúde que se propõem estudar à 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; 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 este setor.

1.2. A ECONOMIA POLÍTICA E A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE

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

Filgueiras e Mearman (2018), vão ao encontro do pensamento de Pereira (1979), quando os autores configuram a Economia Política como uma ciência singular que se iniciou 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; MEARMAN, 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; 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 vontade divina do soberano; a burguesia cria as condições que lhes são favoráveis para a competição no mercado. O autor prossegue ao alertar que este 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 pode-se conferir abaixo:

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; 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; Mearman; Netto; Braz), pois concebe que, mesmo que a contribuição do campo da economia política venha desde o período mercantilista e dos fisiocratas, é por meio dos autores clássicos³ que a orientação das análises teóricas se aprofunda nas questões relacionadas ao trabalho, na agricultura, indústria e 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 eternas e invariáveis⁴, conforme o trecho destacado abaixo:

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; BRAZ, 2006, p.19, grifo nosso).

Sobre, exclusivamente a seara dos economistas 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

³ A Riqueza das Nações de Adam Smith, e os Princípios 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).

⁴ Marx historicizou as categorias manejada 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; Braz, 2006,p.25).

em um nível avançado de conhecimento sobre o sistema capitalista jamais visto, até então. 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. A sua genialidade, trouxe à luz o antagonismo de interesses das diferentes classes sociais. Em sua obra, Marx denunciou a luta desigual entre os atores opressores *versus* os oprimidos, ou seja, os detentores dos meios de produção de um lado e os trabalhadores do outro, a estes, cabendo apenas a venda da sua força de trabalho explorado pelo capitalista em troca de sua sobrevivência assalariada, configurando-se assim, a eterna 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 lucro⁵ sem considerar de onde ele provém (FILGUEIRAS; MEARMAN, 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.

A saúde, que é o objeto principal deste trabalho, também será analisada sob esta perspectiva econômico-social, e não será dissociada da política. De acordo com Viana e Silva (2007), a associação entre economia e política – deriva em grande parte da escola marxista, segundo os autores. Este 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 saúde. Sobre esse aspecto, os autores argumentam:

⁵ 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).

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; SILVA., 2007, p. 09).

Mesmo considerando esta visão dicotômica entre macro e micro (Viana e Silva 2007), a perspectiva política da economia, quando tomada em sua forma de sociabilidade, compreendemos, que, no setor saúde, essa crítica foi melhor construída por Braga e Paula.

Mesmo tendo sua obra de referência publicada há 28 anos, esta não foi corroída pelo tempo, permanece atual, e a posicionamos como referência na construção deste capítulo que trata sobre a economia da saúde. Os autores permeiam, em seu texto, todas as etapas de desenvolvimento social e econômico em amálgama com o pensamento em saúde coletiva, viajando desde o mercantilismo até o desembarque no capitalismo moderno. Em seu trabalho, foi muito bem explorado as nuances do capitalismo contemporâneo, como, a hegemonia da ideologia econômica neoclássica.

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

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; 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 o que foi explanado no texto destacado:

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)

Carnut e Mendes (2018) destacam que no texto de Braga e Paula (1981) estes autores iniciaram seu trabalho clássico, e, que nos é referência fazendo menção a diferença entre os autores mercantilistas dos economistas clássicos, entre eles Adam Smith e Ricardo, como já mencionado neste capítulo. Os autores britânicos são responsáveis pela discussão da formação e da distribuição do valor, conectados ao seu tempo histórico, do capitalismo industrial. 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 abaixo:

Dentre os pensadores mercantilistas, deve ser dado destaque a William Petty (1623-1687), considerado por Marx como o "fundador da moderna economia política", por ter sido o primeiro a atribuir ao trabalho a 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 à sua capacidade de trabalho - 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; DE PAULA, 1981, p.05).

Canut 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 da administração do Estado.

Evidentemente, a contribuição dos mercantilistas para a formação do pensamento voltado para a saúde coletiva não pode ser colocado em pé de igualdade com a produção dos autores neoclássicos para o setor. A elaboração de um pensamento econômico que mais facilmente se alinhou ao desenvolvimento do capitalismo nos países centrais e sua busca por domínio transfronteiriço, consolidou a versão neoclássica no setor saúde (Braga e Paula, 1981). Estes atores do campo econômico fazem parte do *mainstream* dos economistas, ou seja, pertencem ao grupo ideológico econômico hegemônico na atualidade.

Não obstante, 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 e a melhoria das condições materiais de vida. Esta 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 as cidades industriais, poluídas,

com aglomerações populacionais vivendo em moradias precárias 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; 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. Contudo, desconsideram 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.

1.3. A TEORIA ECONÔMICA NEOCLÁSSICA.

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 mais radicais provenientes da escola monetarista e neoclássica. O Brasil está 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 atores políticos vencedores do pleito, sinalizam que a próxima administração será de orientação econômica ultraliberal, carregada de retórica misógina, homofóbica, fascista e autoritária. A valer, espera-se, o aprofundamento das contrarreformas do Estado, com a supressão de direitos trabalhistas e sociais, e, assim, aniquilar o já precário sistema de proteção social; sobre este aspecto, Mendes e col. (2017), compreendem que o ataque aos direitos sociais é imposto pela articulação com a fase do capitalismo sob dominância do capital financeiro e sua crise contemporânea atual.

Mesmo, com a guinada para a extrema direita como ocorreu no Brasil, 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 Bertollozi (1996), sob a ótica do neoliberalismo “não se admite o conceito de direitos sociais; a condição de mercadoria da força de trabalho é reforçada, assim como a mercantilização dos bens sociais”.

Filgueiras e Mearman (2018) compreendem que a atual hegemonia econômica liberal 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 de 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; MEARMAN, 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 a 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; MEARMAN, 2018).

Prado (2001) corrobora com os argumentos apresentados por Filgueiras e Mearman (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, 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, e 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-USAID⁶. Os “peagadês” brasileiros, como vieram a ser chamados, que

⁶ 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 com a 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

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).

Portanto, percebe-se 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. Este 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

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; SANTOS, 2001, disponível em: <http://www.educabrasil.com.br/mec-usaid/>)

condições contingentes do processo econômico em cada lugar e a cada momento do tempo (...) (PRADO, 2001, p.10-11).

Sobre a teoria neoclássica, Prado (2001) deixava ainda mais claro:

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).

Moraes e Torrecillas (2013) sintetizam com fluidez o pensamento econômico neoclássico. Para os autores, há, principalmente, incapacidade das políticas calcadas na ortodoxia econômica em gerar equidade social e justiça econômica. Os conceitos teóricos esvaziam o foco analítico de como 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 a 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 e 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; TORRICILLAS, 2013, p.231).

Conquanto, por terem como alvo maior de suas análises as questões da microeconomia, prevalece a proposta da eficiência da unidade produtiva e melhoria da administração, não se levando em conta muitas vezes a visão do todo, pois se restringem nas questões da saúde à racionalidade do mercado, à análise da indústria do cuidado à saúde, e dos custos da saúde (CARNUT; MENDES, 2018; BRAGA; PAULA, 1981).

Uma das críticas básicas que se pode fazer aos neoclássicos é esta postura de tudo reduzir a meras dimensões "econômicas"; a escola neoclássica legítima 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).

Filgueiras e Mearman (2018) entendem que a crise geral do capitalismo em 2007, que teve como epicentro novamente a economia dos Estados Unidos, tornou mais evidente a percepção da fragilidade científica da teoria econômica dominante. Os autores prosseguem sua linha de raciocínio, quando denotam que é “inacreditável o distanciamento dos neoclássicos com mundo realmente existente”, esta concepção é firmemente ancorada no trecho do texto destacado abaixo:

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; MEARMAN, 2018, p. 144-145).

No primeiro capítulo deste trabalho houve o esforço para melhor compreender as questões envoltas sobre a economia política e economia neoclássica sob a condução da obra de referência de Braga e Paula. Para o segundo capítulo, iremos transitar no campo da saúde suplementar, desde os contextos históricos relacionados a este meio de oferta de saúde, até, sua controversa relação com o Estado nacional, que a beneficia em detrimento do SUS. Por fim, ainda no segundo capítulo, será revisado de forma sistematizada a produção teórica científica produzida no campo da saúde suplementar, pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), em

parceria com o Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde a partir do ano de 2004 até 2012, afim de identificarmos nos trabalhos que foram publicados pela Abres, qual o pensamento hegemônico no campo da economia da saúde.

CAPÍTULO 2.

2. O SUBSISTEMA PRIVADO DE SAÚDE NO BRASIL E A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO EM ECONOMIA DA SAÚDE.

No capítulo 2, aponta-se o espinhoso caminho percorrido para a implementação do SUS, este uma importante conquista social pós redemocratização. Contudo, cabe ressaltar as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde, e, dentro de todo este contexto histórico, o contínuo embate promovido pelos acadêmicos progressistas e atores do movimento sanitário versus os setores mais reacionários e mercantilistas-liberais que enxergam à saúde como um mercado a ser explorado pelas infindáveis possibilidades de lucro. Não ignoramos neste capítulo o papel controverso da saúde suplementar e, também, como cada vez mais os planos e hospitais privados se fartam de fatias generosas do fundo público nacional.

Uma das questões mais relevantes neste capítulo, diz respeito ao levantamento e a organização da literatura específica em economia da saúde publicado pela Abres, entre 2004 e 2012 que abordam justamente o tema de saúde suplementar. Nesse sentido, o consegue-se neste capítulo separar o joio do trigo, como dizem, ou seja, selecionar e quantificar os artigos, ensaios e teses que tratam da saúde privada com olhar fundamentado nas teorias neoclássica e de econômica política.

Desta forma, este segundo capítulo organiza-se em 4 partes. A primeira busca apresentar os contextos históricos que facilitam a compreensão do SUS atual, não deixando de lado a elucidação de definições que possam contribuir para o entendimento estrutural da saúde pública brasileira. Nesta parte inicial, procura-se por meio de uma revisão da literatura, discorrer brevemente sobre o modelo de saúde pública anterior à Constituição Federal de 1988. Assim, não negligenciamos o esforço dos intelectuais que idealizaram a reforma sanitária, bem como, a luta pela construção de um sistema de saúde que fosse público e universal.

A segunda parte deste capítulo trás esclarecimentos sobre o modelo de saúde suplementar, através de planos de saúde e a complexa combinação entre público e privado sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde (ANS). Evidentemente que, desde sua implementação, o SUS sofre assédio das forças privatizantes e segue

sendo cronicamente subfinanciado pelo Estado. A valer, convive-se com a dicotomia entre o asfixiado sistema público e o subvencionado sistema privado (pelo Estado), o que torna esta batalha desigual e compromete a busca pela universalização do sistema.

Posteriormente, a terceira e última parte do capítulo 2, é contemplada com a revisão da produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde. Para tal, selecionamos os trabalhos produzidos por autores que se dedicam ao estudo da economia da saúde e que foram publicados em: “*A produção de conhecimento em Economia da Saúde Uma perspectiva bibliográfica (2004 – 2012)*”, produzido pela Abres em parceria com o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde.

Numa primeira etapa, realizamos a seleção de vinte e quatro artigos publicados pela Abres que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado. Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica e vertente econômica utilizada pelos autores. No decorrer da pesquisa, separamos dos vinte e quatro artigos, cinco trabalhos elaborados com o olhar crítico da economia política. Os demais trabalhos selecionados (dezenove) são reconhecidos por terem conteúdo econômico neoclássico. Para facilitar a leitura desses artigos, nós os diferenciamos por categorias que fazem parte da coluna de sustentação deste pensamento econômico. No geral, são trabalhos dedicados ao estudo da microeconomia, regulação, e mercado de saúde.

2.1. SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA: INCURSÃO HISTÓRICA

Historicamente, podemos dizer que é consenso entre os autores que se debruçam sobre o estudo do surgimento da Saúde Pública brasileira, que, assim como, na maioria dos países, o Brasil, teve o cuidado em saúde originado a partir da filantropia. De acordo com Carvalho (2013), parte da população era atendida pelas instituições e médicos filantropos, e, paralelamente a isso, o Estado fazia de maneira esporádica ações de saúde frente às de epidemias, como ações de vacinação e de saneamento básico como no final do século XIX e início do XX no Rio de Janeiro. Esse movimento esteve associado as atividades beneficentes e filantrópicas, principalmente de entidades ligadas a instituições religiosas, como por exemplo a

implementação das Santas Casas pela Igreja.

Para Batich (2004), a participação do Estado na gerência no sistema de saúde e previdenciário brasileiro foi lenta e gradual. O autor descreve que o primeiro ato governamental de intervenção nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves⁷, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os trabalhadores de ferrovias.

Finkelman e Mercadante (2002) discorrem em sua obra sobre a pressão exercida sobre o patronato pela classe trabalhadora, e como esta, conquistou direitos trabalhistas e sociais ao longo da primeira metade do século XX, como pode ser visto abaixo, em destaque:

Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. Em substituição ao sistema extremamente fragmentário das CAPs, foram fundados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), congregando o conjunto dos trabalhadores de um dado ofício ou setor de atividade. O primeiro Instituto, destinado aos funcionários públicos federais, foi criado em 1926, mais tarde denominado Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE). O último a ser criado foi o dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), em 1953. Na assistência à saúde, a maior inovação aconteceu em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU). A importância histórica desse evento decorre de três características inovadoras da iniciativa: o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, embora comum na prática privada; o financiamento consorciado entre todos os IAPs e, principalmente, o atendimento universal ainda que limitado aos casos de urgência (FINKELMAN; MERCADANTE, 2002, p.237).

Portanto, pode-se afirmar que, a interação entre o público e o privado sempre foi estreita nos modelos de saúde nacional. A rede hospitalar privada, em meados dos anos 1950, era superior à rede pública existente nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) e nos hospitais do Ministério da Saúde, dos estados e dos municípios. Contudo, seu custeio e financiamento era cada vez mais feito pelo poder público. A

⁷ O seguro social surgiu no Brasil em 1923 com a promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves. Com esta lei ficou instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), que atendeu, em um primeiro momento, aos trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores. Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos (FINKELMAN; MERCADANTE, 2002, p.237)

relação público/privado manteve-se de dependência mútua no que se refere à oferta de saúde, como pode ser demonstrado pelo Plano de Metas para a Saúde, elaborado em 1963 como parte do Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico, onde estimou-se que aproximadamente 62% do total de leitos hospitalares no Brasil, eram provenientes da iniciativa privada, e dependentes do auxílio financeiro da União para o seu custeio (MÉDICI, 1992, p.81).

Para PAIM (2003), no Brasil, a ideia de integração das ações preventivas e curativas em redes regionalizadas e hierarquizadas foi experimentada entre as décadas de 1960-70, e inspiraram o Projeto Montes Claros, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Pias), também o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde e o Plano de Reorientação da Assistência da saúde no âmbito da Previdência Social. Contudo, para o autor apenas no início da década de 1980 que o princípio da integralidade se tornou mais explícito com o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAIM, 2003).

A organização sanitária brasileira, até a década de 1980, caracterizou-se pela diversidade de instituições prestadoras de cuidados de saúde e pela profunda dicotomia observada entre as práticas de promoção e prevenção de saúde. O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais arcavam com os programas educacionais e atividades de imunização. No nível federal, o Ministério de Saúde chamava para si o controle infecto parasitário de maior relevância, como tuberculose, hanseníase, malária e Doença de Chagas. Competia à estrutura previdenciária o atendimento de seus pacientes específicos, (segurados da Previdência Social), e aos hospitais universitários cabia o atendimento às doenças mais complexas, assim como uma parcela de internações dos pacientes não segurados (CASTELAR; GRABOIS, 1993).

Mas como afirma Massako Iyda (1994), é pertinente lembrar que vários autores a descreverem esse período não apresentam a devida precisão analítica sócio-histórica. Segundo a própria autora, tem-se que:

O predomínio da assistência médico-hospitalar privada mostra o equívoco de alguns autores brasileiros que afirmam que esta se expande pós-64. Realmente neste período, verifica-se uma nova expansão, cujo caráter mais empresarial corresponde às novas condições da sociedade brasileira; contudo, a rede privada **sempre foi dominante e privilegiada pelos regimes governamentais** (IYDA, 1994, p. 69) [grifo nosso]

Em paralelo ao modelo de saúde estabelecido durante os anos de ditadura militar, ganham corpo os movimentos de resistência ao modelo biomédico e as formas privadas que mercadorizam a saúde, abrindo espaço para constituição do movimento pela Reforma Sanitária no Brasil. Os especialistas em saúde e intelectuais combativos aos regimes que adensavam a privatização da saúde, inclusive aqueles de regime ditatorial militar, foram, em toda América Latina encabeçados por: Juan César Garcia, Cristina Laurell, Jaime Breilh, Cecilia Donangelo e Sérgio Arouca. Estes militantes dedicaram-se ao ensino da medicina preventiva e social, onde nesse fértil campo para discussão lideraram este movimento de vanguarda que pleiteou pela universalização da saúde, na latinoamercia e também no Brasil.

Finalmente, com a redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, traz em seu artigo 196, a questão da saúde como um direito de todos os cidadãos e impõe ao Estado o dever de assumir esta obrigação, caracterizando assim a primeira experiência brasileira de uma política social de caráter universal. A novidade da Constituição para os brasileiros, diz respeito a garantia da extensão da prestação de saúde a todos, independentemente, da situação dos vínculos empregatícios do trabalhador. Portanto, desde então, cabe ao Estado cuidar da assistência pública, da elaboração de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Menicucci (2003), concorda que a nova Carta Constitucional acrescentou importantes inovações ao estabelecer o direito à saúde, sendo definidos novos princípios e diretrizes para orientar a política voltada ao setor, o novo paradigma constitucional alterou significativamente o padrão anterior, pois garantiu o acesso universal, igualitário e gratuito às ações e serviços de saúde, rompendo assim com o modelo baseado na meritocracia da assistência à saúde – isto é, o acesso vinculado ao “mérito” do vínculo empregatício⁸.

Santos (2009), compreende que o subfinanciamento federal ao SUS provoca a precarização das relações de trabalho em saúde, além da baixa remuneração aos trabalhadores do SUS, força as terceirizações, abre campo para as Organizações

⁸ De acordo com Fleury e Ouverney (2008), o sistema bismarckiano implementado na Alemanha tem como característica principal a cobertura de grupos ocupacionais por meio de uma relação contratual. Para os autores, este sistema segue com a premissa dos princípios da solidariedade e os valores meritocráticos, por meio do qual os indivíduos deverão receber compensações sociais proporcionais a suas contribuições ao seguro.

Sociais de Saúde (OSS), e, segundo o autor, estamos diante da chamada privatização por dentro do SUS. Ainda de acordo com Santos (2009), a atual política de asfixiamento financeiro do sistema atinge os três níveis de atenção em saúde de forma desigual: muito mais a Atenção Básica, menos a assistência de média complexidade e quase nada na alta complexidade, o que inviabiliza o cumprimento das diretrizes constitucionais voltadas ao setor saúde.

Mesmo sendo cronicamente subfinanciado (MENDES, 2015) e sob assédio do mercado e dos grupos políticos interessados na mercantilização da saúde, o SUS conseguiu sobreviver.

Para se ter uma ideia do que ele representa, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2014, o sistema possuía 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O modelo brasileiro de atenção à saúde pública é um dos maiores do mundo. O sistema realiza aproximadamente 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais por ano, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, e quase 10 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia, além de 11 milhões de internações hospitalares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Quanto a organização e estruturação burocrática do SUS, preconizou-se pela descentralização da gestão, compreendida em três esferas de poder (federal, estadual e municipal), obviamente que, entre os entes federativos mencionados, o governo federal concentra mais recursos financeiros, assim como mais atribuições, como pode-se ler abaixo:

Um dos princípios básicos da estruturação burocrática do SUS, é a descentralização da sua gestão, que compreende três esferas de poder: federal, estadual e municipal, abrangendo na lógica dessa concepção o Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, com efeito, cada um desses organismos possui diferentes atribuições conforme as diferentes especificidades da estruturação do poder nas diferentes localidades do território nacional. Partindo do princípio de uma estruturação federativa, o governo federal concentra obviamente mais recursos assim como atribuições, especialmente os financeiros. A municipalização é entendida como um processo da mencionada descentralização da gestão pública, entretanto na caracterização do governo local, onde se localiza a população à ser assistida. A conjunção de políticas públicas entre os entes federativos é processual e apoia-se na gestão participativa que é condicionada por fatores estruturais, como a capacidade de gasto, ou político administrativa, fator institucional que reflete a importância das instituições envolvidas nas políticas públicas e programas sociais sob a égide das regras constitucionais assim como a sua operacionalidade e por fim a ação política que acaba envolvendo os vários níveis de governo e as relações deste com a sociedade. No que se refere especificamente à operacionalização do SUS, a descentralização de sua

gestão esteve sob influência dos fatores supra mencionado, entretanto, o corolário para o seu avanço foi o aprofundamento das relações entre Estado e sociedade e demais entes federativos diante da concretização da maturidade do debate afim de se atingir consensos por meio dos conselhos dos gestores estaduais e municipais de saúde-Conass e Conasems. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 26).

Entretanto, o modelo de descentralização da saúde implementado no Brasil não é unanimidade entre os estudiosos da área. De acordo com Elias (1996), alguns pressupostos como o fato da esfera municipal de governo estar mais próxima da população é algo positivo, porém, o autor questiona sobre a capacitação técnica da esfera local para exercer as atribuições que lhe são conferidas, dentro de uma realidade imposta caracterizada pela escassez de recursos financeiros que inviabilizam o cumprimento dos compromissos assumidos pelos municípios. Em concordância com Elias (1996), Mendes e Santos (2000), afirmam que o processo de descentralização, implicou aos municípios alocar recursos próprios em saúde, principalmente após o (des)financiamento crescente dos recursos federais, agravado a partir de 1993, com isso, de acordo com os autores, além da obrigação financeira, recai sobre os ombros do município a total responsabilidade da gestão dos serviços de saúde com o agravante da esfera municipal não mais contar com a coordenação central.

Luz (2000), compreende que o modelo de descentralização da saúde brasileira, contempla os anseios dos governos neoliberais da década de 1990, pois, pode-se dizer que a União transfere responsabilidades para os estados e municípios no sentido de se eximir, e, poder de certa maneira cobrar dessas unidades incumbências referentes às funções delegadas; quanto a este paradoxo, a autora afirma:

O núcleo central do Estado faz o que pode para livrar-se do ônus político, social e econômico crescente que representam saúde e previdência, transferindo para unidades periféricas do poder público as funções e sobretudo, as responsabilidades concernentes a essas funções. Esta delegação, prevista num instrumento de descentralização de política pública como é o SUS, torna-se uma forma de o Estado central desincumbir-se das funções que lhe foram constitucionalmente atribuídas. Entretanto, o “repasso” dos recursos necessários para o desempenho dessas funções não se faz no mesmo ritmo nem com a mesma presteza que lhe são repassadas as obrigações (LUZ, 2000, p.304).

2.2 SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE.

As indiscutíveis conquistas sociais dos brasileiros com a promulgação da nova Constituição Federal de 1988, assim como o desenvolvimento e consolidação do SUS se desenrolaram sob a desfavorável conjuntura econômica e política do Brasil nos anos 1990, esta, marcada pela inclinação privatizante e degradação da proteção social que vem na esteira da retomada liberal que atingiu em cheio a América Latina.

Chesnais (1996), assinalou com lucidez esse momento histórico no mundo, ao descrever que as políticas de liberalização vieram acompanhadas de privatizações, desmantelamento de conquistas sociais e aprofundamento da desigualdade social. O recém-nascido SUS, não ficou imune a esse processo, as forças privatizantes e os interesses mercadológicos na saúde prevaleceram, com isso, o sistema de saúde com foco no mercado subsidiado ganhou fôlego sendo impulsionado pelo Estado. Bahia (2005), diferentemente de Chesnais (1996), ao se concentrar no estudo do caso brasileiro, direciona o seu ensaio ao específico no campo da saúde. Neste sentido, a autora busca compreender como o mercado e as proposições liberais e privatizantes se apresentavam como alternativa anteposta a premissa básica do SUS que é a universalização dos cuidados de saúde. A autora, traz mais detalhes que problematizam este quadro:

No final da década de 80, as evidências sobre a importância do “mercado” para a assistência à saúde de parcela significativa da população adquiriram especial dramaticidade quando arroladas para justificar as proposições neoliberais privatizantes. Seus formuladores nutridos da “realidade” de um sistema já privado, consideravam que bastava regulamentar a oferta de assistência privada, através da transferência da contribuição previdenciária para as empresas que comercializam planos de saúde. O modelo chileno era apontado como paradigma de modernidade e eficiência por referência à falência do sistema público brasileiro. Os adeptos da privatização argumentavam que, ficando livre de uma parte da demanda, o SUS poderia dedicar seus recursos integralmente à assistência dos pobres. A focalização da assistência anteposta à universalização se apresentava como alternativa racional à insensatez da manutenção de um financiamento público obrigatório para quem não utilizava o SUS e podia pagar planos/ seguros saúde (BAHIA, 2005,p 10).

Menicucci (2003), pondera que ao mesmo tempo em que se realizou verdadeiramente a reforma do sistema de saúde brasileiro com o advento do SUS, as mudanças, por mais contraditórias que pareçam, foram limitadas pela antiga estrutura institucional pré-SUS, cujo peso histórico de suas ações não foi capaz de desmontar-

se Optou-se, dessa forma, por uma dupla trajetória, a da assistência pública e privada, como a última não foi regulamentada adequadamente, preservou-se a continuidade do sistema anterior.

Na prática, foi construído no Brasil um sistema híbrido de saúde (ou também conhecido como “dual”) (PAIM E COL., 2011), uma miscelânea entre o modelo público e privado. Com a reforma sanitária e o próprio advento do SUS, os sistemas privados e filantrópicos não foram incorporados ou estatizados, ao contrário, foram alimentados pelo Estado. Este setor privado⁹, permanece dividido em dois subsetores: o subsetor de saúde suplementar e o subsetor clássico e liberal; o segundo é composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, em que os profissionais da saúde de maneira autônoma estabelecem suas agendas, as condições de tratamento e remuneração (PIETROBON e col., 2008, p.768). A base de sustentação econômica do mercado de planos e seguros de saúde se dá por meio de um mecanismo de cooperação voluntária conhecido como mutualismo, onde muitos indivíduos contribuem para que alguns poucos possam utilizar os recursos de um fundo mútuo, administrado por operadoras de planos, para o pagamento das despesas médicas, realizadas direta ou indiretamente. Mediante um plano ou seguro de saúde, o consumidor é capaz de estabilizar a variação de sua renda diante de eventos inesperados que possam afetar a sua saúde física e, por consequência, a sua saúde financeira

No que tange aos profissionais prestadores de assistência da iniciativa privada, estes, são credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema (PIETROBON e col., 2008). As cooperativas médicas, são regidas e organizadas sob as leis do cooperativismo, oferecem assistência aos associados por meio de contratos coletivos, familiares e individuais que prescindem da figura do sócio majoritário ou controlador, de modo que os lucros de suas operações são divididos entre os cooperativados são médicos e outros profissionais

⁹ O histórico da prestação privada de saúde remonta as empresas de medicina de grupo que surgiram nos Estados Unidos por volta de 1920, no Brasil, as primeiras empresas de medicina de grupo surgiram na década de 1960 para atender, em princípio, aos trabalhadores do ABC paulista. As indústrias multinacionais que ali se instalavam, diante das deficiências da saúde pública, preocuparam-se em buscar outros meios para propiciar atendimento médico aos seus empregados (PEREIRA FILHO, 1999).

da área de saúde (PEREIRA FILHO, 1999).

Já a saúde suplementar é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde com financiamento privado, entretanto, o setor é beneficiado por subsídios públicos e regulado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar¹⁰ (ANS); ainda segundo Pietrobon (2008), a regulamentação do setor de saúde suplementar, exigida pela Constituição de 1988, surgiu tardiamente¹¹, após dez anos da instrumentalização do SUS pela Constituição Federal. De acordo com Pinto e Soranz (2014), antes da lei 9.656/98 não era prevista cobertura mínima definida para os planos de saúde, sendo esta estipulada unicamente entre os contratos firmados entre as operadoras e as pessoas que desejassem adquirir um plano. Os autores ainda prosseguem ao esclarecer que as operadoras privadas de saúde excluía de seus contratos os portadores de doenças crônico-degenerativas, infecciosas e limitavam os tratamentos de alto custo. Outras práticas comuns e despropositadas eram as restrições contratuais quanto a idade dos usuários (PINTO; SORANZ, 2004).

Conforme Bahia e Scheffer (2012), no continente americano, o Brasil, o Canadá, a Costa Rica e Cuba, consideram que o direito à saúde é universal, sendo que, para outros países existem normas específicas que legitimam a segmentação dos seus sistemas de saúde. Todavia, ao contrário dos países citados, no Brasil, o sistema público convive com o mercado privado de planos e seguros de saúde (Bahia; Scheffer, 2012). Para os autores, as principais diferenças entre planos e seguros de saúde são:

¹⁰ Criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, coube à ANS cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (Susep). A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988 (<http://www.ans.gov.br/aans/historico>).

¹¹ Na conjuntura internacional dos anos noventa, onde o papel do Estado nas políticas de proteção social deteriora-se após uma onda neoliberal que atinge em cheio a América Latina, houve de fato um rápido crescimento da Saúde Suplementar, a princípio, desordenado e desregulado, como resposta ao processo, o Congresso Nacional aprova as leis 9.656/98 e, posteriormente, por meio da Lei n. 9.961/2000, criou-se a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), possibilitando assim, que a nova Agência regulamentasse o mercado, exigindo regras de competição mais claras, garantia de superação de restrições assistências existentes em contratos, como era o caso da negativa de atendimento a pacientes portadores de HIV, idosos e pacientes que requeriam hospitalização mais prolongada (CONASS, 2007, p.27).

- 1- Quando a natureza das empresas que comercializam os contratos, as seguradoras integram o sistema financeiro, enquanto as empresas de planos são regidas por outro ordenamento jurídico e tributário
- 2- Em decorrência da natureza do contrato de seguro, os seguros de saúde necessariamente admitem a livre escolha dos prestadores de serviços mediante reembolso, enquanto para as empresas de planos de saúde a modalidade de reembolso é opcional (Bahia; Scheffer, 2012, P.428).

Ainda, sobre este assunto (tabela 1), será apresentado de acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2007), as diferentes modalidades que constituem o campo da saúde suplementar, o tipo de gerenciamento, e o público consumidor deste serviço de saúde privado:

Tabela 1: Modelos de prestação de saúde suplementar

Modalidade	Gerenciamento	Prestação de serviços	Usuários
Medicina de Grupo	Empresas privadas, proprietários ou sócios de unidades e complexos hospitalares	Unidades próprias de saúde, com os profissionais de saúde possuindo vínculo empregatício nas empresas de medicina de grupo, ou através de unidades credenciadas por esta	Indivíduos ou empresas assegurados por planos de saúde
Seguro de Saúde	Seguradoras : inicialmente era exclusivamente de indenização (reembolso), com a criação da Susep (Seguro de Assistência Médica), durante a década de 1980, o objeto da apólice converteu-se na garantia de assistência médica .	Por lei, não cabe à seguradora, fazer prestação direta de serviços.	Indivíduos e empresas
Cooperativas médicas	Entidade organizacional que administra os planos. A diferença encontra-se no fato de que essas entidades são formadas por	Rede própria e credenciada	Indivíduos e empresas

	profissionais cooperados a ela		
Autogestão	Organizados diretamente pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência ou pelas próprias empresas e associações ou fundações em que os sócios organizam uma entidade sem fins econômicos para a assistência em saúde	Os provedores dos serviços assistenciais são médicos, hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geralmente credenciados.	empregados de empresas e muitas vezes seus familiares

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

O segmento privado representado pela saúde suplementar prosperou de maneira auspiciosa em todo o país. De acordo com a ANS (2019), atualmente são 47,36 milhões de usuários de planos de assistência, desse montante, cerca de 30 milhões participam de convênios empresariais, oferecidos pelos empregadores aos seus funcionários. Os demais são clientes de planos individuais, familiares ou coletivos por adesão (formados por profissionais liberais que atuam no mesmo ramo, organizados em sindicatos ou associações). Com efeito, propusemos a elaboração de uma tabela, afim de observarmos com mais clareza os números publicados pela ANS. Portanto, observa-se na tabela 2, o número de usuários do sistema de saúde suplementar, da mesma forma, nota-se o aumento da concentração do segmento com a menor participação de operadoras ao longo dos anos do estudo.

Tabela.2

Ano	Beneficiários em planos privados de assistência médica (em milhões)	Número de operadoras
2008	41.4	1135
2009	42.5	1095
2010	44.9	1045
2011	46.0	1015

2012	47.8	962
2013	49.4	920
2014	50.4	874
2015	49.2	828
2016	47.6	790
2017	47.1	766
2018	47.3	749

Fonte: Sistema de Informações de Beneficiários-SIB/ANS/MS. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

Desde a década de 1960, trabalhadores de estatais, bancários, e algumas instituições do governo federal, já possuíam planos de saúde. Esse modelo incutiu equivocadamente nos sindicatos e trabalhadores em geral a ideia de que o maior benefício destinado para as categorias representadas pelas entidades sindicais seria a cobertura hospitalar por algum tipo de seguro de saúde. Por outro lado, não houve de fato a construção coletiva com os trabalhadores e sindicatos para o fortalecimento de um sistema público e universal no Brasil. A respeito desta observação, Rodrigues (2014) pondera o seguinte:

O SUS decorre de sua frágil base de sustentação social em meio aos trabalhadores, particularmente junto a suas organizações sindicais. Ao contrário do que ocorreu em diversos países do mundo, nos quais os sistemas públicos de saúde de caráter social-democrata contaram com amplo apoio dos trabalhadores, através dos partidos e sindicatos que os representam, no Brasil, diversas medidas do regime militar, tratadas adiante, contribuíram para promover o gradual afastamento dos trabalhadores organizados do sistema público de saúde do ponto de vista político e ideológico. Isso restringiu a base social de apoio do SUS principalmente aos movimentos sociais urbanos. Essa frágil base de sustentação social do sistema público de saúde está associada a outra circunstância histórica: a existência no país de um dos maiores setores privados de saúde de todo o mundo (RODRIGUES, 2013, p.38).

As questões envoltas à expansão dos planos privados de saúde no Brasil, estão de certo modo relacionadas as dificuldades orçamentárias impostas ao sistema público de saúde fomentadas a insuficiência deste por meio do subfinanciamento crônico do SUS tornou-se frequente. Para Bahia (2001), corrobora o desenvolvimento do setor

privado perturba a construção da universalidade do sistema público:

Dois enunciados, articulados entre si, explicam usualmente a expansão dos planos privados de saúde no Brasil. Em uma primeira instância insuficiências do SUS são associadas à expansão da assistência médica suplementar evocando os avanços das políticas de corte neoliberal. Essa equação, por sua vez, remete questões tanto às proposições reformistas universalistas quanto às políticas assistenciais seletivas. Por um lado, o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal e redistributivo, por outro, evidencia perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (BAHIA, 2001, p. 330).

Os ataques direcionados aos SUS procedem de amplas frentes, por certo, esta tem se mostrado uma batalha desigual. O subfinanciamento crônico imposto ao sistema tornou-o deficiente para cobrir os mínimos requisitos necessários para a oferta integral de saúde. A renúncia fiscal promovida por estados, união e municípios, vem desviando recursos financeiros que poderiam ser melhor aplicados na Saúde, sem embargo, conseguiriam levar oxigênio para o setor que segue asfixiado pelas políticas públicas de saúde no Brasil. Irrefutavelmente, outro fator desconcertante para a saúde é a Emenda Constitucional nº 95¹² (EC 95), sem dúvida, a mais brutal ofensiva do grande capital contra o trabalhador.

2.3. PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM ECONOMIA DA SAÚDE- ABRES

Antes de nos aprofundarmos nos trabalhos publicados pela Abres, faz-se necessário um breve contexto histórico sobre o seu surgimento e antes disso, a parceria entre a Economia e a Saúde Pública no Brasil. Sobre este último aspecto, Mendes e Marques (2012), julgam que o impulso inicial foi dado pela equipe do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), pois, segundo os autores, “o Ipea desenvolveu o método de apuração do gasto social federal, ao final dos anos 1980”. Contudo, para Mendes e Marques (2012), outra contribuição pode ser considerada como uma obra de referência para a construção da Economia da Saúde, esta, é o

¹² A implementação do teto para os gastos públicos federais, consolidada pela Emenda Constitucional de número 95, instituiu um novo regime fiscal que irá vigorar durante os próximos 20 (vinte) com corte de investimento público em saúde e educação. A draconiana proposta feita por um governo ilegítimo foi causa de indignação da sociedade civil, desencadeou greves e ocupações estudantis que ocorreram nas escolas e universidades públicas de todo o país. No entanto, sua aprovação foi ratificada pelo Congresso, sem diálogo com a sociedade civil. Com efeito, a medida se trata de mais uma tentativa das forças do capital, nacional e supranacional, para manter o Brasil no seu permanente Estado de exceção econômico (MARIANO, 2017).

trabalho de Vianna et al. (1990)¹³, que de acordo os pesquisadores,” avalia a aplicabilidade dos critérios do artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde, suas implicações na equidade e prevê possíveis alterações no fluxo dos recursos descentralizados” (MENDES; MARQUES, 2012, p.248).

Então, quando e como surge a Abres? Em relação a esta matéria, mais uma vez recorreremos a Mendes e Marques (2012), que esclarecem:

Em junho de 1989, foi realizado, na Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Instituto Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), o 1 Seminário sobre Economia e Financiamento da Saúde. Naquele momento, formulou-se a proposta de formação da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), a qual foi criada cinco meses depois, quando da realização, em Brasília, do I Workshop Internacional sobre o campo da Economia da Saúde. Em 1992, por ocasião do II Workshop sobre Economia da Saúde, realizado em São Paulo, viabiliza-se a edição de um livro luso-brasileiro sobre economia da saúde — publicado em 1995 pelo Ipea e organizado por Piola & Vianna (1995)¹⁴ —, cujo objetivo era servir para iniciar profissionais de saúde, economistas e administradores nos principais temas da economia da saúde (MENDES; MARQUES, 2012,p. 248)

2.4. MÉTODO

Portanto, já dilucidado o processo embrionário da Abres, retomaremos para a contemporaneidade, e será revisada de forma sistemática a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde. A Abres com o objetivo de realizar a primeira sistematização do conteúdo sobre economia da saúde produzida por autores brasileiros, até aquele momento inédita no país, produziu o documento 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.

Ao inspecionar a produção de conhecimento em economia da saúde pela Abres, especificamente sobre as questões que envolvem à saúde suplementar e planos de saúde, evidenciou-se a preponderância numérica dos artigos e trabalhos acadêmicos que possuem lastro no pensamento econômico neoclássico. Numa

¹³ Vianna S. M. et al. O financiamento da descentralização dos serviços de saúde: critérios para transferência de recursos federais para estados e municípios. Série Economia e Financiamento, Brasília: Opas, 1990

¹⁴ Piola, S. & S. M. Vianna. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: Ipea, 1995

primeira etapa, foram selecionados vinte e quatro artigos desta publicação que trazem à tona a discussão do mercado de saúde privado. Esses trabalhos foram separados conforme a proposta teórica e vertente econômica utilizada pelos autores. Com tal propósito, a princípio, dois quadros foram elaborados.

No quadro 1, foram compilados os artigos que buscam como referência conceitos econômicos neoclássicos. Não obstante, o ano de publicação e o objetivo dos estudos foram destacados, tal como, os respectivos autores. Com esta seleção e forma de organização foi possível identificar os conceitos que retratam estes trabalhos como neoclássicos.

2.5 RESULTADOS

A primeira referência selecionada que a caracteriza como neoclássica, busca segundo o autor, apresentar as distinções do mercado e quando se toma como referência um mercado de concorrência perfeita (NUNES, 2005); as demais seguem com: Introdução de pautas como o registro das operadoras, regulação da saúde financeira das empresas, acompanhamento de preços, e permissão para a participação do capital estrangeiro na saúde após a Lei 9656/98 (ANDREAZZI, 2004); este próximo trabalho analisa e investiga a presença de seleção adversa e a ineficiência do mercado no setor saúde, neste estudo, o autor ainda dedica-se sobre as questões contratuais entre planos e consumidores, e esmiúça por meio de organogramas, fluxos monetários incluindo os serviços médicos reembolsáveis (ALVES, 2007); utilizam-se de modelos abertamente neoclássicos, com ênfase no risco moral, na seleção adversa e na dinâmica entre mercados competitivos e concentrados, o autor aprofunda-se nesta teoria tendo como o objetivo do seu estudo a análise de microgestão, ou seja, de mecanismos de investigação utilizados para estudar “os diversos interesses em jogo” nos mercados de planos de saúde no Brasil frente ao regime regulatório da ANS (RIBEIRO E COL, 2008); neste artigo, buscou-se fundamentar uma cultura regulatória no saneamento econômico e seus aspectos gerenciais que passa pela qualificação da gestão das operadoras e estímulo ao conhecimento do perfil de saúde e de doença da sua população de beneficiários (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2009). Por fim, declara a sua defesa ao modelo privatista, ao defender a importância do setor suplementar como alternativa ao aumento dos custos na assistência à saúde e os potenciais impactos nas ações de promoção à saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR,

2009); identifica a regulação e seu escopo econômico como instrumento de garantia do acesso e como ferramenta da gestão do sistema, trabalha a ideia da racionalização dos recursos afim de otimizar a prestação de cuidados à saúde (RIBAS, 2009); busca-se por parte da autora definições e projeções futuras sobre gastos em Saúde, e para isso, lança-se mão de modelos neoclássicos de análise econômica juntamente ao seu relacionamento com protocolos clínicos. Neste trabalho, há a preponderância da temática que envolve o controle de gastos públicos e orçamentários para o setor saúde (TIBURI, 2009); um dos conceitos acadêmicos mais carregados de apelo neoclássico, é o estudo econômico microrregulatório, e neste sentido, este ensaio não decepcionou aos entusiastas desta linha de pensamento, pois, dedicou-se em investigar a microrregulação que as operadoras de planos de saúde exercem sobre os hospitais em termos da qualificação da assistência, e, ao final, conclui-se, que esta foi muito baixa ou quase nula. Os autores, dedicaram ainda os seus esforços para levantar as relações contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde (UGA E COL, 2009); sobre as questões regulatórias, neste trabalho, os autores vão ao encontro de (Ribeiro e col, 2008), (Ribas, 2009) e (Uga e col 2009), ao analisar as mudanças estruturais da saúde suplementar após a implementação do guarda-chuva regulatório da ANS (DANTAS; AGUIAR, 2010); os autores abusam de análises econométricas, ou melhor, de ferramentas estatísticas e modelos matemáticos, para avaliar se os consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens de assistência pública (NISHIJIMA; CYRILLO;BIASOTO, 2004); avaliação qualitativa das operadoras por meio de indicadores, como, a taxa desempenho econômico-financeiro dos planos de saúde, de aspectos de estrutura e operação dos planos e satisfação dos beneficiários quanto aos serviços prestados (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011); busca compreender a natureza das operações financeiras das empresas e propõe a regulação do mercado de saúde; este estudo é carregado de conceitos econômicos liberais, como livre concorrência e competitividade, bem como, preocupação com os aspectos financeiros e patrimoniais das operadoras (ARAÚJO, 2004); dentre os trabalhos analisados, este foi o que nos provocou mais dúvidas para qualifica-lo, pois, contém nuances que tratam de temas sensíveis a disciplina de economia política como a discussão do papel do estado e as consequências negativas da segmentação do sistema de saúde brasileiro, mas, por outro lado, buscou segundo a autora enfrentar o problema dos gastos assistenciais por meio do desenvolvimento de metodologias para o cálculo do valor dos recursos financeiros necessários ao

atendimento de populações/grupos populacional , utiliza-se do termo ajustamento do risco (*risk adjustment*), que refere-se à estimativa do impacto dos gastos assistenciais, por meio de modelos de predição, baseados em variáveis demográficas (idade e sexo) e status de saúde (BAHIA; SIMMER; OLIVEIRA, 2004); por último, neste artigo os autores discutiram alguns aspectos do mercado de planos de saúde no Brasil, fundamentados em conceitos teóricos neoclássicos, ao argumentar que o mercado de seguro-saúde pode gerar a assimetria de informação (seleção adversa e risco moral) e gerar desvios de eficiência (GODOY E COL. 2004).

Quadro 1. Autores e trabalhos apoiados na teoria neoclássica

Autores	Título Do Artigo	Ano De Publicação	Objetivos Do Estudo
NUNES, André	Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília	2005	Objetivo de apresentar as distinções desse mercado quando se toma como referência um mercado de concorrência perfeita
ANDREAZZI, M. F.S. e col. (ANS)	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003. Rio de Janeiro, 2004. (Série Regulação e Saúde – v. 3).	2004	Construir a avaliação dos avanços, dos rumos e das dificuldades por que passa o Setor de Saúde Suplementar.
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde Caderno De Informação Da Saúde Suplementar	Beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde	2006	Apresentar dados sobre beneficiários, planos e operadoras, inclusive receitas de contraprestações e despesas das operadoras, despesa assistencial e taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de Saúde
ALVES, Sandro Leal	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação In: Encontro Nacional De Economia, 35., 2007, Recife. [Anais...]	2007	Analisar o efeito da recente regulamentação do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil sobre a eficiência do setor
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. Ciênc. Saúde	2008	Analisar o uso da literatura de regulação em Saúde e da estratégia do managed care. A partir de uma seleção intencional de operadoras baseada em número de beneficiários, modalidade organizacional e abrangência geográfica, selecionar amostras

	Coletiva, Rio de Janeiro		probabilísticas de médicos e de serviços hospitalares
Agência Nacional De Saúde Suplementar	Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro	2009	Atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação sobre a promoção da saúde. A gestão de tecnologias em Saúde na Saúde Suplementar, focalizando o processo de revisão do rol de procedimentos e eventos em saúde;
Agência Nacional de Saúde Suplementar	Caderno De Informação De Ressarcimento E Integração Com O Sus. Rio De Janeiro	2009	Novo entendimento quanto à cobrança no início do mesmo, a partir da identificação do atendimento prestado ao beneficiário e a apresentação referente aos prestadores de serviço, a partir dos trabalhos desenvolvidos pela Gerência de Relações com Prestadores da ANS, particularmente aquelas previstas no Programa de Aceleração do Crescimento – PAC Mais Saúde.
RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa	Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR)	2009	Analisa o processo regulatório no setor de Saúde Suplementar em desenvolvimento desde a edição da Lei nº 9.656, de junho de 1998 que regulamentou a operação de planos privados de saúde no Brasil.
TIBURI, M. F	O cenário da saúde suplementar: a relação entre planos de saúde e medicina baseada em evidências sob a perspectiva econômica. Jornal Brasileiro de Economia da Saúde, São Paulo, v. 1, n. 3, dez.	2009	Definição do panorama atual e as perspectivas futuras sobre gastos em Saúde, modelos de análise econômica e seu relacionamento com protocolos clínicos, o envolvimento entre planos de saúde, práticas baseadas em evidências e custos
UGA, Maria Alicia Domínguez e col.	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838,	2009	Objetiva analisar os mecanismos de microrregulação aplicados pelas operadoras de planos de saúde nas práticas de gestão da clínica e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços
DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do	2010	Analisar o desempenho do setor de Saúde Suplementar a partir das mudanças estruturais ocorridas no setor com a criação da Agência

	desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar)		Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no período de 1998 a 2009
Brasil. Ministério Da Saúde; Agência Nacional De Saúde Suplementar.	Atlas Econômico-Financeiro Da Saúde Suplementar	2011	Levantamento de dados econômico-financeiros anuais das operadoras de planos de saúde por regiões do País e modalidade de operadora, desde 2005
NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JR., Geraldo.	Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. Economia e Sociedade, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611	2010	Analisar de que forma se dará a interação entre o setor público e privado de Saúde da economia brasileira, avaliando como a sua estrutura produtiva, aliada ao aparato legal referente ao período anterior à regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar,
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde	CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Saúde suplementar. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12).	2011	Apresentar a regulamentação do setor de planos e seguros de saúde no Brasil de forma detalhada, com a descrição das características gerais do sistema de Saúde no Brasil, da situação atual do mercado de Saúde Suplementar e o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
ARAUJO, Ângela Maria.)	A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado	2004	Desenvolver estudo sob a perspectiva das teorias da regulação econômica, demonstrando que a regulação e a normatização estabelecidas pela ANS, na área contábil e econômico-financeira, definem as condições de entrada, permanência e saída, obrigando a constituição de reservas e garantias
BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de,	Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. Ciênc. Saúde Coletiva, RJ, v. 9, n. 4, p. 921-929	2004	Examinar a utilização de procedimentos médicos selecionados por clientes vinculados a planos privados de saúde e pelos segmentos populacionais cobertos exclusivamente pelo SUS. Baseia o estudo na comparação entre taxas de utilização dos procedimentos selecionados, obtidos por meio de informações solicitadas a empresas de planos de saúde, consultas às fontes oficiais e estimativas fornecidas por informantes-chave
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil).	Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro	2010	Investigar algumas das políticas públicas e regulatórias que vêm sendo implementadas em outros países com o objetivo de melhorar o acesso e a qualidade da assistência à saúde, pública ou privada, à população idosa

GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giácomo.	Plano De Saúde E A Teoria Da Afirmação Assimétrica. In: Encontro Nacional De Economia Política, 9.	2004	Este trabalho teve como objetivo o mercado de planos e seguro-saúde utilizando a Teoria da Informação e, além disso, é discutido a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Com uma nova regulamentação para o setor de Saúde, houve elevação do prêmio e redução da demanda por seguro-saúde por, pelo menos, 3 milhões de pessoas.
--	--	------	---

Fonte: Publicações Abres 2004-2012

O quadro 2, diferentemente do anterior, reúne o ano de publicação e o objetivo dos estudos que possam caracterizar alguns dos aspectos da economia política (2004-2012).

Percebe-se, neste quadro que os trabalhos são principalmente: orientados para o fortalecimento da esfera pública (OCKÉ-REIS, 2004); preocupados com a concentração do mercado e cada vez mais poder que operadoras de planos de saúde detém neste campo (OCKÉ-REIS, 2007); discutem a questão da renúncia fiscal e subfinanciamento do setor público (OCKÉ-REIS, 2011); analisam os desafios dos Estados nacionais e das relações entre a economia e política em âmbito nacional e mundial (MATTOS, 2011); ressaltam que a expansão desse mercado foi promovida por um conjunto de incentivos governamentais. Tais incentivos limitam os gastos públicos que, de outra forma poderia ter sido canalizada para melhorar o acesso e a qualidade do Sistema Único de Saúde (OCKÉ-REIS, 2010); por fim, propõem a realização de reformas institucionais do mercado de planos de saúde, na perspectiva de se resistir ao movimento de concentração das operadoras e formação de oligopólios no setor (OCKÉ-REIS, 2006);

Quadro 2. Autores e trabalhos apoiados no debate da economia política

Autores	Título Do Artigo	Ano De Publicação	Objetivos Do Estudo
OCKÉ-REIS, Carlos Octávio.	Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. Rio de Janeiro, IPEA.	2004	Tem como objetivo a adoção de um tipo de ação regulatória em direção ao fortalecimento da esfera pública.
OCKÉ-REIS, Carlos Octávio.	Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. Ciênc. Saúde	2007	Tem como objetivo refletir sobre as características da concentração e aumento do poder do mercado na saúde, a partir da ótica da economia política do setor.

	Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4.		
MATOS, João Boaventura B. de.	As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ).	2011	Analisar a trajetória, os desafios e as perspectivas da regulação em Saúde Suplementar, contextualizados em um ambiente de grandes transformações do papel dos estados nacionais e das relações entre a Economia e a Política no âmbito mundial e no Brasil.
OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; SANTOS, Fausto Pereira dos.	Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA.	2011	Avaliar os gastos tributários relacionados ao mercado de planos de saúde. Uma vez superada essa dimensão quantitativa, analisar com mais profundidade os problemas relacionados à renúncia fiscal no campo das políticas públicas.
OCKÉ-REIS, Carlos Octávio.	Novos modelos de gestão na saúde privada. Rio de Janeiro: IPEA.	2006	Propõe a realização de uma reforma institucional do mercado de planos de saúde, por meio da criação de empresas-modelo, na perspectiva de se resistir ao movimento de concentração das operadoras.

Fonte: Publicações Abres 2004-2012

No geral, os autores e trabalhos considerados neoclássicos negligenciam a complexidade das relações sociais e suas interações com as questões que dizem respeito ao papel de protagonismo do Estado na formulação de políticas públicas. Dentre os dezenove trabalhos que foram selecionados apoiados em conteúdo neoclássico, houve a prevalência de artigos que abordam o estudo das políticas regulatórias implementadas no mercado de Saúde pela ANS. Outros temas que também foram frequentemente abordados, dizem respeito à alocação de recursos e controle de custos, informações sobre o perfil dos beneficiários dos planos de saúde, seleção adversa¹⁵, risco moral¹⁶, contraprestações e despesas das operadoras, taxa

¹⁵ A seleção adversa ocorre quando existe assimetria na informação entre a empresa e o consumidor no que diz respeito ao risco que este representa para a empresa. Este é um problema clássico do mercado de seguros, mas também ocorre no setor de planos odontológicos, bem como no setor de planos médicos, pela similaridade destes no que concerne ao risco (ALVES, p.255).

¹⁶ “Risco moral” ocorre quando em determinadas situações, a condição de perfeita competição - racionalidade - não acontece e, então, deparamo-nos com o que é chamado de “risco moral”. O “risco moral” pode ocorrer em sistemas de saúde baseados em seguro privado ou público e também naqueles sistemas que cobrem totalmente os gastos com cuidados de saúde. Nestes casos, existiria uma tendência a ocorrer excesso de demanda, pois o

de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, informações sobre o processo de ressarcimento ao SUS, origem das fontes de remuneração dos procedimentos de alto custo, e, por fim, a análise da estrutura produtiva em saúde.

2.6. CATEGORIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS ARTIGOS PUBLICADOS PELA ABRES CLASSIFICADOS COMO NEOCLÁSSICOS.

Nesta parte do trabalho, selecionamos os artigos já reconhecidos por terem conteúdo econômico neoclássico, e os dividimos conforme as categorias que fazem parte da coluna de sustentação deste pensamento econômico, como: “regulação e microrregulação”, “controle de custos e despesas”, “seleção adversa”, “desempenho do mercado”, “informações sobre os beneficiários dos planos de saúde” e “financiamento do sistema privado”. Afim de facilitar a visualização das diferentes categorias que tratam de questões que são específicas nos trabalhos com conteúdo neoclássico, apresenta-se o Gráfico 1.

consumidor e o produtor mudam a sua atitude em relação à necessidade de cuidados de saúde, já que as despesas estão completamente cobertas (DORNELES, 2002, p.127).

Categorias das publicações neoclássicas: Fonte: Abres

Podemos observar (Gráfico 1), que dos dezenove trabalhos selecionados anteriormente, nove tratam do tema da regulação e microrregulação; ademais, cinco artigos estão relacionados as questões de desempenho e análise de mercado ; cinco sobre o controle dos custos; quatro sobre financiamento, risco e os dados dos beneficiários dos planos de saúde; dois abordam o conceito de seleção adversa; e com uma única citação nos trabalhos publicados pela Abres neste período, destacamos a citação sobre risco moral, concorrência e taxa de sinistralidade.

No quadro 3 foram selecionados apenas os trabalhos que tinham como tônica principal as questões envoltas à “regulação e microrregulação”. Dentro deste contexto, aponta-se três artigos elaborados pela ANS, que tratam em linha geral, sobre a evolução do processo de controle da saúde suplementar pela autarquia vinculada ao Ministério da Saúde. Ribas (2009), Alves (2007), Dantas e Aguiar (2010) seguem a mesma linha de raciocínio, ao analisar o efeito da recente regulamentação do mercado de planos e seguros de saúde no Brasil sobre a eficiência do setor. Uga e col. (2009), seguem o caminho de analisar os mecanismos de microrregulação e de qualificação assistencial em hospitais prestadores de serviços

Quadro 3. Produção científica neoclássica - Regulação e microrregulação

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
ANDREAZZI, M. F.S. e col. (ANS)	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003	2004	Regulação e microrregulação
ALVES, Sandro Leal.	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação.	2007	Regulação e microrregulação
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	2008	Regulação e microrregulação

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR	Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório	2009	Regulação e microrregulação
RIBAS, Barbara Kirchner Corrêa.	Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado)	2009	Regulação e microrregulação
UGA, Maria Alicia Domínguez e col.	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados	2009	Regulação e microrregulação
DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS.	2010	Regulação e microrregulação
NISHIJIMA, Marislei; CYRILLO, Denise Cavallini; BIASOTO JR., Geraldo.	Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil.	2010	Regulação e microrregulação
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	Coleção para entender a gestão do SUS.	2011	Regulação e microrregulação

Fonte: Fonte: Publicações Abres 2004-2012

O quadro 4 traz trabalhos que dedicaram em sua análise referências sobre a o desempenho do mercado da saúde suplementar. Neste lugar, a ANS (2004), da mesma maneira que Godoy; Silva e Balbinotto (2004), exploram o desempenho do mercado de saúde suplementar por meio da avaliação das dificuldades do setor. Por outro lado, Ribeiro e col. (2008), investigam dados sobre as operadoras, respectivamente no que toca aos beneficiários, modalidade organizacional e abrangência geográfica de pessoas.

Quadro 4. Produção científica neoclássica- Análise e desempenho do mercado

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
ANDREAZZI, M. F.S. e col. (ANS)	Documentos técnicos de apoio ao fórum de saúde suplementar de 2003	2004	Análise e desempenho do mercado
ALVES, Sandro Leal.	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação.	2007	Análise e desempenho do mercado
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	2008	Análise e desempenho do mercado
DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS.	2010	Análise e desempenho do mercado
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	Coleção para entender a gestão do SUS.	2011	Análise e desempenho do mercado
GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giácomo.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica.	2004	Análise e desempenho do mercado

Fonte: *Fonte: Publicações Abres 2004-2012*

O quadro 5 foi construído para ilustrar os artigos e autores que dialogam com as matérias concernentes ao financiamento do sistema ou de grupos específicos da população, como a ANS (2010), que busca em seu documento explorar as experiências de países selecionados no que tange ao financiamento da saúde para a população idosa tanto no âmbito do governo quanto das práticas do setor privado.

Quadro 5. Produção científica neoclássica- financiamento

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
----------------	-------------------------	------------	-------------------------------

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar.	Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília	2012	Financiamento
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil).	Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro	2010	Financiamento
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	2008	Financiamento
GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giácomo.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica.	2004	Financiamento

Fonte: *Publicações Abres 2004-2012*

No quadro 6 compilamos os estudos que foram publicados pela Abres a respeito dos beneficiários ou usuários da saúde suplementar. Aqui, neste espaço, dentre outros autores, destacaremos Ribeiro e col. (2008), que faz o levantamento do balanço das operadoras quanto a sua expansão mercadológica para a cobertura de aproximadamente 45 milhões de usuários.

Quadro 6. Produção científica neoclássica - Beneficiários/usuários da saúde suplementar

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde Caderno De Informação Da Saúde Suplementar	Beneficiários, operadoras e planos.	2006	Beneficiários/ usuários da saúde suplementar
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de	2008	Beneficiários/ usuários da saúde suplementar

	planos de saúde no Brasil		
DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS.	2010	Beneficiários/ usuários da saúde suplementar

Fonte: *Publicações Abres 2004-2012*

O quadro 7 foi destinado aos artigos que tratam de seleção adversa e controle de custos e despesas

Quadro 7. Produção científica neoclássica- Seleção adversa e Controle de custos/ despesas

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giacomo.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica.	2004	Seleção adversa
ALVES, Sandro Leal.	Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação.	2007	Seleção adversa
RIBEIRO, José Mendes e col.	Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil	2008	Controle de custos/despesas
UGA, Maria Alicia Domínguez e col.	Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados	2009	Controle de custos/despesas
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	Coleção para entender a gestão do SUS.	2011	Controle de custos/despesas
DANTAS, Alexis Torbio; AGUIAR, Bruna Santos	Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do	2010	Controle de custos/despesas

	setor a partir da criação da ANS.		
BAHIA, Ligia; SIMMER, Elaine; OLIVEIRA, Daniel Canavese de,	Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo.	2004	Controle de custos/ despesas

Fonte: *Publicações Abres 2004-2012*

Por fim, no quadro 8, risco moral, taxa de sinistralidade e concorrência perfeita.

Quadro 8. Produção científica neoclássica- Risco moral, taxa de sinistralidade, concorrência perfeita

Autores	Título do artigo	Ano	Análise das categorias
GODOY, Márcia Regina; SILVA, Everton Nunes da; BALBINOTTO NETO, Giácomo.	Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica.	2004	Risco moral
Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE	Coleção para entender a gestão do SUS.	2011	Taxa de sinistralidade
NUNES, André	Ensaio em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – UNB	2005	Concorrência perfeita

Fonte:: *Publicações Abres 2004-2012*

CAPÍTULO 3.

3.1. CONVEGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS ENTRE A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ECONOMIA DA SAÚDE E A ECONOMIA POLÍTICA DA SAÚDE: OS SUBSISTEMAS SAÚDE SUPLEMENTAR E PLANOS DE SAÚDE.

Para este capítulo, o esforço será direcionado em analisar as premissas dos diferentes autores pesquisados que tratam da saúde suplementar e planos de saúde, contrapondo ideias e expondo as divergências na produção do conhecimento da economia da saúde. No capítulo anterior, foi realizada a seleção e a identificação dos autores, seus argumentos e ano de publicação das obras. A partir daqui, será promovida com base nas obras selecionadas a discussão sobre as divergências e convergências teóricas. Com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão dos argumentos que serão expostos, propomos a segmentação dos conceitos neoclássicos, que serão contrapostos por argumentação teórica fundamentada na teoria economia política.

Cabe enfatizar que este trabalho se propõe a estudar a produção científica da Abres entre 2004-2012, mais especificamente artigos, teses e ensaios que possuem como objetivo o estudo do tema de saúde suplementar. Não houve surpresa quando identificamos que a maioria dos trabalhos que selecionamos foi de orientação neoliberal, ou seja, elaborada por estudiosos neoclássicos apoiados na doutrina econômica ortodoxa aplicada à economia da saúde.

Portanto, para este último capítulo, propomos a discussão e a contraposição entre os trabalhos que dialogam com o conteúdo neoclássico produzido pelo *mainstream* econômico, versus, obviamente, os trabalhos produzidos pelos economistas políticos que atuam no setor saúde.

Evidentemente, não foi uma tarefa simples, devido as diferentes matérias relacionadas ao neoclassicismo econômico. Para tal, nos esforçamos para dividir em categorias a discussão dos textos afim de facilitar o entendimento sobre a produção do conhecimento da economia da saúde e da economia política da saúde.

Na primeira parte do capítulo 3, é apresentada de maneira geral, as obras norteadoras e as características principais dos artigos estudados. Para a segunda parte deste capítulo, introduzimos o aprofundamento da discussão da economia

política sobre a produção científica dos artigos neoclássicos publicados pela Abres 2004-2012.

Por último, nos esforçamos no intuito de desconstruir os discursos mercadológicos, como a concorrência, análise de desempenho, eficiência e os termos economicistas que tomaram para si boa parte da produção científica do campo da economia da saúde.

3.2. O NEOLIBERALISMO E A GUINADA PARA À DIREITA RADICAL

Os tempos atuais não têm sido generosos e memoráveis para as esquerdas e para o campo progressista. Uma forte guinada para a direita, ou pior, para a extrema direita fascista e antidemocrática atingiu em cheio, não só o Brasil, mas outros países ao redor do mundo, como por exemplo: EUA, Filipinas, Polônia, Hungria e as constantes ameaças na Áustria, França e Suíça. Contudo, se pensarmos exclusivamente na América Latina, identificamos que vários governos conservadores estão no poder, como o Chile, a Argentina, a Colômbia, o Peru, e o Paraguai. Este fenômeno pode estar associado à crise econômica mundial que perdura desde 2008, denominada por Letiza (2012) como a grande crise rastejante. Se traçarmos um paralelo com a história, podemos identificar que a ascensão da extrema direita também aconteceu num período de acentuada crise econômica que se arrastou durante a década de 1930 após o *crash* da Bolsa de Nova Iorque, no período entre Guerras. A Europa ocidental foi tomada pela ascensão de governos totalitários como o salazarismo em Portugal, franquismo espanhol, nazismo alemão e o fascismo italiano.

Por conseguinte, levantamos a hipótese que a ascensão da direita autoritária e o conservadorismo vêm na esteira da insatisfação com a crônica deterioração das relações do trabalho e desemprego, da falta de perspectivas e pela fácil aceitação do discurso simplório, por vezes, carregado de ódio. Mas qual a correlação desses regimes conservadores no que diz respeito ao campo econômico? Uma hipótese é a retomada radical do neoliberalismo.

Entretanto, é importante ressaltar que as políticas e a cartilha neoliberal não são exclusivas de governos considerados conservadores, o neoliberalismo também esteve presente nos governos ditos como progressistas e de centro esquerda na América Latina. Foi assim nos governos Lula-Dilma. Entretanto, nos últimos anos

estamos observando a retomada hegemônica do capital numa velocidade espantosa e devastadora.

De acordo com Saad-Filho (2015), o neoliberalismo observado sob a crítica marxista, tem sido intimamente relacionado como um conjunto de ideias inspiradas nas escolas econômicas austríaca e de Chicago. De acordo com o autor, o Estado permanece como opressor dos trabalhadores pobres, em nome da burguesia em geral ou das finanças. O neoliberalismo segue assentado num discurso populista com a ideia de liberdade individual, concorrência e democracia (SAAD-FILHO, 2015).

Pegoraro (2015), analisa a relação da agenda neoliberal e suas influências nas políticas públicas direcionadas para à saúde. De acordo com a autora, o neoliberalismo provocou um movimento em favor da desregulamentação, flexibilização dos mercados, financeirização e mercantilização da saúde. A autora, ainda cita o papel do Banco Mundial¹⁷, que por meio de suas propostas voltadas para a América Latina influenciou na adoção das políticas de saúde que vão na contramão do ideário universalista e de integralidade para a construção do SUS (PEGORARO, 2015).

3.3. A DISCUSSÃO DA ECONOMIA POLÍTICA SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA E OS SUBTEMAS: EFICIÊNCIA, MICRORREGULAÇÃO E REGULAÇÃO.

Para Andreazzi (2004, p. 58): “no que se refere ao mercado de saúde suplementar, a ação regulatória se reveste de importância capital em virtude da defesa da concorrência no mercado”. Em outra passagem, a autora menciona que a ANS por meio da regulação torna possível a mediação da oferta e a procura entre os agentes envolvidos no mercado de saúde.

Marinho (2017) nos alerta ao afirmar categoricamente, apoiado por Ocké-Reis e Santos (2011); Mendes e Weiller (2015), que a efetivação da saúde suplementar no Brasil ocorre por meio dos pesados subsídios (renúncia fiscal ou gasto tributário)

¹⁷ Para Rizzoto e Campos (2016,p.264), “o direito universal à saúde não faz parte do ideário liberal e também não é mencionado nos princípios filosóficos do Banco Mundial, a saúde é considerada um bem de consumo e deve ser oferecida pelo mercado que, supostamente, melhor organizaria a produção, a distribuição e o consumo”.

repassados ao setor. Esses pesados subsídios que o autor se refere são retirados do fundo público e repassados para a iniciativa privada.

Alves (2007) em sincronia com Andreazzi (2004) também manifesta o seu ponto de vista, pois, em seu artigo reafirma a importância regulatória da ANS. Ao prosseguir, o autor conclui “como desafios da saúde suplementar a baixa expansão da oferta, comparativamente à enorme demanda potencial por estes produtos” (p 03). Alguns trabalhos enveredaram para as questões contratuais ou de microrregulação, isto é, do controle de um agente econômico sobre outro. O artigo produzido por Uga e col. (2009), assim como Alves (2007), estudou a microrregulação e as relações comerciais e contratuais entre hospitais e operadoras de planos de saúde. Nos conteúdos de origem regulatório, Dantas e Aguiar (2010) concordam com Ribeiro e col., (2008), Ribas (2009) e Uga e col. (2009), ao analisarem as mudanças estruturais da saúde suplementar sob o olhar regulatório da ANS. Alves (2007) demonstra preocupação com o fato da dificuldade de novos consumidores adentrarem no mercado de saúde suplementar por causa dos consumidores de alto risco, que “poderiam expulsar do mercado os consumidores de baixo risco” (p.03), devido a assimetria na informação entre a empresa e o consumidor (seleção adversa). Em concordância com estes autores, Ribeiro e col. (2008) também desenvolvem as questões envoltas ao risco moral, seleção adversa e a dinâmica de competição sob a lógica capitalista do mercado de saúde.

Dentre os trabalhos e autores pesquisados para nossa discussão, Alves (2007), revela-se como um grande entusiasta e provavelmente o maior idealista das ações regulatórias promovidas pela ANS. De acordo com o autor, o “espírito da lei atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores de planos de saúde”. Em destaque, ressaltamos um trecho do trabalho de Alves (2007) que corrobora com o que foi mencionado neste parágrafo:

Pode-se dizer que o “espírito da lei” atuou no sentido de aumentar a rede de proteção aos consumidores desses planos, principalmente os individuais, por meio da regulação e fiscalização das atividades das operadoras bem como pelo desenho dos contratos oferecidos após a regulamentação(...) De forma geral, a regulamentação do setor procurou conciliar a garantia assistencial, através do aumento das coberturas obrigatórias, com a garantia de prestação continuada dos serviços, através da regulação econômico-financeira. Somente para facilitar a exposição, esta seção está dividida em quatro subseções que envolvem as principais mudanças de concepção trazidas pelo novo marco legal (ALVES, 2007, p.02;06).

Porém, até que ponto o Estado se impõe frente ao mercado de saúde suplementar por meio da ANS? Para Ocké-Reis (2009) esta é, em certa medida, uma questão provocativa sobre as pré-condições que o Estado possui no sentido de subordinar o mercado às diretrizes das políticas de saúde com base no interesse público.

Ribeiro e col. (2008) retomam o discurso ortodoxo, mencionando praticamente quase todas as categorias neoclássicas dos trabalhos de economia de saúde, publicados pela Abres e coletados neste estudo, ao se aprofundarem nas questões envoltas ao regime regulatório promovido pela ANS. Abordam, também, temas como eficiência econômica, qualidade em mercados de planos de saúde, e fazem uma comparação com a saúde suplementar no Brasil com a experiência da saúde privada estadunidense. A respeito do seu estudo comparativo, e de seu aparente contento com a disseminação de empresas de saúde de médio porte nos Estados Unidos, o autor esclarece:

Têm sido perseguidas, de modo mais típico, na experiência norte-americana, a disseminação de empresas intermediárias (entre consumidores e prestadores de serviços) e o estabelecimento de porta de entrada e integração vertical formam parte das conhecidas estratégias de *managed care*. O conhecimento da matriz norte-americana de planos de saúde é relevante para compreender as estratégias observadas no Brasil. A assistência à saúde nos Estados Unidos, ao contrário da maioria dos países de alta renda, se caracteriza por elevada participação de empresas de pré-pagamento na contratação ou provisão de serviços, embora a participação governamental seja substantiva. O aprendizado institucional a partir desta experiência é relevante ao ambiente de saúde suplementar no Brasil. Na Europa, tecnologias de gestão clínica e de controle de custos têm sido disseminadas no setor público na forma de atenção primária (RIBEIRO E COL. 2008, p.1480).

Ribeiro e col. (2008) mencionam a controversa experiência estadunidense para promover a saúde suplementar no Brasil, como forma de contenção aos argumentos privatistas e sobre o “bom papel” regulatório promovido pela ANS. Ainda sobre esse aspecto, Viana e Silva (2007), entendem que o mecanismo de saúde dos EUA pertence a lógica da equivalência. Este é um instrumento difundido em países em que o mecanismo dos planos e seguros é predominante, embora, ponderam, que a lógica da solidariedade é majoritária nos sistemas beveridgianos ou universalistas, como são os sistemas de saúde da Europa do Norte. A lógica dos sistemas de saúde equivalentes é excludente.

De qualquer forma, Ocké-Reis (2007) novamente contesta Ribeiro e col. (2008), a respeito das questões que envolvem a capacidade regulatória da ANS. No caso, o autor menciona que Agência Suplementar de Saúde não tem força para sequer garantir a prestação de serviços e a qualidade da atenção médica.

Gadelha (2003), se aproxima das reflexões de Ocké-Reis (2009), quando questiona a hegemonia do enfoque neoclássico da economia aplicado na saúde e contesta a ideia de racionalização por meio de um suposto controle do mercado, pois, segundo Gadelha (2003), mesmo sendo racionais, os agentes econômicos são limitados em sua capacidade cognitiva, uma vez que, numa economia monetária e permeada por múltiplas variáveis, as decisões ou resultados não podem ser previstos como um simples modelo matemático. Em concordância com Gadelha, Mendes e col. (2017) citam Braga e Paula (1981) ao criticarem os autores economistas neoclássicos por sua visão tecnicista, baseada em modelos abstratos que não consideram a história e as relações humanas.

Para Viana e Silva, (2007) à saúde segue sendo um campo de desentendimentos entre os diversos atores envolvidos, em que apenas por meio do papel do Estado seria possível não permitir que as decisões cruciais para este setor não estejam ao alcance e sejam tomadas por terceiros, como podemos conferir no trecho destacado:

[...]objeto de conflitos entre o provedor, o usuário, o pagador e os governantes. As instâncias decisórias são constituídas por redes de instituições, representando uma complexa constelação de atores. As mudanças promovem alterações nas relações de poder e na autoridade dessas instituições, e nos seus interesses. A reforma significa o momento de reconstrução da autoridade pública na saúde. Esse aspecto implica em reforçar o papel do Estado nos processos de reforma, de modo a não permitir que nenhum ator tenha o domínio (hegemonia) das decisões políticas (VIANA; SILVA, 2007, p.15).

Mendes e col. (2017) não são tão otimistas no que diz respeito ao papel do Estado. Para os autores, na atual crise do capitalismo, o Estado impõe políticas de austeridade inspiradas na visão neoclássica, que sustentam “a racionalidade neoliberal,” estruturando e organizando não apenas a ação dos governantes, mas até a conduta dos governados. Evidentemente que, os autores estão corretos quando evidenciam que o Estado não é a vítima de um processo econômico neoliberal, este, na verdade, é o garantidor e cúmplice dessa barbárie.

Sobre este aspecto, para Braga e Paula (1981) provocam a discussão quando mencionam que os autores neoclássicos e sua racionalidade produzem uma análise marginalista, que ignora as relações políticas, humanas, ideológicas, bem como, as necessidades individuais sob as diferentes condições sociais e econômicas. Em trecho destacado abaixo, os autores trazem à luz a insuficiência do pensamento neoclássico em suas respostas para a questão envoltas à saúde:

(...)Por trás da análise marginalista está a convicção de que a atenção médico-sanitária é um fator importante na promoção dos níveis de saúde na população, ou seja, de que a melhores padrões de atenção médica devem, necessariamente, corresponder melhores níveis de saúde para a população. Tal raciocínio, sem dúvida tentador, é, contudo, falso: em primeiro lugar, não existe uma relação necessária e suficiente entre melhor e maior aparato de atenção médica e melhores níveis de saúde coletiva; em segundo lugar, a prestação de serviços de saúde é uma instância da sociedade, sujeita assim como os níveis de saúde da população - a uma determinação social mais ampla, não tendo nenhum sentido pensá-la de maneira externa ao quadro da sociedade (BRAGA E PAULA, p.34).

Ainda sobre as diversas variáveis que interferem na saúde e que não são observadas pelas análises promovidas dentro do debate neoclássico, Braga e Paula (1981) reafirmam a recusa dos autores neoclássicos em examinar as influências externas sobre as populações. De acordo com os autores as transformações ou melhorias nos níveis de saúde das populações passam obrigatoriamente pela observação e consideração das diferentes classes sociais e os respectivos “aspectos patogênicos do capitalismo, e embora não seja surpreendente, e brutal: quem é pobre morre primeiro” (p.35).

Carnut e Mendes (2018) assumem uma linha de raciocínio que vai no mesmo sentido de Braga e Paula (1981), pois, compreendem que para os economistas neoclássicos a preocupação principal diz respeito a questão da eficiência da unidade produtiva e a otimização das questões administrativas, entretanto, não há entre esses pensadores a preocupação com o cuidado em si, o esforço acadêmico dos neoclássicos vai na contramão de um olhar amplo para o campo da saúde.

Logo, a ideologia econômica predominante, desconsidera em suas análises as questões envoltas ao coletivo, como, equidade social e justiça econômica. Moraes e Torrecillas (2013), também estão em concordância com Braga e Paula (1981) e Carnut e Mendes (2018); segundo os autores, os conceitos teóricos 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 possui na construção da agenda nacional.

Neste mesmo sentido, ao citar Braga & Silva (2001), Pegoraro (2015) demonstra que à saúde está submetida ao processo de mercantilização, com o cuidado posto como uma mercadoria e submetida às regras de produção.

3.4 CONCORRÊNCIA, ANÁLISES DE DESEMPENHO E DISCURSO ECONOMICISTA

Ribas (2009), em sua dissertação de mestrado, trabalha a concepção dos progressos obtidos no setor de saúde suplementar desde a criação da ANS. A autora pondera os diferentes elementos em que acredita que houve avanços, como: “no estabelecimento de condições de ingresso e operação, comunicação e informação, monitoramento econômico-financeiro, regulação de preço e, redução dos impactos da assimetria informacional das operadoras e consumidores” (p.201). Ribeiro e col. (2008), corroboram com o pensamento de Ribas (2009), para os autores, no Brasil, a agenda política voltada ao mercado de saúde suplementar envolve racionalização, barganha, regulação governamental e controle de custo.

Alves (2007), faz uso de equações matemáticas para prever como as enfermidades que acometem os usuários, assim como os riscos impactam em custos prováveis para as seguradoras. Nishijima e col. (2004) realizaram em sua pesquisa estudos de probabilidade e estimativas econométricas para avaliar se os consumidores de planos de saúde privados tiveram mais acesso aos bens de assistência pública. Os autores também abordam as questões regulatórias da saúde suplementar. Outro aspecto relacionado, refere-se à questão do levantamento de gastos da saúde no Brasil e comparação entre os gastos públicos e privados.

As questões envoltas a análise de desempenho, concorrência e, eficiência estão entre as mais frequentes nos debates promovidos pelos neoclássicos. Araújo (2004) debruça-se no estudo do mercado de saúde e suas especificidades, como oferta e demanda. De acordo com o autor, as falhas de competição são um tipo de distorção, porém, não é a única, e cita também a formação dos monopólios, falta de informação suficiente para o consumidor avaliar a qualidade do que lhe é oferecido

para compra e assimetrias entre os atores envolvidos. Sobre esse aspecto, defende de maneira genérica “algum tipo” de regulamentação estatal para o setor.

É com naturalidade que alguns dos trabalhos estudados fizeram uso de ferramentas matemáticas características das análises neoclássicas. Neste sentido, Alves (2007) utilizou-se de uma minuciosa análise de organogramas e fluxos de capital com o intuito de investigar as questões relacionadas a ineficiência do mercado no setor saúde. O autor, como já mencionado, também se dedicou em estudar os aspectos contratuais que envolvem os planos privados e consumidores. Ribeiro e col. (2008) vão na mesma toada, utilizando em seu trabalho modelos abertamente neoclássicos, com temas que abordam o risco moral, seleção adversa e a análise de microgestão.

Dantas e Aguiar (2010), em seu estudo, apresentam as questões envolvidas a regulação de saúde suplementar no Brasil gerida pela ANS, além disso, promovem a discussão do desempenho do mercado de saúde suplementar sob o olhar regulatório da Agência Nacional de Saúde.

Godoy e col (2004) comparam o que chamam de mercado de saúde com outros segmentos mercadológicos das economias capitalistas. Para isso apontam, segundo eles, as falhas deste mercado, basicamente relacionadas à assimetria de informações, risco moral e seleção adversa. Os autores não se sentem constrangidos por tratar a saúde como um bem de consumo mercadológico, mas, também, esta é uma consideração secundária, haja a vista, toda a análise economicista neoclássica impregnada nesta produção acadêmica dos autores. Nunes (2005), por exemplo, argumenta em sua tese de doutorado as especificidades mercadológicas da saúde, assim como, os conceitos de concorrência perfeita e alocação de recursos. O termo concorrência perfeita utilizado pelo autor, é claramente relacionado com a ortodoxia microeconômica, a valer, é uma direção conceitual complexa para os estudiosos não economistas e não adeptos ao neoclássico. Portanto, apoiado sob a análise neoclássica, Kupfer (1992) elucida o termo conceitual “concorrência perfeita”:

A construção do conceito de concorrência encerra uma grande complexidade. Desde as noções que lhe são preliminares como as de firma, indústria e mercado, - tanto mais recheadas de ambiguidades quanto mais se queira aproximá-las da realidade - até a identificação das variáveis básicas descritivas das estruturas dos mercados e das condutas das empresas, a noção de concorrência apresenta-se como um objeto analítico que insiste em se situar além da capacidade explicativa das formulações teóricas disponíveis. Na tradição neoclássica, baseada no atomismo, a teoria da firma

está, de modo geral, subordinada à determinação da existência de um vetor de preços que compatibilize as decisões individuais. Em particular, com algumas suposições acerca das preferências dos agentes e das características das técnicas produtivas, e supondo-se que os agentes são tomadores de preços, garante-se a existência desse vetor. Neste nível de abstração, é justificável a adoção da hipótese de concorrência perfeita, formalmente similar à suposição de que todos os agentes sejam tomadores de preço. Desde a sua formulação pioneira, o modelo de concorrência perfeita foi alvo de severo questionamento, em particular, no que toca a baixa aderência de suas premissas à realidade econômica observada. Do debate quanto à existência de preferência dos consumidores, de funções de produção com rendimentos constantes de escala, de estruturas oligopolistas estáveis e outras, foram surgindo diversas revisões das proposições neoclássicas originais (KUPFER, 1992, p.267).

A crítica ao movimento de mercantilização da saúde, ao discurso economicista, que se utiliza de termos como concorrência ou de elaborados modelos matemáticos na produção da economia da saúde será realizada por meio de autores economistas políticos. Nessa sequência, iniciaremos por Mendes e col. (2017), que citam em seu artigo um elucidativo parágrafo sobre o real significado do termo “princípio de concorrência” de referência autoral de Dardot e Laval (2016):

O neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo que determina um novo modo de governo dos homens de acordo com o princípio universal da concorrência, implicando redução dos direitos sociais, inclusive no tocante à política de saúde, em cujo interior se intensificam mecanismos de mercantilização presentes no contexto dos países capitalistas centrais e periféricos, como o Brasil (MENDES E COL., 2017, p. 851).

Prosseguiremos então na contramão dos trabalhos que induzem à mercantilização do SUS como um caminho obrigatório, Ocké-Reis (2008); Bahia (2001) e Sestelo e col. (2013) acompanham Mendes e col. (2017). Para o primeiro, o mercado privado de saúde é demasiadamente patrimonialista, e, nega o princípio da universalidade de acesso à saúde. Este está repleto de contradições, como a exclusão de cobertura, seleção de risco, baixa remuneração dos prestadores e dupla militância dos médicos. Já para Bahia (2001,p.330), “o crescimento das alternativas particulares, corporativas e meritocráticas desafia a construção de um sistema de proteção social universal”. Em convergência com Bahia (2001), mas de maneira mais generalista, Sestelo e col. (2013) compreendem que o SUS surge entre as décadas de 1980 e 1990 sob um cenário de viés ideológico neoliberal com a redução do papel do Estado como provedor direto dos direitos sociais incluindo à saúde.

Em concordância com os argumentos de Mendes e col. (2017), Paulani (2006),

cita Belluzzo (1999) na crítica ao discurso economicista e sua pretensa cientificidade. Segundo a autora, os constrangimentos de natureza ideológica, são parte de uma retórica que o mercado e os neoclássicos utilizam como as armas para se fazerem ouvir. Em concordância com Paulani (2006) e Beluzzo (1999), porém, especificamente direcionado à economia da saúde, Viana e Silva (2007) marcam a sua contraposição ao neoclassicismo ao manifestarem a necessidade de se retomar a discussão conjunta entre desenvolvimento econômico e social como única forma de fugir, das amarras do economicismo. Para os autores, “o pensamento dominante atual na área da economia, naturaliza o movimento de avanço das normas da mercantilização e da concorrência em todas as esferas da vida” (VIANA; SILVA., 2007, p.19). Na mesma linha de pensamento, Nogueira e Pires (2004), compreendem que os imperativos macroeconômicos e estratégias apoiados obviamente por um vasto repertório acadêmico, transformaram a saúde em um objeto de consumo.

Por fim, MARTUSCELLI (2017) expõe que o fator econômico é o elemento fundamental que determina a orientação das agendas dos governos, segundo o autor, é destinado à política um mero papel coadjuvante ou secundário em detrimento do economicismo.

Constata-se, que os diferentes autores rotulados como ortodoxos, liberais ou neoclássicos, manifestam de maneira singular em suas produções acadêmicas o pensamento hegemônico econômico liberal, por isso, trazem em suas análises e com naturalidade as questões mercadológicas direcionadas para à saúde. Obviamente, escrevem sobre conceitos econômicos usuais, como oferta e demanda, mas também trazem em seus trabalhos complexas e elaboradas equações travestidas em análises econômicas e matemáticas. No mais, compreendem a saúde como um produto destinado para um consumidor final, os usuários são vistos apenas como meros agentes econômicos. Com efeito, evidencia-se que, as análises destes autores ignoram sistematicamente o verdadeiro papel que a saúde deveria ter, colocam em superioridade as relações mercadológicas em detrimento da construção do bem público. Por fim, de maneira incisiva, bradam sistematicamente a quem for necessário, que este mercado está sob (pseudo) regulação estatal feita por uma autarquia, esta por sinal, serve aos interesses dos planos privados. Sabidamente, os agentes deste mercado não promovem e muito menos buscam equidade e universalidade ao acesso e a oferta à saúde, muito pelo contrário, perpetuam desigualdades e impedem a consolidação do SUS como sonhamos.

CONCLUSÃO.

Um dos propósitos desta dissertação era o de se debruçar sobre a produção científica da Abres para identificar a matriz ideológica dos trabalhos que traziam para a discussão o tema saúde suplementar. Como primeiro resultado, observamos a hegemonia do pensamento neoclássico frente o pensamento econômico político. A partir daí, concluímos que após o estudo e a triagem desses artigos, notou-se que os autores selecionados como neoclássicos e sua produção científica são de certa forma compostos por textos em que prevalecem a heterogeneidade, ou seja, o material produzido não apresenta apenas um único fundamento ou conceito de uma determinada teoria econômica. O que queremos dizer com isso é que os autores transitam entre os diversos caminhos da literatura apoiada em conceitos neoclássicos, e, isso podemos observar nos quadros que tratam das categorias neoclássicas disponíveis no capítulo 2, elaborados para facilitar a nossa análise. Os estudos neoclássicos, aprofundam-se nas questões que tratam dos temas acerca da saúde suplementar, como: financiamento do setor, regulação, inconformidades, risco às operadoras, benefícios e comportamento dos usuários.

Com o desenvolvimento da dissertação, propusemos no capítulo 3 a realização da contraposição dos trabalhos ancorados na teoria neoclássica frente aos trabalhos sustentados pela teoria econômica política, e como consequência, insistimos na desconstrução do discurso mercadológico que tomou para si boa parte da produção científica do campo da economia da saúde. A respeito desse aspecto, percebemos que o sistema público de saúde brasileiro permanece sob ataque do grande capital, não bastasse isso, a renúncia fiscal e as propostas de desmonte do Estado permanecem ganhando respaldo acadêmico dado pelos pensadores da escola neoclássica. É um consenso consolidado que o pensamento neoclássico vem dominando o campo da economia da saúde há mais de duas décadas.

Indubitavelmente que, toda essa predominância no campo teórico reflete a dominância do capital financeirizado que estende os seus tentáculos em direção ao sistema de saúde, fragilizando-o ainda mais, sendo certamente protagonista na inviabilização do SUS como preconizado pela Carta de 1988. Nesse sentido, para Mendes e Carnut (2018, p 1117), “o Estado, como forma política do capital, utiliza sua

institucionalidade, via políticas públicas, em geral, e de saúde, em particular, para reprodução de sua valorização. Ainda, segundo os autores, a história contemporânea demonstra o inevitável desmonte do Estado, como o desfinanciamento e desresponsabilização deste, frente o desafio da construção de um sistema de saúde pública universal (MENDES; CARNUT, 2018).

No que diz respeito a formação dos futuros formuladores de políticas públicas, ou simplesmente de estudiosos no setor, faz-se necessário uma profunda reflexão sobre a matriz curricular dos cursos de graduação em saúde. Os cursos de saúde possuem uma insuficiente ou nula abordagem de teorias econômicas para que esses profissionais atuem neste segmento. Por outro lado, no que toca à formação dos jovens economistas, esta segue o padrão imposto pelo mercado. Sobre esse aspecto, Prado (2011), sinaliza que a reformulação dos currículos dos cursos de Economia vem desde os anos 1960, desvincilhando-os das disciplinas de sociologia e direito. Harvey (2008), identifica que as universidades dos Estados Unidos (EUA) 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. Em concordância com Prado (2011), e Harvey (2008), Carnut e col. (2019), sinalizam que a hegemonia deste pensamento econômico tem vinculação com o tipo de formação que estes futuros profissionais recebem na graduação.

Portanto, foi diante desse cenário que elaboramos a crítica desse trabalho, especificamente ao campo da economia da saúde, majoritariamente dominado pelo pensamento neoclássico, especialmente quando se discute a temática da saúde suplementar e planos de saúde. Por sua vez, compreendemos que o pensamento econômico liberal permanecerá hegemônico entre os autores e economistas que se aventuram pelo campo da economia da saúde enquanto os cursos de graduação de economia forem direcionados para contemplar a voracidade e as necessidades do capitalismo contemporâneo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ABREU, U. A. Atenção à saúde no setor suplementar: evolução e avanços do processo regulatório. Rio de Janeiro, 2009. 80
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). Experiências de financiamento da saúde dos idosos em países selecionados: relatório executivo. Rio de Janeiro, 2010. 44 p. Edição. 1., semestre 2011.
- ALVES SL. Estimando Seleção Adversa em Planos de Saúde Economia, Selecta, Brasília(DF), v.5, n.3, p.253–283, dez. 2004.
- ALVES, S. L. Saúde suplementar: evidências de seleção adversa após regulação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 35., 2007, Recife. [Anais...]. Niterói: ANPEC, 2007
- ANDREAZZI, M. F.S. Mercado de Saúde Suplementar: amplitudes e limites na arena da regulação. In: MONTONE, J.; WERNECK, A. (Org.) Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004. p.121-46.
- ARAUJO, A. M. A regulação do mercado de saúde suplementar no Brasil: barreiras à entrada e à saída de operadoras de planos privados de assistência à saúde. 2004. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, ENSP, Rio de Janeiro, 2004.
- BAHIA, L; S, E; OLIVEIRA, D. Cobertura de planos privados de saúde e doenças crônicas: notas sobre utilização de procedimentos de alto custo. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 921-929, 2004.
- BAHIA, L.; SCHEFFER, M. Planos e Seguros Privados de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). *Políticas e sistema de saúde no Brasil* Rio de Janeiro: Fiocruz: Cebes, 2012. p. 427-458, 2º edição.
- BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*,6(2):329-339,2001
- BAHIA, L. Planos e Seguros Saúde: padrões e mudanças das relações entre o público e o privado no Brasil. Tese de doutorado- Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Dezembro de 1999).
- BELLUZZO, Luiz G. (1999). “Prefácio”. In: REGO, José M. e MANTEGA, Guido (org.). *Conversas com Economistas Brasileiros II*. São Paulo: Editora 34.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev.Esc.Enf.USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.
- BOSCHETTI, Ivanete. *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; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Glossário temático: saúde suplementar. 2. ed. Brasília, 2012. ISBN 978-85-334-1601-7.

BRASIL. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMNETAR. Atlas econômico-financeiro da saúde suplementar: 2011. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, c2011. 240 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.

BRESSER PEREIRA, L.C. Economia e administração mercado e poder. Revista de economia e administração de empresas, Rio de Janeiro. 19(4): 39-43 out./dez. 1979

CADERNO DE INFORMAÇÃO DE RESSARCIMENTO E INTEGRAÇÃO COM O SUS. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, n. 1, jul. 2009 – . Semestral. v. 5.

CARNUT,L. MENDES, A. Pensamento econômico e a questão da saúde: A contribuição de Braga e Paula para (re) pensar o econômico na saúde. Convibra, 2018.

CARNUT, L; PIRES, J.S.; MENDES, Á. 'Economia da Saúde' ou 'Economia Política da Saúde'? Em defesa de uma abordagem crítica marxista. sep.org.br/anais/2019/Sessoes-Ordinarias/Sessao1.Mesas1_10/Mesa9/093.pdf

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo , v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

CASTELAR, R. Mordelet, P; GRABOIS, V; UM desafio para o hospital brasileiro, cooperação BRASIL-FRANÇA. Éditions École Nationale De La Santé Publique, 1993.

CHESNAIS, François. A Mundialização do Capital, 1996, ed. xama

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Saúde suplementar. Brasília, 2011. 148 p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v. 12). ISBN 978-85-89545-72- 3.

DANTAS, A; AGUIAR, B. S. Regulação de saúde suplementar no Brasil: análise da estrutura e do desempenho do setor a partir da criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). In: Encontro nacional de economia política, 15., 2010. [anais...]. Uberlândia: SEP, 2010

DORNELLES DE CASTRO, J. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias [en linea] 2002, 4 (Enero-Junio) : [Fecha de consulta: 23 de agosto de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86819567005>> ISSN 1517-4522.

Elias PE. Descentralização e Saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. Saúde Soc. 1996;5(2):17-34.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L,

Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.

FILGUEIRAS, L; MEARMAN, A.J. Economia política versus economia positiva: proposta de um antimanual de introdução à economia. Revista da sociedade brasileira de economia política 143 50/ Maio 2018 - Agosto 2018.

Finkelman, J; MERCADANTE, O. Caminhos da saúde pública no Brasil. / Organizado por Jacobo Finkelman, cap. 3, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p. ilustr., tab., graf., mapas

GADELHA CAG. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. Cien Saude Colet 2003; 2(8):521-535

GODOY, M, R; SILVA, E. N; BALBINOTTO NETO, G. Plano de saúde e a teoria da afirmação assimétrica. In: Encontro nacional de economia política, 9. 2004, São Paulo. [anais...]. São Paulo: PUC, 2004

HARVEY, David. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: Loyola, 2008.

KON, A. Sobre a economia política do desenvolvimento e a contribuição dos serviços. **Rev. Econ. Polit.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 130-146, 2007.

KUPFER, D. Padrões de concorrência e competitividade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 20, Campos de Jordão, 1992. Anais. Brasília: Anpec, 1992. p. 261-281.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 293-312, 2000 .

MARIANO, C. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais, vol.4 / n.1 / jan/abril 2017 / ISSN 2359-5639.

MARINHO, A. S crise do mercado de planos de saúde: devemos apostar nos planos populares nos planos populares ou no SUS? Planejamento e políticas públicas, 2017, IPEA.

MARSHALL, A. Princípios da economia, volume 1. Editora Nova Cultural, São Paulo, 1996.

MATOS, J; Boaventura B. de. As transformações da regulação em saúde suplementar no contexto das crises e mudanças do papel do Estado. 2011. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2011.

MARSTRUCCELLI, D.E. Sobre o conceito marxista de crise política. Revista Crítica Marxista, n.43, p.9-27, 2016.

MENDES, Á; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. Saúde soc., São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1105-1119, out. 2018.

MENDES, Á. N., & DE SOUZA SANTOS, S. B. (2000). Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde e Sociedade*, 9(1-2), 111-125.

MENDES, Á. e col. A contribuição do pensamento da saúde coletiva à economia política da saúde. **Saude soc.** São Paulo, v. 26, n. 4, p. 841-860, Dec. 2017.

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.

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.

MENICUCCI, T. M. Público E Privado Na Política De Assistência À Saúde No Brasil: Atores, Processos E Trajetórias: Editora FIOCRUZ:2007

Ministério Da Saúde/Organização Pan-Americana Da Saúde/Associação Brasileira De Economia Da Saúde Caderno De Informação Da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde, mar. 2006. Trimestral. Substituição de: Caderno de Informação de Beneficiários, Operadoras e Planos: dados do setor. ISSN 1981-3627.

MOLLO, M.L. A teoria marxista do valor-trabalho: divergências e convergências. *Crítica Marxista*, n.37, p.47-66, 2013.

MORAES, T; TORRECILLAS T. 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, jan./mar. 2013

NETTO, J.P; BRAZ, M. Economia política: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, biblioteca básica de serviço social; v,1

NISHIJIMA, M; CYRILLO, D.C; BIASOTO JR., G. Análise econômica da interação entre a infraestrutura da saúde pública e privada no Brasil. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 3, p. 589-611, dez., 2010.

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. *Cad Saúde Pública* 2004; 20: 753-60.

NUNES, A. Ensaios em economia da saúde. 2005. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, 2005.

OCKÉ-REIS, C.O. Challenges of the Private Health Plans Regulation in Brazil. Rio de Janeiro, IPEA, mar. 2004. (Texto para discussão, n. 1013).

OCKÉ-REIS, C.O. Novos modelos de gestão na saúde privada. Rio de Janeiro: IPEA, fev. 2006. (Texto para discussão nº 1.167).

OCKÉ-REIS, C.O. Os desafios da ANS frente à concentração dos planos de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 1041-1050, 2007.

OCKÉ-REIS, C.O; SANTOS, F.P dos. Mensuração dos gastos tributários em saúde: 2003-2006. Brasília: IPEA, jul. 2011. (Texto para discussão, n. 1.637).

OCKÉ-REIS, C.O. O mercado de planos de saúde: o problema vira solução? *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 13, núm. 5, setembro-outubro, 2008, pp. 1398-1408 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil

OCKÉ-REIS CO, SOPHIA DC. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Rev. Saúde em Debate** 2009; 33(81):72-79.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol, M.Z. & Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. Medsi:Rio de Janeiro. 6^a Ed., 2003, p. 567-586.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778–1797. doi:10.1016/s0140-6736(11)60054-8.

PAULANI, L. M. Economia e retórica: o capítulo brasileiro. *Revista de Economia Política*, n o 26, Rio de Janeiro, 2006.

PEGORARO, A. P. Estado e mercado: desafios para o Sistema Único de Saúde (SUS). 2015. 129 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/286532>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

PIETROBON, L.; PRADO, M.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, 2008.

PINTO, F; SORANZ, R. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil Private health plans: populational coverage in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1):85-98, 2004. Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

Portal Da Saúde. Financiamento do SUS, Introdução; disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobresiops/5983-financiamento-do-sus-introducao>, 2014.

PRADO, E. F. S. A ortodoxia neoclássica. **Estud. av.**, São Paulo , v. 15, n. 41, p. 9-20, Apr. 2001 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

RIBAS, B.K.C. Processo regulatório em saúde suplementar: dinâmica e aperfeiçoamento da regulação para a produção da Saúde. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR), 2009.

RIBEIRO, J.M. e col. Procedimentos e percepções de profissionais e grupos atuantes em mercados de planos de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 84 MINISTÉRIO DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ECONOMIA DA SAÚDE v. 13, n. 5, p. 1477-1487, 2008.

RIZZOTTO, M. L. CAMPOS, G.W. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. *Saúde e Sociedade*. 2016, v. 25, n. 2, pp. 263-276 .

RODRIGUES, P,H. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, Mar. 2014.

SAAD-FILHO, A. “Neoliberalismo: uma análise Marxista.” [Neoliberalism: A Marxist Analysis.] *Marx e o Marxismo* 3, no. 4 (2015): 58–72.

SANTOS, N.R. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 13-26, 2009.

SETELO, J.A de F. Planos de saúde e dominância financeira: EDUFBA, 2018. 397p.

SESTELO JAF, SOUZA LEPPF, BAHIA L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. *Cad Saude Publica* 2013; 29(5):851-866

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/ES

TIBURI, M. F. O cenário da saúde suplementar: a relação entre planos de saúde e medicina baseada em evidências sob a perspectiva econômica. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, São Paulo, v. 1, n. 3, dez. 2009 .

UGA, M.A. e col.. Mecanismos de microrregulação aplicados por operadoras de planos de saúde sobre hospitais privados. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 832-838, set., 2009. Epub Sep 18.

VIANA, A. L. D'Ávila ; Silva H. P. ; Elias, P. E. M. Economia política da saúde: Introduzindo o debate. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 37, p. 7-20, janeiro 2007.